

# INFORME 2015

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

## GESTION, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

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

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

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

## RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

### Andalucía

Fernando ARENAS

Mercedes SUÁREZ

### Aragón

Carmen BARANGUAN

Laura JOSÉ

### Asturias

José Ramón HEVIA

José Antonio GONZÁLEZ

### Baleares

Juana VANRELL

Rosa ARANGUREN

### Canarias

Nicolás AMADOR

Baltasar FERNÁNDEZ

### Cantabria

M<sup>º</sup> Carmen DIEGO

Inés RUIZ

### Castilla-La Mancha

Berta HERNÁNDEZ

Carmen DE PEDRO

### Castilla y León

Ana SÁNCHEZ

Susana REDONDO

Alexander VELÁZQUEZ

### Cataluña

Xavier ROCA

M. Teresa BRUGAL

### Extremadura

Antonia María VAS

Quintín MONTERO

### Galicia

Sergio VEIGA

Jaime FRAGA

### Madrid

Ana RUIZ

M<sup>º</sup> Angeles GUTIERREZ

### Murcia

Andrés ALCARAZ

Isabel CASCALES

Josefa DURÁN

### Navarra

Miguel MARTÍNEZ

Raquel GONZÁLEZ

### País Vasco

Elena ALDASORO

### La Rioja

Cristina NUEZ

### Comunidad Valenciana

M<sup>º</sup> Jesús MATEU

Francisco VERDÚ

### Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

### Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

## 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:

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

## INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE 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: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

## EDITA Y DISTRIBUYE

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

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

NIPO: 680-16-001-3

*Presentamos en este documento el Informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) correspondiente al año 2015, año en el que celebramos el XXX aniversario de la creación del Plan Nacional sobre Drogas con el fin de coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo en España.*

*Para llevar a cabo esta labor, es imprescindible conocer el entorno de la manera más fiel posible, tanto de las prevalencias de consumo y uso, como de las opiniones y actitudes ante los mismos.*

*Solo con datos fiables y fidedignos es posible planificar y formular políticas en aras de minimizar los riesgos ante un problema que, 30 años después, ha variado en cuanto a sustancias predominantes, patrones de consumo o irrupción de otras conductas adictivas, pero que todavía sigue estando presente en nuestra sociedad.*

*Por ello, desde 1985, la Delegación del Gobierno para 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. A través del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), se publica este Informe OEDT en el que damos cuenta de las principales actualizaciones de la información. Este año, siendo conscientes de la importancia de facilitar la información del modo más precoz posible y por tanto, con el fin de no demorar la publicación de los datos completos de las encuestas y estudios que se realizan, hemos optado por un formato más conciso, pero mucho más cercano en el tiempo.*

*Al igual que en los informes precedentes, ofrecemos información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas; información relativa a los problemas relacionados con las drogas, procedente de los indicadores: admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas; información sobre el Sistema Español de Alerta Temprana, implementado como instrumento para la evaluación, la vigilancia y el control tanto de nuevas sustancias psicoactivas como de cualquier circunstancia que pueda afectar de manera grave e inminente a la salud, tanto de los consumidores como del conjunto de la población; así como información procedente de otros indicadores relacionados con el Control de la Oferta.*

*Esta actualización, permite hacer un seguimiento del desarrollo de los trabajos del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, que desarrolla la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y evaluar los resultados de ambas, con vistas a continuar con la planificación del trabajo que desarrollaremos en el siguiente ciclo.*

*Por último, quiero manifestar mi agradecimiento a todos aquellos que han contribuido a la elaboración de esta publicación y especialmente a las personas integrantes del equipo del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías que, como es habitual, han desarrollado este trabajo de manera ejemplar y con gran profesionalidad.*

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

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías

INFORME 2015

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

# ÍNDICE

Presentación .....	3
Introducción .....	8
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>9</b>
Principales fuentes de información del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías .....	9
Sistema Español de Alerta Temprana .....	17
<b>1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013</b> .....	<b>20</b>
Introducción .....	20
Objetivos .....	20
Metodología .....	21
• Universo y marco muestral .....	21
• Muestra .....	22
• Cuestionario y trabajo de campo .....	23
• Análisis .....	24
Resultados .....	25
• Caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio .....	25
• Prevalencia de consumo de drogas .....	26
Evolución temporal .....	26
Edad .....	29
Sexo .....	33
Comunidad/Ciudad Autónoma .....	34
• Consumo por tipo de droga .....	46
Bebidas alcohólicas .....	46
Tabaco .....	61
Hipnosedantes .....	64
Cannabis .....	71
Cocaína .....	81
Éxtasis .....	85
Anfetaminas .....	86
Alucinógenos .....	87
Heroína e inhalables volátiles .....	89

• Patrones de consumo de drogas .....	90
Policonsumo .....	90
Uso inyectado .....	96
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas .....	96
Percepción de riesgo .....	96
Percepción de disponibilidad .....	100
Percepción de la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad del problema .....	103
Vías de información sobre drogas .....	104
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas .....	105
Percepción sobre el estado de salud .....	107
• Nuevas sustancias psicoactivas (NSP) .....	111
Percepción de riesgo de NSP .....	115
Percepción de disponibilidad de NSP .....	116
Policonsumo entre los consumidores de NSP .....	117
Variables sociodemográficas de los consumidores de NSP .....	119
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas entre los consumidores de NSP .....	119
<b>1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014 .....</b>	<b>121</b>

## **2. Problemas relacionados con las drogas 122**

<b>2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2013 .....</b>	<b>123</b>
Introducción .....	123
Metodología .....	123
Resultados .....	124
• Resultados generales. Drogas ilegales .....	124
• Resultados por tipo de droga .....	130
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína .....	134
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína .....	134
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis .....	135
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes .....	136
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos .....	137
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol .....	139
• Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas .....	139
<b>2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2013 .....</b>	<b>141</b>
Introducción .....	141
Metodología .....	141
Resultados .....	142
<b>2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2013.</b>	
<b>Mortalidad relacionada con drogas .....</b>	<b>147</b>
Introducción .....	147
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas) .....	148
Registro General de Mortalidad .....	153
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad .....	154

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2013 .....	156
Introducción .....	156
Metodología .....	156
Resultados .....	157
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2013 .....	162
Introducción .....	162
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol .....	163
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis .....	165
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (Escala CAST) .....	166
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (Frecuencia de consumo) .....	169
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína .....	170
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína .....	173
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada .....	175
<b>3. Sistemas de alerta temprana</b> .....	<b>177</b>
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System) .....	178
Objetivo y funcionamiento .....	178
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa .....	181
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) .....	184
Objetivo y funcionamiento .....	184
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España .....	189
<b>4. Oferta de drogas y medidas de control</b> .....	<b>191</b>
4.1. Ventas de tabaco, 2005-2014 .....	192
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2014 .....	196
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2014 .....	200
4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2014 ..	203
<b>Información complementaria</b> .....	<b>206</b>
Páginas web de interés .....	207

# 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 2015*, se publica junto con otro documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2015*, que incluye una selección de tablas y gráficos que aportan información complementaria.

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

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas desde 1994 hasta 2013. 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), en sus sucesivas ediciones. 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 presente documento se presentan los datos de EDADES actualizados hasta el año 2013. No se incluye información de ESTUDES debido a que los resultados detallados hasta el año 2012 están disponibles en el *Informe* y en *Estadísticas 2013* y los de ESTUDES 2014 serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. No obstante, puede consultarse un avance de resultados de ESTUDES 2014 en la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2013. 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, laboratorios toxicológicos, etc.). En algunos casos, los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y consumo problemático proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

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

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información desde 1998 hasta 2014 sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

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

# RESUMEN EJECUTIVO

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.

## Principales fuentes de información del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías

A continuación se presenta un resumen con los últimos resultados disponibles a partir de las principales fuentes de información del OEDT, todas ellas incluidas en el Plan Estadístico Nacional 2013-2016.

### Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). 1995-2013

En 2013, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha llevado a cabo la décima edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Esta encuesta se realiza en todo el territorio nacional, en la población general residente en hogares (15-64 años), y tiene lugar en el domicilio. En 2013 la muestra fue de 23.136.

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

### Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo

---

En 2013, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%).

En 2013, la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (35 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.

En cuanto a las diferencias según sexo, en 2013, los datos (consumo últimos 12 meses) confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

## Alcohol

---

El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 78% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 64% en los últimos 30 días y el 10% diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90.

Se estima que 1.600.000 personas de 15 a 64 años (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) tienen un consumo de alcohol de riesgo (AUDIT  $\geq 8$ ), lo que representa el 5% de la población de la población en este rango de edad y el 6,5% entre aquellos que han consumido en el último año. Este patrón de consumo se concentra en los hombres menores de 25 años, situándose en el 12% en la población en este rango de edad.

En relación a los consumos intensivos, se ha emborrachado, en el último año, el 19% de los españoles de 15 a 64 años; tendencia estable en los últimos años, aunque sigue en niveles elevados. Las borracheras se concentran entre los 15 y 34 años: en esta franja de edad, 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses.

El consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) ha ganado popularidad a lo largo de los años y, aunque en 2013 la prevalencia se mantiene estable respecto a 2011, se ha triplicado en una década. El 15,5% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se concentra en el grupo de jóvenes de 20 a 29 años.

## Tabaco

---

El 73% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco alguna vez, el 41% en el último año, el 38% en el último mes y el 31% diariamente en el último mes.

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

En 2013, se estima que comenzaron a fumar 142.282 de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 4,4/1000 habitantes), mostrando un valor superior en hombres (mujeres 4,2/1000 y hombres 4,7/1000 habitantes) y valores más altos en edades tempranas, siendo la tasa de 62,3 /1000 habitantes en menores de edad.

## Hipnosedantes

---

El 22% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, el 12% en el último año, el 9% en el último mes y el 7% diariamente en el último mes. Se observa una tendencia creciente, en el consumo de hipnosedantes, desde 2005.

El porcentaje de mujeres que consumen este tipo de sustancias casi duplica el de hombres; han consumido en los últimos 12 meses el 16% de las mujeres de 15 a 64 años frente a un 8,5% de los hombres. La edad de inicio de consumo se sitúa en 35 años.

## Cannabis

---

El 30% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en su vida, el 9% en los últimos 12 meses, el 7% en los últimos 30 días y el 2% a diario en el último mes. Desde 2005, desciende ligeramente el consumo (último año y último mes) de cannabis entre la población general, mostrando cierta estabilización el consumo diario.

La edad media de inicio del consumo se sitúa en 19 años y la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días se concentra entre los 15 y los 34 años, con un pico máximo entre los 15 y los 24 años. 2 de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años consumieron cannabis en el último año (27,2% de los chicos y 14,5% de las chicas).

En 2013, se estima que 687.233 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ), lo que representa el 2% de la población en este rango de edad y el 25% de los que han consumido cannabis en el último año. El consumo problemático/de riesgo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad analizado. En la población más joven se concentra una mayor proporción de consumidores problemáticos (4,4% de 15 a 24 años y el 3,5% de 25 a 34 años).

En 2013, se estima que comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 5,3/1000 habitantes), mostrando un valor levemente superior en mujeres (mujeres 5,4/1000 y hombres 5,2/1000 habitantes) y valores más altos en edades tempranas (30,5/1000 habitantes de 15-24 años). En 2013 comenzaron a consumir cannabis más personas que tabaco (168.677 vs 142.282).

## Cocaína

---

El 10% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez, el 2% en el último año y el 1% en el último mes. La prevalencia de consumo de cocaína sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2007.

Los hombres y los más jóvenes presentan una prevalencia mayor. Atendiendo al consumo en los últimos 12 meses, se encuentran los valores más altos en varones de 25 a 34 años (6%) y en mujeres de 15 a 24 años (2%). La edad media de inicio de consumo se sitúa en 21 años.

En 2013, se estima que al menos 92.406 personas de 15 a 64 años tienen un consumo problemático/de riesgo de cocaína (han consumido cocaína 30 o más días en el último mes), lo que representa el 0,3% de la población en este rango de edad y el 13% de los que han consumido en el último año. Este patrón de consumo se concentra en los hombres jóvenes.

En 2013, se estima que comenzaron a consumir cocaína en polvo 38.551 personas de 15 a 64 años (tasa de incidencia de 1,2/1000 habitantes). Ligero predominio entre los hombres (hombres 1,3/1000 y mujeres 1,1/1000 habitantes) y más alto entre los jóvenes (6,5/1000 habitantes de 15-24 años).

## Heroína

---

En 2013 el 0,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez cocaína y el 0,1% en el último año. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años 90. La edad media de inicio es de 21 años.

Los datos de la encuesta EDADES junto con otras fuentes de información, permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2013, se sitúa en 65.648 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.

## Anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

---

En 2013 el 4% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez anfetaminas, cifra similar para el éxtasis y los alucinógenos. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1% y la edad de inicio en torno a 21 años. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001.

## Nuevas sustancias psicoactivas

---

En 2013, 3 de cada 4 personas de 15 a 64 años no ha oído hablar de las nuevas sustancias psicoactivas (sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.). El 3% (15-64 años) las ha probado alguna vez, el 0,7% las ha consumido en los últimos 12 meses y el 0,2% en el último mes.

El consumo está más extendido entre los varones y de los 25 a los 34 años, la prevalencia se mantiene estable en relación a 2011. La mayoría de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana.

## Policonsumo

---

El 14% de las personas de 15 a 64 años no ha consumido, en los últimos 12 meses, ninguna sustancia psicoactiva. Del resto de personas que sí han consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos 12 meses, uno de cada 3 dice haber consumido 2 sustancias y casi 1 de cada 10 ha tomado tres. La mezcla de 4 sustancias se da aproximadamente en un 2% y algo menos del 1% consume cinco o más drogas.

El alcohol está presente al menos en el 95% de los policonsumos y el cannabis en cerca del 60%. El consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo si se hace de forma intensiva (borracheras o atracón), se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. El policonsumo es más prevalente en hombres que en mujeres.

## Riesgo percibido

---

Como viene sucediendo en encuestas previas, la percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como la heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos. En 2013 se observa, respecto a 2011, un leve descenso de la percepción de riesgo en prácticamente todas las sustancias. Destaca la disminución de la percepción de riesgo del cannabis; en 2013, creen que puede ocasionar bastantes/muchos problemas si se consume una vez por semana/o más un 82% (85,5% en 2011) y si se usa una vez/o menos al mes un 61% (69% en 2011). Persiste la consideración de que el tabaco es más peligroso que el cannabis.

## Disponibilidad percibida

---

Junto con la pérdida de visibilidad de situaciones relacionadas con las drogas, la sensación de disponibilidad de drogas ilegales que existe entre la población también ha disminuido, escenario que en general ya comenzó a observarse en la encuesta de 2011, tras el repunte registrado en el año 2009. Entre las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la más accesible (65% opina que podría adquirirlo fácilmente).

## Vías de información preferidas

---

La población muestra interés en recibir información a través de medios de comunicación (45,1%) y profesionales sanitarios (23%). Internet juega un papel importante, los españoles están interesados en ser informados a través de páginas web (14%), redes sociales (11%) y foros (5%). En 2013, la información ha llegado sobre todo por los medios de comunicación.

## Acciones para resolver el problemas de las drogas

---

Los ciudadanos consideran que las medidas de mayor eficacia son las formativas (90%), de tratamiento (83%), el control policial (81%) y la restricción legal (77%). Entre las medidas menos populares se encuentran la legalización de las drogas (el 20% considera que es una medida eficaz), y la legalización del cannabis (33%).

## Consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral

---

La Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el ámbito laboral, integrada por representantes de los trabajadores, de los empresarios y de la DGPNSD, consensuó incluir un módulo específico en EDADES para obtener información sobre las sustancias psicoactivas en el contexto laboral en España. Así, en el año 2007 se llevó a cabo por primera vez esta "Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España", que se ha realizado nuevamente en 2013.

El objetivo de la introducción de este módulo en EDADES es obtener información, en el ámbito laboral, sobre la percepción y el consumo de sustancias psicoactivas, así como sobre las actuaciones llevadas a cabo en el lugar de trabajo. Los resultados deberían ayudar a diseñar y evaluar, sobre la base del conocimiento, políticas en el trabajo relacionadas con el consumo de drogas, lo que contribuirá a mejorar la salud de la población trabajadora.

Puede consultarse información sobre la “Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España de 2013” en un informe publicado en la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

## Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2012

En 2014, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la undécima edición de la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Esta encuesta se realiza en todo el territorio nacional, en los estudiantes (14 a 18 años) que cursan Enseñanzas Secundarias.

Su objetivo es estudiar la situación y la evolución de los consumos, la edad de inicio, el riesgo atribuido a las diferentes sustancias psicoactivas y las medidas que los estudiantes consideran más efectivas para prevenir los consumos de drogas y los problemas asociados a éstos.

Al cierre de este informe los resultados de ESTUDES 2014 no están disponibles y serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. A continuación se presentan los datos de ESTUDES 2012, que contó con una muestra de 27.503 alumnos.

### Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo

---

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

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

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

### Alcohol

---

En 2012, el 84% de los jóvenes de 14 a 18 años habían consumido alcohol alguna vez, el 82% en el último año y el 74% en el último mes.

La tendencia en el consumo de alcohol presenta un repunte que sitúa las prevalencias en cifras previas al año 2000, tendencia general para todo el territorio nacional. Aumenta el consumo de alcohol, a expensas, especialmente, de los más jóvenes (14 y 15 años).

El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking*, es muy frecuente y se asocia a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). En este patrón de consumo aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14, 15 y 16 años).

En 2012, el 61% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52% lo hizo en el último año y el 31% en el último mes. Más de la mitad de los jóvenes de 16 años se han emborrachado en el último año. El porcentaje de estudiantes que se ha emborrachado, en el último mes, presenta una tendencia global ascendente, si bien, en 2012, ha disminuido 5 puntos porcentuales con respecto a 2010, pero aun así se mantiene en cifras elevadas.

El patrón de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. La mitad de los jóvenes de 17 años han hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres.

En 2012, el 63% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: 4 de cada 10 jóvenes (14 años) y 8 de cada 10 (18 años) han hecho botellón en el último año. Los que

han realizado botellón en el último mes, presentan mayor prevalencia de consumo de otras sustancias, destacando el alcohol, el cannabis y la cocaína. Son más habituales los consumos intensivos (borracheras y *binge drinking*) entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen en el mismo periodo.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad. El lugar donde más porcentaje de menores consigue alcohol es el supermercado (62%), seguido de bares/pubs (58%). El 57% consume en espacios abiertos, 6 de cada 10 menores consume alcohol en bares/pubs y 5 de cada 10 en discotecas. En fin de semana se beben más combinados y entre semana predomina la cerveza.

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

## Tabaco

---

En 2012, el 44% fumó tabaco alguna vez en la vida, el 35% en el último año y el 12,5% lo hizo diariamente en los últimos 30 días.

En 2012, se estabiliza la tendencia descendente del consumo de tabaco, iniciada en 2004 que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En 2004, el 21,5% de estudiantes fumaba diariamente, frente a un 12,3% en 2010 y un 12,5% en 2012.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco sigue aumentando y casi la totalidad (>90%) de los jóvenes opinan que puede producir muchos problemas de salud. Se observa como el aumento de la percepción de riesgo coincide con un descenso de las prevalencias de consumo.

## Cannabis

---

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2012 el 34% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 27% en el último año y el 16% en el último mes. El consumo diario, sigue siendo elevado y se sitúa en el 3% (4% en chicos y 1,5% en chicas).

En 2012 se frena la tendencia descendente iniciada en 2004 y, a pesar de la estabilización en el consumo de cannabis se aprecia una tendencia ascendente del consumo problemático/de riesgo entre los jóvenes que consumen cannabis.

Se estima que 83.208 personas de 14 a 18 años hacen un consumo problemático/de riesgo, lo que representa el 4% de la población en este rango de edad y el 17% de los que han consumido en el último año. Estos datos son coherentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

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

## Hipnosedantes

---

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

En 2012, el 19% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, el 12% en el último año y el 7% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres (mujer/hombre=1,5).

Se observa una tendencia ascendente en el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes de 14 a 18 años, similar a la observada en la población de 15 a 64 años.

## Cocaína

---

En 2012, el 4% de la población de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez, el 2,5% en el último año y el 1,5% en el último mes.

Se confirma la tendencia descendente del consumo iniciada en 2004. Este descenso también se refleja en otras áreas como admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad.

El 97% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que ha disminuido ligeramente desde 1994 (98,5%).

## Anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína

---

En 2012, en los últimos 12 meses, han consumido éxtasis el 3% de los jóvenes de 14 a 18 años, anfetaminas el 2% y alucinógenos el 2%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos se mantiene en niveles bajos. El consumo se ha estabilizado tras la tendencia descendente iniciada en 2000. Se aprecia un leve repunte de éxtasis, por lo que es necesario vigilar la evolución.

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2012 un 1% la había probado alguna vez, un 0,7% la había consumido en el último año y un 0,6 % en el último mes previo a la encuesta. Tendencia estable desde 2006.

## Nuevas sustancias psicoactivas

---

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

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

En 2012, han consumido (alguna vez en la vida) spice el 1,4%, ketamina el 1,1%, metanfetamina el 0,9%, mefedrona el 0,5% y piperacinas el 0,4% de la población de 14 a 18 años.

## Disponibilidad percibida y percepción de riesgo

---

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

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol (>90% piensa que es fácil o muy fácil conseguirlo) y el cannabis (69%), seguidas de los hipnosedantes (53%). El alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa y el tabaco se considera más peligroso que el cannabis.

## Información sobre drogas

---

El 73% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra suficiente o perfectamente informado en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son charlas/cursos (64%) y padres (59%). Las vías por las que los jóvenes preferirían recibir información son los profesionales sanitarios (45%) y las charlas/cursos (45%). El 42% ha recibido información por Internet y al 26% les gustaría recibirla por esta vía.

## Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. 1987-2013

En España existe un indicador de admisiones a tratamiento, desde 1987, que informa sobre el número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de sustancias psicoactivas en centros de tratamiento de drogas ambulatorios.

### Situación en 2013

---

En 2013, se registraron 51.946 admisiones a tratamiento (personas admitidas por primera vez y con tratamiento previo) por abuso o dependencia de drogas ilegales. La sustancia que causa un mayor número de admisiones a tratamiento es la cocaína (38% del total), seguida del cannabis (33%) y de los opioides (25%).

Destaca la presencia del cannabis que es responsable de casi la mitad (46%) de los admitidos (primera vez) por delante de la cocaína y del 95% de las admisiones en los menores de 18 años.

En 2013 se notificaron 28.652 admisiones por alcohol. En España los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan también en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

### Evolución temporal

---

El número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales muestra una tendencia descendente desde 2010. La presencia de cada una de las sustancias 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, así como una presencia destacable del alcohol con tendencia estable.

### Infecciones en consumidores de drogas

---

En España se ha producido un descenso importante de la vía inyectada para el consumo de drogas.

Los datos del Centro Nacional de Epidemiología muestran que, en 2013, son atribuibles al uso de drogas inyectadas el 4,4% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 22,5% de los casos de sida ([http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2014.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe_VIH_SIDA_2014.pdf))

El indicador de admisiones a tratamiento informa de que, entre los inyectores que acuden a tratamiento, hay cierto descenso de la prevalencia de VIH y una estabilización del conocimiento serológico.

En 2013, fueron admitidos a tratamiento 7.026 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida (de éstos: 77% conoce su estado serológico y 31% es VIH positivo) y 2.237 que se habían inyectado en el último mes (de éstos: 74% conoce su estado serológico y 24% es VIH positivo).

## Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. 1996-2013

En España existe, desde 1987, un indicador de urgencias en consumidores de drogas que tiene como objetivo la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas.

### Situación en 2013 y tendencia

---

En 2013 se notificaron 12.037 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga (drogas ilegales y alcohol). De éstos, en 5.715 (47,5%) se encontró relación entre la droga y la urgencia.

Entre las drogas ilegales relacionadas con urgencias hospitalarias, en 2013, destaca la presencia de la cocaína (45% de las urgencias relacionadas con drogas), que muestra una tendencia levemente decreciente o estable; le sigue el cannabis (35%) con una tendencia claramente ascendente y la heroína (12%) que mantiene su descenso.

El alcohol está presente, en 2013, en el 39% de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas ilegales.

## Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, mortalidad relacionada con drogas. 1983-2013

España dispone, además del registro de mortalidad general del Instituto Nacional de Estadística, de un registro específico de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas desde 1983. Los datos de estas fuentes de información, así como de las estimaciones realizadas a partir de las mismas, informan del mínimo número de defunciones relacionadas con el uso de drogas, la mortalidad relacionada con el uso de las mismas probablemente sea algo superior.

### Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas

---

Según este registro, en 2013, se produjeron 489 defunciones. Tendencia estable desde 2000. En 2013, en el 77% de estas defunciones se identificaron opioides (tendencia estable), en el 54% cocaína (tendencia descendente) y en el 22% cannabis (tendencia ascendente).

### Registro general de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística

---

A partir de información obtenida de esta fuente, en 2013, al menos el 0,2% de todas las defunciones se pueden atribuir a drogas ilegales, de éstas el 81% es en varones y el 77% en personas de 35 o más años.

### Estimación realizada en base al registro específico y al registro general de mortalidad

---

La estimación realizada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías en base a la combinación de los registros específico y general de mortalidad informa de que, en 2013, se han producido al menos 727 defunciones por consumo de sustancias psicoactivas en España. Tendencia estable desde 2007.

## Sistema Español de Alerta Temprana

### Objetivo y funcionamiento

---

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

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

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

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

## Situación de las nuevas sustancias psicoactivas

---

### Europa

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) está monitorizando, actualmente, más de 450 nuevas sustancias psicoactivas. Durante el año 2014 se han notificado al EWS un total de 101 nuevas sustancias psicoactivas: 31 catinonas, 30 cannabinoides sintéticos, 9 fenetilaminas, 5 opioides, 5 triptaminas, 4 benzodiacepinas, 4 arilalquilaminas y 12 sustancias que no pertenecen a ningún grupo de los anteriores.

Desde 2005, el EMCDDA ha lanzado 117 alertas de salud pública relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas, más del 70% durante los últimos 5 años. En 2014 se produjeron 16 alertas a nivel europeo y se ha llevado a cabo la evaluación de riesgo de 6 sustancias psicoactivas.

### España

En 2014, el SEAT ha notificado al EMCDDA información relativa a 17 nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España. De ellas, una pertenecía al grupo de los cannabinoides sintéticos, 4 al grupo de las catinonas y 6 al grupo de las fenetilaminas. El resto de sustancias se repartía entre los grupos de arilalquilaminas (2), arilciclohexilaminas (2), benzodiacepinas (1) y el grupo de otros (1). De las 17 sustancias detectadas por primera vez en España, 3 aparecían, también, por primera vez en Europa (1 catinona, 1 feniletilamina y un precursor del alprazolam).

En 2014 fueron sometidas a medidas de control, en España, las nuevas sustancias psicoactivas 4-MA o 4-metilanfetamina y 5-IT o 5-(2aminopropil) indol.

En 2015 se difundieron en la web del Plan Nacional sobre Drogas dos alertas (ALFA-PVP “Flakka” y PMMA “Superman”).

Información complementaria en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Consumo,  
percepciones  
y opiniones  
ante las drogas



# 1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013

## Introducción

El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) está dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las comunidades autónomas. Este programa, que se realiza cada dos años, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de diez encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2013), lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal. Adicionalmente, se extrae información entre otros, sobre patrones de consumo dominantes, perfiles de consumidores, percepciones sociales ante el problema o medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

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

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2013.

## Objetivos

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

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

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

A continuación se presenta una tabla resumen con los principales aspectos metodológicos:

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio.
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. Periodicidad.	EDADES se lleva a cabo cada 2 años desde 1995. En 2013 el periodo de recogida de información se realiza del 2 de noviembre al 15 de diciembre de 2013 y del 7 de febrero al 8 de abril de 2014 (se excluye el periodo posterior a las fiestas navideñas).
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (2.348 en 2013), correspondientes a 987 municipios en 2013. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la comunidad autónoma (19 grupos), tamaño del municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos) para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	23.136 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$ ) del 0,6%, oscilando entre el 2,0% en la Comunidad Valenciana y el 6,6% en Ceuta.
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	La tasa efectiva de respuesta fue del 50,3%.

### Universo y marco muestral

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

## Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años, superando las 20.000 personas en las encuestas realizadas a partir de 2005 (tabla 1.1.1).

Tabla 1.1.1.

Evolución del tamaño de muestra de la encuesta EDADES en la población de 15 a 64 años. España, 1995-2013.

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

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

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2013, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, 6 comunidades autónomas han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio (Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia y Melilla).

El tamaño de la muestra final por comunidades osciló entre 218 encuestados en Ceuta y 2.497 en la Comunidad Valenciana, siendo la muestra superior a 2.000 en 3 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 6 comunidades (tabla 1.1.2). La distribución por edad fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron 2.348 secciones censales, correspondientes a 987 municipios, de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.001 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.
- En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).
- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios ad hoc que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

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

Tabla 1.1.2.

Distribución de la muestra por Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2013.

CCAA	DGPNSD <sup>1</sup>	Ampliación <sup>2</sup>	Muestra final <sup>3</sup>	Error muestral <sup>4</sup>
Andalucía	2.155	–	2.155	2,1%
Aragón	858	–	858	3,3%
Asturias	778	–	778	3,5%
Baleares	812	–	812	3,4%
Canarias	1.084	813	1.897	2,3%
Cantabria	576	408	984	3,1%
Castilla-La Mancha	1.071	516	1.587	2,5%
Castilla y León	1.181	–	1.181	2,9%
Cataluña	2.019	–	2.019	2,2%
C. Valenciana	1.699	798	2.497	2,0%
Extremadura	788	–	788	3,5%
Galicia	1.236	754	1.990	2,2%
Madrid	1.930	–	1.930	2,2%
Murcia	911	–	911	3,2%
Navarra	604	–	604	4,0%
Pais Vasco	1.108	–	1.108	2,9%
La Rioja	420	–	420	4,8%
Ceuta	218	–	218	6,6%
Melilla	211	188	399	4,9%
<b>Total</b>	<b>19.659</b>	<b>3.477</b>	<b>23.136</b>	<b>0,6%</b>

1. Número de entrevistas financiadas por la DGPNSD.

2. Número de entrevistas financiadas por las CCAA/CA.

3. Muestra final. Número de entrevistas realizadas.

4. 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).

## Cuestionario y trabajo de campo

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

El cuestionario incluía preguntas de clasificación sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. En general, las preguntas del cuestionario carecen de la opción no sabe/no contesta con la intención de forzar la respuesta del encuestado.

En 2013, los bloques de alcohol y cannabis incluyen variables que permiten elaborar un indicador de consumo problemático (AUDIT y CAST respectivamente).

Además, el cuestionario de 2013 incluye un módulo de 27 preguntas dirigido a población laboral, cuyo análisis y resultados serán objeto de un informe aparte.

En 2013, la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,3%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (24,6%), ausencia de todos los miembros del hogar (22,3%), negativas de la persona seleccionada (1,3%), ausencia de la persona seleccionada (1,2%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios y días distintos.

En EDADES 2013, el trabajo de campo se realizó entre el 2 de noviembre y el 15 de diciembre de 2013, y del 7 de febrero al 8 de abril de 2014. No se realizaron encuestas desde el 16 de diciembre hasta el 7 de febrero, para evitar la influencia de la Navidad en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. En la Comunidad de Canarias tampoco se realizó el trabajo de campo desde el 28 de febrero al 31 de marzo para evitar la influencia de los carnavales en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días.

Por lo que respecta a la supervisión, se ha supervisado al 100% de los entrevistadores y un 26,4% de las entrevistas (un 21,3% de forma telefónica y un 5,1% personalmente con visita a los hogares).

## Análisis

Debido a que el diseño muestral inicial contemplaba una distribución no proporcional por edad y comunidad autónoma, no es posible agregar directamente los resultados ya que sobrerrepresentaríamos o infrarrepresentaríamos algunos estratos. Por ello, y con objeto de devolver a la muestra su representatividad se ha procedido a ponderar los resultados al universo real publicado por el INE en su última revisión del Padrón Municipal de habitantes (1 de enero de 2013). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1260 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del propio diseño muestral y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia en el hogar de los hombres. Finalmente, se tuvo también en cuenta el tamaño de hábitat para eliminar cualquier posible sesgo que se pudiera producir en la tasa de respuesta (ya que es posible que en tamaños de hábitat menores sea más difícil encontrar a algunos tramos de edad).

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando cuatro indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población española de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por grupo de edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. En 2013 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue residual (inferiores al 1%).

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

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

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

## Resultados

### Caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio

La población objeto de estudio, que contempla a los residentes en España que tienen entre 15 y 64 años sigue una distribución según sexo que se encuentra próxima al 50% (tabla 1.1.3). En términos de edad, el 35,8% tiene entre 15 y 35 años, el 46,9% entre 35 y 54 años mientras que el segmento de mayor edad, de 55 a 64 años, comprende el 17,3% de los consultados.

En cuanto al estado civil, aproximadamente uno de cada dos se encuentra casado, representando los solteros el 38,7% de la población. La mayor parte, dos de cada tres, cuenta con estudios secundarios, mientras que aquellos que tienen estudios universitarios suponen el 18,6%.

Por otro lado, 6 de cada 10 individuos viven con su pareja o cónyuge y el 42,6% con hijos (tabla 1.1.4). Asimismo, la convivencia con la madre se observa en el 23% de los casos, con el padre en el 17,5% y con hermanos en el 12,6%. Finalmente, 1 de cada 10 vive solo.

**Tabla 1.1.3.**

**Características sociodemográficas de la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.**

		Porcentaje
SEXO	Hombre	50,4
	Mujer	49,6
EDAD	15 a 24 años	14,7
	25 a 34 años	21,1
	35 a 44 años	24,7
	45 a 54 años	22,2
	55 a 64 años	17,3
ESTADO CIVIL	Soltero/a	38,7
	Casado/a	52,3
	Separado/a - Divorciado/a	6,9
	Viudo/a	2,1
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios / estudios primarios	15,9
	Estudios secundarios	65,5
	Estudios universitarios	18,6
NACIONALIDAD	Española	87,5
	Extranjera	12,5

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

**Tabla 1.1.4.****Con quién vive actualmente la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.**

	Porcentaje
Solo	9,9
Cónyuge / pareja	59,2
Padre	17,5
Madre	23,0
Hijos	42,6
Hermanos	12,6
Abuelos	1,3

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

## Prevalencia de consumo de drogas

### Evolución temporal

El alcohol es la sustancia psicoactiva más generalizada en la población de 15 a 64 años, en la medida en que el 93,1% ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en la vida, proporción que se ha ampliado ligeramente respecto a 2011, encontrándose los incrementos más cuantiosos en los años 2005 y 2009 (tabla 1.1.5).

El tabaco es la segunda droga de mayor consumo en España, donde el 73,1% de la población ha fumado alguna vez; en este caso, la barrera del 70% se superó por primera vez en 2009, de forma que los valores de las últimas tres encuestas son los más elevados de la serie.

En la encuesta EDADES 2011 se registró que el consumo de hipnosedantes se había incrementado en la población, cuando el 19,5% confirmó haber ingerido tranquilizantes o somníferos alguna vez en la vida. En la actualidad su consumo continúa aumentando aunque con menor intensidad, con un incremento en la prevalencia de 2,7 puntos porcentuales (hasta el 22,2%) que no es tan pronunciado como el que se produjo en 2011, cuando el porcentaje se incrementó en 6,1 puntos.

El cannabis es la sustancia ilegal más prevalente en España. A partir del año 2001 la población que había consumido alguna vez comenzó a estar próxima al 30% y en 2009 se alcanzó un máximo en la serie, al registrar una prevalencia del 32,1%. En 2011, se observó una reducción del consumo hasta el 27,4%, pero se ha recuperado en la actualidad, tras un aumento de 3 puntos, que sitúa el indicador en el 30,4%.

El consumo de cocaína en polvo, la segunda sustancia ilegal más popular, ha aumentado progresivamente desde la década de los noventa, hasta registrar, en 2013, que 1 de cada 10 ciudadanos ha probado esta sustancia en alguna ocasión en la vida.

Éxtasis, anfetaminas y alucinógenos registran una prevalencia minoritaria, por debajo del 5% mientras que la heroína o los inhalables volátiles muestran una extensión residual en la población.

El consumo de las sustancias con mayor prevalencia, para el tramo temporal de alguna vez en la vida, ha experimentado en general un ligero aumento con respecto a 2011, que en ningún caso supera los tres puntos. No obstante, este incremento no ha derivado en general en un aumento pronunciado de los consumos de los tramos temporales más recientes.

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013.

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

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

Respecto al consumo de drogas legales en el último año (tabla 1.1.6), el 78,3% de los ciudadanos tomó bebidas alcohólicas y el 40,7% fumó tabaco. El consumo de alcohol es levemente superior a la pasada edición de la encuesta mientras que el valor relativo al tabaco mantiene cierta estabilidad.

Cabe destacar para el caso del tabaco que comparando los resultados con los observados hace una década, aunque la población que cuenta con la experiencia de haber fumado alguna vez es más cuantiosa, el consumo en los últimos 12 meses se ha reducido notablemente.

Por otro lado, desde el año 2009, la caída del consumo de cannabis para este tramo temporal y especialmente el auge de los hipnosedantes convierten a éstos últimos en la tercera sustancia más consumida en el último año en España, cuando históricamente había sido el cannabis.

La prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días repunta ligeramente respecto a 2011 pero se mantiene en el mismo intervalo que se ha venido registrando históricamente, a saber, entre el 60% y 65%. Por su parte, la prevalencia del consumo de tabaco en el último mes apenas difiere de la pasada encuesta y permanece por debajo del 40%, escenario que comenzó a contemplarse a partir del año 2003 (tabla 1.1.7).

De nuevo, la tercera sustancia más prevalente en España en el último mes, son los hipnosedantes (8,9%) escenario que se contempló por vez primera en la pasada encuesta de 2011. Aunque entre los hipnosedantes predomina el consumo de tranquilizantes sobre los somníferos, ambas sustancias están más presentes entre la población.

El consumo en el último mes de cannabis presenta cierta estabilidad en relación a EDADES 2011; contrastándolo con anteriores mediciones, la prevalencia más elevada se registró en 2005 cuando el 8,7% de la población admitió haber consumido en el último mes, mientras que la encuesta de 2013 arroja el valor más reducido de la última década situándose en el 6,6%.

**Tabla 1.1.6.**

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013.

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

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

**Tabla 1.1.7.**

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013.

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

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

En cuanto al consumo diario de sustancias psicoactivas, el tabaco muestra la prevalencia más importante, siendo el 30,8% de los consultados los que reconocen fumar diariamente. Esta proporción que apenas se diferencia de la anterior medición, consolida el avance producido en la reducción del consumo con respecto a los primeros años de la década pasada (tabla 1.1.8).

En el caso del alcohol, la prevalencia de la ingesta diaria consigue anotar el mínimo de la serie (9,8%), alejándose de las prevalencias más amplias registradas entre 2001 y 2005 cuando más del 14% de la población tomaba alcohol cada día. Las características de los consumidores con este patrón serán expuestas más adelante en el apartado correspondiente. Sin embargo, atendiendo a los hipnosedantes sí se observa cierto crecimiento en su consumo diario, que proviene tanto de los somníferos como de los tranquilizantes. Específicamente, la proporción de consumo actual de hipnosedantes es 2,5 veces superior a la existente hace 4 años.

**Tabla 1.1.8.**

**Prevalencia de consumo diario de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2013.**

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

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

## Edad

### Edad de inicio en el consumo

El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más temprana (16,7 y 16,4 años respectivamente) seguidos del cannabis (18,6 años), valores que a lo largo de la serie histórica han mantenido cierta estabilidad (tabla 1.1.9). El inicio más tardío al consumo se observa en el caso de los hipnosedantes, que empieza de media a los 35,2 años (figura 1.1.1).

**Tabla 1.1.9.**

**Edad media de inicio de consumo de sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 1995-2013.**

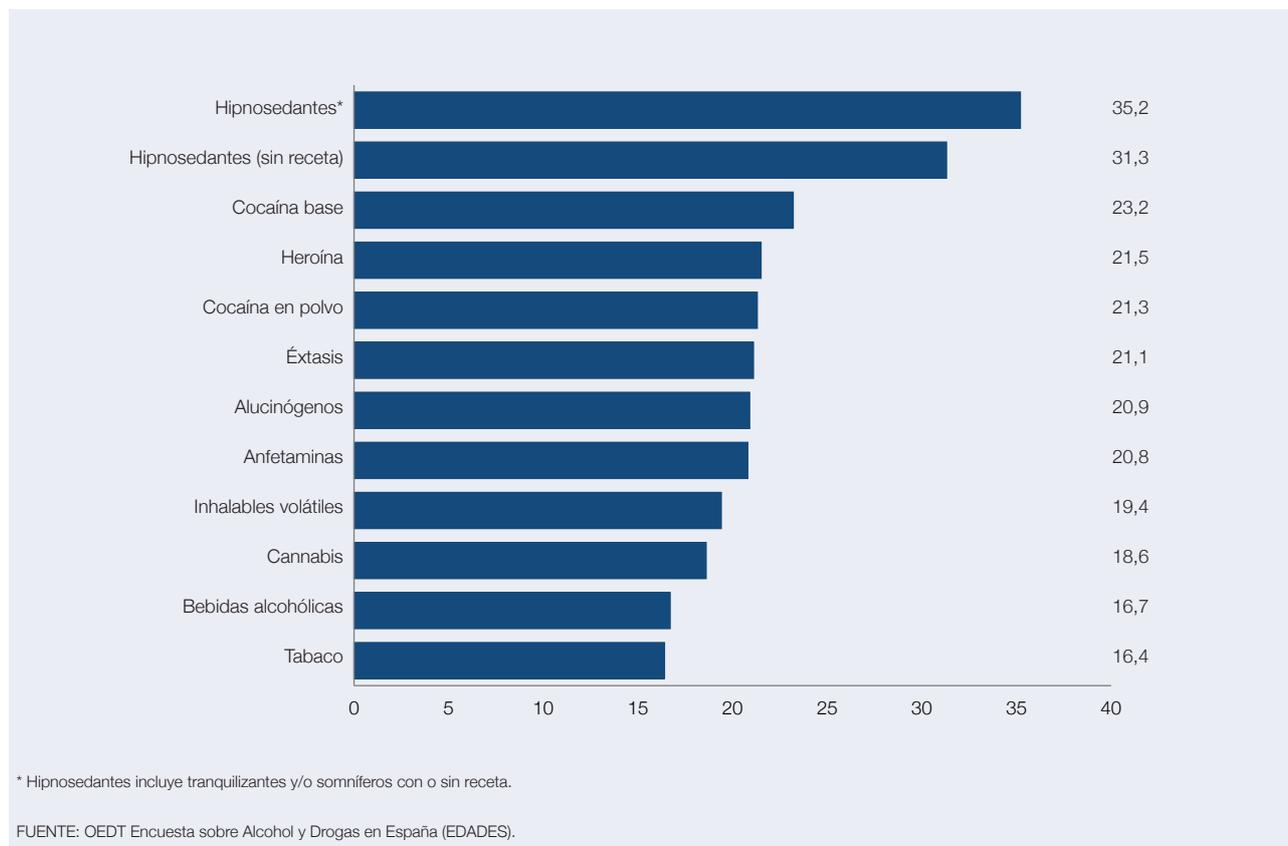
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4
Bebidas alcohólicas	–	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6
Inhalables volátiles	17,7	19	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4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

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

Figura 1.1.1.

Edad media (años) de inicio de consumo de sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2013.



### Diferencias en el consumo por edad

En general, el consumo de sustancias de comercio legal muestra mayor dimensión en la población de más edad (35 a 64 años), mientras que aquellas de comercio ilegal tienen mayor impacto en el colectivo joven (tabla 1.1.10).

El diferencial más notable se encuentra en el caso del cannabis, donde el 40,2% de los individuos de hasta 34 años confirma su consumo alguna vez en la vida mientras que entre los mayores de 34 años este porcentaje se reduce al 25%, lo que pone de manifiesto que entre la juventud actual, probar el cannabis está más normalizado que en generaciones anteriores. Con respecto a los años noventa, la prevalencia para el consumo alguna vez en la vida, además de haberse extendido en el grupo de población más joven, ha aumentado en la población que tiene más de 34 años, personas que probablemente iniciaron su consumo con anterioridad.

También existe un importante diferencial al contemplar el consumo de tranquilizantes, pues la prevalencia en el segmento de mayor edad duplica a la del colectivo joven. Además, el crecimiento que ha experimentado su consumo entre la población proviene, en mayor medida, de las personas con más de 34 años.

Entre las drogas ilegales, cabe señalar la cocaína base y sobre todo la heroína como aquellas donde la proporción de personas que las ha consumido alguna vez en la vida es superior en los mayores de 34 años, lo que podría indicar que existe un mayor rechazo a este tipo de sustancias entre los jóvenes en la actualidad en comparación con los jóvenes de anteriores generaciones. De hecho, a mediados de los años noventa, al comienzo de la serie histórica, el 1,4% de los individuos con menos de 35 años había consumido heroína alguna vez, porcentaje que actualmente se sitúa en el 0,3%.

Tabla 1.1.10.

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2013.

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

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

El consumo de drogas en el último año se encuentra más generalizado en el segmento de 15 a 34 años, excepto en el caso de los hipnosedantes, escenario que también se contempla en el tramo temporal de los últimos 30 días (tablas 1.1.11 y 1.1.12).

La brecha entre el grupo de 15 a 34 años y el de 35 a 64 años es especialmente evidente cuando se observan los niveles de consumo de cannabis en el último mes, pues el 12,2% de los jóvenes ha consumido frente al 3,5% del segmento mayor.

Cabe reseñar la evolución que ha seguido el consumo reciente de tabaco en las personas de hasta 34 años.

La proporción que ha fumado en el último mes es estable con respecto a la obtenida en 2011 y la más reducida de la serie (40,2%), lo que consolida la disminución del consumo de tabaco entre los jóvenes y marca un notable diferencial con el resultado obtenido hace una década, cuando su prevalencia era 7 puntos superior.

Asimismo se observa una tendencia decreciente en el consumo reciente de cocaína en polvo entre los individuos de hasta 34 años. Si en el año 2007 el 2,9% confesaba haber consumido en los últimos 30 días, la prevalencia ha perdido valor progresivamente hasta el 1,2% actual.

Tabla 1.1.11.

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2013.

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

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

Tabla 1.1.12.

Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2013.

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

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

## Sexo

Analizando las prevalencias de las sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en función del sexo, se observa que las mujeres únicamente superan el consumo de los hombres en el caso de los hipnosedantes, y específicamente, en el de los tranquilizantes, donde la prevalencia femenina prácticamente duplica la masculina (tabla 1.1.13).

Atendiendo al alcohol y al tabaco, aunque todavía existe un importante diferencial entre los niveles de consumo de hombres y mujeres, la brecha entre ambos es la más discreta de la serie. Con respecto a 2011, los varones han mantenido la prevalencia de ambas sustancias, mientras que la dimensión del consumo entre las mujeres ha crecido ligeramente. Por su parte el consumo de cannabis tienen un alcance notablemente superior entre los varones (12,9%) cuya prevalencia supera la femenina en 7,5 puntos para los consumos en los últimos 12 meses.

**Tabla 1.1.13.**

**Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2013.**

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

H = Hombre; M = Mujer.

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

Del mismo modo, en relación a los últimos 30 días previos a la realización de la encuesta, el consumo de las diferentes sustancias muestra un mayor alcance entre los hombres, con la excepción de los hipnosedantes, dado que la prevalencia femenina duplica la masculina independientemente de que se consideren tranquilizantes o somníferos (tabla 1.1.14).

También para el consumo reciente de alcohol y tabaco, el diferencial entre sexos es el más reducido de la serie, encontrando respecto a EDADES 2011 cierta estabilidad en la prevalencia de los hombres frente a un incremento de la femenina, más pronunciado en el caso del alcohol. De este análisis se desprende que el ligero repunte de la prevalencia del alcohol en los últimos 30 días proviene del colectivo femenino.

La evolución del consumo de cannabis con respecto a la medición pasada es similar entre hombres y mujeres, ambos segmentos contribuyen a que la prevalencia para los últimos 30 días sea la más reducida de la última década. Actualmente, se registran 2,9 hombres por cada mujer que ha consumido cannabis en el último mes.

**Tabla 1.1.14.**

**Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1997-2013.**

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

H = Hombre; M = Mujer.

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

## Comunidad/Ciudad Autónoma

### Edad de inicio en el consumo

La edad media con la que comienza el consumo de sustancias psicoactivas es relativamente homogénea entre las comunidades autónomas, sin observarse grandes diferencias para cada una de las sustancias (tabla 1.1.15).

Atendiendo al inicio en el consumo de tabaco, en todas las comunidades se sitúa alrededor de los 16 años, siendo únicamente más tardío en Ceuta (18 años). Por su parte, la edad con la que se empieza a fumar de forma diaria, que a

nivel nacional se sitúa en los 18,6 años, no registra desviaciones superiores al año en ninguna comunidad a excepción de Murcia (se empieza un año antes) y Ceuta (donde comienza tres años más tarde).

Igualmente, la edad de inicio en el consumo de alcohol se encuentra estandarizada a lo largo del territorio nacional, encontrándose en todo caso entre los 16 y 17 años. Por su parte, el consumo de cannabis empieza con 18 años en la mayoría de autonomías, registrando que en 4 comunidades se retrasa a los 19 años y en Ceuta a los 20 años.

**Tabla 1.1.15.**

**Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (años). España, 2013.**

	Edad media inicio en consumo de tabaco	Edad media inicio en consumo de tabaco diario	Edad media inicio en consumo de alcohol	Edad media inicio en consumo de cannabis
Andalucía	16,3	19,0	16,8	18,6
Aragón	16,2	18,2	16,2	19,1
Asturias	16,0	18,3	16,5	18,5
Baleares	16,6	18,2	16,7	18,7
Canarias	16,5	18,3	17,1	18,6
Cantabria	15,9	18,0	16,4	18,4
Castilla-La Mancha	16,6	18,5	16,7	18,4
Castilla y León	16,1	18,3	16,1	19,5
Cataluña	16,5	18,3	16,7	18,5
C. Valenciana	16,3	18,6	16,4	18,5
Extremadura	15,8	18,3	16,5	18,0
Galicia	16,3	19,2	16,2	18,6
Madrid	16,6	18,7	17,2	18,3
Murcia	16,3	17,5	16,5	18,7
Navarra	16,5	19,9	16,3	18,8
País Vasco	16,3	18,6	16,6	18,7
La Rioja	16,2	18,8	16,5	19,1
Ceuta	18,0	21,5	17,8	20,5
Melilla	16,6	19,0	17,3	19,0
<b>Media España</b>	<b>16,4</b>	<b>18,6</b>	<b>16,7</b>	<b>18,6</b>

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

## Consumo de alcohol

El porcentaje de población que ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez, muestra poca variación entre las comunidades, sin tener en cuenta a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, donde el consumo es notablemente más discreto que en el resto de España, posiblemente debido a un contexto cultural diferenciado con respecto al resto de autonomías españolas. Excluyendo a estas dos ciudades, la diferencia entre la comunidad con menor prevalencia y la más elevada, no alcanza los 10 puntos porcentuales (tabla 1.1.16).

El consumo reciente de alcohol, en el último mes, tiene mayor alcance en Asturias, La Rioja, País Vasco o Aragón, donde aproximadamente 7 de cada 10 personas habrían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (la media española se establece en el 64,4%). En el otro extremo, además de Ceuta y Melilla, se encuentran Cantabria, Castilla La Mancha, Canarias o Extremadura, mientras que la prevalencia del resto de comunidades en ningún caso se aleja más de 3 puntos de la media nacional.

Tabla 1.1.16.

Prevalencias de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2013.

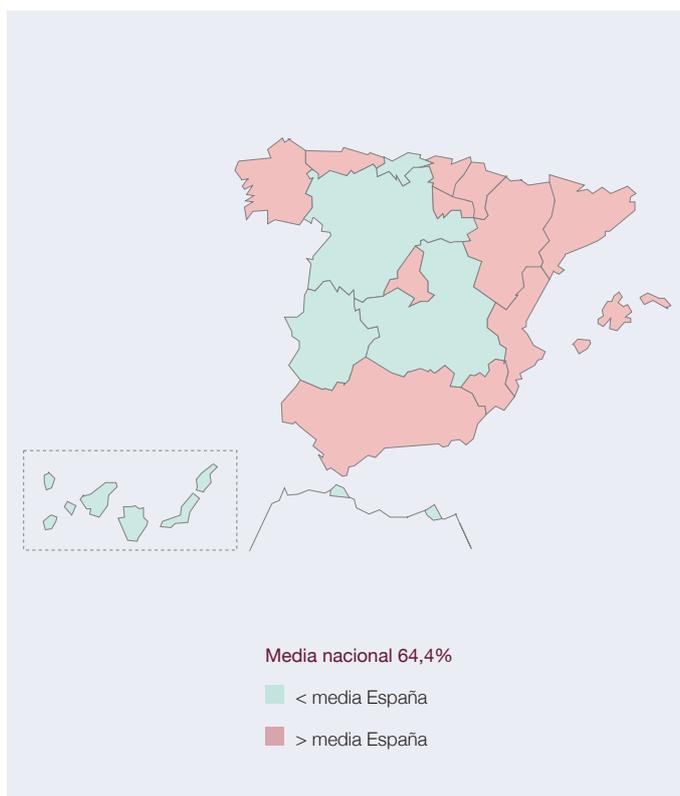
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Andalucía	92,3	79,4	65,3
Aragón	95,0	84,3	68,6
Asturias	97,3	87,0	71,9
Baleares	93,1	80,6	65,5
Canarias	91,6	72,3	55,6
Cantabria	93,3	74,8	48,4
Castilla-La Mancha	90,8	66,8	53,8
Castilla y León	95,4	78,7	62,9
Cataluña	91,3	77,9	65,8
C. Valenciana	94,7	81,2	65,6
Extremadura	94,3	74,1	56,0
Galicia	95,5	79,9	66,9
Madrid	93,9	77,7	65,6
Murcia	89,2	73,1	65,5
Navarra	92,1	81,9	65,2
País Vasco	96,9	84,9	69,8
La Rioja	89,2	81,7	69,9
Ceuta	70,0	45,7	35,7
Melilla	65,5	46,0	37,0
Media España	93,1	78,3	64,4

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

Tabla 1.1.17.

Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.

	Últimos 30 días
Andalucía	65,3
Aragón	68,6
Asturias	71,9
Baleares	65,5
Canarias	55,6
Cantabria	48,4
Castilla-La Mancha	53,8
Castilla y León	62,9
Cataluña	65,8
C. Valenciana	65,6
Extremadura	56,0
Galicia	66,9
Madrid	65,6
Murcia	65,5
Navarra	65,2
País Vasco	69,8
La Rioja	69,9
Ceuta	35,7
Melilla	37,0
Media España	64,4



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

Abordando el consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses y el segmento masculino, las proporciones más amplias de hombres que dicen haberse emborrachado en el último año se encuentran en Navarra, La Rioja y Extremadura, destacando en el sentido opuesto Castilla-La Mancha y Castilla y León.

En el segmento femenino, se observa que las mujeres navarras también arrojan la prevalencia más elevada y que la extensión de las borracheras es relativamente más homogénea entre las autonomías que en el grupo masculino; en esta línea se aprecia que 14 comunidades muestran una prevalencia que oscila entre el 10,4% y el 15,4%. Por su parte, Ceuta, Castilla-La Mancha, Asturias y Melilla registran los porcentajes más discretos (tabla 1.1.18).

**Tabla 1.1.18.**

**Prevalencias de borracheras en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma según sexo (porcentajes). España, 2013.**

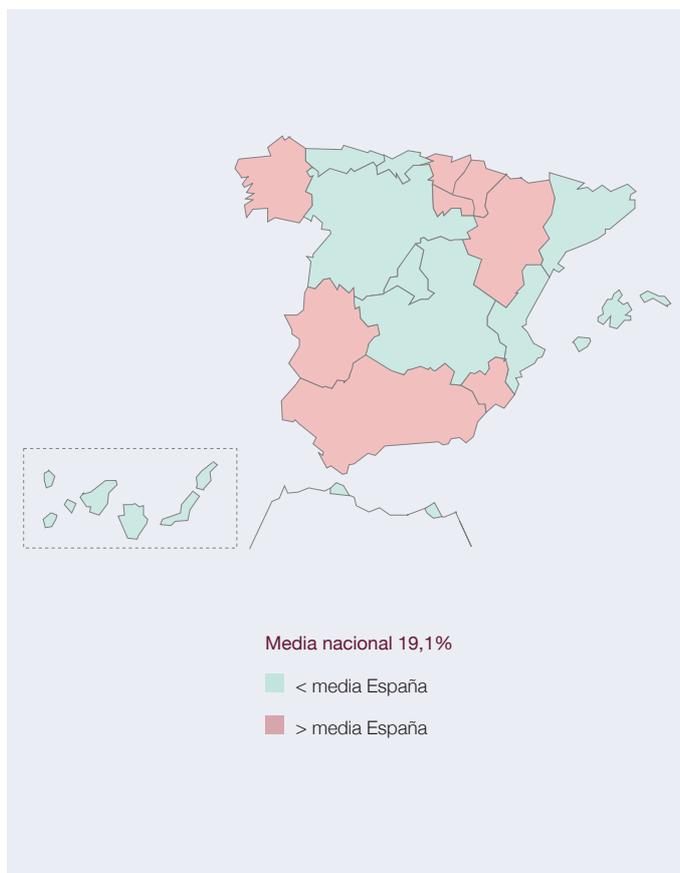
	TOTAL últimos 12 meses	HOMBRES últimos 12 meses	MUJERES últimos 12 meses
Andalucía	21,9	29,2	14,6
Aragón	19,7	24,4	14,7
Asturias	14,8	22,2	7,6
Baleares	18,1	22,0	14,0
Canarias	17,5	24,3	10,5
Cantabria	16,3	22,2	10,4
Castilla-La Mancha	11,4	15,1	7,4
Castilla y León	14,7	18,3	10,8
Cataluña	18,7	24,4	12,8
C. Valenciana	18,7	25,1	12,2
Extremadura	22,0	32,2	11,4
Galicia	21,9	30,7	13,2
Madrid	17,0	23,3	10,9
Murcia	21,7	27,6	15,4
Navarra	32,9	39,2	26,4
País Vasco	22,1	29,9	14,2
La Rioja	24,0	32,3	15,4
Ceuta	11,8	17,5	5,5
Melilla	12,3	16,3	7,8
<b>Media España</b>	<b>19,1</b>	<b>25,4</b>	<b>12,6</b>

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

Tabla 1.1.19.

Prevalencias de borracheras en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2013.

	Últimos 12 meses
Andalucía	21,9
Aragón	19,7
Asturias	14,8
Baleares	18,1
Canarias	17,5
Cantabria	16,3
Castilla-La Mancha	11,4
Castilla y León	14,7
Cataluña	18,7
C. Valenciana	18,7
Extremadura	22,0
Galicia	21,9
Madrid	17,0
Murcia	21,7
Navarra	32,9
País Vasco	22,1
La Rioja	24,0
Ceuta	11,8
Melilla	12,3
<b>Media España</b>	<b>19,1</b>



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

Si se contempla en qué medida la población dice haberse emborrachado recientemente (tabla 1.1.20), en los últimos 30 días, al igual que se observaba para las borracheras en los últimos 12 meses, los hombres de La Rioja y Navarra destacarían por superar la media española (de cada 100 varones, 15 habrían sufrido una intoxicación etílica en el último mes). Por el contrario, además de Ceuta y Melilla, las proporciones más reducidas aparecen en Asturias y Castilla La Mancha (7 de cada 100 hombres).

En cuanto al segmento femenino, 13 autonomías presentan unas prevalencias inferiores al 5%, entre las que destacan Asturias y la Comunidad Valenciana por el reducido impacto de las intoxicaciones etílicas entre las mujeres (además de Ceuta y Melilla). Los porcentajes más elevados se encuentran en Murcia (6,2%), Aragón (6,5%) y Navarra (7,1%) aunque el diferencial con la media nacional es reducido (la prevalencia femenina a nivel nacional se sitúa en el 4,5%).

Respecto a la realización de binge drinking en el último mes (tabla 1.1.21), si para el segmento masculino a nivel nacional el indicador se sitúa en el 20,8%, hay 5 autonomías que superan el 25% y que aproximadamente duplican la proporción arrojada por las comunidades con menor prevalencia (Cantabria, Baleares, Valencia).

Atendiendo al segmento femenino, las comunidades donde el *binge drinking* se encuentra menos extendido son las mismas que se registraban en el segmento masculino mientras que, entre las mujeres de Madrid, La Rioja y Navarra, el binge drinking tiene ligeramente, más presencia que la media nacional.

Por su parte, se aprecia que el diferencial entre sexos se hace especialmente evidente en Canarias (sus prevalencias difieren en 14,8 puntos de modo que la población masculina que ha hecho binge drinking triplica la femenina), Galicia (con un diferencial de 15,3 puntos) y Extremadura (la diferencia asciende a 17,2 puntos porcentuales).

Tabla 1.1.20.

Prevalencias de borracheras en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma según sexo (porcentajes). España, 2013.

	TOTAL últimos 30 días	HOMBRES últimos 30 días	MUJERES últimos 30 días
Andalucía	7,7	10,6	4,7
Aragón	7,4	8,2	6,5
Asturias	4,5	6,5	2,4
Baleares	7,0	8,2	5,8
Canarias	6,9	10,0	3,7
Cantabria	8,2	10,8	5,5
Castilla-La Mancha	5,3	6,7	3,7
Castilla y León	6,7	8,1	5,2
Cataluña	7,4	10,2	4,5
C. Valenciana	5,1	7,0	3,3
Extremadura	7,9	11,3	4,2
Galicia	8,2	11,9	4,6
Madrid	6,5	8,6	4,6
Murcia	8,4	10,5	6,2
Navarra	11,3	15,3	7,1
País Vasco	7,3	10,9	3,7
La Rioja	9,8	15,2	4,2
Ceuta	3,7	5,7	1,6
Melilla	4,2	4,6	3,6
Media España	7,0	9,5	4,5

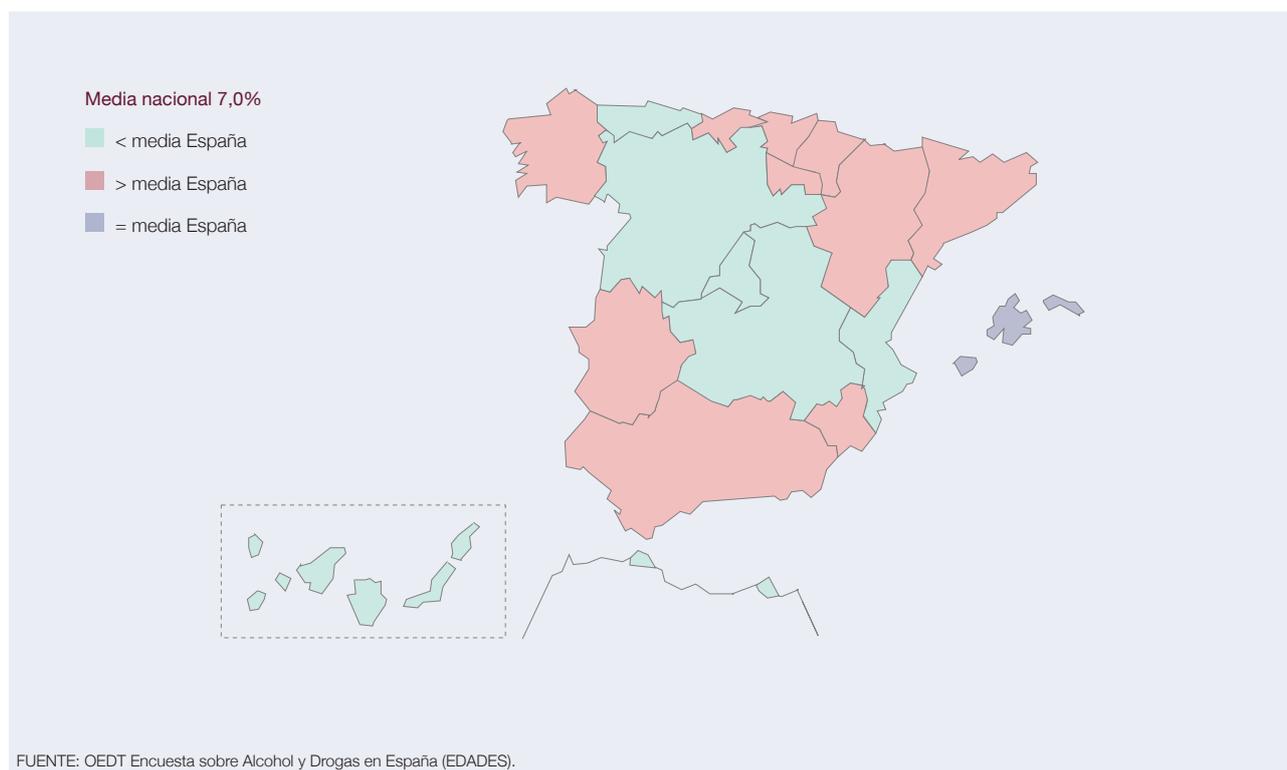
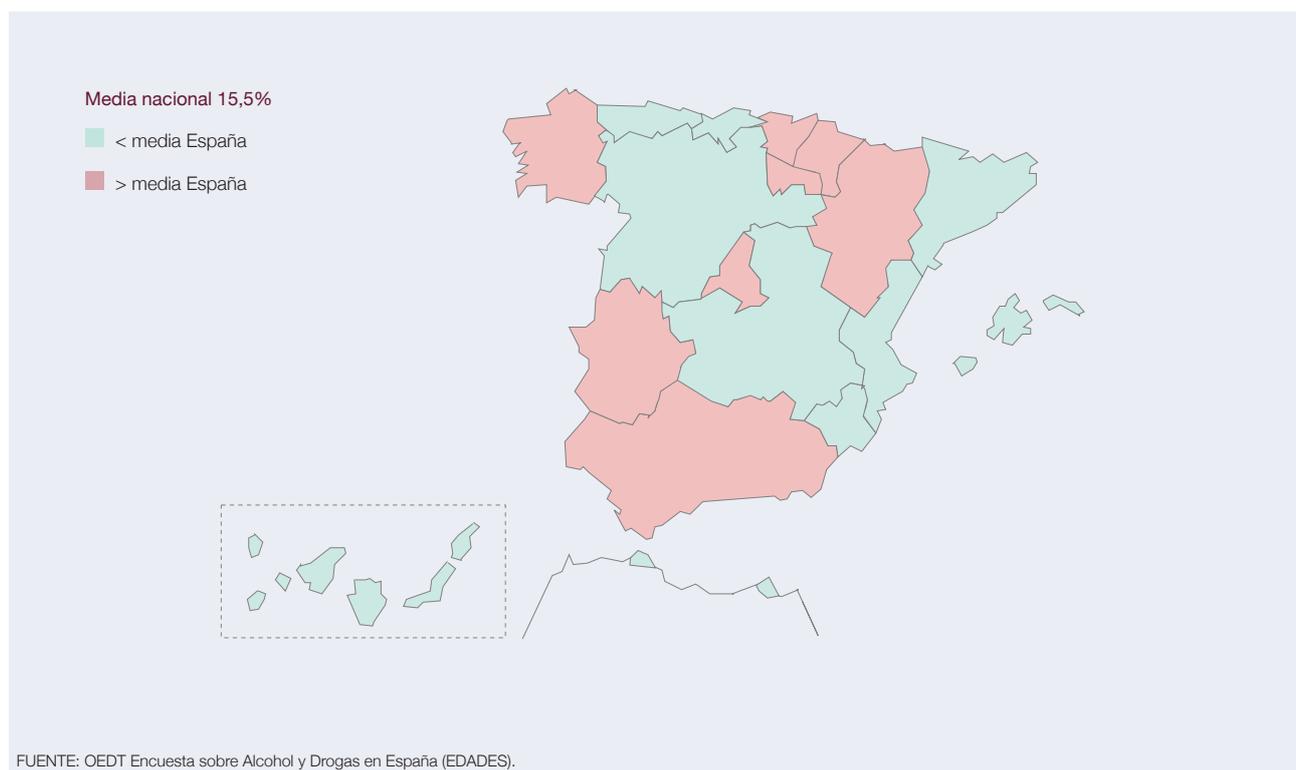


Tabla 1.1.21.

Prevalencias de binge drinking en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma según sexo (porcentajes). España, 2013.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Andalucía	19,2	25,6	12,7
Aragón	17,6	23,3	11,4
Asturias	11,2	15,2	7,3
Baleares	9,7	12,7	6,5
Canarias	14,7	22,0	7,2
Cantabria	9,1	12,1	6,1
Castilla-La Mancha	12,1	16,8	7,0
Castilla y León	13,3	17,3	9,0
Cataluña	13,6	17,6	9,5
C. Valenciana	9,1	13,4	4,9
Extremadura	18,3	26,6	9,5
Galicia	16,2	23,8	8,5
Madrid	20,3	27,0	13,9
Murcia	11,4	14,3	8,4
Navarra	16,3	17,3	15,2
País Vasco	19,0	25,8	12,0
La Rioja	19,9	26,2	13,3
Ceuta	5,1	7,5	2,4
Melilla	6,9	9,1	4,5
<b>Media España</b>	<b>15,5</b>	<b>20,8</b>	<b>10,0</b>

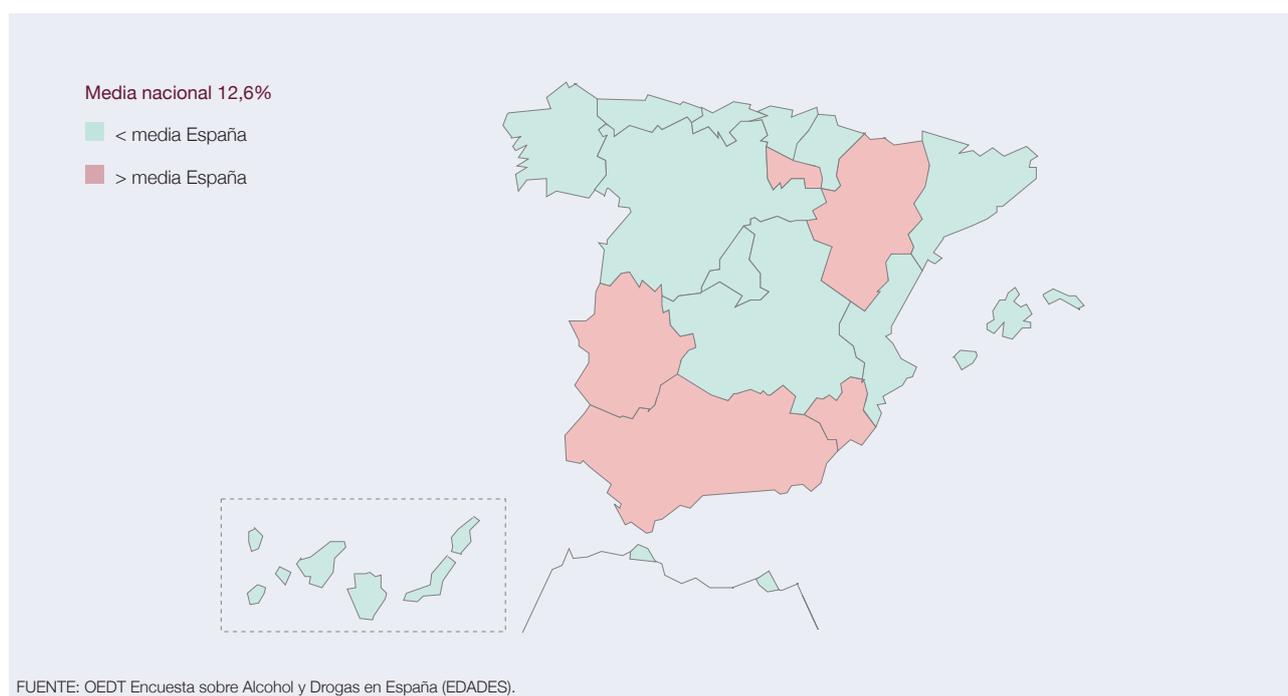


En España, el 12,6% de la población ha realizado botellón en el último año encontrando tan sólo dos comunidades donde la desviación respecto a este dato supere los 5 puntos porcentuales, lo que refleja que se trata de una práctica relativamente estandarizada a nivel nacional, siendo Murcia y Extremadura las comunidades que destacan sobre las demás en este aspecto (tabla 1.1.22).

**Tabla 1.1.22.**

**Prevalencias de hacer botellón en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma según sexo (porcentajes). España, 2013.**

	TOTAL últimos 12 meses	HOMBRES últimos 12 meses	MUJERES últimos 12 meses
Andalucía	16,4	18,6	14,2
Aragón	13,0	14,0	12,0
Asturias	8,0	9,2	6,9
Baleares	8,3	9,8	6,8
Canarias	11,1	13,5	8,7
Cantabria	9,4	11,9	6,8
Castilla-La Mancha	12,5	13,3	11,7
Castilla y León	11,3	13,4	9,2
Cataluña	11,0	12,4	9,5
C. Valenciana	11,2	13,5	8,8
Extremadura	24,3	25,7	22,8
Galicia	10,5	13,1	7,9
Madrid	11,2	12,8	9,7
Murcia	18,8	21,9	15,6
Navarra	10,6	10,1	11,1
País Vasco	10,8	12,0	9,5
La Rioja	14,1	18,9	9,0
Ceuta	11,7	14,0	9,0
Melilla	9,5	12,1	6,5
<b>Media España</b>	<b>12,6</b>	<b>14,4</b>	<b>10,7</b>

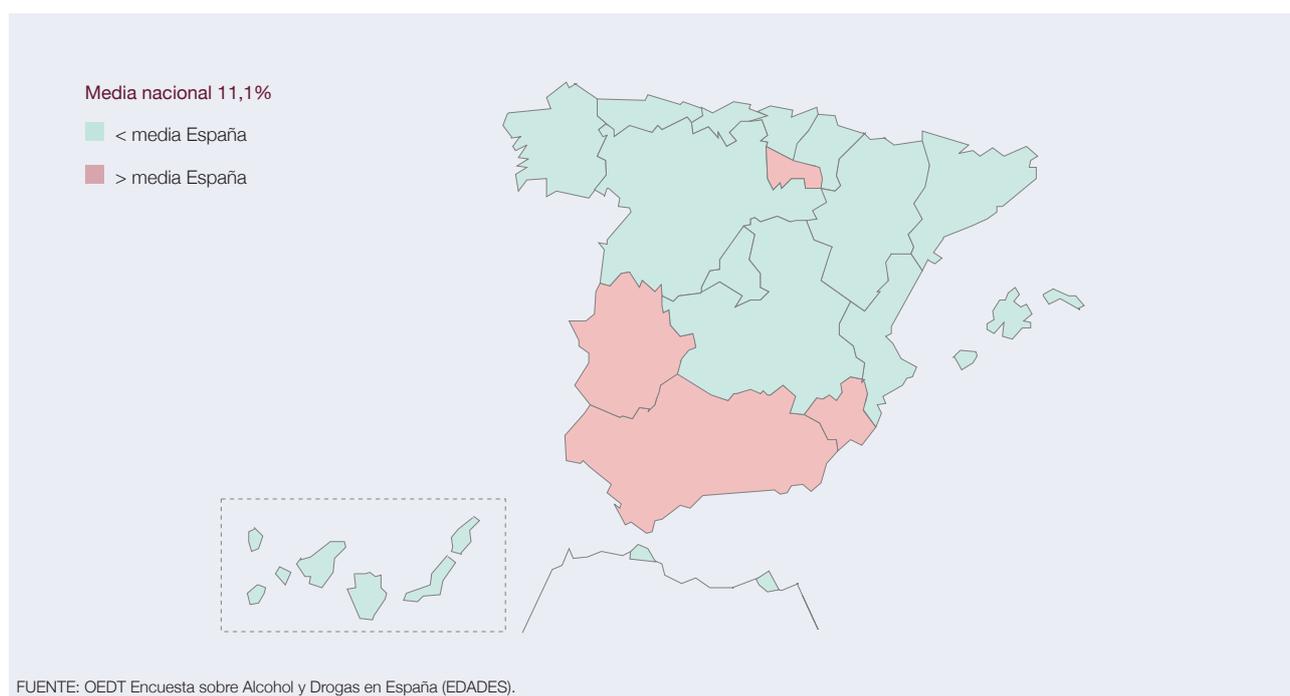


Si restringimos el análisis a la población que ha hecho botellón en los últimos 12 meses y además ha tomado alcohol en el mismo, igualmente se registra poca dispersión entre comunidades (tabla 1.1.23).

**Tabla 1.1.23.**

**Prevalencias de hacer botellón y consumir alcohol en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma según sexo (porcentajes). España, 2013.**

	TOTAL últimos 12 meses	HOMBRES últimos 12 meses	MUJERES últimos 12 meses
Andalucía	14,8	17,0	12,5
Aragón	10,4	11,2	9,4
Asturias	7,9	9,1	6,7
Baleares	7,7	8,8	6,6
Canarias	9,8	11,8	7,8
Cantabria	9,0	11,4	6,5
Castilla-La Mancha	10,0	11,3	8,6
Castilla y León	10,3	11,7	8,9
Cataluña	9,1	10,4	7,8
C. Valenciana	10,4	12,6	8,1
Extremadura	21,1	23,8	18,2
Galicia	9,8	12,2	7,5
Madrid	9,8	11,4	8,3
Murcia	16,8	19,7	13,7
Navarra	10,5	9,8	11,1
País Vasco	10,0	11,0	9,0
La Rioja	13,5	17,6	9,0
Ceuta	11,0	12,7	9,0
Melilla	8,3	10,3	6,0
<b>Media España</b>	<b>11,1</b>	<b>12,9</b>	<b>9,3</b>



Se observan diferencias en la realización de botellón en función de la edad y del sexo (tabla 1.1.24). Esta práctica se concentra entre los más jóvenes (52,2% de 15 a 24 años) y entre los hombres (en este grupo de edad el porcentaje en varones se sitúa 8,3 puntos por encima del porcentaje femenino). Perfil que se repite en las diferentes Comunidades/Ciudades Autónomas.

**Tabla 1.1.24.**

**Prevalencia del botellón, en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.**

	15 - 24 años	25 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años	55 - 64 años
Total	52,2	17,4	3,3	1,4	0,9
Hombres	56,2	21,3	4,3	1,3	1,2
Mujeres	47,9	13,4	2,2	1,5	0,5

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

### Consumo de tabaco

La población que ha fumado alguna vez en la vida representa un mayor porcentaje en el País Vasco, donde 8 de cada 10 reconocen un consumo de tabaco, obteniendo que ninguna otra comunidad supera en más de 5 puntos el registro nacional. Por el contrario, la proporción es más discreta en Ceuta y Melilla, con gran diferencia, y en Andalucía, cuyo porcentaje es 6 puntos inferior al nacional (tabla 1.1.25).

**Tabla 1.1.25.**

**Prevalencias de consumo de tabaco entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2013.**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario en últimos 30 días
Andalucía	67,1	41,8	39,1	31,0
Aragón	69,3	43,1	40,0	28,4
Asturias	78,0	43,0	39,6	34,3
Baleares	73,4	40,0	37,7	30,5
Canarias	71,5	37,6	35,4	29,8
Cantabria	75,6	38,9	36,8	32,5
Castilla-La Mancha	71,3	42,1	40,2	32,9
Castilla y León	77,0	39,0	36,9	30,5
Cataluña	74,2	41,8	39,3	30,7
C. Valenciana	76,5	43,2	40,7	35,1
Extremadura	77,0	42,5	39,7	34,1
Galicia	76,8	36,9	34,5	28,1
Madrid	72,8	38,6	36,7	29,9
Murcia	71,6	45,0	42,6	25,8
Navarra	72,9	37,7	34,1	25,5
País Vasco	80,5	37,5	34,7	28,0
La Rioja	70,8	48,1	44,2	37,6
Ceuta	49,7	27,0	26,3	22,2
Melilla	54,1	33,9	32,4	26,8
<b>Media España</b>	<b>73,1</b>	<b>40,7</b>	<b>38,3</b>	<b>30,8</b>

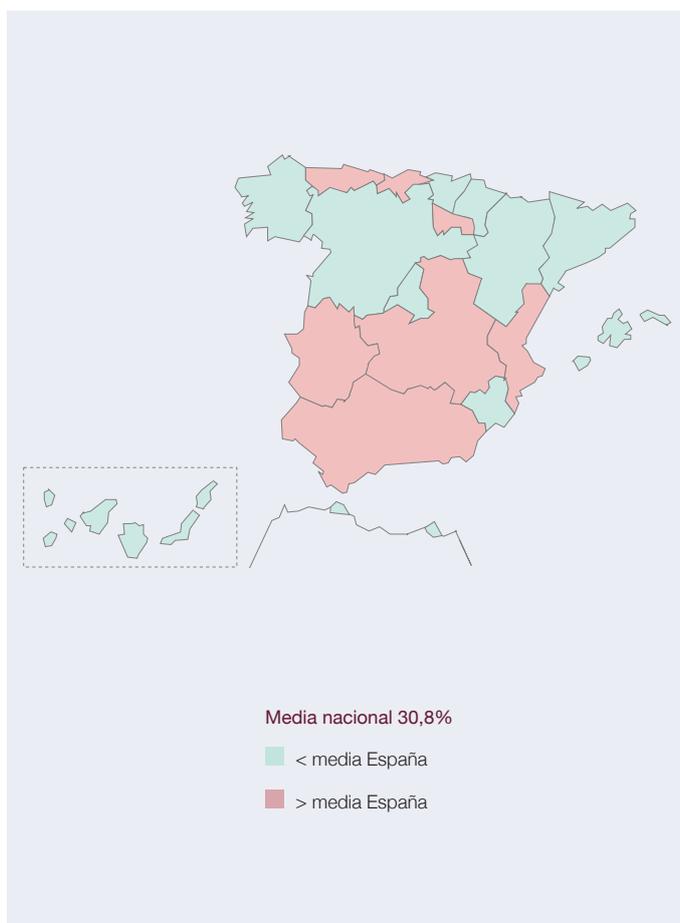
FUENTE: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Con respecto a la media nacional, el hábito de fumar tabaco a diario se encuentra más generalizado en La Rioja y la Comunidad Valenciana, que superan el indicador estatal (30,8%) en 4,3 y 6,8 puntos porcentuales respectivamente. Asimismo, la prevalencia se encuentra próxima al nivel nacional en 13 autonomías, mientras que cabe señalar a Ceuta, Melilla, Murcia y Navarra como aquellas donde el consumo diario de tabaco está comparativamente menos extendido.

**Tabla 1.1.26.**

**Prevalencias de consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.**

	Últimos 30 días
Andalucía	31,0
Aragón	28,4
Asturias	34,3
Baleares	30,5
Canarias	29,8
Cantabria	32,5
Castilla-La Mancha	32,9
Castilla y León	30,5
Cataluña	30,7
C. Valenciana	35,1
Extremadura	34,1
Galicia	28,1
Madrid	29,9
Murcia	25,8
Navarra	25,5
País Vasco	28,0
La Rioja	37,6
Ceuta	22,2
Melilla	26,8
<b>Media España</b>	<b>30,8</b>



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

## Consumo de cannabis

El porcentaje de población que ha consumido cannabis, alguna vez, es mayor en las autonomías de Cataluña, Cantabria y País Vasco, donde entre el 35% y el 37% ha fumado hachís o marihuana alguna vez (tabla 1.1.227).

Las comunidades donde su consumo está menos extendido son Castilla León, Andalucía y Castilla-La Mancha (1 de cada 4) así como Ceuta y Melilla.

Más allá de haber experimentado con el consumo de cannabis, concretando el análisis en los últimos 30 días, destaca Baleares, donde 1 de cada 10 individuos ha consumido recientemente. Por el contrario, en Castilla y León, Asturias y Ceuta la proporción de consumidores es la mitad de la obtenida para el total estatal.

Se observan diferencias en el consumo de cannabis, últimos 30 días, en función de la edad y del sexo (tabla 1.1.29). El consumo se concentra entre los más jóvenes (14,7% de 15 a 24 años) y entre los hombres (en este grupo de edad 20,1% en hombres frente a 9,1% en mujeres). Perfil similar en las diferentes Comunidades/Ciudades Autónomas.

Tabla 1.1.27.

Prevalencias de consumo de cannabis entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2013.

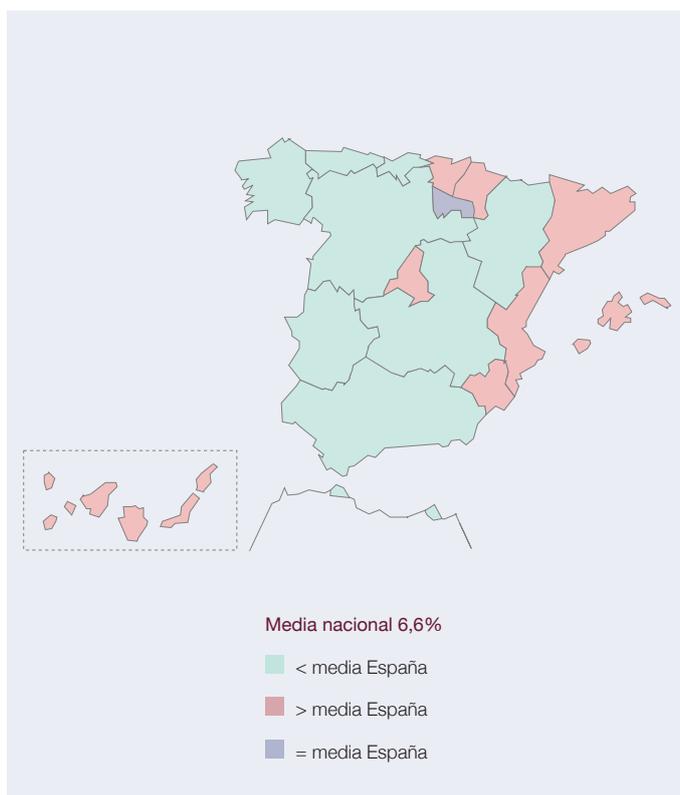
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Andalucía	25,1	8,0	5,5
Aragón	29,2	7,7	5,3
Asturias	27,9	5,4	3,3
Baleares	32,4	12,9	10,7
Canarias	33,8	9,3	6,8
Cantabria	36,2	6,0	4,5
Castilla-La Mancha	23,5	6,4	4,6
Castilla y León	25,3	6,1	3,2
Cataluña	35,1	11,9	8,9
C. Valenciana	34,6	10,8	7,7
Extremadura	29,9	8,4	5,5
Galicia	30,5	8,4	6,1
Madrid	30,1	9,1	7,0
Murcia	26,6	9,4	7,5
Navarra	31,2	10,3	7,4
País Vasco	36,9	10,3	7,2
La Rioja	34,6	11,1	6,6
Ceuta	16,2	3,7	3,4
Melilla	16,0	5,8	4,2
Media España	30,4	9,2	6,6

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

Tabla 1.1.28.

Prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.

	Últimos 30 días
Andalucía	5,5
Aragón	5,3
Asturias	3,3
Baleares	10,7
Canarias	6,8
Cantabria	4,5
Castilla-La Mancha	4,6
Castilla y León	3,2
Cataluña	8,9
C. Valenciana	7,7
Extremadura	5,5
Galicia	6,1
Madrid	7,0
Murcia	7,5
Navarra	7,4
País Vasco	7,2
La Rioja	6,6
Ceuta	3,4
Melilla	4,2
Media España	6,6



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

Tabla 1.1.29.

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, 2013.

	15 - 24 años	25 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años	55 - 64 años
Total	52,2	17,4	3,3	1,4	0,9
Hombres	56,2	21,3	4,3	1,3	1,2
Mujeres	47,9	13,4	2,2	1,5	0,5

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

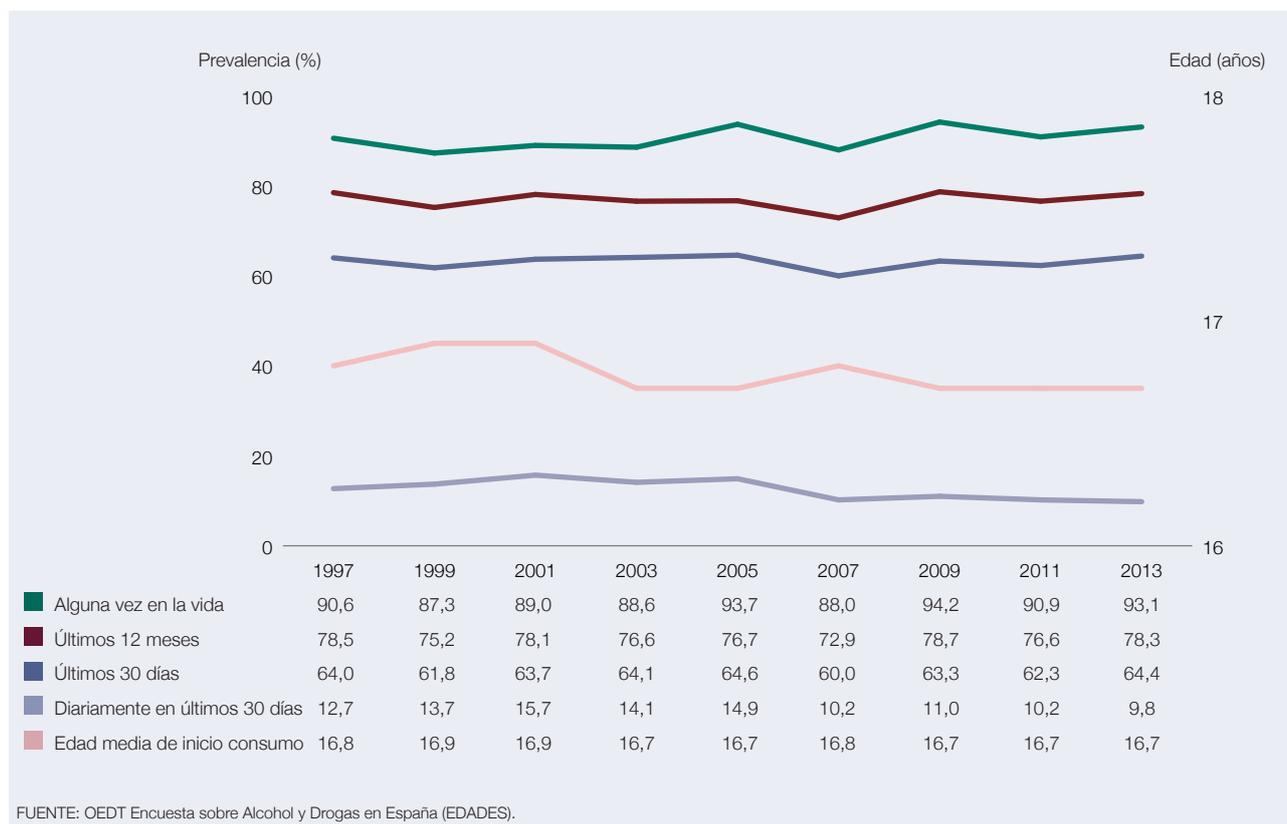
## Consumo por tipo de droga

### Bebidas alcohólicas

El alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva con el consumo más generalizado entre la población; en 2013 el 93,1% de las personas de 15 a 64 años había tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión, situándose la edad media de inicio en el consumo en 16,7 años, similar a la obtenida años atrás. Observando la evolución del consumo, esta proporción representa un leve repunte respecto a 2011, situándose los incrementos más notorios en 2005 y 2009 (figura 1.1.2).

Figura 1.1.2.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de alcohol en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2013.



Por su parte, a pesar de que el consumo de alcohol en el último mes (64,4%) ha aumentado ligeramente respecto a 2011, se mantiene en la franja que se ha registrado en toda serie histórica para este indicador, entre el 60% y 65%.

Por otro lado, 1 de cada 10 ciudadanos de entre 15 a 64 años toma cada día alcohol, lo que representa el nivel más discreto de la serie, que se diferencia especialmente de los registrados entre 2001 y 2005, cuando más del 14% de la población bebía diariamente alcohol.

En relación a las diferencias en el consumo según el género, el alcohol se encuentra más presente entre los hombres independientemente del segmento de edad o del tramo temporal que se considere, si bien el diferencial respecto al consumo femenino es más discreto entre la población joven.

Analizando el consumo de alcohol en el último mes entre las mujeres, la prevalencia más elevada se encuentra entre los jóvenes de 15 a 24 años, cuando 6 de cada 10 han tomado bebidas alcohólicas recientemente. A partir de este segmento, el consumo de alcohol va teniendo menor impacto conforme aumenta la edad, escenario que no se contempla en los varones. A partir de los 24 años, aproximadamente 3 de cada 4 hombres registra un consumo en el último mes, proporción que lejos de reducirse con la edad como en el caso de las mujeres, se mantiene relativamente estable.

Este escenario deriva en que el grado de consumo entre hombres y mujeres se encuentre más diferenciado entre las personas de mayor edad (tabla 1.1.30).

**Tabla 1.1.30.**

**Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.**

	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	91,0	88,8	95,2	92,3	94,1	92,7	96,2	92,3	97,8	88,7
Último año	83,1	79,4	86,5	75,9	82,3	73,5	82,5	72,5	81,1	66,6
Último mes	68,0	60,8	74,8	57,0	72,9	55,2	75,2	54,5	74,5	49,8
Diario en el último mes	1,3	0,5	7,2	1,7	11,9	3,8	23,9	7,3	29,7	8,7
Nunca	9,0	11,2	4,8	7,7	5,9	7,3	3,8	7,7	2,2	11,3

H = Hombre; M = Mujer.

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

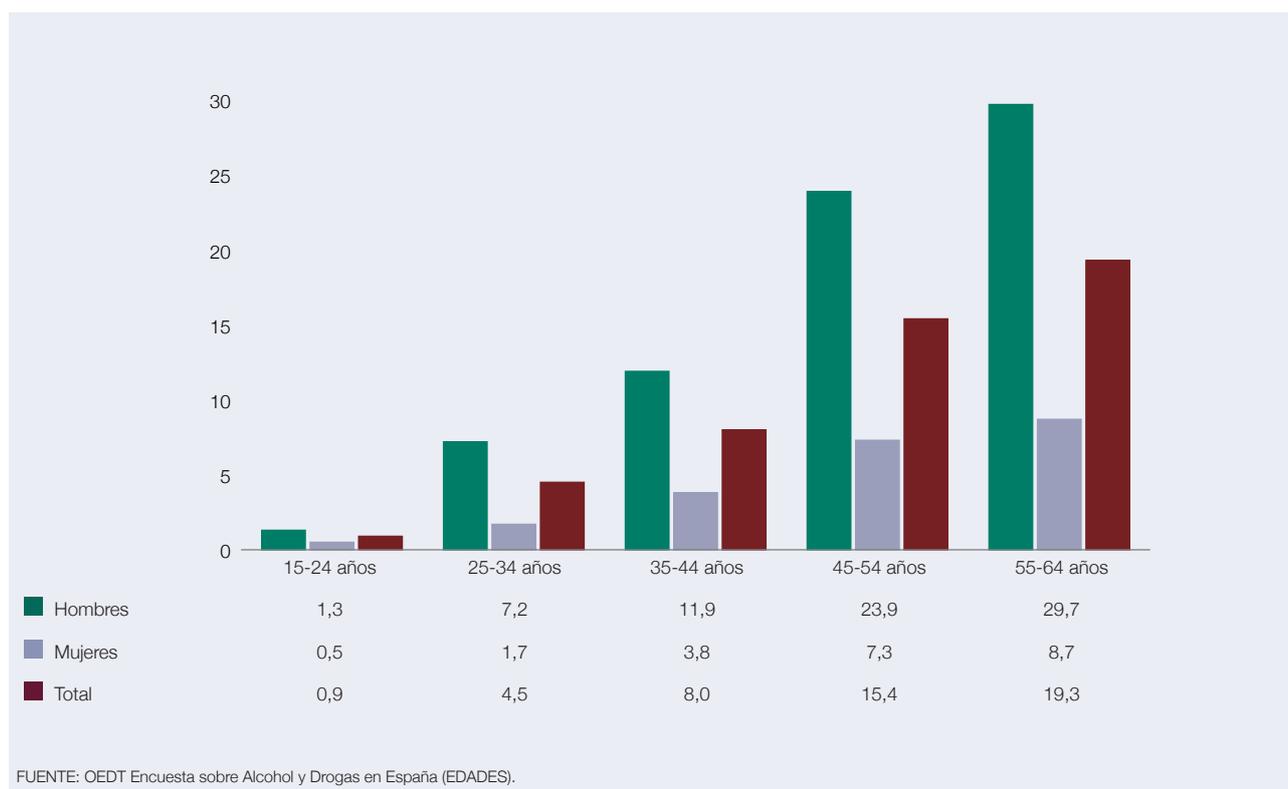
Por otro lado, el perfil que muestra un mayor consumo de alcohol a diario es el de los hombres mayores de 44 años, hábito que se encuentra presente en prácticamente 1 de cada 4 varones de entre 45 y 54 años y en el 29,7% de aquellos que tienen más de 55 años (figura 1.1.3).

El consumo diario de alcohol, también se encuentra más extendido entre las mujeres de mayor edad frente a las mujeres jóvenes, tratándose de un hábito que se adquiere con la edad.

En cualquier caso, estas prevalencias podrían contemplar a las personas que consumen vino o bien cerveza en las comidas.

Figura 1.1.3.

Prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.



Tomando como referencia a la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en los últimos 30 días y analizando la prevalencia de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, en España la bebida más consumida es la cerveza, tanto en días laborables como en fin de semana (tabla 1.1.31).

Tras la hegemonía de la cerveza, el vino es la segunda bebida más consumida con independencia del día de la semana contemplado, si bien en fin de semana adquieren presencia los combinados/cubatas y su prevalencia se aproxima a la del vino.

Por su parte, aunque consumir alcohol de lunes a miércoles y/o los jueves no es tan frecuente como hacerlo en fin de semana, existen diferencias notables en función del segmento de edad que se considere. En este sentido, el consumo entre semana es más habitual entre las personas de mayor edad, lo que podría corresponder al patrón de consumo de bebidas alcohólicas con las comidas ya mencionado anteriormente. En el grupo de personas de 15 a 34 años que tomaron alcohol en el último mes, el 29,9% consumió de lunes a miércoles, proporción notablemente inferior a la obtenida en el grupo de 35 a 64 años, donde este porcentaje asciende al 53,9%.

Además, en el segmento de mayor edad, apenas existe diferencia en la prevalencia del alcohol de lunes a miércoles con la registrada los jueves. Sin embargo, en el colectivo joven sí se observa que el consumo de alcohol aumenta los jueves con respecto al registrado de lunes a miércoles (en concreto aumenta el consumo de cerveza y cubatas/combinados).

También se percibe que la tipología de la bebida consumida varía en función de la edad. En este sentido, el vino se escoge en mayor medida entre los mayores de 34 años mientras que los jóvenes prefieren los combinados/cubatas (de cada 10 jóvenes que bebieron alcohol en el último mes, 6 tomaron combinados en fin de semana).

Por el contrario, la preferencia por la cerveza es más homogénea entre los segmentos de edad y aproximadamente 7 de cada 10 individuos que tomaron alcohol en el último mes consumió cerveza en fin de semana, independientemente del grupo de edad contemplado.

Por otro lado, atendiendo a la dimensión que adquieren los diferentes tipos de bebida entre la totalidad de la población de 15 a 64 años, se obtiene que respecto a los fines de semana del último mes, el 44,4% de la población general bebió cerveza, 1 de cada 4 tomaron vino y el 22,8% consumió cubatas (el resto escogió otra bebida o no tomó alcohol en el último mes) (Figura 1.1.4).

**Tabla 1.1.31.**

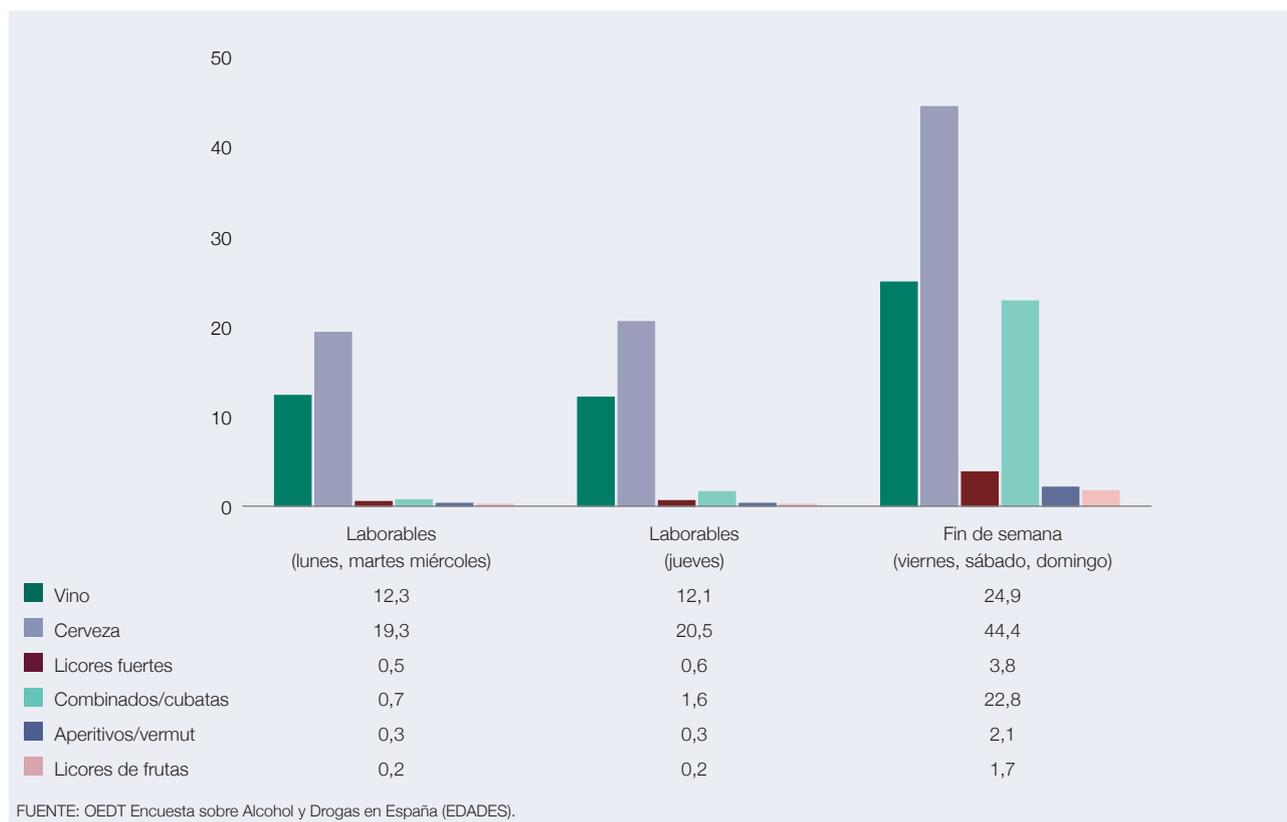
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana en los últimos 30 días entre los que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2013.

	15 - 64 años			15 - 34 años			35 - 64 años		
	Días laborables	Jueves	Fin de semana	Días laborables	Jueves	Fin de semana	Días laborables	Jueves	Fin de semana
Vino/champán	20,7	20,3	39,0	6,9	6,8	20,0	27,9	27,5	49,8
Cerveza/sidra	32,3	34,5	69,5	25,5	29,6	68,3	35,9	37,0	70,3
Aperitivos/vermut	0,5	0,5	3,3	0,4	0,4	2,1	0,5	0,6	4,0
Combinados/cubatas	1,2	2,7	35,7	1,4	4,6	59,9	1,2	1,7	21,9
Licores de frutas	0,3	0,4	2,7	0,3	0,6	3,2	0,2	0,2	2,3
Licores fuertes	0,9	1,0	5,9	0,4	0,7	6,5	1,1	1,2	5,6
Cualquier bebida alcohólica	45,7	47,9	99,1	29,9	34,6	99,3	53,9	54,9	99,0

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

**Figura 1.1.4.**

Prevalencia de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, en la población de 15-64 años, según tipo de bebida (porcentajes). España, 2013.



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

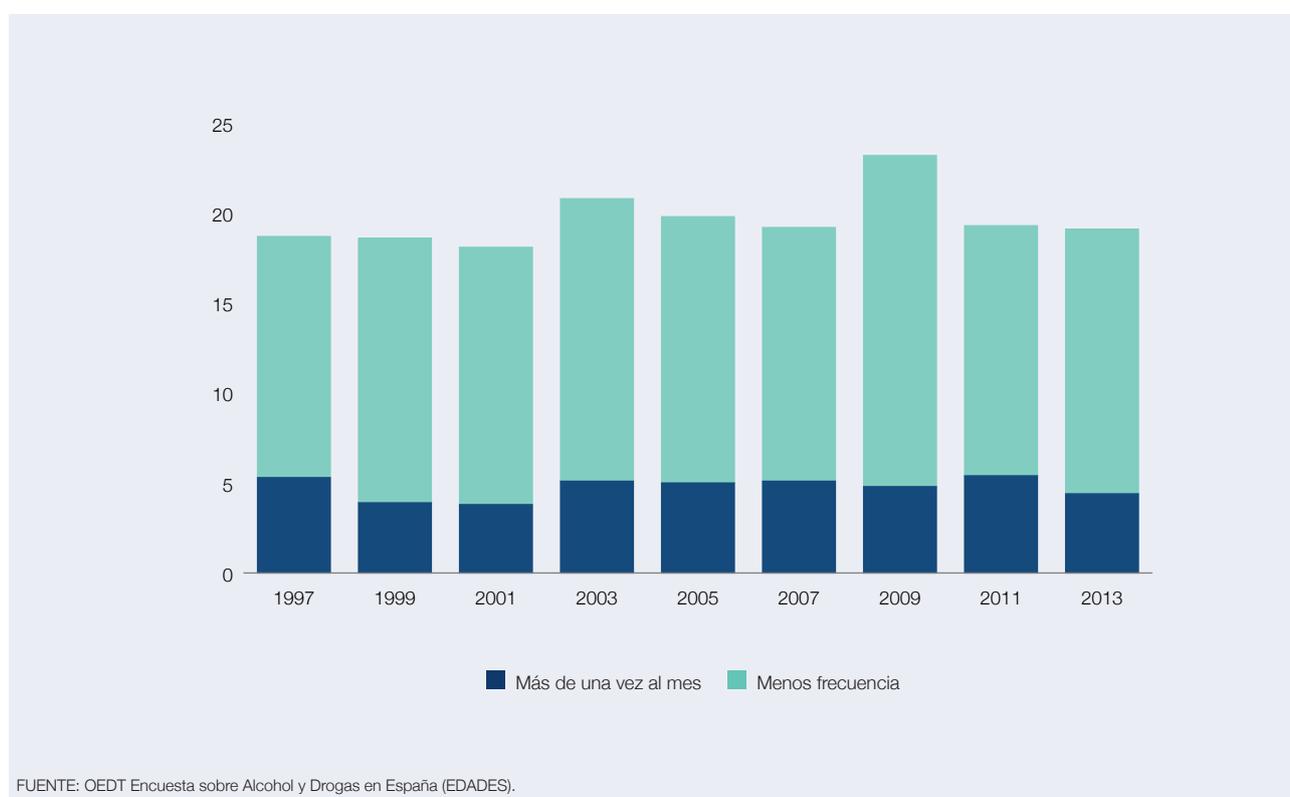
## Intoxicaciones etílicas (borracheras)

El alcance que tienen las intoxicaciones etílicas (en el último año) en la totalidad de la población de 15 a 64 años se sitúa en el 19,1%; el resto (80,9%) o bien no ha tomado alcohol en este periodo o ha consumido pero no ha llegado a emborracharse. Específicamente, el 4,4% de la población se ha emborrachado más de una vez al mes en el último año, mientras que el 14,7% lo hizo con menos frecuencia (figura 1.1.5).

Respecto a la pasada encuesta, no se observa un cambio a reseñar respecto a la proporción de la población general que se ha emborrachado en los últimos 12 meses, aunque si se reduce la frecuencia, pues la prevalencia de las intoxicaciones etílicas en más de una vez al mes ha disminuido un punto.

Figura 1.1.5.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2013.



En cuanto a las intoxicaciones etílicas en el último año, tanto hombres como mujeres de 15 a 34 años registran prevalencias ligeramente superiores a las obtenidas en 2011, fenómeno que no se contempla para los mayores de 35 años (figura 1.1.6).

Históricamente la prevalencia de las borracheras de los varones menores de 35 años ha estado próxima al 40%, las tres últimas encuestas han arrojado los niveles más elevados.

Entre las mujeres de 15 a 34 años, las intoxicaciones etílicas han mostrado una tendencia ascendente desde 2001 (18,1%) hasta la actualidad (25,5%), en que 1 de cada 4 mujeres de este grupo de edad reconoce haberse emborrachado alguna vez durante el año previo a ser encuestadas.

Por el contrario, actualmente, hombres y mujeres con más de 34 años mantienen unos valores discretos en relación al histórico.

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, 1997-2013.



Como novedad, en EDADES 2013 se analizó la percepción de haber estado borracho alguna vez en los últimos 30 días, obteniendo que el 7% de la población de 15 a 64 años dice haber estado borracho alguna vez en el último mes (el resto no ha consumido alcohol en este periodo o sí ha bebido pero sin llegar a emborracharse).

Considerando únicamente el grupo de población que ha consumido alcohol en el último mes, el 10,9% sufrió una intoxicación etílica en el mismo periodo, mientras que el 89,1% restante tomó alcohol sin alcanzar un estado de embriaguez, encontrando notables diferencias en este ámbito en función del sexo o la edad. Así, el nivel de intoxicaciones es más reducido entre las mujeres y conforme aumenta la edad, mientras que alcanza el máximo nivel entre los jóvenes varones; de cada 3 hombres de 15 a 24 años que bebió alcohol en el último mes, 1 se emborrachó (tabla 1.1.32).

Tabla 1.1.32.

Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2013.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Borracheras últimos 30 días	10,9	13,0	8,1	28,2	32,6	23,0	16,9	21,0	11,4	7,6	9,1	5,4	4,1	5,6	2,3	2,1	2,7	1,1

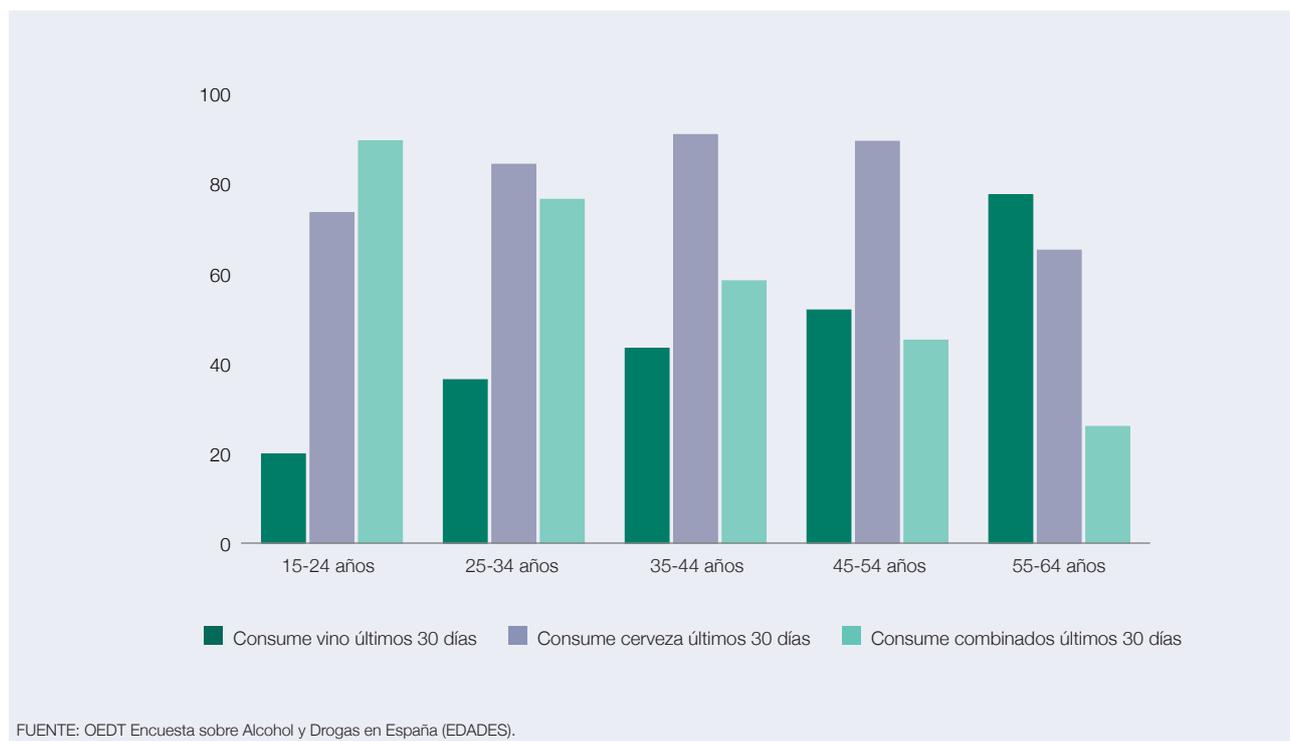
H = Hombre; M = Mujer.

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

En referencia al tipo de bebida consumida por aquellos que se han emborrachado en el último mes, tomar cubatas es lo más frecuente entre los que tienen entre 15 y 24 años (9 de cada 10), seguido del consumo de cerveza (73,4%). Entre los 24 años y 54 años, la cerveza se vuelve la bebida predominante hasta que entre los mayores de 55 años lo es el vino (figura 1.1.7).

**Figura 1.1.7.**

**Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 30 días entre los que se han emborrachado en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años según edad (porcentajes). España, 2013.**



### Binge drinking

Se considera *binge drinking* la ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas (figura 1.1.8).

El consumo en atracón de alcohol ha ganado popularidad a lo largo de los años y, aunque en 2013 la prevalencia se mantiene estable en comparación a 2011, es sustancialmente más elevada que hace una década, prácticamente se ha triplicado.

En la actualidad, el 15,5% de la población de 15 a 64 años ha hecho *binge drinking* en el último mes (el resto no ha bebido en el último mes o ha tomado alcohol pero no con tal intensidad).

La prevalencia del binge drinking aumenta a partir de los 19 años para adquirir la mayor dimensión entre los 20 y 24 años. Cabe destacar que en el segmento femenino, la prevalencia disminuye en el siguiente tramo de edad (25-29 años), mientras que en el masculino se mantiene constante.

De hecho, la mayor diferencia entre sexos ante este comportamiento se encuentra en el segmento de 25 a 29 años, pues el porcentaje masculino (33,5%) supera al femenino en 17,5 puntos porcentuales. Por el contrario, entre los más jóvenes de 15 a 19 años el diferencial entre hombres y mujeres es el más reducido de los registrados (figura 1.1.9).

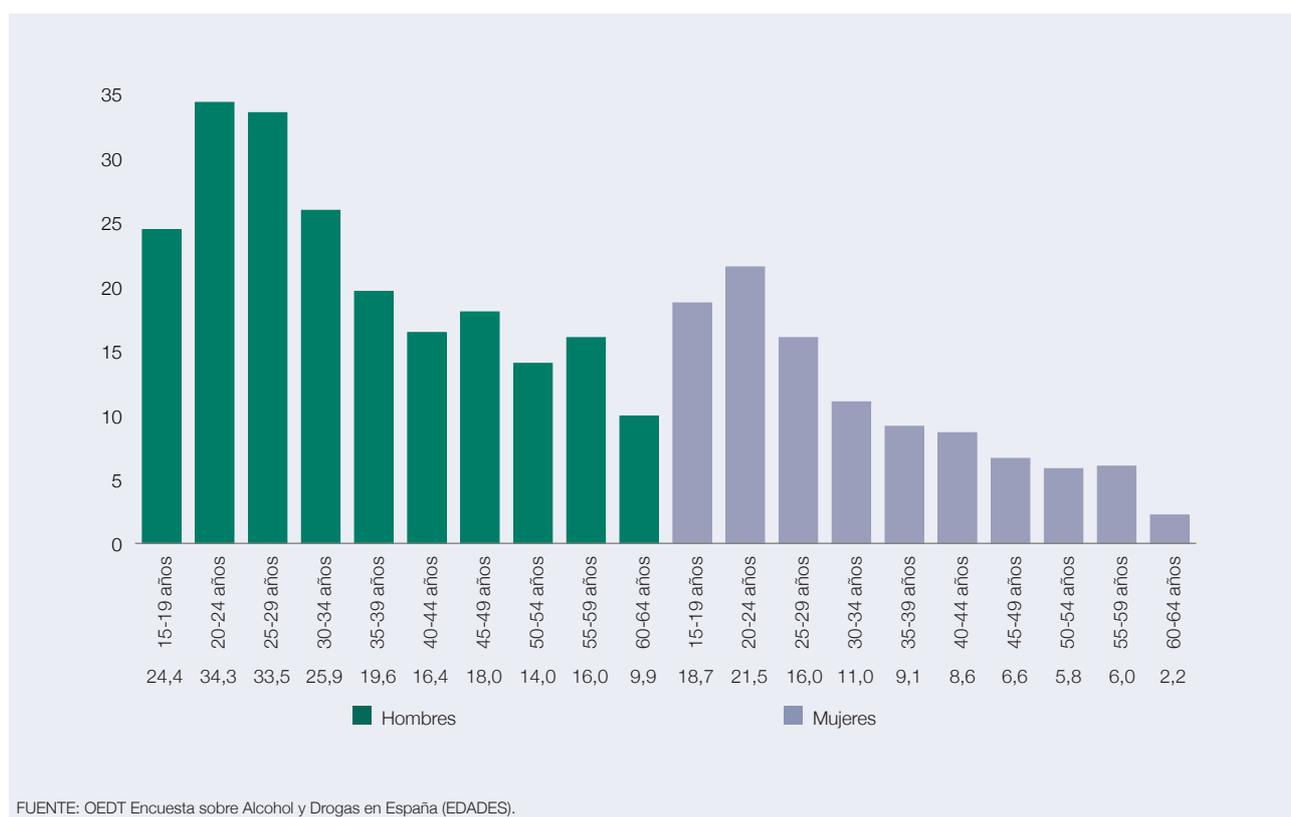
Figura 1.1.8.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en atracón (binge drinking) y de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en la población de 15-64 años en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 1999-2013.



Figura 1.1.9.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.

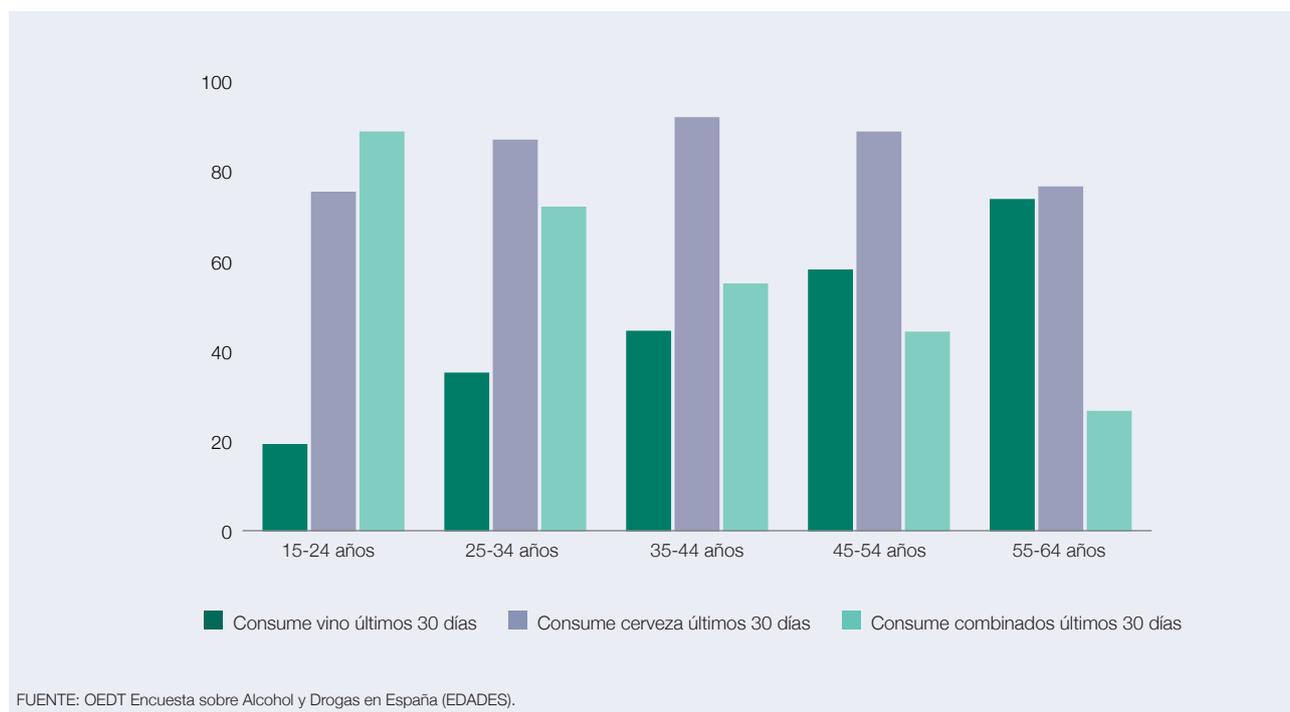


En referencia al tipo de bebida que han consumido en el último mes aquellos que han hecho *binge drinking*, se observa que el consumo de combinados predomina en la población más joven de 15 a 24 años, de modo que de cada 10 que hicieron *binge drinking* en el último mes, 9 tomaron combinados en ese periodo, aunque también es frecuente el consumo de cerveza en este colectivo (75,2%).

Es a partir de este segmento edad cuando la cerveza es la principal bebida alcohólica consumida entre las personas que han hecho *binge drinking*. Asimismo, con la edad, el consumo de cubatas va siendo menos frecuente y el vino va ganando presencia, hasta que entre los mayores de 55 años es prácticamente tan prevalente como la cerveza (figura 1.1.10).

**Figura 1.1.10.**

**Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en atracón (*binge drinking*) en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años según edad (porcentajes). España, 2013.**



## Botellón

Por primera vez en la serie de encuestas EDADES, se ha consultado a la población por la realización de botellón y el consumo de alcohol en este tipo de situaciones (tabla 1.1.33).

La realización del botellón está muy ligado a la edad, encontrando que es una práctica residual a partir de los 34 años. De este modo, aproximadamente 1 de cada 2 personas de 15 a 24 años admite haber hecho botellón en el último año.

La mitad de los adolescentes de 15 a 18 ha hecho botellón en el último año y esta proporción no cambia si ampliamos el análisis al segmento de 15 a 24 años, lo que indica que la dimensión del botellón se mantiene constante hasta los 24 años.

La presencia de hombres en los botellones es mayor que la de mujeres, de manera que entre los jóvenes de 15 a 24 años el 56,2% de los varones reconoce haber hecho botellón, 8,3 puntos por encima del porcentaje femenino, aunque acotando el análisis a los adolescentes de 15 a 18 años el diferencial es más discreto.

Abordando en qué medida se realiza botellón y no se consume alcohol, se observa que el 7,6% de los individuos que hicieron botellón en el último año no bebió alcohol en el mismo, porcentaje que entre la población de 15, 16 y 17 años se sitúa respectivamente en el 16,5%, 8,3% y 5,2%.

**Tabla 1.1.33.**

Prevalencia de hacer botellón y del consumo de bebidas alcohólicas en botellones, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

	15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			15-18 años		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Hacer botellón	52,2	56,2	47,9	17,4	21,3	13,4	3,3	4,3	2,2	1,4	1,3	1,5	0,9	1,2	0,5	51,4	53,7	49,0
Hacer botellón y beber alcohol	48,6	52,2	44,7	15,7	19,9	11,4	2,5	3,3	1,6	0,5	0,4	0,5	0,3	0,5	0,1	47,6	49,4	45,8

H = Hombre; M = Mujer.

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

La percepción de riesgo ante el consumo de alcohol es más reducida en la población que ha realizado botellón en el último año. Tan sólo el 29,4% considera que el consumo de 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana pueda causar problemas, mientras que entre aquellos que no han participado en un botellón, este porcentaje se eleva al 45,3% (tabla 1.1.34).

La percepción de riesgo ante la ingesta diaria está generalizada en ambos segmentos.

Concretando el análisis a la población de 15 a 24 años, el escenario es similar, la percepción de riesgo ante el consumo de 5/6 copas/cañas en fin de semana es notablemente más reducida entre los que han hecho botellón.

**Tabla 1.1.34.**

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)\*, según haya hecho botellón en el último año o no. España, 2013.

	15-64 años		15-24 años	
	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	29,4	45,3	30,3	51,4
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	87,8	91,1	89,2	92,4

\* Eliminando los casos que han contestado Ns/Nc.

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

Por otro lado, el policonsumo (consumo de dos o más sustancias en el mismo periodo) adquiere mayor prevalencia entre la población que ha hecho botellón en el último año, escenario que se contempla tanto entre la totalidad de la población como entre la población más joven (tabla 1.1.35).

En este último caso, de cada 10 individuos de 15 a 24 años que han hecho botellón en el último año, 6 registran un policonsumo en este periodo, el doble que los jóvenes que no hicieron botellón.

Tabla 1.1.35.

Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses entre la población según haya hecho botellón en el último año o no (porcentajes). España, 2013.

	15-64 años		15-24 años	
	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Ninguna sustancia	1,2	14,4	0,9	26,4
Una sustancia	37,8	45,6	39,9	45,3
Dos sustancias	32,6	30,3	31,1	19,1
Tres sustancias	20,2	7,9	21,1	7,9
Cuatro sustancias	4,7	1,4	3,7	0,9
Cinco o más sustancias	3,5	0,5	3,2	0,4

\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

## Consumo de riesgo de alcohol

La información que se presenta a continuación puede complementarse con la incluida en el capítulo de 2.5 de consumo problemático/de riesgo de este informe.

En la encuesta de EDADES 2013 se introdujo el cuestionario AUDIT, con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se estableció como puntos de corte el 8 y el 20, un AUDIT con puntuación igual o superior a 8 se consideró “consumo de riesgo” y con puntuación igual o superior a 20 “posible dependencia”.

De los 18.121 casos que en EDADES 2013 reconocieron un consumo de alcohol en el último año, 17.619 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (el 97,2%).

La prevalencia del consumo de riesgo de alcohol, medido a través del AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 5%, lo que permite estimar que en 2013 había aproximadamente 1.600.000 consumidores de riesgo en España (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres), de los cuales aproximadamente 120.000 presentan una posible dependencia.

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año (tabla 1.1.36 y figura 1.1.11), el 6,4% mostró un consumo de riesgo, encontrando que tiene mayor alcance entre la juventud masculina y que disminuye con la edad. Respecto a los individuos de 15 a 24 años, el 11,8% de aquellos que contestaron la escala AUDIT mostraron un consumo riesgo, siendo la prevalencia masculina (16%) 2,2 veces la femenina (7,1%), si bien, en este segmento más joven es donde el diferencial entre sexos es más discreto.

Por su parte, registrar una posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq$ 20) también es más frecuente entre los hombres, que muestran la prevalencia más elevada en el segmento de 45 a 54 años (1,1%).

Entre los consumidores de alcohol en el último año, aquellos que mostraron un consumo de riesgo registraron una prevalencia de intoxicaciones etílicas sustancialmente más elevada, en los tramos temporales del último año y el último mes. Igualmente, el consumo en atracón de alcohol en los últimos 30 días (*binge drinking*) está especialmente presente en los consumidores de riesgo, registrándose en prácticamente 9 de cada 10 casos (tabla 1.1.37).

Tabla 1.1.36.

Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) y de posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ), entre la población que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT) según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Consumo riesgo (AUDIT $\geq 8$ )	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
Posible dependencia (AUDIT $\geq 20$ )	0,5	0,8	0,1	0,6	0,9	0,3	0,4	0,6	0,2	0,3	0,6	0,0	0,7	1,1	0,1	0,5	0,9	0,0

H = Hombre; M = Mujer.

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

Figura 1.1.11.

Prevalencia del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) y de posible dependencia al alcohol (AUDIT  $\geq 20$ ), entre la población que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT) según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

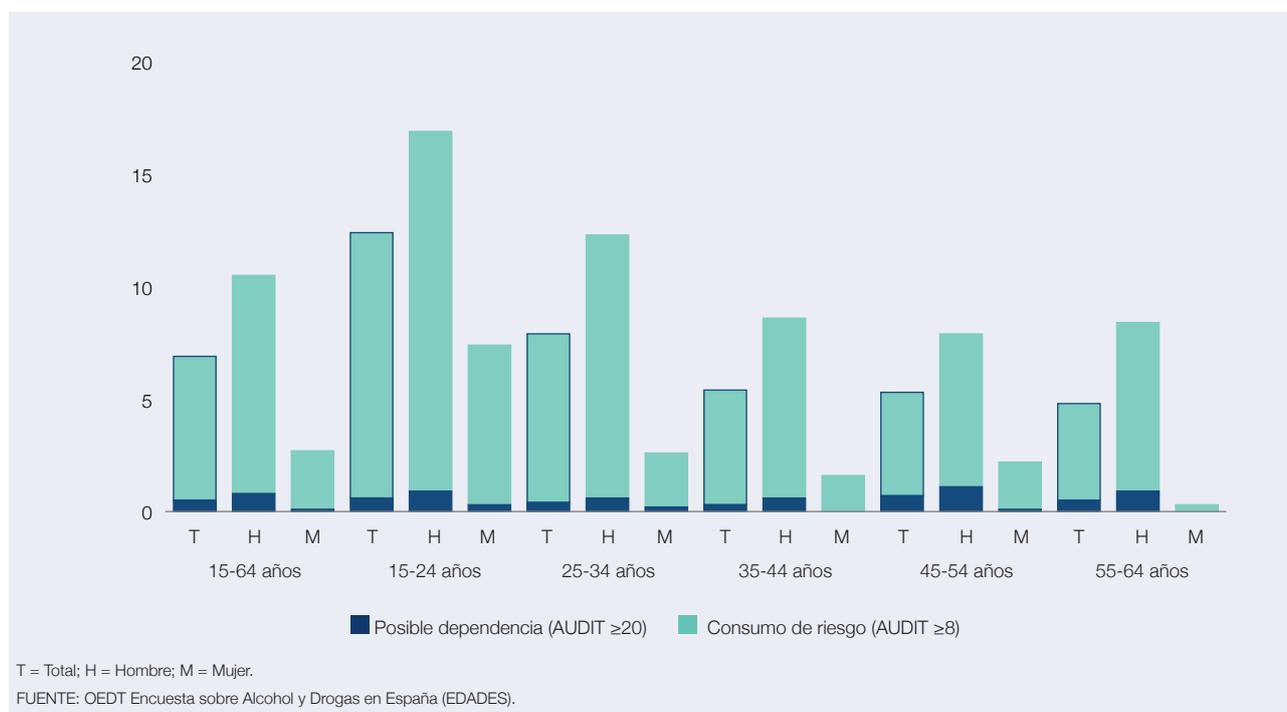


Tabla 1.1.37.

Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, borracheras en los últimos 30 días y binge drinking en los últimos 30 días entre la población que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT), según se presente un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ) (porcentajes) entre la población de 15 a 64 años. España, 2013.

	Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq 8$ )	No consumidores de riesgo (AUDIT $< 8$ )
Borracheras últimos 12 meses	77,8	21,0
Binge drinking últimos 30 días	87,5	15,5
Borracheras últimos 30 días	53,1	6,1

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

Los consumidores de riesgo de alcohol, tienen una escasa percepción de los problemas que puede causar el consumo de esta sustancia (tabla 1.1.38). En referencia a la ingesta de 5/6 cañas/copas en fin de semana, tan solo el 20,3% piensa que puede conllevar problemas, cuando este porcentaje prácticamente se duplica entre aquellos que contestaron la escala AUDIT y no presentan un patrón de riesgo. Además, en cuanto al consumo diario de 5/6 copas/cañas, aproximadamente 1 de cada 4 consumidores de riesgo no advierte una problemática.

Cuando se aborda el consumo de otras sustancias psicoactivas, los consumidores de riesgo de alcohol también presentan una percepción de riesgo más discreta (que los individuos que contestan la escala AUDIT y no registran un consumo de riesgo). Esta diferencia de opinión entre ambos segmentos, es más amplia, cuando se hace referencia al consumo de cannabis o al hecho de probar cocaína o éxtasis una o dos veces en la vida.

**Tabla 1.1.38.**

**Riesgo percibido ante el consumo de drogas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT), según se presente un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq$ 8) o no (AUDIT <8) (porcentajes). España, 2013.**

	Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq$ 8)	No consumidores de riesgo (AUDIT <8)
Fumar un paquete de tabaco diario	82,2	88,7
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	20,3	39,2
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	74,2	90,9
Fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes	33,3	58,4
Fumar hachís o marihuana una vez por semana o más	56,7	81,9
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	50,8	54,8
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	72,3	77,6
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	57,8	72,5
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	86,1	95,1
Consumir éxtasis una vez por semana o más	97,1	99,1
Probar cocaína una o dos veces en su vida	52,6	70,2
Consumir cocaína una vez o menos al mes	81,1	93,8
Consumir cocaína una vez por semana o más	96,4	99,1
Consumir heroína una vez o menos al mes	94,5	97,2
Consumir heroína una vez por semana o más	98,5	99,6
Consumir alucinógenos (ácidos, tripis, LSD) una vez o menos al mes	86,0	94,3
Probar cocaína en forma de base o crack 1 ó 2 veces en su vida	80,2	88,9
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	92,1	97,3
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez por semana o más	98,0	99,6
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	87,8	96,4
Consumir anfetaminas o speed una vez por semana o más	96,2	98,9
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	84,7	94,7
Consumir setas mágicas una vez por semana o más	94,9	98,9
Consumir ketamina una vez o menos al mes	92,7	97,5
Consumir ketamina una vez por semana o más	98,2	99,7

% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

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

Por otro lado, las personas que manifiestan un consumo de riesgo, en general están más expuestas a situaciones relacionadas con el consumo de drogas (como personas esnifando droga, vendedores que ofrecen droga, gente haciendo botellón o fumando porros) y en este sentido, se infiere que frecuentan ciertos ambientes donde la visibilidad del consumo de drogas es mayor (en comparación con la población que ha contestado la escala AUDIT y no arroja un riesgo) (tabla 1.1.39).

**Tabla 1.1.39.**

**Visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive), en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT), según se presente un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq$ 8) o no (AUDIT <8), (porcentajes). España, 2013.**

	Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq$ 8)	No consumidores de riesgo (AUDIT <8)
Jeringuillas en el suelo	2,6	1,8
Personas inyectándose drogas	2,4	1,1
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	4,6	2,2
Personas drogadas caídas en el suelo	7,9	3,3
Vendedores que ofrecen drogas	16,4	9,2
Personas esnifando drogas por la nariz (por ejemplo en el baño de bares o discotecas, en portales, coches, etc.)	19,4	7,6
Personas fumando porros	68,3	53,6
Personas haciendo botellón	53,6	43,0

% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

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

Por otro lado, el consumo de drogas ilegales se encuentra más presente en los consumidores de riesgo frente a las personas que no registran este patrón (tabla 1.1.40). En este sentido, el 43,2% de los consumidores de riesgo reconoce el consumo de alguna droga ilegal en el último año, mientras que el porcentaje desciende hasta el 9,9% en el colectivo que no es consumidor de riesgo.

**Tabla 1.1.40.**

**Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas ilegales\* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año (y contesta AUDIT) según se presente un consumo de riesgo de alcohol (AUDIT  $\geq$ 8) o no (AUDIT <8) (porcentajes). España, 2013.**

	Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq$ 8)	No consumidores de riesgo (AUDIT <8)
Solo alcohol y/o tabaco y/o hipnosedantes y/o inhalables volátiles	56,8	90,1
Una sustancia	25,6	8,3
Dos sustancias	10,3	1,1
Tres sustancias	3,7	0,3
Cuatro sustancias	2,1	0,1
Cinco o más sustancias	1,4	0,0

\* Cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína.

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

Atendiendo conjuntamente a las características que muestran los consumidores de riesgo (en comparación con la población que ha contestado el AUDIT y no registra este patrón) el consumidor de riesgo es primordialmente hombre, su nivel de estudios es inferior, se encuentran en menor medida casados y su percepción de riesgo en referencia al consumo de bebidas alcohólicas es más reducida (tabla 1.1.41). En cuanto al ámbito laboral, la proporción de parados en el segmento de riesgo es superior, escenario que se contempla en la población de hasta 44 años. A partir de esta edad, el porcentaje de personas dedicadas a labores del hogar, incapacitadas o jubiladas, es más amplio en el grupo de riesgo.

**Tabla 1.1.41.**

**Características de la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año según tenga un consumo de riesgo (AUDIT $\geq$ 8) o no (AUDIT $<$ 8) (porcentajes). España, 2013.**

	18 a 24 años		25 a 34 años		35 a 44 años		45 a 54 años		55 a 64 años	
	AUDIT $\geq$ 8	AUDIT $<$ 8								
<b>Sexo</b>										
Hombre	71,1	49,8	85,3	52,1	85,6	52,9	78,1	51,1	96,5	53,8
Mujer	28,9	50,2	14,7	47,9	14,4	47,1	21,9	48,9	3,5	46,2
<b>Situación laboral</b>										
Trabajando	16,1	17,5	45,6	56,5	61,4	61,2	51,0	56,7	37,0	33,5
Parado	25,6	18,4	36,4	28,9	31,7	27,0	23,8	23,6	18,7	14,5
<b>Nivel de estudios</b>										
Primarios	15,9	11,2	13,3	6,1	19,6	8,6	24,5	14,4	32,9	30,1
Secundarios	78,9	81,5	70,4	65,9	69,2	65,3	65,4	66,2	50,1	54,4
Universitarios	5,2	7,4	16,4	28,0	11,2	26,1	10,1	19,4	17,0	15,5
<b>Estado civil</b>										
Soltero	97,6	94,9	77,0	65,2	44,8	26,9	19,4	14,5	15,3	8,5
Casado	1,9	4,8	18,0	32,3	43,5	64,0	58,0	72,9	59,6	76,1
Separado/Divorciado	0,5	0,2	3,9	2,4	11,5	8,5	19,9	11,1	19,8	8,9
<b>Nº de días que ha consumido alcohol en los últimos 30 días</b>										
Entre 1 y 3 días	19,9	39,1	12,6	31,4	10,7	28,0	4,7	24,1	3,1	20,6
Entre 4 y 9 días	49,4	28,3	34,4	28,9	19,2	28,3	7,7	22,8	8,3	20,0
Entre 10 y 19 días	16,6	7,6	21,7	12,2	19,2	11,8	13,4	12,1	12,1	11,1
Entre 20 y 29 días	5,5	1,4	12,6	3,1	12,1	4,7	21,4	5,4	14,7	7,0
30 días	3,4	0,9	16,7	4,7	35,0	8,9	49,5	18,7	61,8	25,2
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	5,3	22,7	2,1	19,6	3,7	18,3	3,3	16,9	0,0	16,2
<b>Borracheras</b>										
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	93,6	45,7	88,4	33,0	77,0	18,1	59,6	9,3	38,5	4,0
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	70,0	16,2	59,9	10,2	50,7	3,9	36,4	2,0	21,9	0,9
<b>Binge drinking: ha hecho binge drinking en los últimos 30 días</b>										
	87,9	23,6	87,7	21,8	88,9	14,0	84,7	11,1	87,4	8,0

	18 a 24 años		25 a 34 años		35 a 44 años		45 a 54 años		55 a 64 años	
	AUDIT ≥8	AUDIT <8								
Percepción de riesgo										
% que opina que tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana puede causar bastantes o muchos problemas										
	19,9	37,1	17,3	34,9	19,5	36,3	20,8	42,4	29,4	46,7
% que opina que tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día puede causar bastantes o muchos problemas										
	81,5	90,7	75,5	90,3	74,3	90,6	64,0	91,2	66,5	92,2

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

Siguiendo con el perfil, el consumo intensivo de alcohol (*borracheras* y *binge drinking*) está más extendido entre los consumidores de riesgo, en todos los segmentos de edad contemplados. En este contexto, la prevalencia de las *borracheras* es más elevada entre los consumidores de riesgo más jóvenes. Sin embargo, la prevalencia del *binge drinking* (en el último mes) entre los consumidores de riesgo, muestra cierta estabilidad a lo largo de los segmentos de edad y no desciende en ningún caso del 80%.

En la medida que se observan segmentos de edad más avanzados, el consumo de riesgo que encierra una posible dependencia al alcohol es más notorio. En esta línea, se advierte que al aumentar la edad de los consumidores de riesgo, la proporción que reconoce haber consumido alcohol más de 19 días en el último mes va incrementándose progresivamente. Del mismo modo, el porcentaje que representa a las personas con una posible dependencia al alcohol es más importante entre los individuos con más de 44 años.

## Tabaco

La prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida se mantiene por encima del 70%, como comenzó a observarse a partir del año 2009, lo que refleja que en los últimos años es más frecuente que la población haya fumado al menos un cigarrillo alguna vez (figura 1.1.12).

En 2013, el 73,1% de la población de 15 a 64 años había fumado en alguna ocasión, lo que supone un leve repunte respecto a la pasada encuesta (+1,4 puntos porcentuales) si bien no alcanza el valor obtenido en 2009, año que representó un máximo en la serie (75%).

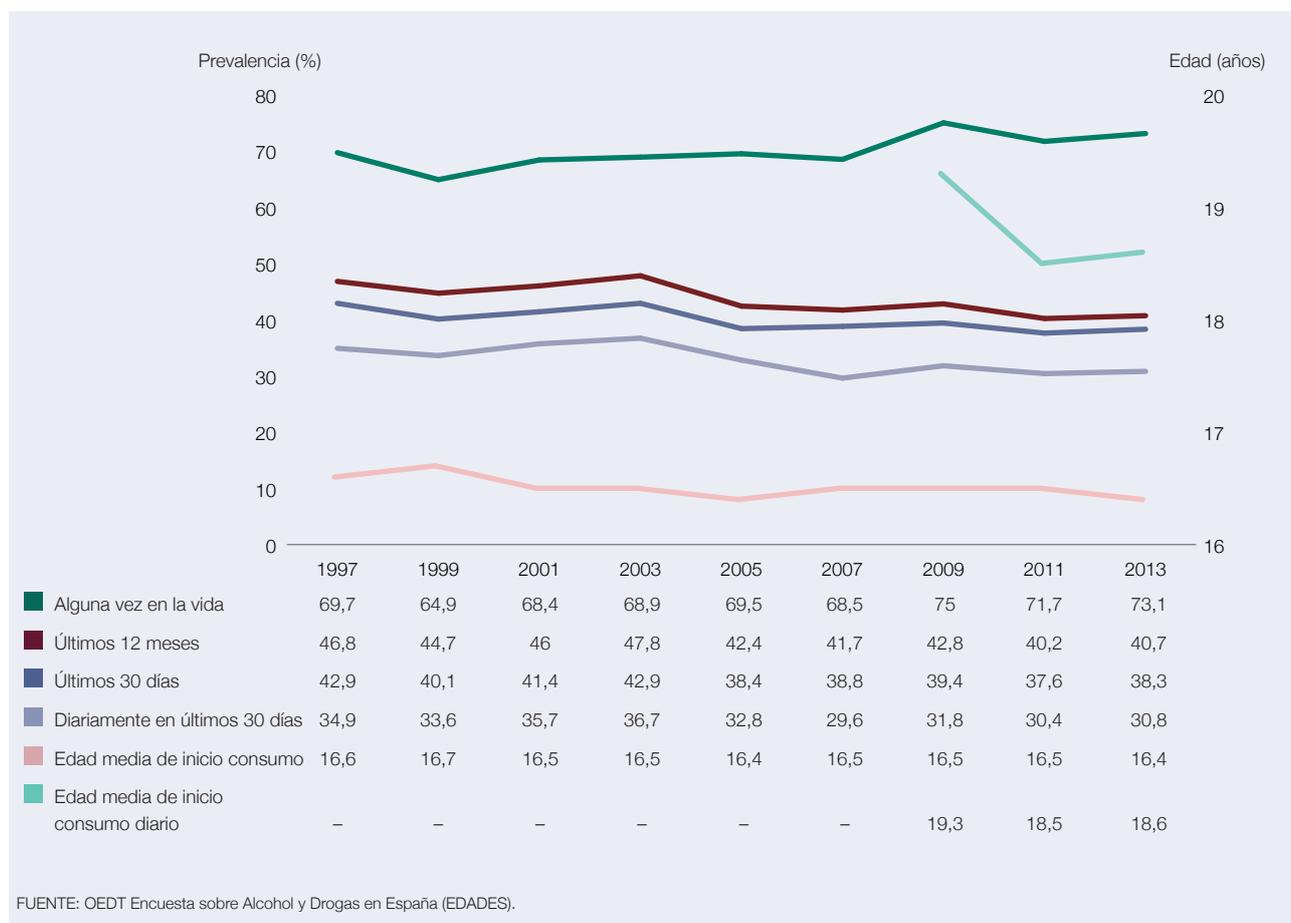
La edad media con la que se comienza a fumar se sitúa en 16,4 años, similar a la obtenida en años anteriores, siendo la edad media de inicio en el consumo diario de 18,6 años.

Atendiendo al último año y al último mes a la realización de la encuesta, los resultados no difieren de los obtenidos en 2011 y se consolida el importante avance registrado con respecto a los resultados de hace diez años cuando el consumo de tabaco era más popular. En este sentido, tomando como referencia el año 2003, la prevalencia para el último año se ha visto reducida en 7,1 puntos y la relativa al último mes en 4,6 puntos.

En referencia al consumo diario, en España el porcentaje de población de 15 a 64 años que fuma cada día permanece estable y se sitúa en 30,8%, similar al de 2011, con lo que continúa alejado de los niveles de consumo observados en los primeros años de la década pasada, cuando la prevalencia sobrepasaba el 35%. Por otro lado, transcurren de media, dos años y medio entre el primer consumo de tabaco y la adquisición del hábito de fumar diariamente (tomando como referencia la edad de inicio en el consumo y la edad de inicio en el consumo diario de las personas que han fumado todos los días en el último mes).

Figura 1.1.12.

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, 1997-2013.



Analizando los resultados según sexo y edad, el consumo diario de tabaco tiene el mismo impacto entre hombres y mujeres cuando se contempla el segmento de 15 a 24 años, en el cual, en ambos casos, 1 de cada 4 mantiene este hábito. Es a partir de los 25 años cuando la prevalencia masculina comienza a despuntar sobre la femenina (figura 1.1.13).

El segmento donde existe un mayor porcentaje de fumadores es el masculino de 25 a 34 años (el 37,9% fuma cada día) mientras que, entre las mujeres, el máximo nivel de consumo se produce a una edad más avanzada, en el grupo de 45 a 54 años, donde 1 de cada 3 son fumadoras a diario.

El mayor incremento en el consumo diario se produce entre el segmento de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años, ganando popularidad especialmente entre los hombres, pues su prevalencia crece entre estos dos segmentos 12 puntos (4,7 puntos en el caso de las mujeres).

Tomando una perspectiva histórica, la población de jóvenes fumadores diarios de hasta 34 años ha conseguido reducirse notablemente con respecto a finales de los años noventa y principios de la década pasada. En este sentido, en comparación a 2003, la prevalencia masculina se ha visto reducida en 7 puntos y la femenina en 8,4 puntos. Aunque el porcentaje de jóvenes varones fumadores sufrió un repunte en 2009, se ha corregido en 2011 y 2013 (figura 1.1.14).

Tomando en consideración la población mayor de 34 años, existe una evolución diferenciada en el consumo según se trate de hombres o mujeres. Entre los hombres mayores de 34 años, el hábito de fumar ha perdido relevancia frente a los resultados de hace una década, pues la prevalencia ha caído 9,8 puntos. Como los varones jóvenes, la tendencia decreciente se rompió en 2009 pero ha continuado con posterioridad.

Figura 1.1.13.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.

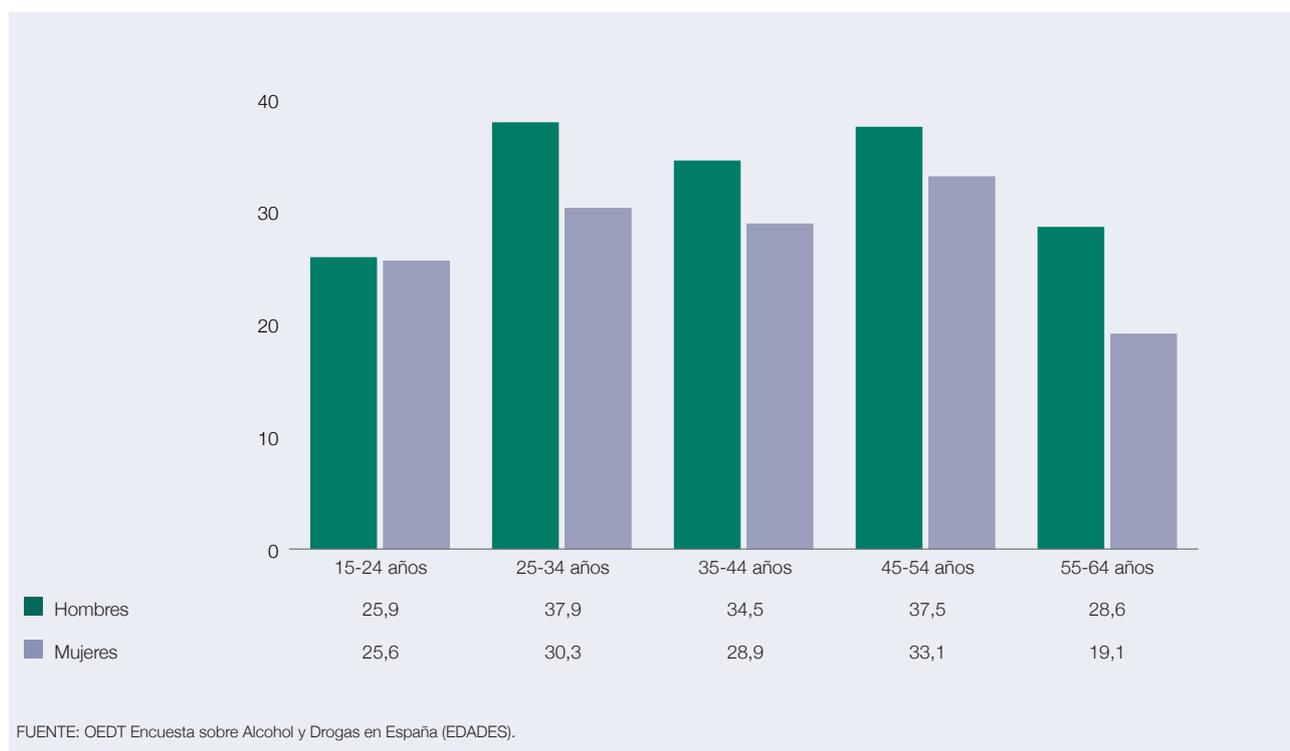
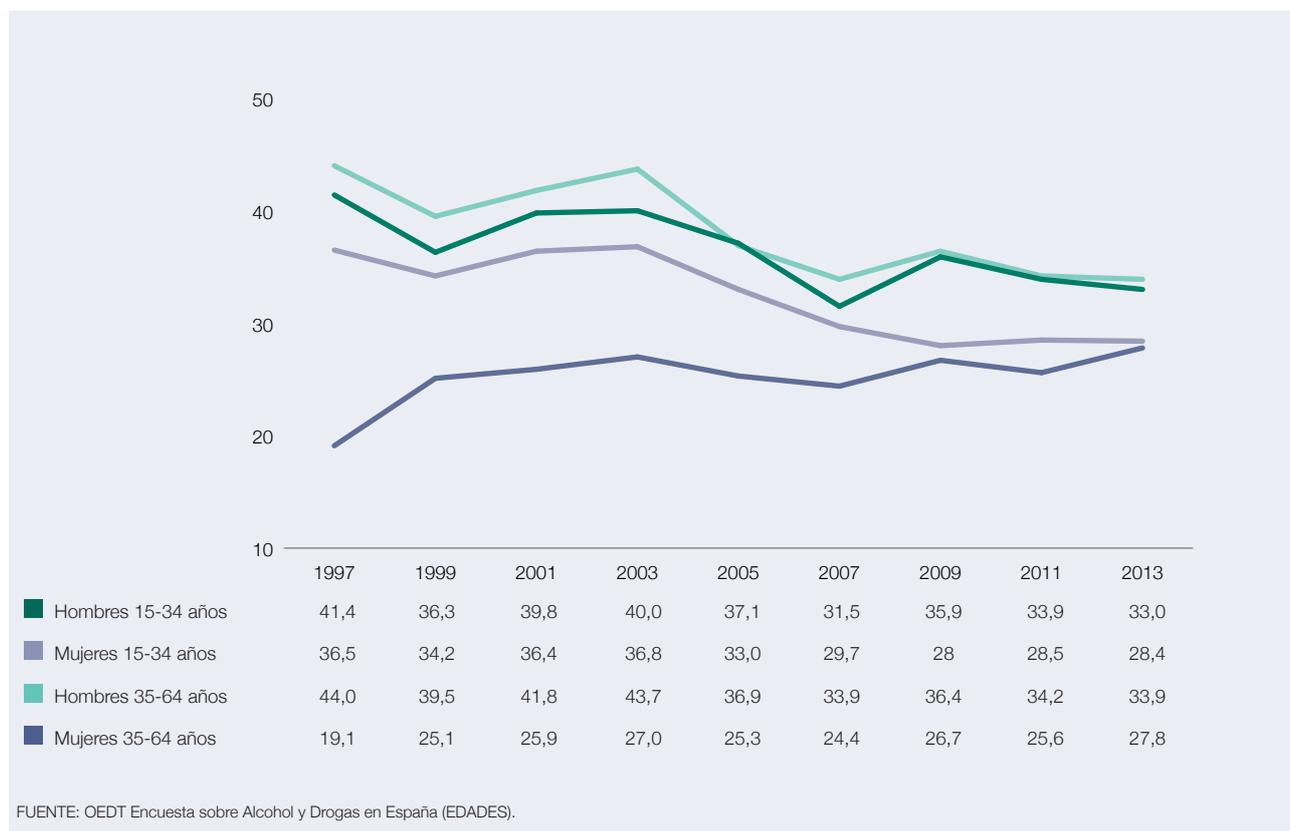


Figura 1.1.14.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2013.



Por el contrario, las mujeres mayores de 34 años no han conseguido reducir el nivel de consumo, que se ha mantenido a lo largo de los años entre el 24% y 28%. De este modo, si históricamente la proporción de fumadoras de hasta 34 años ha superado siempre al registrado entre las mayores de 34 años, en la actualidad los porcentajes son similares.

Finalmente, los fumadores fuman por término medio 12,6 cigarrillos al día, uno menos que en 2011. Los hombres en general fuman en mayor medida (13,4 cigarrillos) y en términos de edad, la intensidad de consumo se acrecienta progresivamente con los años, hasta que las personas con más de 45 años fuman entre 14 y 15 cigarrillos al día.

### Incidencia de consumo de tabaco

En EDADES 2013, se introducen, por primera vez, preguntas que permiten estimar la incidencia anual de fumadores, es decir conocer el número de personas que han comenzado a fumar en 2013.

Se estima que en 2013 comenzaron a fumar 142.282 personas de 15 a 64 años, de estas 76.539 eran hombres y 80.925 menores de edad (15-17 años).

Por tanto, por cada 1000 habitantes iniciaron el consumo de tabaco 4,4 personas de 15 a 64 años. (4,7 hombres y 4,2 mujeres).

La edad media de inicio en el consumo de tabaco (EDADES 2013), es 16 años, hecho que se ve reflejado en la tasa de incidencia por edad que se sitúa en 62,3/1.000 habitantes de 15 a 17 años y en 2,1/1.000 habitantes de 18 a 64 años.

### Hipnosedantes

---

Los datos aportados sobre consumo de hipnosedantes 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.

Dentro de la categoría de hipnosedantes se incluyen fármacos tales como: Lexatín, orfidal, noctamid, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. Y no se incluyen, por ejemplo, plantas medicinales (valeriana, pasiflora) o antihistamínicos (dormidina).

Se considerarán de manera diferenciada los hipnosedantes con o sin receta médica y los hipnosedantes sin receta médica.

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 consuma 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.

Los hipnosedantes sin receta se encuentran incluidos en la categoría de hipnosedantes con o sin receta, por lo que mostrarán siempre prevalencias inferiores a estos últimos.

Es preciso señalar que los consumos de hipnosedantes se registran 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

En el año 2011 se advirtió que el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) se había extendido entre la población de 15 a 64 años de forma notable, cuando 2 de cada 10 personas (19,5%) ya habían consumido este tipo de sustancias alguna vez; este resultado suponía que la prevalencia había crecido 6,1 puntos con respecto a 2009 (figura 1.1.15).

Figura 1.1.15.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2013.



La variación en la prevalencia de consumo de 2011 a 2013 es más discreta, habiendo aumentado 2,7 puntos hasta situarse en el 22,2%, lo que supone que el porcentaje de la población que ha consumido hipnosedantes en alguna ocasión se ha multiplicado por 2,6 con respecto a la registrada hace 8 años (que fue cuando se comenzó a analizar la prevalencia de estas sustancias).

Los niveles de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días presentan cierta estabilidad tras la escalada observada en 2011. Sin embargo, la dimensión del consumo diario avanza entre la población y su prevalencia aumenta 2,2 puntos. De esta manera, el 6,8% de la población ha ingerido hipnosedantes todos o casi todos los días en el último mes, proporción que resulta 2,2 veces la obtenida en 2007 cuando empezó a estudiarse este tipo de consumo.

Asimismo, se advierte que la mayor parte de las personas que han consumido hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) en los últimos 30 días, lo ha hecho de forma diaria (de cada 4 individuos que han consumido, 3 lo hicieron con una frecuencia diaria o casi diaria).

Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse a una edad más tardía, de media a los 35,2 años.

En el ámbito del consumo de hipnosedantes, predominan los tranquilizantes/sedantes; 2 de cada 10 personas de 15 a 64 años los ha consumido alguna vez, aproximadamente el doble de la proporción que registran los somníferos (tabla 1.1.42).

En relación a las diferencias según sexo (figura 1.1.17), el consumo de hipnosedantes es mayor entre las mujeres, con independencia del tramo temporal que se considere o del segmento de edad. El 27,6% de las mujeres de 15 a 64 años ha tomado hipnosedantes alguna vez en la vida, porcentaje 10,8 puntos superior al de los varones, encontrando que el diferencial entre sexos es mayor a partir de los 35 años.

Tabla 1.1.42.

Prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

	15 a 64 años			15 a 34 años			35 a 64 años		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Hipnosedantes con o sin receta									
Alguna vez	22,2	16,8	27,6	13,4	11,0	15,9	27,0	20,0	34,1
Último año	12,2	8,5	16,0	6,4	4,8	8,0	15,5	10,6	20,5
Último mes	8,9	5,8	12,1	3,4	2,6	4,2	12,0	7,6	16,4
A diario	6,8	4,3	9,4	2,1	1,5	2,8	9,4	5,8	13,0
Tranquilizantes/sedantes con o sin receta									
Alguna vez	20,1	15,1	25,3	12,3	10,1	14,7	24,5	17,9	31,1
Último año	10,6	7,3	14,0	5,6	4,2	7,1	13,4	9,0	17,9
Último mes	7,7	5,1	10,4	2,9	2,3	3,5	10,4	6,6	14,2
A diario	5,9	3,7	8,1	1,9	1,3	2,4	8,1	5,1	11,2
Somníferos con o sin receta									
Alguna vez	9,6	7,1	12,3	5,1	3,8	6,3	12,2	8,9	15,6
Último año	5,5	3,7	7,3	2,4	1,8	3,1	7,1	4,8	9,5
Último mes	4,0	2,6	5,5	1,4	1,0	1,8	5,5	3,4	7,5
A diario	3,1	1,9	4,3	0,9	0,7	1,1	4,3	2,6	6,0

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

Conforme aumenta la edad de la población, la prevalencia de los hipnosedantes adquiere más importancia, si bien existen diferencias entre hombres y mujeres a este respecto (figura 1.1.16).

En relación al tramo temporal de los últimos 12 meses, la proporción de hombres que han consumido hipnosedantes crece de forma progresiva con la edad hasta los 54 años, cuando se estabiliza.

En el caso del segmento femenino, la evolución del consumo con la edad muestra un crecimiento más brusco a partir de los 45 años.

Dada la tendencia creciente del consumo conforme aumenta la edad de la población, las prevalencias más elevadas se encuentran entre las personas mayores de 55 a 64 años de edad.

Figura 1.1.16.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.

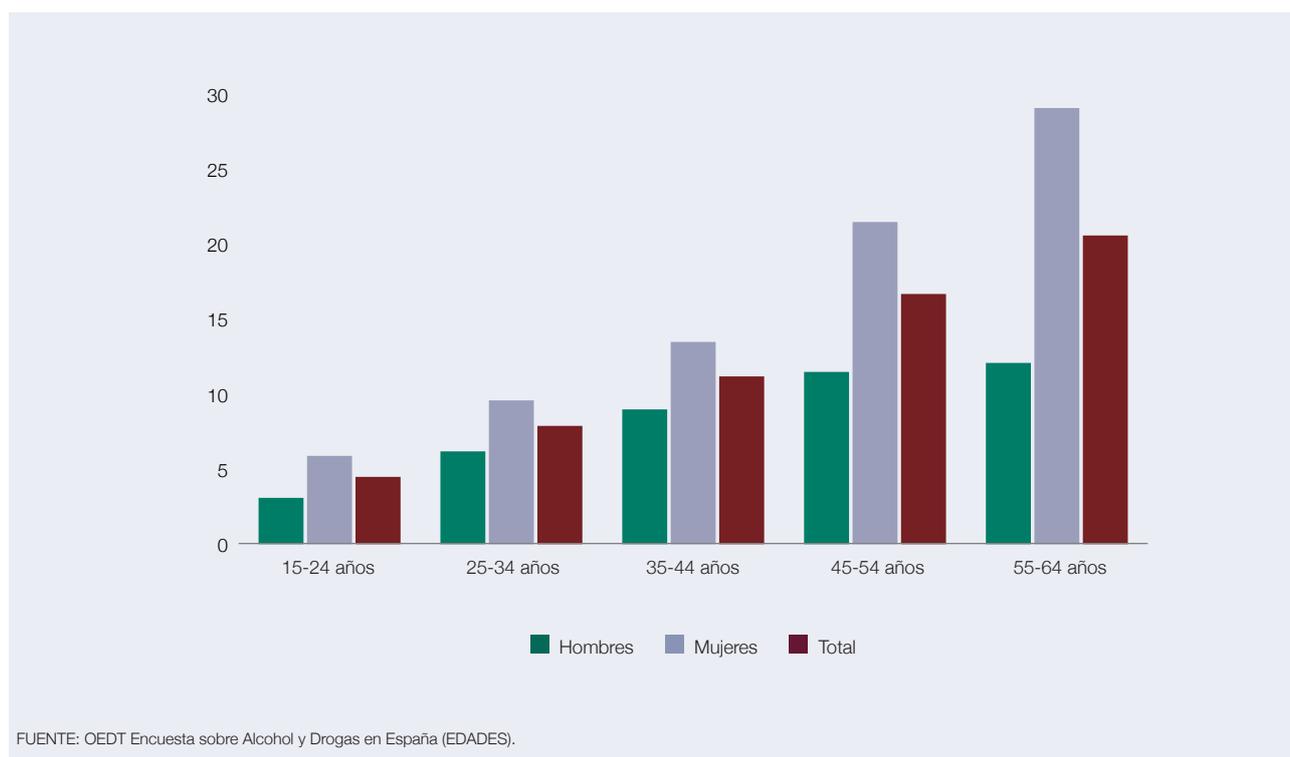
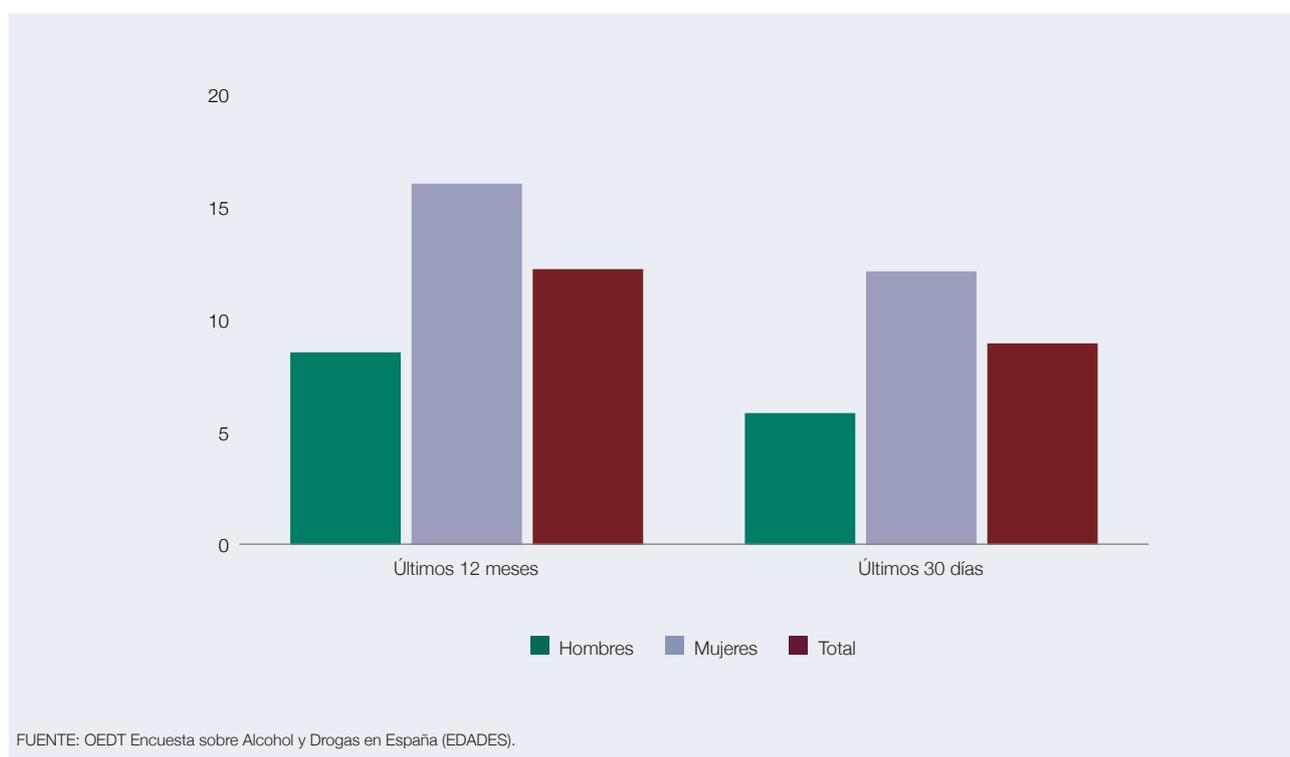


Figura 1.1.17.

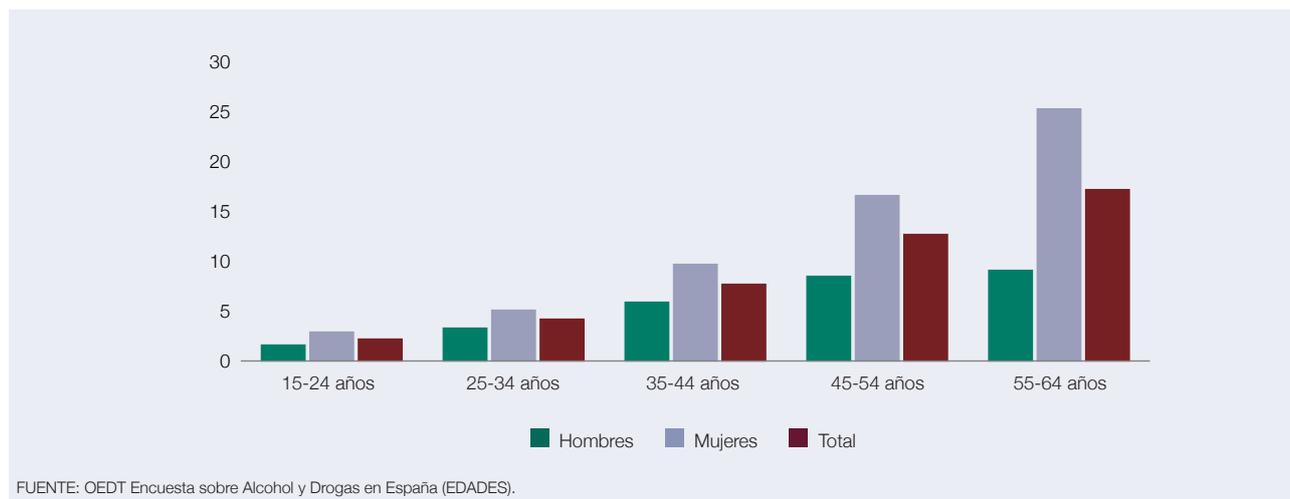
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en últimos 12 meses y últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2013.



Al acotar el análisis al consumo en los últimos 30 días, se advierte que 1 de cada 4 mujeres de 55 a 64 años ha ingerido hipnosedantes en el último mes, siendo este segmento donde se produce el mayor crecimiento del consumo y donde adquiere mayor dimensión. Asimismo, la brecha con la prevalencia masculina se hace especialmente evidente en este grupo de edad, en la medida en que por cada hombre que ha consumido, se registran aproximadamente 3 mujeres. Este diferencial deriva de que en el colectivo femenino, la escalada del consumo se acrecienta con la edad mientras que en el masculino, el aumento de la prevalencia es notablemente más discreto e incluso se frena a partir de los 54 años (figura 1.1.18).

Figura 1.1.18.

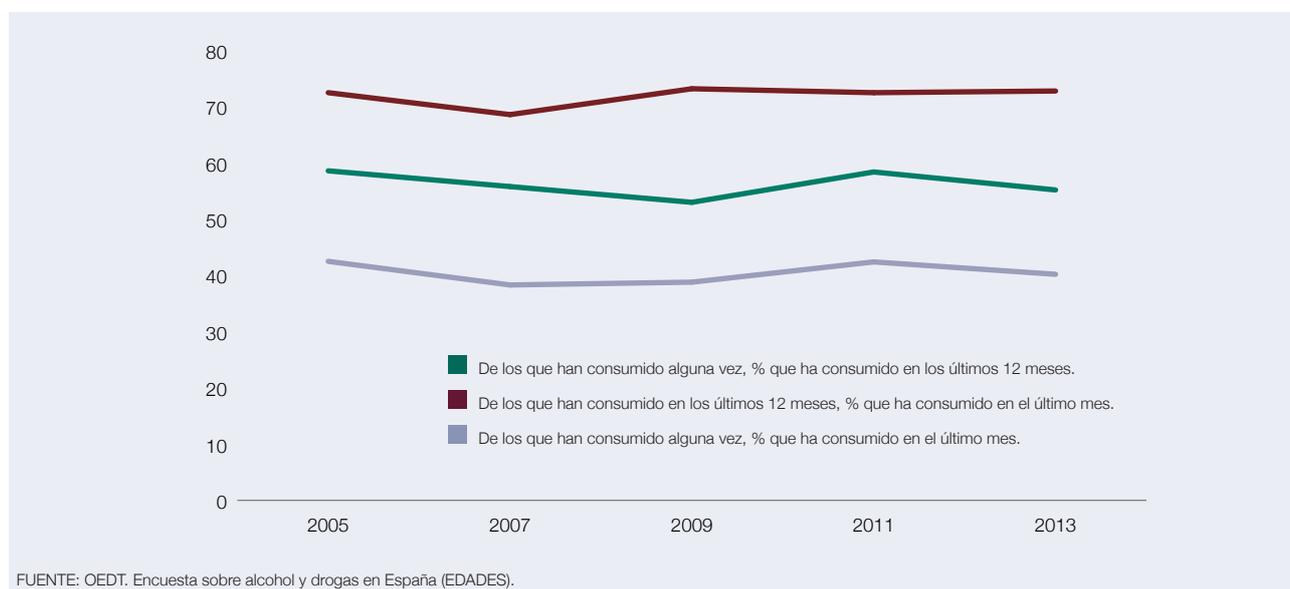
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.



Abordando en qué medida el consumo de hipnosedantes se mantiene en el tiempo, de cada 100 individuos que han consumido alguna vez en la vida, 56 lo hicieron en el último año y 41 en el último mes, sin haberse producido un cambio destacable en este sentido respecto a otros años (figura 1.1.19). Por su parte, la mayoría de las personas que consumieron en el último año, también tomaron hipnosedantes en el último mes, en concreto el 73%, proporción similar a la obtenida en anteriores mediciones.

Figura 1.1.19.

Continuidad en el consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2013.

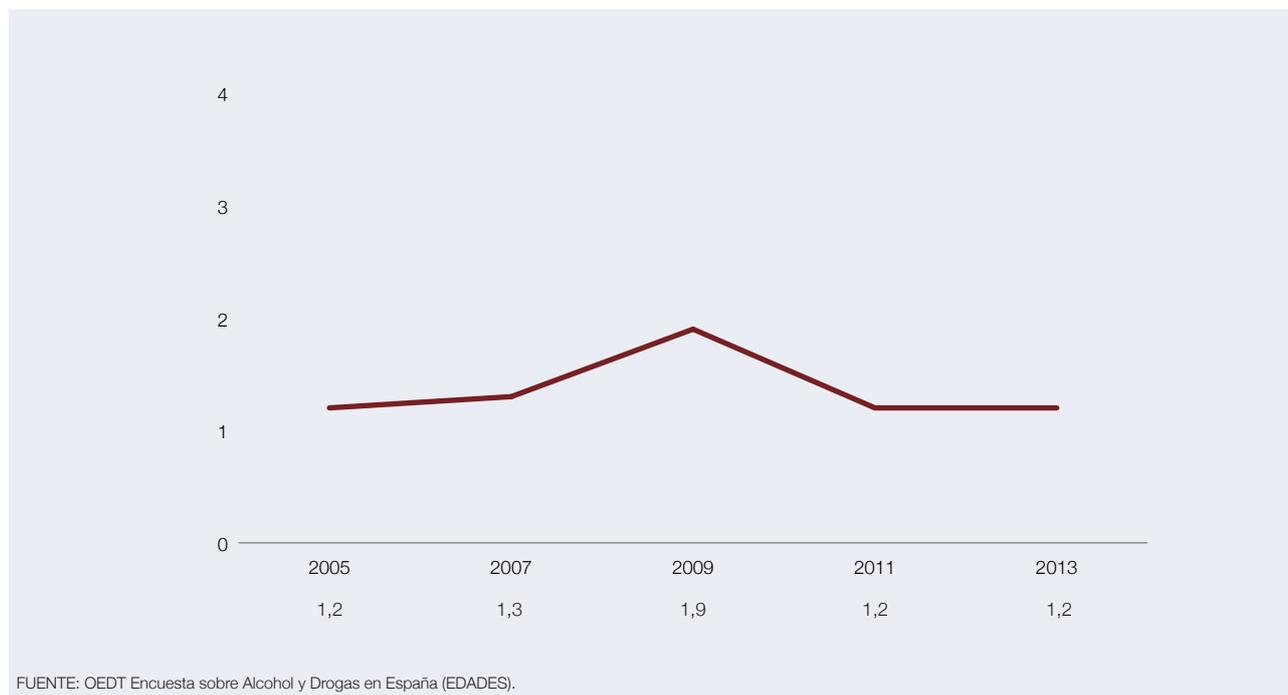


## Hipnosedantes sin receta médica

La extensión del consumo de hipnosedantes sin prescripción médica ha presentado cierta estabilidad a lo largo de la serie histórica y en 2013 continúa teniendo un impacto reducido entre la población; en la actualidad, la población de 15 a 64 años que ha consumido alguna vez en la vida hipnosedantes sin receta se sitúa en el 2,7%, en el 1,2% si se contemplan los 12 meses previos a la encuesta.

Figura 1.1.20.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2013.



En el ámbito de los hipnosedantes sin receta, la dimensión de los tranquilizantes sin receta supera ligeramente la de los somníferos sin receta. Específicamente, el 0,9% de la población consumió en el último año tranquilizantes sin prescripción médica y el 0,6% somníferos sin receta.

Asimismo se observa que la diferencia entre sexos no es tan pronunciada como la existente para los hipnosedantes en general, siendo un consumo más homogéneo entre hombres y mujeres.

El consumo de hipnosedantes sin receta, no muestra correspondencia con las variaciones según la edad que se observaba para los hipnosedantes en general (con o sin receta). Contemplando el consumo en el último año, la prevalencia más elevada en el segmento masculino se encuentra entre los 35 y 44 años y en el femenino, entre los 25 y 44 años y en el de mayor edad (55 a 64 años), si bien la prevalencia en ningún caso alcanza el 2% (figura 1.1.21).

Cabe señalar que el consumo de hipnosedantes sin receta tiene mayor impacto entre los consumidores de otras drogas, como la cocaína o el éxtasis.

Asimismo, el segmento que consumió hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses, registró una mayor prevalencia de policonsumo que la población que no consumió hipnosedantes sin receta en ese periodo (tabla 43). En este sentido, se observa que la mitad (50,9%) de las personas que han consumido hipnosedantes sin prescripción médica, consumieron al menos 3 sustancias diferentes en el último año.

Figura 1.1.21.

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, 2013.

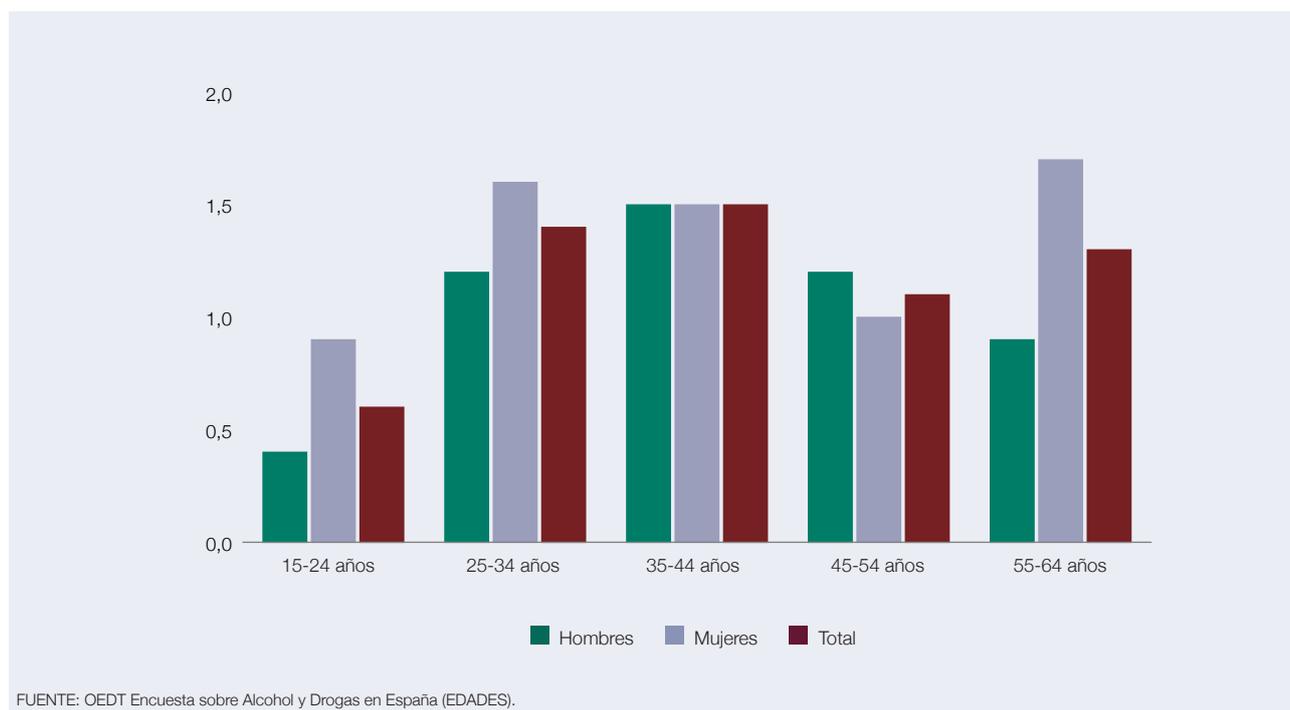


Tabla 1.1.43.

Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según haya consumido hipnosedantes sin receta o no en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2013.

	Ha consumido hipnosedantes sin receta	No ha consumido hipnosedantes sin receta
Ninguna sustancia	0,0	13,8
Una sustancia	11,0	44,8
Dos sustancias	38,1	30,1
Tres sustancias	27,8	9,0
Cuatro sustancias	13,8	1,6
Cinco o más sustancias	9,3	0,7

\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

Por último, atendiendo al estado de salud, el 72,8% de los individuos que consumieron hipnosedantes sin receta en el último año, considera tener buena o muy buena salud, mientras que este porcentaje asciende al 83,8% entre aquellos que no registraron un consumo de hipnosedantes sin receta.

## Cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal cuyo consumo se encuentra más extendido en España; desde el inicio de la serie de la encuesta EDADES, en 1995, año en que se registró una prevalencia de 14,5% para el consumo de cannabis alguna vez en la vida, se ha venido observando una tendencia ascendente hasta alcanzar el 32,1% en 2009 (figura 1.1.22). Aunque en 2011 se anotó un descenso (27,4%), las cifras han vuelto a sobrepasar la barrera del 30% en 2013 (30,4%).

Como se comentó al inicio del informe, el hecho de que el 40,2% de las personas de 15 a 34 haya consumido cannabis alguna vez frente al 25% de aquellos que tienen entre 35 a 64 años lleva a inferir que, entre los adultos jóvenes, existe una mayor proporción que ha consumido cannabis (consumo experimental) en comparación con generaciones previas.

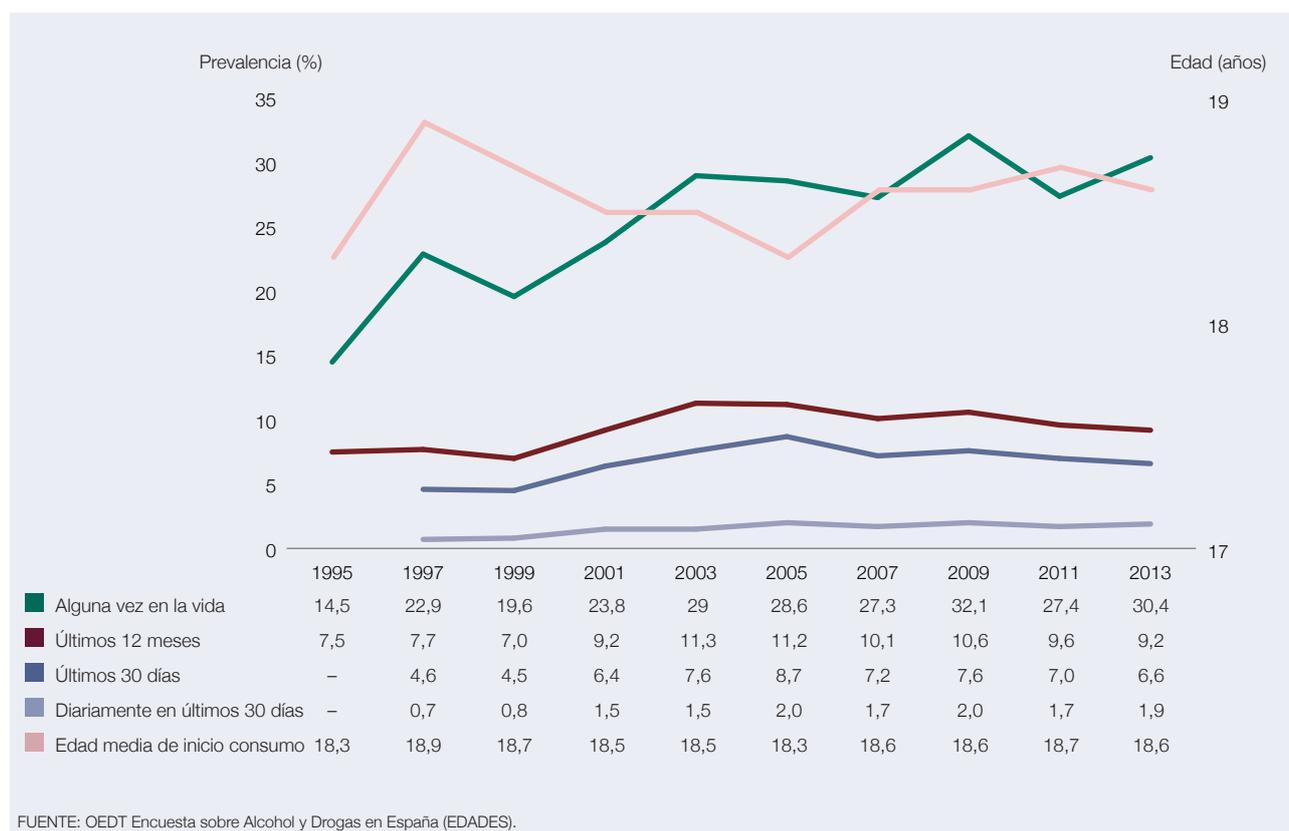
A pesar de que es más frecuente que las personas cuenten con la experiencia de haber consumido cannabis alguna vez, no se observa que su consumo se mantenga en el tiempo en mayor medida. En este sentido, la prevalencia relativa a los últimos 12 meses y a los últimos 30 días se mantiene estable con respecto a la pasada encuesta y presenta unos valores discretos en comparación a los obtenidos en la última década. Así, aunque es más habitual experimentar con su consumo, no se incorpora de forma mayoritaria a los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas de la población y por tanto no impacta en los niveles de consumo reciente.

El alcance del consumo diario de cannabis se mantiene estable, al igual que la edad con la que se consume por primera vez, siendo de entre las drogas ilegales, la que se empieza a consumir a una edad más temprana (18,6 años).

La encuesta EDADES 2013 incluye por primera vez, algunas preguntas orientadas a la medición de la incidencia de consumo de algunas sustancias psicoactivas: es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente una sustancia determinada, ha comenzado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses o último mes). Esta información resulta útil para identificar nuevas tendencias con mayor rapidez y para caracterizar, en la medida de lo posible, aquellos que se incorporan a los nuevos consumos, aunque no permita un seguimiento prospectivo.

Figura 1.1.22.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013.



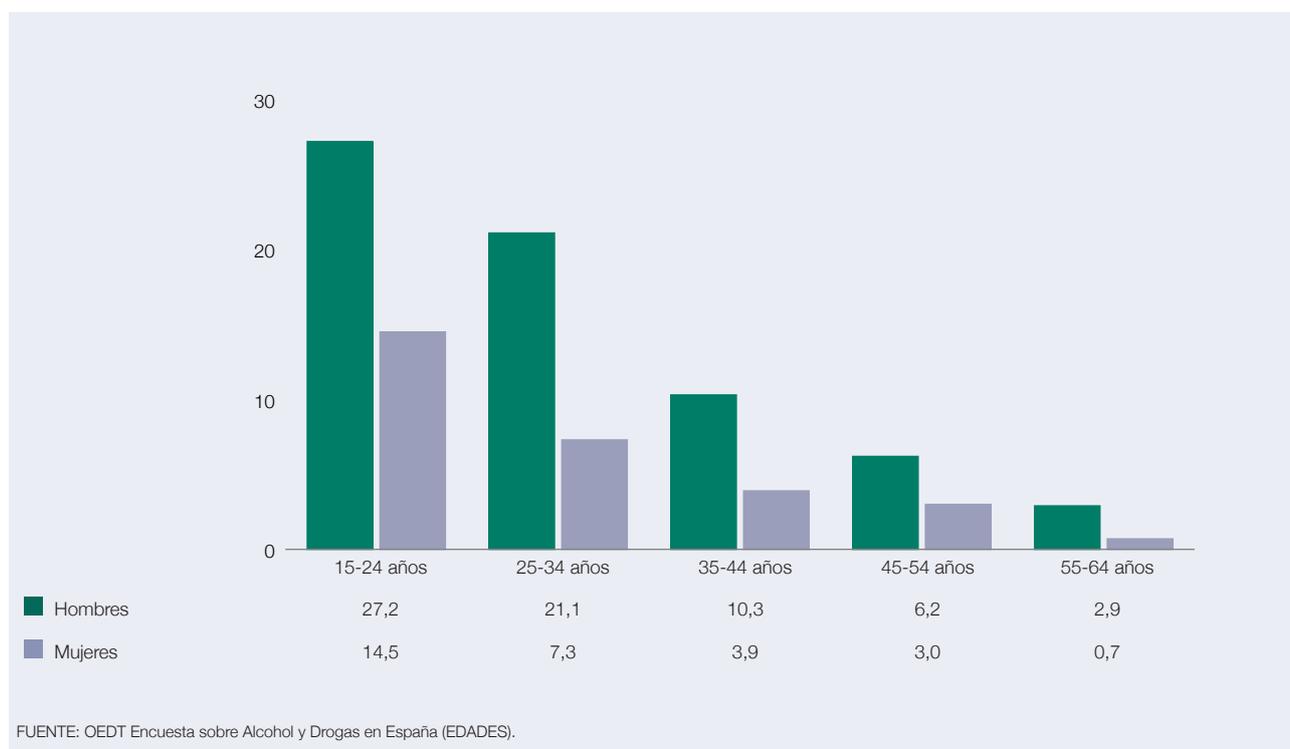
El consumo de cannabis se encuentra notablemente más extendido entre la juventud y, en términos de género, entre los chicos (figura 1.1.23).

De cada 10 jóvenes de 15 a 24 años, 2 consumieron cannabis en el último año (el 21%), aunque cabe reseñar la diferencia existente según el sexo, pues en este caso la prevalencia masculina (27,2%) aproximadamente duplica la femenina (14,5%).

No obstante, la diferencia por género más marcada aparece en el segmento de 25 a 34 años, donde el registro masculino (21,1%) prácticamente triplica el femenino (7,3%). En cualquier caso, la extensión del consumo disminuye a medida que aumenta la edad.

**Figura 1.1.23.**

**Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.**



Respecto al consumo reciente (figura 1.1.24), 2 de cada 10 chicos (20,1%) de 15 a 24 años consumió cannabis en los últimos 30 días, el doble aproximadamente que el porcentaje presentado por las chicas de esta edad (9,1%), si bien en el siguiente tramo de edad, de 25 a 34 años, se amplía la diferencia entre sexos (16% registrado por los chicos frente al 4,9% registrado por las chicas).

Conforme aumenta la edad de la población, el consumo reciente de cannabis es menos prevalente, aunque la pérdida de prevalencia con la edad es más tardía entre los varones. En esta línea, en las mujeres la reducción más pronunciada del consumo se registra entre el segmento de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años, cuando la prevalencia disminuye 4,2 puntos. En el caso de los hombres, la reducción más importante aparece entre el grupo de 25 a 34 años y el de 35 a 44 años, cuando el indicador desciende 8 puntos.

La mayor prevalencia del cannabis entre la población coincide con un uso de carácter más experimental o puntual. En 2013, la continuidad del consumo presenta los valores más reducidos de la serie, indicando que en la actualidad el consumo de cannabis se sostiene menos en el tiempo. Específicamente, el 30% de aquellos que han consumido alguna vez en la vida reconoce un consumo en el último año, y el 22% en el último mes (tabla 1.1.44).

Figura 1.1.24.

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, 2013.

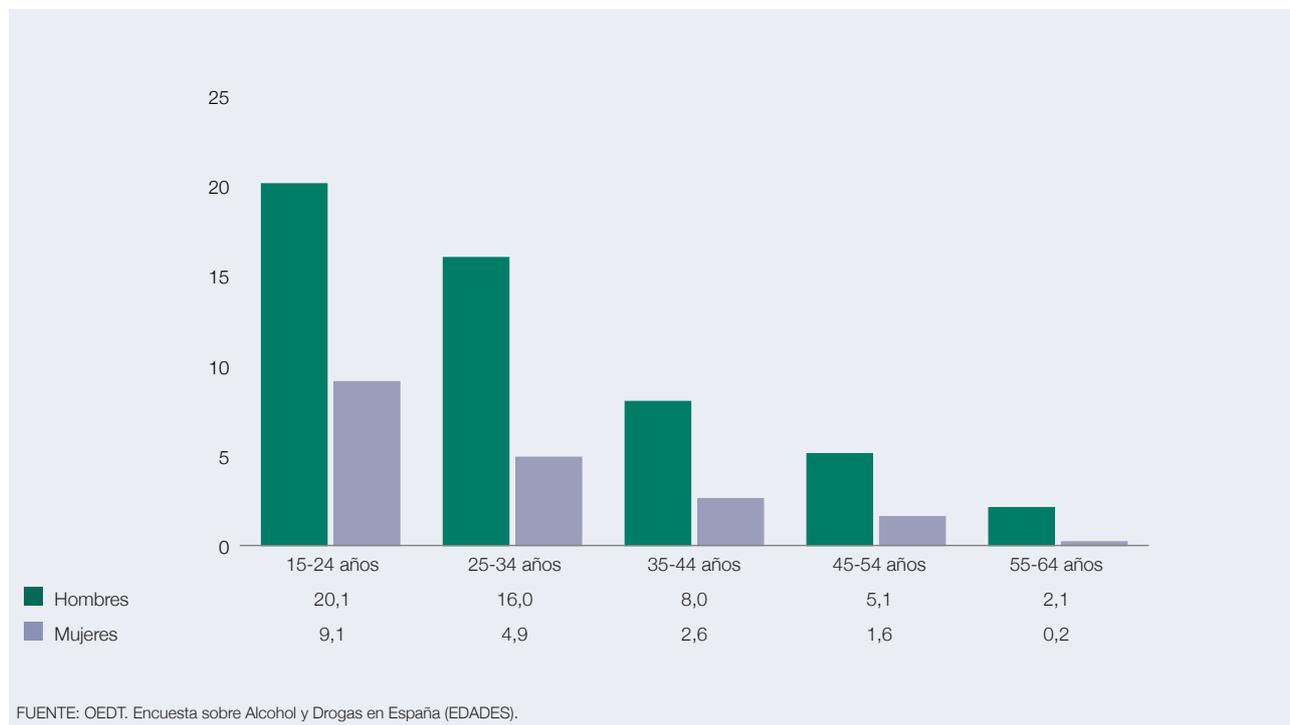


Tabla 1.1.44.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años. España, 1995-2013.

	PREVALENCIA (%)			CONTINUIDAD (%): De los que han consumido...		
	Alguna vez en la vida (A)	Últimos 12 meses (B)	Últimos 30 días (C)	alguna vez, % que ha consumido en últimos 12 meses (B/A)	en últimos 12 meses, % que ha consumido en último mes (C/B)	alguna vez, % que ha consumido en el último mes (C/A)
1997	22,9	7,7	4,6	33,6	59,7	20,1
1999	19,6	7,0	4,5	35,7	64,3	23,0
2001	23,8	9,2	6,4	38,7	69,6	26,9
2003	29	11,3	7,6	39,0	67,3	26,2
2005	28,6	11,2	8,7	39,2	77,7	30,4
2007	27,3	10,1	7,1	37,0	70,3	26,0
2009	32,1	10,6	7,6	33,0	71,7	23,7
2011	27,4	9,6	7,0	35,2	73,1	25,7
2013	30,4	9,2	6,6	30,3	72,2	21,8

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

El consumo de tabaco se encuentra fuertemente vinculado al de cannabis, de manera que la mayor parte de las personas que manifiestan consumir cannabis, también han fumado tabaco (en los tramos temporales del último año y mes).

Al acotar el análisis a los últimos 12 meses, se obtiene que el 7,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis y ha fumado tabaco en este periodo (tabla 1.1.45). Es en el grupo de los varones jóvenes de 15 a 24 años en el

que la proporción de consumidores de cannabis y de tabaco (aunque de manera no simultánea) en los últimos 12 meses es más elevada (21,9%) para descender con la edad.

Si se atiende a la prevalencia registrada en el último mes, en el segmento de 15 a 24 años, la proporción de personas que ha consumido en este periodo, tanto cannabis como tabaco, se establece en el 12,5%, si bien restringiendo el análisis a los chicos, el porcentaje asciende al 17,1% (tabla 1.1.46).

**Tabla 1.1.45.**

**Prevalencia de personas que han consumido tabaco y cannabis en los últimos 12 meses según sexo y edad en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013.**

15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			15-17 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
7,8	11,0	4,6	17,0	21,9	11,9	12,4	18,3	6,4	6,2	9,1	3,2	4,1	5,5	2,8	1,5	2,5	0,5	11,5	14,2	8,6

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

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

**Tabla 1.1.46.**

**Prevalencia de personas que han consumido tabaco y cannabis en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15 a 64 años (%). España, 2013.**

15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			15-17 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
5,8	8,7	2,9	12,5	17,1	7,7	9,3	14,2	4,3	4,8	7,2	2,1	2,9	4,5	1,5	1,0	1,8	0,2	6,6	9,4	3,6

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

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

Tomando como referencia a la población de 15 a 64 años, el 15,2% de las personas que fumaron tabaco en el último mes, también consumió cannabis en este periodo. Por su parte, tan sólo el 12,4% de las personas que consumieron cannabis en los últimos 30 días, no fumó tabaco en dicho periodo, lo que refleja cierta vinculación entre ambas sustancias.

### Incidencia de consumo de cannabis

En EDADES 2013, se introducen, por primera vez, preguntas que permiten estimar la incidencia anual de usuarios de cannabis, es decir conocer el número de personas que han comenzado a consumir cannabis en 2013.

Se estima que en 2013 comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas de 15 a 64 años, de estas 83.932 eran hombres y 61.085 menores de edad (15-17 años).

Por tanto, por cada 1000 habitantes iniciaron el consumo de cannabis 5,3 personas de 15 a 64 años (5,2 hombres y 5,3 mujeres). Esta tasa de incidencia es mayor que la registrada para el tabaco que se situaba en 4,4/1.000 habitantes.

Como es conocido, se empieza a consumir cannabis a edades tempranas, así las tasas de incidencia por 1.000 habitantes se sitúan en valores más altos de 15 a 17 años (47,0) y de 15 a 25 años (30,5), presentado valores inferiores a edades más avanzadas (1,6 de 25 a 34 años y 1,2 de 35 a 44 años).

## Consumo problemático de cannabis. CAST

En los últimos años se ha extendido el consumo de cannabis entre la población española, lo que ha provocado un aumento exponencial de las demandas de tratamiento por cannabis y un aumento de las urgencias relacionadas con cannabis. Desde Salud Pública se plantea la necesidad de conocer las características de los consumidores de esta sustancia. 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, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.<sup>1</sup>

Es necesario pues introducir métodos que permitan discriminar el uso problemático de cannabis de aquel que no es problemático. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

Después de evaluar la utilidad y adecuación de diferentes escalas, se optó por mantener la escala CAST<sup>2</sup> (Cannabis Abuse Screening Test), que fue la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas. Esta escala se ha introducido en la encuesta ESTUDES 2006, 2008, 2010 y 2012, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

En 2013, por primera vez en la serie histórica de esta encuesta, se introdujo la escala CAST en la encuesta EDADES, al objeto de determinar la prevalencia del consumo problemático de cannabis en la población general y, más concretamente, en el grupo de adultos para el que se registran mayores prevalencias de consumo de cannabis.

La escala CAST es un instrumento de cribaje que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. La puntuación obtenida en la escala se clasifica en:

- Puntuación de 0-1, consumidores no problemáticos.
- Puntuación de 2-3, consumidores de bajo riesgo.
- Puntuación de 4 o más, consumidores de riesgo.

Información complementaria puede consultarse en el capítulo 2.5 del presente informe.

De los 2.129 casos que en EDADES 2013 reconocieron un consumo de cannabis en el último año, 1.991 contestaron las preguntas relativas a la escala CAST (el 93,5%).

Según los puntos de corte utilizados, la prevalencia del consumo de riesgo de cannabis en la población es del 2,2%, de manera que la población estimada que en 2013 había mostrado un consumo de riesgo se sitúa aproximadamente en 700.000 personas de entre 15 y 64 años (600.000 hombres y 100.000 mujeres).

De cada 4 personas que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, aproximadamente 2 presentan un consumo no problemático, 1 un consumo de bajo riesgo y el caso restante, un consumo de riesgo (figura 1.1.25). Este patrón de consumo de riesgo se encuentra en mayor medida entre los hombres (tabla 47), en la medida en que la prevalencia femenina se sitúa en el 15,2%, mientras que la masculina asciende al 29%.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de cannabis, cabe señalar que las personas que muestran un consumo de riesgo, comenzaron a consumir la sustancia a una edad más temprana (16,3 años) que los consumidores no problemáticos (18,1 años).

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

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

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

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

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

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

2. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J. Subst. Use* 12, 233-242.

Figura 1.1.25.

Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado la escala. España, 2013.

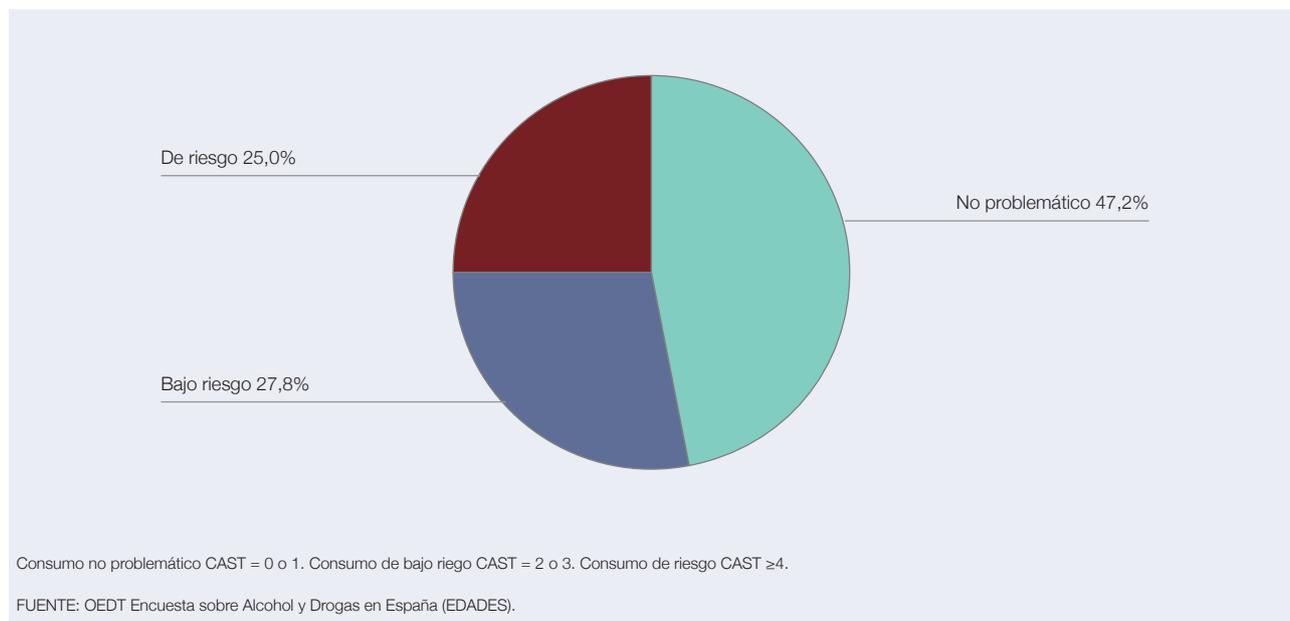


Tabla 1.1.47.

Prevalencia de consumo de riesgo, consumo de bajo riesgo y consumo no problemático de cannabis en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST, según sexo y edad (%). España, 2013.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años			15-17 años		
	Total	H	M									
Consumo riesgo (% positivos CAST ≥ 4)	25,0	29,0	15,2	24,0	26,7	17,1	27,1	33,3	11,4	20,4	25,5	10,2
Consumo bajo riesgo (% positivos CAST = 2 o 3)	27,8	30,1	22,0	29,4	32,1	22,9	24,5	26,2	20,1	23,5	23,5	23,4
Consumo no problemático (% positivos CAST = 0 o 1)	47,2	40,9	62,8	46,6	41,1	60,0	48,4	40,5	68,5	56,1	51,0	66,4

H = Hombre; M = Mujer.

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

En los siguientes análisis del capítulo, se compararán los resultados del segmento que muestra un consumo de riesgo de cannabis, con el segmento que no muestra este patrón de consumo (consumidores de bajo riesgo y no problemáticos) y con la población en general.

En cuanto a la disponibilidad del cannabis (tabla 1.1.48), cabe destacar la facilidad que tienen las personas que han contestado la escala CAST para conseguir la sustancia en un plazo de 24 horas, tanto los consumidores de riesgo como los que no lo son, de modo que 9 de cada 10 son capaces de adquirir la sustancia sin dificultad.

Respecto a la disponibilidad de otras drogas ilegales, las personas con un consumo de riesgo de cannabis sí que muestran tener una mayor accesibilidad, frente a los consumidores que no son de riesgo, y en mayor medida, frente a la población general.

Tabla 1.1.48.

Percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad que ha contestado a CAST, según tengan un consumo de riesgo de cannabis o no, y entre la población general (porcentajes)\*. España, 2013.

	Consumidores de riesgo (CAST ≥4)	No consumidores de riesgo (CAST <4)	Población general
Cannabis	91,4	90,8	64,6
Heroína	47,3	38,1	31,6
Cocaína	76,6	70,8	46,9
Alucinógenos	56,0	47,6	33,0
Éxtasis u otras drogas de síntesis	60,3	48,6	32,7
GHB o éxtasis líquido	48,0	35,4	27,5
Anfetaminas o speed	61,7	50,0	32,6
Setas mágicas	48,7	40,5	27,7
Ketamina	46,2	34,5	26,2

% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

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

Los consumidores de cannabis de riesgo tienen una escasa percepción de los problemas que puede causar el consumo de esta sustancia y, en la mayoría de los casos, no advierten el peligro derivado de su consumo (tabla 1.1.49).

Únicamente el 11,6% de las personas que registran un consumo de riesgo, piensa que fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes puede ocasionar problemas, cuando este porcentaje entre el total de la población de 15 a 64 años es notablemente más amplio, se sitúa en el 61,2%. En este caso, la percepción de riesgo entre los consumidores de riesgo (11,6%) y los que han contestado la escala y no muestran un riesgo (15,3%), apenas se diferencia.

En el mismo sentido, tan solo el 29,3% de los individuos que presentan un consumo de riesgo advierte una problemática ante el consumo habitual de cannabis, proporción que se eleva al 44,1% de las personas que no muestran un consumo de riesgo según la escala CAST y al 82,4% si atendemos a la población general.

Asimismo, en general, la percepción de riesgo ante las diversas conductas sobre consumo de otras drogas analizadas, es inferior en los individuos que registran un consumo de riesgo de cannabis (frente a los consumidores que no son de riesgo según la escala CAST y frente a la población general).

Atendiendo a los 12 meses previos a la realización de la encuesta, el consumo de otras drogas legales e ilegales está más extendido entre los consumidores de cannabis de riesgo con respecto a la población general (tabla 1.1.50).

Si establecemos la comparativa con las personas que han contestado la escala CAST y no muestran un consumo de riesgo, la prevalencia de las drogas ilegales también es superior entre los consumidores de riesgo, destacando el porcentaje de consumo de la cocaína (14,4 puntos superior al anotado por el colectivo que no muestra un consumo de riesgo). Éxtasis y anfetaminas también tienen especial presencia en el segmento de riesgo, donde aproximadamente 1 de cada 10 las ha consumido en los últimos 12 meses. En cuanto al consumo de drogas legales, el alcohol no está más extendido en la población de riesgo frente al segmento que no es de riesgo, sin embargo, el tabaco y los hipnosedantes sí que adquieren mayor prevalencia entre los primeros; de cada 10 consumidores de riesgo, 9 fumaron tabaco en el último año y 2 consumieron hipnosedantes.

Tabla 1.1.49.

Riesgo percibido por la población de 15-64 años ante el consumo de sustancias psicoactivas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) entre la población de 15-64 años de edad que ha contestado a CAST, según tengan un consumo de riesgo de cannabis o no, y entre la población general. España, 2013.

	Consumidores de riesgo (CAST ≥4)	No consumidores de riesgo (CAST <4)	Población general
Fumar un paquete de tabaco diario	77,8	83,1	88,7
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	22,6	22,9	43,5
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	79,9	85,6	90,7
Fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes	11,6	15,3	61,2
Fumar hachís o marihuana una vez por semana o más	29,3	44,1	82,4
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	51,6	46,6	57,6
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	75,0	75,3	78,5
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	45,7	49,0	74,8
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	77,0	86,6	95,1
Consumir éxtasis una vez por semana o más	94,8	96,8	99,0
Probar cocaína una o dos veces en su vida	39,4	43,8	72,4
Consumir cocaína una vez o menos al mes	72,5	81,1	93,8
Consumir cocaína una vez por semana o más	95,8	96,7	99,0
Consumir heroína una vez o menos al mes	93,3	94,6	97,2
Consumir heroína una vez por semana o más	98,7	99,1	99,6
Consumir alucinógenos (ácidos, tripis, LSD) una vez o menos al mes	81,5	86,7	94,4
Probar cocaína en forma de base o crack 1 ó 2 veces en su vida	77,6	80,4	89,5
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	87,6	93,4	97,2
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez por semana o más	96,2	99,0	99,5
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	81,8	90,0	96,3
Consumir anfetaminas o speed una vez por semana o más	94,9	97,3	98,9
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	79,1	84,0	94,8
Consumir setas mágicas una vez por semana o más	94,3	95,9	98,8
Consumir ketamina una vez o menos al mes	90,7	94,0	97,4
Consumir ketamina una vez por semana o más	97,8	98,9	99,6

% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc

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

Tabla 1.1.50.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años que ha contestado a CAST, según tengan un consumo de riesgo de cannabis o no, y entre la población general. (porcentajes). España, 2013.

	Consumidores de riesgo (CAST ≥4)	No consumidores de riesgo (CAST <4)	Población general
Alcohol	88,7	96,7	78,3
Tabaco	91,4	84,1	40,7
Hipnosedantes	19,0	11,1	12,2
Cocaína (polvo y/o base)	29,0	14,6	2,2
Éxtasis	9,3	4,4	0,7
Anfetaminas/speed	9,6	4,4	0,6
Alucinógenos	4,5	2,8	0,3
Heroína	1,5	0,3	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,5	0,1

Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

Contemplando globalmente las características que perfilan el consumidor de riesgo de cannabis (en comparación a los consumidores que no son de riesgo y con la población general), se observa que en este segmento hay primordialmente hombres, la proporción de personas en paro es superior, el nivel de estudios es inferior y muestra una reducida percepción de riesgo ante el consumo de la sustancia (en este punto cabe destacar que tan sólo un 5,3% de los consumidores de riesgo con menos de 25 años advierte un peligro ante el consumo esporádico).

Siguiendo con el perfil del consumidor de riesgo (tabla 1.1.51), la prevalencia de borracheras y *binge drinking* destaca sobre los niveles observados entre la población general en todos los grupos de edad, estando especialmente extendido entre los consumidores de riesgo jóvenes (15 a 24 años).

Si se atiende a los consumidores de riesgo de 25 a 34 años, la prevalencia de borracheras y *binge drinking*, no destaca sobre el segmento que no registra un riesgo.

El consumidor de riesgo consume en mayor medida otras drogas ilegales, siendo especialmente prevalentes entre el grupo de mediana edad (25 a 34 años). Abordando en concreto el consumo de *spice*, se observa que está más extendido entre los consumidores de riesgo, y que incrementa su prevalencia conforme aumenta la edad.

Entre los consumidores de riesgo, el segmento de edad que consume cannabis con mayor asiduidad es el de 25 a 34 años, donde en concreto, el 62,2% ha consumido la sustancia 20 días o más en el último mes.

Tabla 1.1.51.

Características de la población de 15 a 64 años de edad que ha consumido cannabis en el último año según tenga consumo de riesgo (CAST  $\geq$ 4) o no (CAST  $<$ 4) y entre la población general (porcentajes). España, 2013.

	15 a 24 años			25 a 34 años			35 a 64 años		
	CAST $\geq$ 4	CAST $<$ 4	P. GRAL.	CAST $\geq$ 4	CAST $<$ 4	P. GRAL.	CAST $\geq$ 4	CAST $<$ 4	P. GRAL.
Sexo									
Hombre	76,1	64,1	51,1	82,0	72,9	50,6	88,2	66,0	50,2
Mujer	23,9	35,9	48,9	18,0	27,1	49,4	11,8	34,0	49,8
Situación laboral									
Trabajando	14,6	18,6	16,6	38,3	49,6	53,6	34,9	52,8	48,7
Parado	37,6	24,2	20,1	47,9	36,1	30,0	41,7	34,4	22,7
Nivel de estudios									
Primarios	26,6	12,8	14,2	14,9	7,3	7,7	18,5	14,5	19,0
Secundarios	72,7	80,7	79,1	78,0	67,5	66,9	71,0	66,1	61,9
Universitarios	0,8	6,5	6,8	7,2	25,2	25,4	10,5	19,4	19,1
Nº de días que ha consumido cannabis en los últimos 30 días									
Entre 1-3 días	7,4	25,7	4,3	10,0	21,9	2,5	7,7	25,7	1,0
Entre 4-9 días	14,0	15,2	3,1	7,1	12,7	1,7	14,0	13,7	0,7
Entre 10-19 días	13,2	12,1	2,4	12,4	12,4	1,7	18,9	7,4	0,5
Entre 20-29 días	12,0	4,3	1,3	13,9	6,6	1,1	12,4	5,1	0,3
30 días	45,8	9,5	3,6	48,3	17,3	3,4	41,9	17,0	1,1
No ha consumido cannabis o marihuana en los últimos 30 días	7,7	33,2	23,2	8,2	29,1	31,1	5,1	31,0	21,4
Nunca ha consumido cannabis	0,0	0,0	62,1	0,0	0,0	58,4	0,0	0,0	75,1
Percepción de riesgo									
Porcentaje que opina que fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes puede causar bastantes o muchos problemas	5,3	19,1	52,3	11,6	15,3	51,8	16,6	11,3	66,4
Porcentaje que opina que fumar hachís o marihuana una vez por semana o más puede causar bastantes o muchos problemas	24,7	49,4	77,7	29,6	45,3	77,4	32,9	37,2	85,2
Borracheras									
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	78,9	73,1	41,4	60,7	65,2	29,7	48,2	40,6	10,4
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	48,9	41,2	18,1	29,9	28,4	11,1	24,3	17,1	3,1
Binge drinking: Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días									
	62,8	50,7	25,0	49,9	47,2	21,3	45,0	36,5	11,3
Consumo de otras drogas ilegales (cocaína polvo, base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos). Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses									
	28,4	14,2	4,1	41,3	19,2	4,6	35,1	21,4	1,8
Consumo de spice. Ha consumido alguna vez en la vida									
	1,4	1,7	0,4	8,5	3,2	1,0	10,8	3,3	0,4

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

Por último, apuntar que aproximadamente 3 de cada 4 individuos (el 74%) con un consumo de riesgo respalda la legalización del hachís y la marihuana como iniciativa para resolver el problema de las drogas, cuando considerando el total de la población de 15 a 64 años, esta medida se apoyaba en el 33,1% de los casos.

## Cocaína

### Cocaína en polvo

Desde finales de los años noventa, la población que ha consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida no ha dejado de crecer, con la excepción de 2011 en que el indicador descendió levemente (figura 1.1.26).

En 2013, se vuelve a recuperar el nivel registrado en 2009, año que marcó un máximo en la serie, y se obtiene que 1 de cada 10 personas de entre 15 y 64 años en España ha consumido cocaína en polvo en alguna ocasión. Sin embargo, los consumos en los últimos 12 meses muestran cifras de prevalencia muy inferiores a los experimentales. A finales de los años noventa se observó una tendencia creciente que se rompe en 2009, cuando la prevalencia comenzó un discreto descenso hasta la actualidad (2,1%). En 2009, el descenso en el consumo provino principalmente de las mujeres, y a partir de ese año, de los hombres (figura 1.1.27).

Respecto al consumo reciente, en los últimos 30 días, el indicador ha seguido una evolución relativamente lineal a lo largo del histórico, sin grandes oscilaciones. En 2005 y 2007 se registró el nivel más elevado (1,6%) que actualmente se sitúa en el 1%.

Por otro lado, la edad con la que se consume cocaína en polvo por primera vez se sitúa en los 21,3 años, algo más tardía que la obtenida los últimos años.

Figura 1.1.26.

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, 1995-2013.

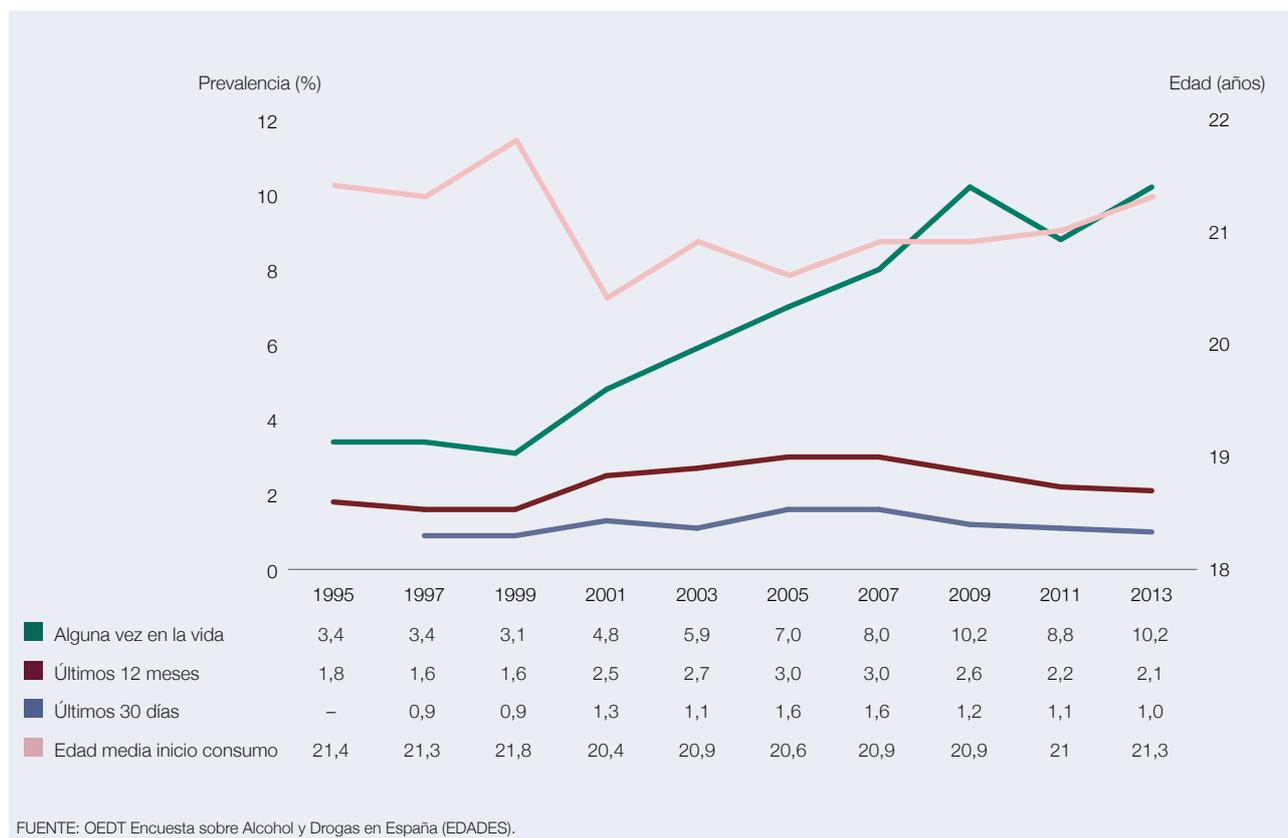
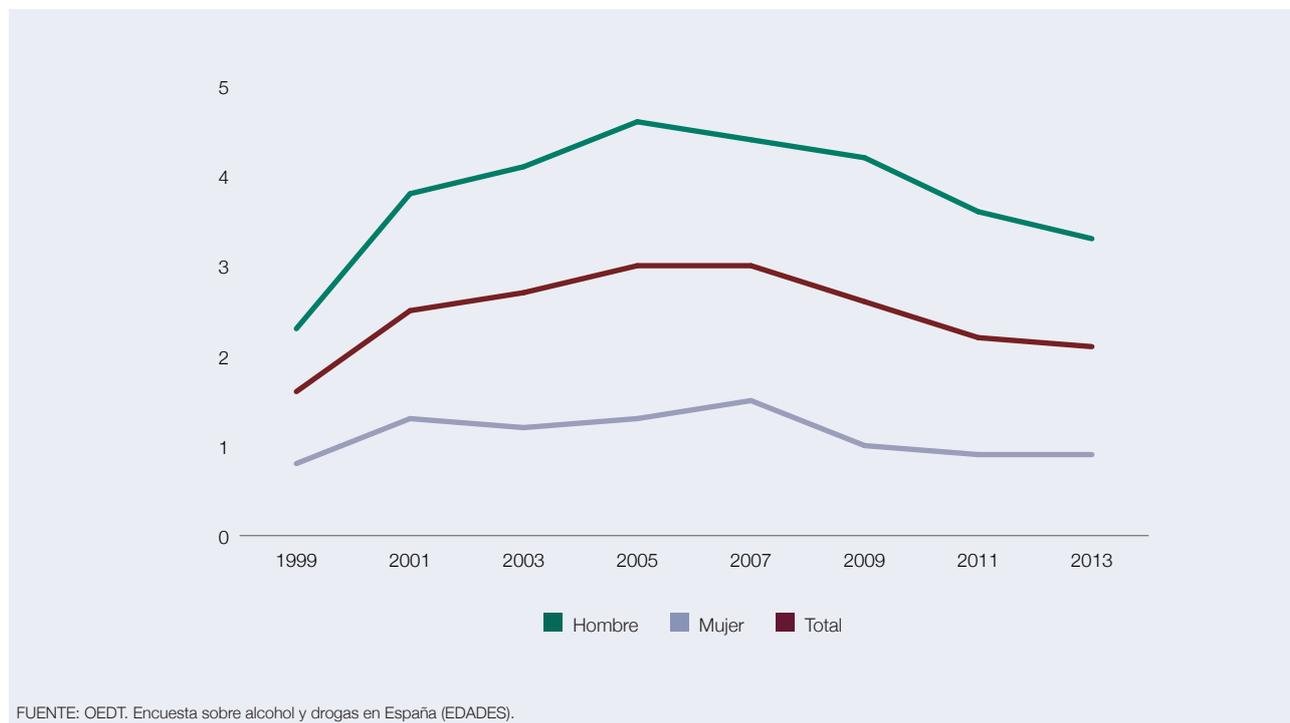


Figura 1.1.27.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1999-2013.



Respecto a la continuidad del consumo de cocaína en polvo, aproximadamente dos de cada diez personas que han consumido alguna vez en la vida reconocen un consumo en el último año y uno de cada diez en el último mes, lo que parece indicar que la continuidad del consumo es menor que en ediciones anteriores, en especial si se compara con los años 1997-2003 (tabla 1.1.52).

Tabla 1.1.52.

Prevalencia y continuidad en consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años. España, 1997-2013.

	PREVALENCIA (%)			CONTINUIDAD (%): De los que han consumido...		
	Alguna vez en la vida (A)	Últimos 12 meses (B)	Últimos 30 días (C)	alguna vez, % que ha consumido en últimos 12 meses (B/A)	en últimos 12 meses, % que ha consumido en último mes (C/B)	alguna vez, % que ha consumido en el último mes (C/A)
1997	3,4	1,6	0,9	47,1	26,5	26,5
1999	3,1	1,6	0,9	51,6	29,0	29,0
2001	4,8	2,5	1,3	52,1	27,1	27,1
2003	5,9	2,7	1,1	45,8	18,6	18,6
2005	7,0	3,0	1,6	42,9	22,9	22,9
2007	8,0	3,0	1,6	37,5	20,0	20,0
2009	10,2	2,6	1,2	25,5	11,8	11,8
2011	8,8	2,2	1,1	25,6	13,0	13,0
2013	10,2	2,1	1,0	20,9	9,9	9,9

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

Cabe resaltar la evolución que se ha producido en este ámbito con respecto a los años 1997-2003, cuando el consumo era menos experimental y aproximadamente la mitad de los individuos que habían consumido alguna vez en la vida también registraban un consumo en el último año.

### Incidencia de consumo de cocaína polvo

En EDADES 2013, se introducen, por primera vez, preguntas que permiten estimar la incidencia anual de usuarios de cocaína, es decir conocer el número de personas que han comenzado a consumir cocaína en 2013.

Se estima que en 2013 comenzaron a consumir cocaína 38.551 personas de 15 a 64 años, de estas 21.784 eran hombres y 3.442 menores de edad (15-17 años). Por tanto, por cada 1000 habitantes iniciaron el consumo de cannabis 1,2 personas de 15 a 64 años (1,3 hombres y 1,2 mujeres).

Atendiendo a la edad, la tasa de incidencia por 1.000 habitantes más alta se encuentra entre los más jóvenes (2,6 de 15 a 17 años y 6,5 de 15 a 24 años), otros grupos de edad presentan tasas inferiores (1,1 de 18 a 64 años y 1,0 de 25 a 34 años).

### Cocaína en forma de base

La extensión del consumo de cocaína base en la población española es muy inferior a la de la cocaína en polvo. La prevalencia para el consumo alguna vez en la vida no ha sufrido cambios respecto a las últimas encuestas y se mantiene en el 1%, situándose el máximo de la serie en 2007 (1,8%). El consumo registrado para el último año y el último mes es residual (figura 1.1.28).

La edad media de inicio en el consumo es 23,2 años, más elevada que la registrada para la cocaína en polvo y ligeramente más tardía que la observada en 2011 (22,4 años).

Figura 1.1.28.

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, 1995-2013.



## Cocaína (polvo y/o base)

En cuanto al análisis del consumo de cocaína en general, que contempla tanto la cocaína en polvo como la cocaína base, el 10,3% de la población de 15 a 64 años en España ha consumido en alguna ocasión en la vida este tipo de sustancias, predominando en cualquier caso la cocaína en polvo sobre la base (figura 1.1.29).

El consumo de cocaína (base y/o polvo) es más prevalente entre los hombres. Si tomamos como referencia el consumo en los últimos 12 meses, la prevalencia masculina muestra los valores más elevados en el segmento de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años para anotar el máximo valor en éste último (6%). Por el contrario, la mayor extensión del consumo en el colectivo femenino se encuentra en el segmento más joven (2,2%) y desciende en el siguiente tramo de edad (figura 1.1.30).

Figura 1.1.29.

Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo y/o base) en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.

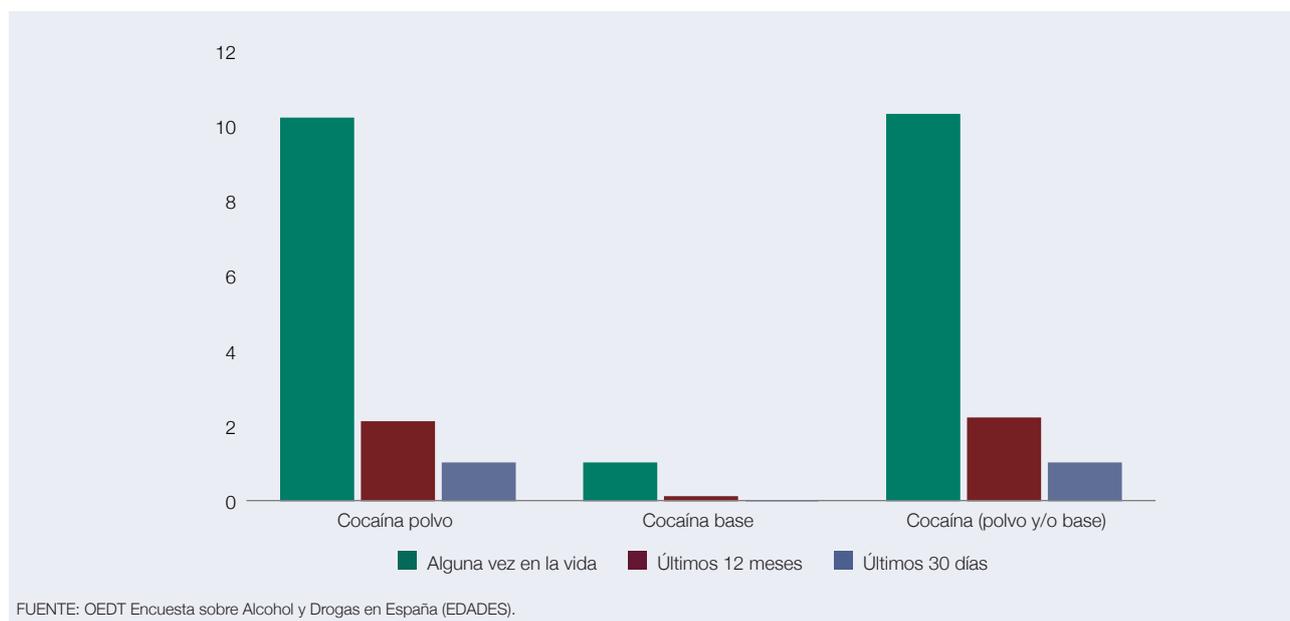
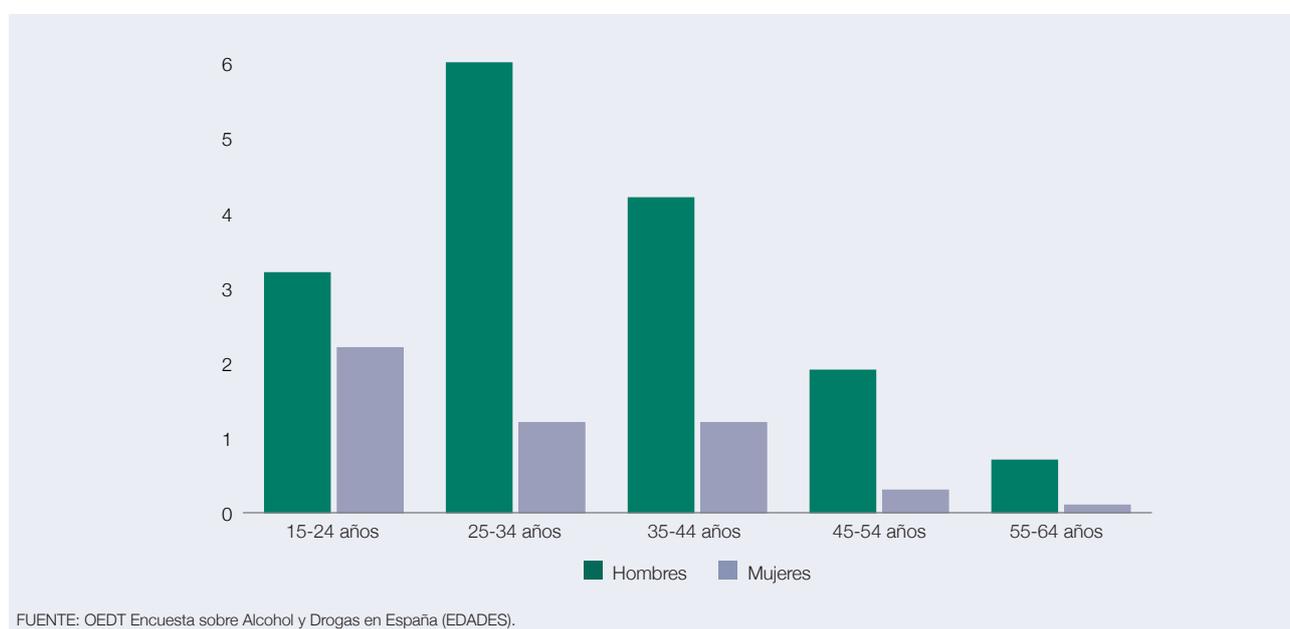


Figura 1.1.30.

Prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.



Esta evolución del consumo diferenciada según el género, permite afirmar que el porcentaje de la población masculina de entre 25 y 34 años que ha consumido cocaína en el último año es 5 veces superior al porcentaje de la población femenina consumidora de esta edad.

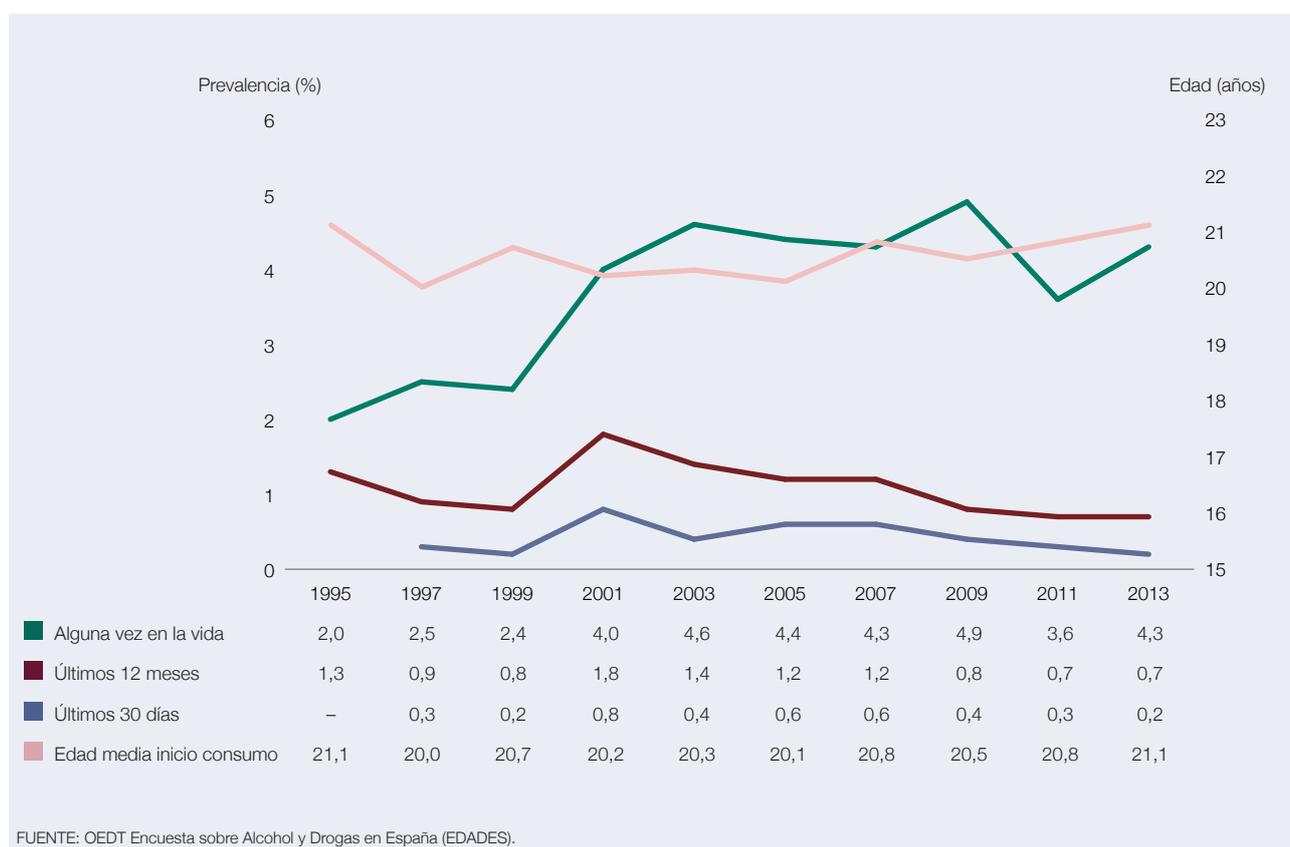
## Éxtasis

El consumo experimental de éxtasis amplió su extensión a partir del año 2001 con respecto a los años noventa y, desde entonces, se ha mantenido en una prevalencia entre el 4% y 5% (con la única excepción del año 2011 cuando se redujo al 3,6%).

En 2013, se registra que el 4,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido éxtasis alguna vez, situándose el nivel de consumo en el último año por debajo del 1% y el relativo al último mes por debajo del 0,5%, como en las tres últimas ediciones de la encuesta. El inicio en el consumo se establece de media a los 21,1 años (figura 1.1.31).

**Figura 1.1.31.**

**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, 1995-2013.**

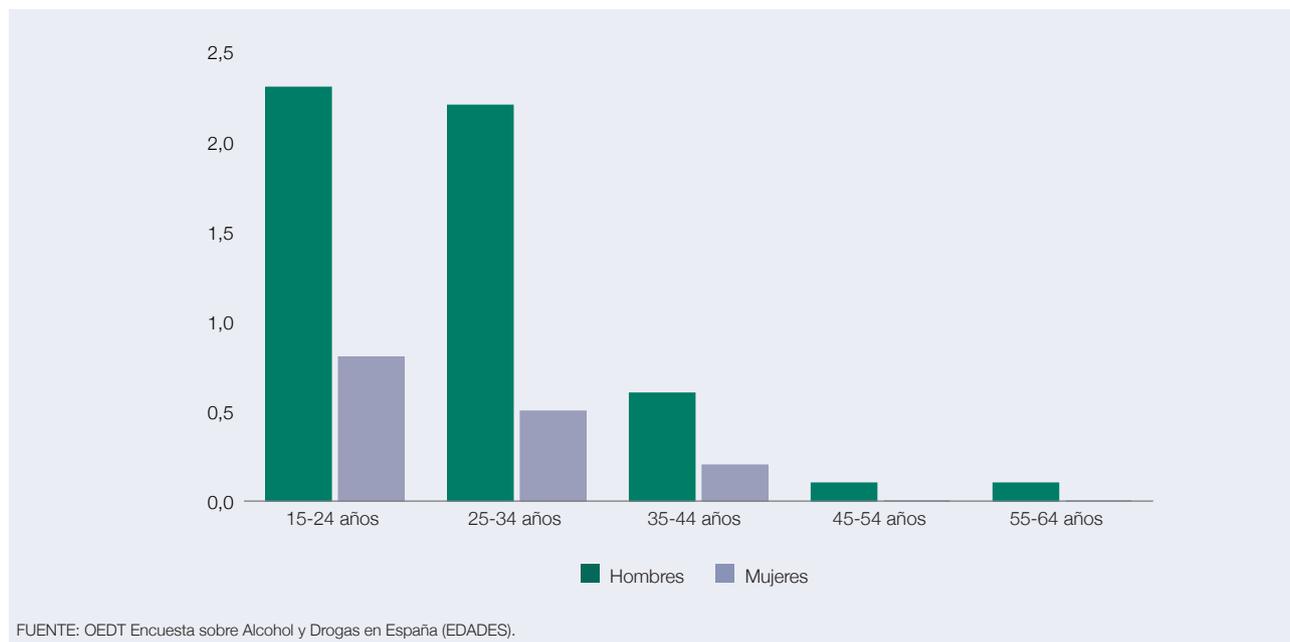


Atendiendo al tramo temporal del último año, se observa que la sustancia está extendida primordialmente entre el sexo masculino, en especial entre los menores de 35 años.

Entre las mujeres, la prevalencia más elevada se registra en el colectivo más joven (15 a 24 años) mientras que, entre los hombres, se mantiene constante hasta los 34 años (figura 1.1.32).

Figura 1.1.32.

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, 2013.

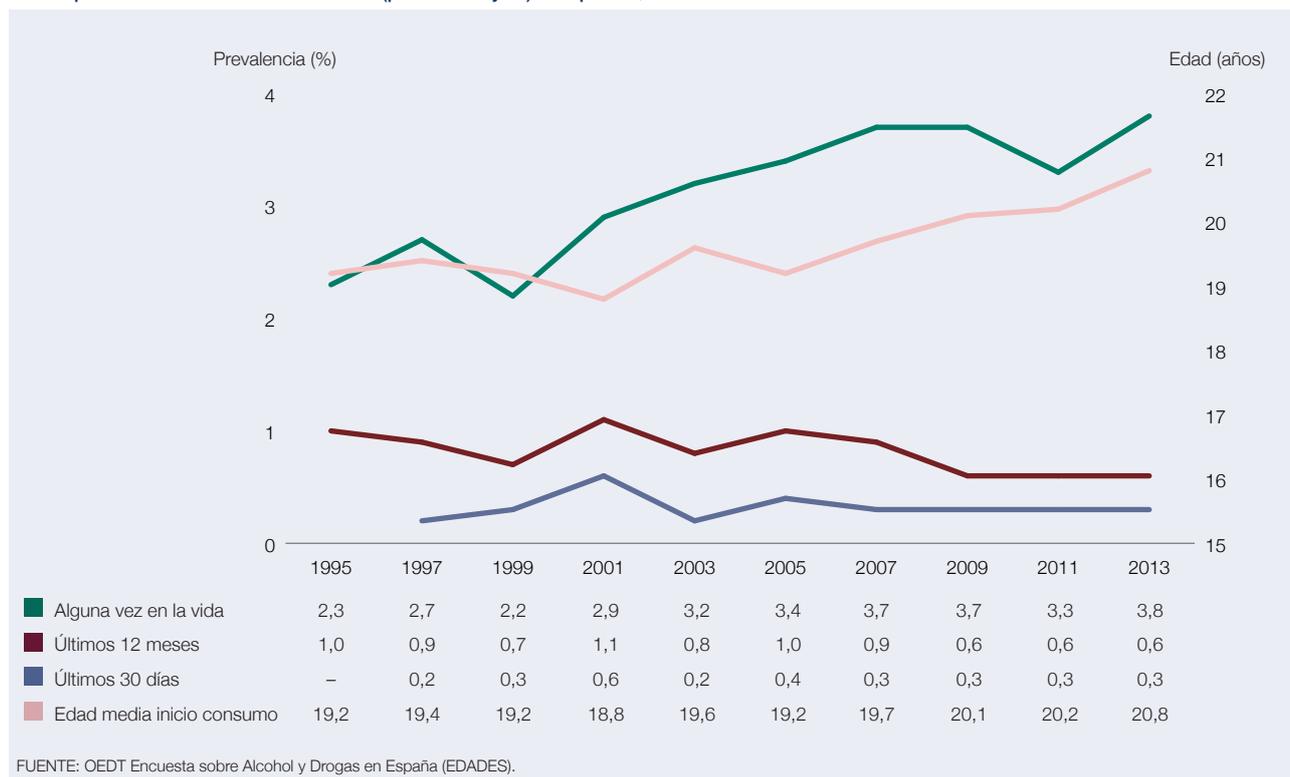


## Anfetaminas

Las anfetaminas han incrementado su popularidad progresivamente desde finales de los años noventa como ocurrió con el éxtasis, aunque en ningún caso la prevalencia para el consumo en alguna vez en la vida ha llegado a alcanzar el 4%, encontrándose actualmente en el 3,8% (figura 1.1.33).

Figura 1.1.33.

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, 1995-2013.



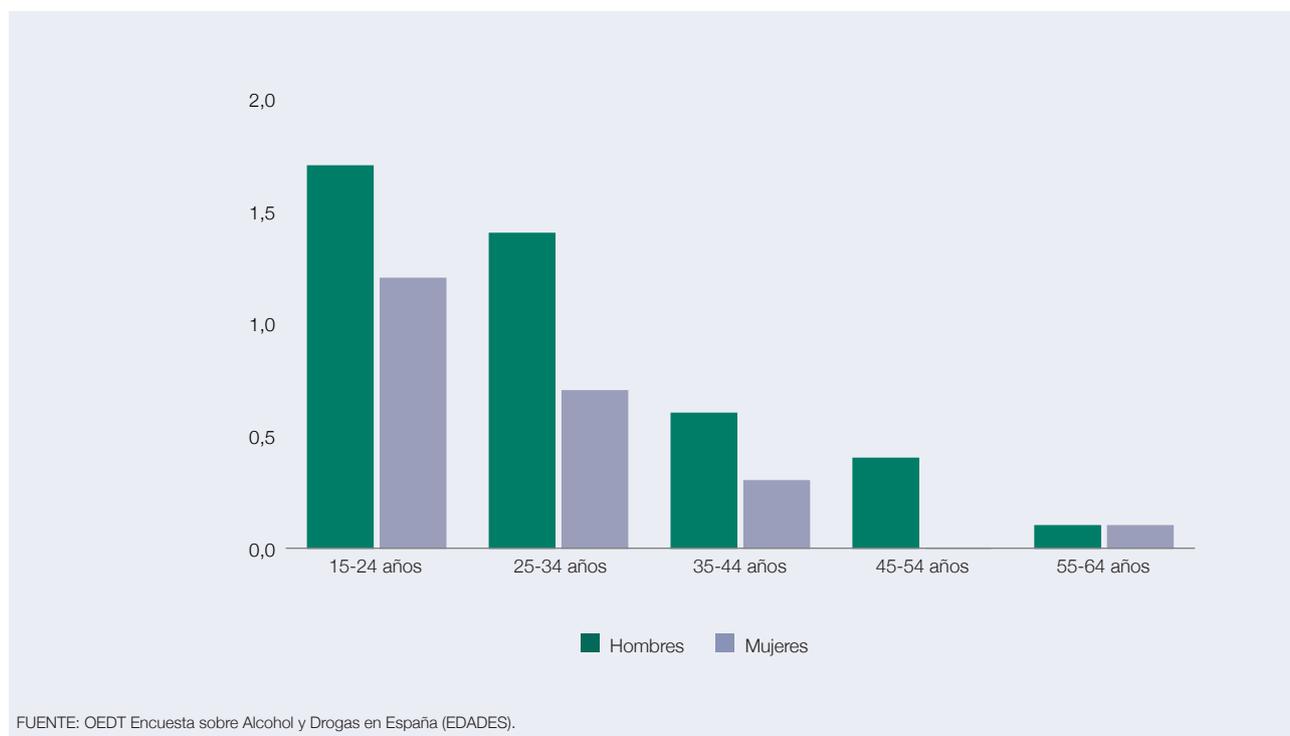
Los resultados obtenidos para los consumos en los últimos 12 meses y en el último mes son similares a los registrados para el éxtasis. No presentan ninguna variación importante respecto al histórico, manteniéndose respectivamente por debajo del 1% y del 0,5%.

La edad de inicio en el consumo, que se sitúa en los 20,8 años, se ha retrasado ligeramente respecto a los registros previos de la serie.

Atendiendo a los últimos 12 meses, el consumo de anfetaminas es más popular en el segmento de edad más joven (15-24 años) y en especial entre los varones (figura 1.1.34). No obstante, el diferencial entre sexos es menos amplio que el observado en cuanto al consumo de éxtasis o de alucinógenos.

Figura 1.1.34.

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, 2013.



## Alucinógenos

El consumo de alucinógenos, si bien históricamente ha sido minoritario, ha seguido una tendencia ligeramente creciente a partir de 1999. En el año 2007 se registró la prevalencia más elevada de las obtenidas hasta entonces (3,8%) que se mantuvo en 2009 y descendió en 2011 hasta el 2,9%. En la actualidad, el repunte de 0,9 puntos devuelve el indicador al 3,8%.

Los consumos en el último año y en el último mes se mantienen por debajo del 0,5%, encontrando que a lo largo de la serie histórica estos valores nunca alcanzaron el 1% (figura 1.1.35).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 20,9 años, más tardía que las registradas hasta la actualidad. Si atendemos a los consumos en los últimos 12 meses, el perfil más extendido en el consumo se encuentra entre los varones de 15 a 24 años (figura 1.1.36), con un diferencial entre sexos similar al observado en el caso del éxtasis (punto y medio porcentual).

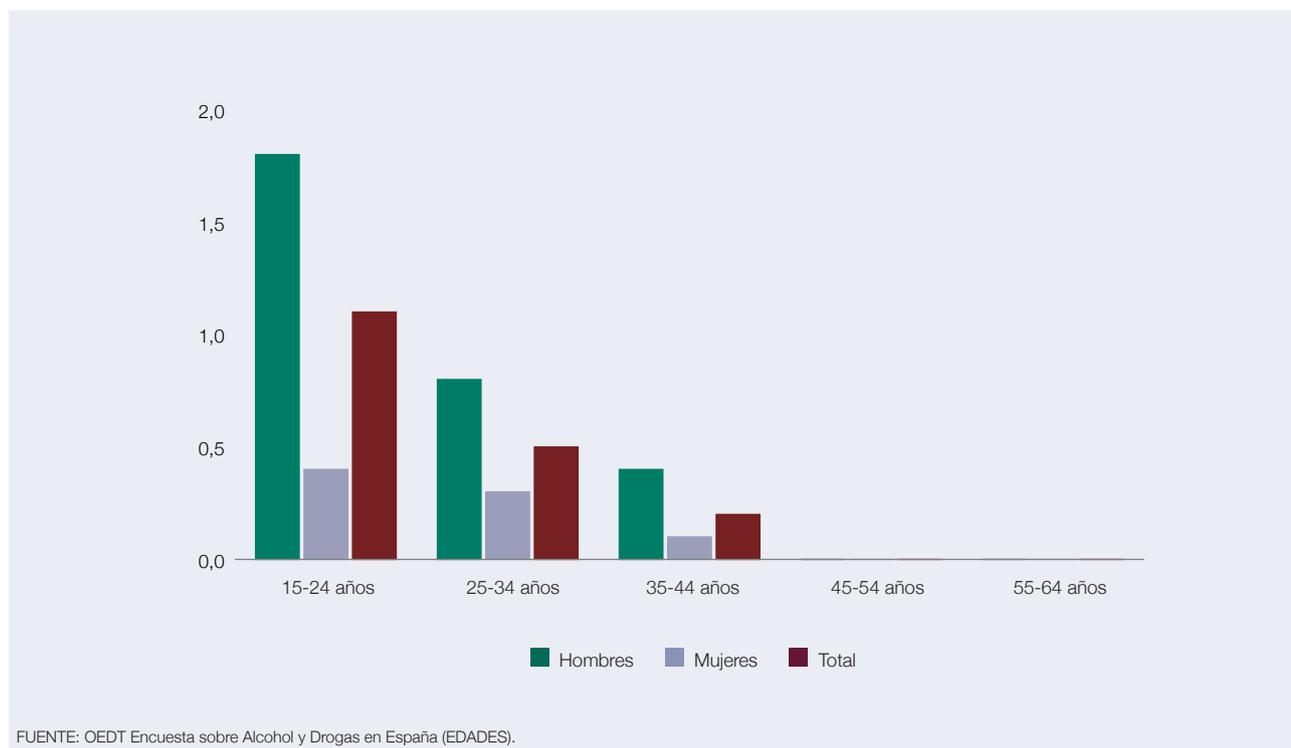
Figura 1.1.35.

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, 1995-2013.



Figura 1.1.36.

Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013.



## Heroína e inhalables volátiles

El consumo de heroína o inhalables volátiles tiene una extensión muy residual entre la población de 15 a 64 años en España (figuras 1.1.37 y 1.138). En ambos casos, la proporción que ha consumido alguna vez en la vida no llega al punto porcentual tal y como se venía observando en las últimas mediciones, lo que impide realizar un análisis más profundo del consumo de estas sustancias en este tipo de estudios dirigidos a población general y exige precaución a la hora de interpretar los resultados.

Figura 1.1.37.

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, 1995-2013.



Figura 1.1.38.

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, 1995-2013.



### 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 las otras, refuerza la adicción, interfiere en el diagnóstico y dificulta el tratamiento, ensombreciendo el pronóstico.

Según los datos de EDADES 2013, en los últimos 12 meses, el 13,6% de la población de 15 a 64 años no ha consumido ninguna sustancia, el 44,3% consume una única sustancia y el 42,2% dos o más (tabla 1.1.53).

**Tabla 1.1.53.**

**Porcentaje de no consumidores y de consumidores de una o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)\* en el último año en la población de 15-64 años. España, 2013.**

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	13,6	23,0
Una sola sustancia	44,3	43,3
Dos sustancias	30,2	26,2
Tres sustancias	9,3	6,2
Cuatro sustancias	1,8	1,0
Cinco o más sustancias	0,9	0,3

\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 12 meses, el consumo de drogas ilegales apenas tiene impacto entre el colectivo que ha consumido una única sustancia, predominando entre ellos el alcohol, seguido con diferencia del tabaco e hipnosedantes (tabla 1.1.54).

Atendiendo al grupo de población que ha consumido dos sustancias en el último año, en prácticamente la totalidad de los casos, una de esas sustancias fue alcohol. En relevancia le sigue el tabaco (el 82,3% de ellos fumó tabaco) y los hipnosedantes, mientras que el peso de las drogas ilegales en este colectivo es minoritario; la proporción que ha consumido alguna sustancia ilegal no sobrepasa el 5%, encontrando en la mayoría de estos casos un consumo de cannabis.

Cuando el policonsumo registrado en el último año es de tres sustancias, prácticamente la totalidad que conforma este grupo presenta un consumo tanto de alcohol como de tabaco. Asimismo, lo más frecuente es que la tercera sustancia consumida por este segmento sea el cannabis (el 58,5% de ellos consumió marihuana o hachís en el último año) o los hipnosedantes.

Las sustancias menos prevalentes entre la población general empiezan a tener cierto impacto entre los individuos que han consumido cuatro o más sustancias en el último año.

El consumo de cocaína en polvo comienza a tener una dimensión considerable entre la población que registra un consumo de cuatro sustancias diferentes en el último año. De hecho, aproximadamente la mitad de este grupo reconoce haber consumido cocaína, estando totalmente generalizado el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Aquellos que admiten un consumo de cinco o más sustancias diferentes en los últimos 12 meses presentan en la mayoría de los casos un consumo de cocaína en polvo (84,4%) siendo también importante el registrado por las anfetaminas/speed (57,2%) o el éxtasis (48,1%). Es en este grupo de población donde los alucinógenos comienzan a tener una dimensión considerable (25,4%).

**Tabla 1.1.54.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas\* según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes de columna) entre la población de 15-64 años. España, 2013.**

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	85,6	95,0	98,6	99,5	98,6
Tabaco	9,8	82,3	96,7	97,1	94,3
Cannabis	0,2	4,2	58,5	92,8	94,1
Éxtasis	0,0	0,1	0,9	7,2	48,1
Hipnosedantes	4,5	17,9	40,6	41,0	42,5
Cocaína en polvo	0,0	0,3	4,1	52,7	84,4
Cocaína base	0,0	0,0	0,2	0,9	6,5
Anfetaminas/speed	0,0	0,1	0,3	4,2	57,2
Alucinógenos	0,0	0,1	0,3	4,5	25,4
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,1	5,3
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5

\* \* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

Por otro lado, se ha contemplado la prevalencia que las diversas sustancias analizadas registran entre los consumidores de cada droga (en el tramo temporal de los últimos 12 meses). De las personas que consumieron alcohol, el 44% consumió tabaco y el 11,1% cannabis, de los que consumieron cannabis el 94,3% consumió alcohol y el 85,3% tabaco (tabla 1.1.55).

La presencia del alcohol es mayoritaria entre los consumidores de todas las sustancias. Tan solo se observa una prevalencia menos notoria entre aquellos que han consumido hipnosedantes (aproximadamente 1 de cada 4 no ha tomado alcohol en el último año).

La relación entre el tabaco y el cannabis queda reflejada al observarse que el 85,3% de los que consumieron cannabis en el último año también fumaron tabaco en este periodo, cuando la proporción es notablemente más reducida entre el colectivo que ha tomado alcohol o hipnosedantes.

Las personas que registran un consumo de éxtasis, cocaína en polvo o anfetaminas muestran comparativamente una prevalencia más elevada de hipnosedantes.

El cannabis se encuentra especialmente presente entre aquellos que consumieron anfetaminas o alucinógenos, en la medida que de cada 10, aproximadamente 8 consumieron marihuana o hachís.

Asimismo, se advierte cierta relación entre alucinógenos y anfetaminas, pues la mitad de las personas que reconocen un consumo de los primeros también admite un consumo de anfetaminas/speed.

Finalmente señalar que la cocaína en polvo tiene el mayor impacto entre los consumidores de anfetaminas.

Tabla 1.1.55.

Proporción (% en columnas) de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, hipnosedantes, cocaína, anfetaminas/speed y alucinógenos (referencia temporal últimos 12 meses). España, 2013.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Éxtasis	Hipnosedantes*	Cocaína (polvo y/o base)	Anfetaminas/speed	Alucinógenos
Alcohol	100,0	85,4	94,3	95,8	73,4	96,8	94,2	98,2
Tabaco	44,4	100,0	85,3	81,3	47,2	84,6	84,0	82,9
Cánnabis	11,1	19,3	100,0	74,7	9,6	75,4	81,2	82,3
Éxtasis	0,8	1,3	5,3	100,0	1,1	15,8	46,4	45,1
Hipnosedantes*	11,5	14,2	12,8	21,3	100,0	20,5	21,6	12,5
Cocaína (polvo y/o base)	2,7	4,5	17,7	51,6	3,6	100,0	66,3	46,5
Anfetaminas/speed	0,7	1,3	5,5	43,8	1,1	19,2	100,0	53,4
Alucinógenos	0,4	0,7	3,1	23,1	0,4	7,4	29,5	100,0

\* Hipnosedantes (con o sin receta). Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

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

En términos de género, el policonsumo es más prevalente entre los hombres independientemente del intervalo de edad acotado (figura 1.1.39).

Siguiendo con el tramo temporal del último año, entre las mujeres que tienen hasta 54 años, la prevalencia del policonsumo se mantiene en una franja del 37% y 43%, siendo más reducida a partir de los 55 años.

Cabe señalar que el policonsumo muestra los porcentajes más elevados en el intervalo de 45 a 54 años, siendo el mismo segmento donde se advertía un incremento del consumo de hipnosedantes.

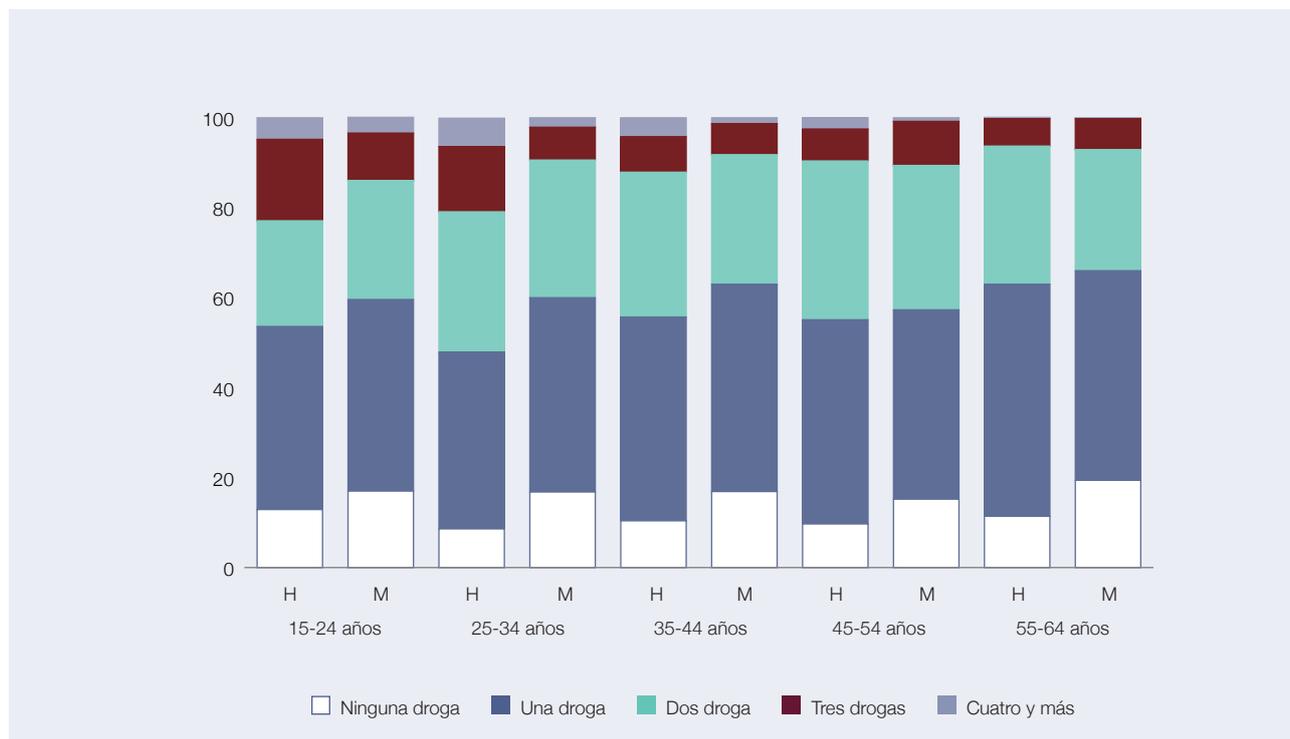
Entre los hombres, la proporción que ha consumido al menos dos sustancias adquiere el máximo nivel entre los 25 y 34 años, específicamente del 52%, 12 puntos más que las mujeres de esa edad.

La prevalencia de consumir 3 sustancias diferentes en el último año muestra su máximo valor entre los chicos de 15 a 24 años (18,1%) y desciende progresivamente con la edad. Entre las mujeres, este tipo de policonsumo también muestra el valor más elevado entre las más jóvenes (10,6%) y desciende con la edad hasta que crece entre los 45 y 54 años (9,8%), coincidiendo con el aumento del consumo de hipnosedantes como ya se ha señalado.

Respecto al policonsumo más extremo, de 4 o más sustancias distintas en el último año, en el segmento femenino es más frecuente entre las más jóvenes (15 a 24 años), para descender con la edad. Por el contrario, entre los hombres el indicador aumenta entre los 25 y 34 años para anotar su máximo valor en dicho segmento (6,3%).

Figura 1.1.39.

Porcentaje de no consumidores y de consumidores de una o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)\* en los últimos 12 meses, según edad y sexo en la población de 15-64 años. España, 2013.



	15-24 años		25-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ninguna droga	12,9	17	8,6	16,8	10,4	16,9	9,7	15,2	11,4	19,4
Una droga	40,7	42,6	39,3	43,2	45,3	46,1	45,4	42,1	51,6	46,6
Dos drogas	23,5	26,4	31,2	30,6	32,2	28,8	35,3	32,1	30,7	26,9
Tres drogas	18,1	10,6	14,5	7,3	7,9	6,9	7,1	9,8	6,1	6,9
Cuatro y más	4,8	3,5	6,3	2,1	4,2	1,3	2,5	0,8	0,3	0,2

\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

H = Hombre; M = Mujer.

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

Si se observa el estado civil de los individuos, en función del número de sustancias psicoactivas diferentes que han consumido en el último año, se obtiene que la proporción de soltero/as es superior entre aquellos que han realizado un policonsumo en este periodo. Sin embargo, existe un porcentaje más amplio de personas casadas entre el colectivo que ha consumido una única sustancia o no ha consumido ninguna. De hecho, conforme aumenta el número de drogas consumidas, el porcentaje de casado/as va reduciéndose (tabla 1.1.56).

Atendiendo al nivel de estudios de las personas según el número de sustancias consumidas en el último año, la proporción que cuenta con estudios universitarios es menor entre aquellos que han consumido dos o más sustancias (en comparación con los que consumieron una o ninguna). Asimismo, la presencia de individuos con estudios secundarios gana importancia conforme aumenta el número de sustancias consumidas.

Respecto al estado de salud percibido, el porcentaje de personas que opina tener una buena o muy buena salud es más reducido en el grupo que ha realizado un policonsumo en el último año, y además, se reduce conforme aumenta el número de sustancias consumidas.

Tabla 1.1.56.

Estado civil, nivel de estudios y percepción del estado de salud entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas\* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2013.

	Ninguna o una sustancia (no policonsumo)	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Estado civil				
Soltero/a	35,1	37,8	53,6	74,0
Casado/a	57,0	51,7	35,5	16,1
Separado/a - Divorciado/a - Viudo/a	7,9	10,5	10,9	9,9
Nivel de estudios				
Primarios	16,6	15,2	14,9	13,1
Secundarios	62,7	68,6	70,6	72,8
Universitarios	20,7	16,2	14,5	14,1
Percepción estado de salud				
Buena/muy buena	85,4	82,1	79,4	77,7
Regular	12,4	14,8	16,9	17,3
Mala/muy mala	2,2	3,0	3,7	5,1

\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

En cuanto al riesgo percibido ante el consumo de drogas (tabla 1.1.57), entre las personas que han consumido dos o más sustancias en el último año, el riesgo percibido es menor que entre los que consumieron una única sustancia o no consumieron ninguna. Se aprecia además, que la percepción de riesgo disminuye conforme aumenta el número de drogas consumidas, encontrando así cierta relación inversa entre ambas variables.

En este contexto, destaca la percepción diferenciada que existe ante probar de forma experimental (una o dos veces en la vida) sustancias como el éxtasis o la cocaína. Así, el porcentaje que cree que probar la cocaína puede ocasionar problemas se sitúa en el 78,2% de las personas que no han realizado policonsumo en el último año, desciende al 70,4% de aquellos que consumieron 2 sustancias, hasta el 55,1% de los que consumieron 3 sustancias y finalmente se reduce al 27,6% de aquellos que consumieron 4 o más sustancias.

También destaca la diferencia de opinión cuando se aborda el consumo esporádico y habitual de cannabis, encontrando un importante descenso de la percepción de riesgo cuando aumenta el número de sustancias consumidas. Si el 89,4% de la población que ha consumido una o ninguna sustancia en el último año piensa que consumir cannabis una vez por semana o más puede conllevar problemas, este porcentaje desciende hasta el 34,3% de los que consumieron 4 o más sustancias diferentes en el mismo periodo.

Asimismo, cabe apuntar la reducida percepción de riesgo registrada entre las personas que han realizado un mayor policonsumo (al menos 4 sustancias diferentes en el último año) cuando se aborda el consumo esporádico de cocaína (tan solo 6 de cada 10 advierte un riesgo) de éxtasis (el 73,2% anticipa un riesgo), setas mágicas (74,3%), alucinógenos (77,6%) o anfetaminas (78,9%).

Tabla 1.1.57.

Percepción de riesgo (porcentaje que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas\*) entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas\*\* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2013.

	Ninguna o una sustancia (no policonsumo)	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Fumar un paquete de tabaco diario	92,1	85,0	81,3	82,1
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	51,3	36,0	26,5	20,4
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	92,7	89,0	86,4	82,2
Fumar hachís o marihuana una vez o menos al mes	70,8	56,3	31,5	12,8
Fumar hachís o marihuana una vez por semana o más	89,4	80,7	58,5	34,3
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	63,0	53,1	43,2	40,2
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	82,2	75,5	68,1	67,9
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	80,2	72,4	59,1	37,6
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	96,9	95,1	90,2	73,2
Consumir éxtasis una vez por semana o más	99,5	99,0	97,9	92,9
Probar cocaína una o dos veces en su vida	78,2	70,4	55,1	27,6
Consumir cocaína una vez o menos al mes	96,2	94,4	86,6	61,6
Consumir cocaína una vez por semana o más	99,6	99,0	97,6	92,9
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,7	97,4	95,5	91,1
Consumir heroína una vez por semana o más	99,8	99,5	99,3	98,0
Consumir alucinógenos (ácidos, tripsis, LSD) una vez o menos al mes	95,6	95,0	89,9	77,6
Probar cocaína en forma de base o crack 1 ó 2 veces en su vida	91,1	89,4	85,3	72,1
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	97,7	97,8	94,9	85,8
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez por semana o más	99,8	99,5	99,1	96,8
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	97,5	96,8	92,3	78,9
Consumir anfetaminas o speed una vez por semana o más	99,2	99,0	97,8	94,2
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	96,4	95,3	88,3	74,3
Consumir setas mágicas una vez por semana o más	99,4	98,8	97,3	92,2
Consumir ketamina una vez o menos al mes	97,9	97,8	95,5	88,1
Consumir ketamina una vez por semana o más	99,8	99,6	99,2	96,9

\* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

\*\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

Las personas que han realizado un policonsumo en el último año muestran una mayor percepción de accesibilidad a las diversas sustancias psicoactivas (frente aquellos que no consumieron o consumieron una sola sustancia).

Específicamente, conforme aumenta el número de drogas consumidas, crece la percepción de disponibilidad de este tipo de sustancias (tabla 1.1.58). Las personas que no consumieron ninguna sustancia en el último año o que consumieron una única sustancia, consideran en 4 de cada 10 casos, que podrían adquirir cocaína fácilmente en 24 horas, mientras que esta proporción se duplica entre aquellos que consumieron 4 o más sustancias (es fácilmente accesible para 8 de cada 10). La disponibilidad percibida también se diferencia sustancialmente ante sustancias como el cannabis o las anfetaminas.

**Tabla 1.1.58.**

Percepción de disponibilidad de drogas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil\*) entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas\*\* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2013.

	Ninguna o una sustancia (no policonsumo)	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Hachís, cannabis, marihuana	58,3	68,2	82,5	91,4
Heroína	29,0	33,3	38,7	40,9
Cocaína	40,6	50,0	64,0	79,2
Alucinógenos (LSD, ácido, tripi...)	28,8	34,8	45,6	53,2
Éxtasis u otras drogas de síntesis	28,2	34,6	45,7	58,5
GHB o éxtasis líquido	24,6	29,0	36,0	40,6
Anfetaminas o speed	28,0	33,9	46,5	61,2
Setas mágicas	24,4	28,5	38,8	44,6
Ketamina	23,4	27,3	35,2	40,0

\* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos de ns/nc.

\*\* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

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

## Uso inyectado

Los resultados de la encuesta indican que en 2013, el 0,4% de la población de 15 a 64 años en España se ha inyectado alguna vez heroína, cocaína u otras drogas ilegales, el 0,6% de los hombres y el 0,2% de las mujeres (tabla 1.1.59). En términos de edad, el porcentaje más elevado se registra entre las personas de 35 a 44 años (0,8%).

**Tabla 1.1.59.**

Prevalencias 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, 2013.

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

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

## Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

### Percepción de riesgo

Se ha consultado a la población sobre los problemas que pueden causar diferentes pautas de consumo de drogas, con el fin de conocer que consumos son asociados a un mayor riesgo por los ciudadanos (tabla 1.1.60 y figura 1.1.40).

Tal y como se viene observando en la serie histórica, la percepción de riesgo es mayoritaria ante sustancias como la heroína, cocaína, éxtasis, GHB o los alucinógenos. El grado de acuerdo es máximo al afirmar que el consumo de estas drogas puede causar muchos o bastantes problemas, tanto si se contempla un consumo frecuente (una vez por semana o más), como un consumo esporádico (una vez o menos al mes).

Por otro lado, ha disminuido el riesgo asociado a probar la cocaína o el éxtasis. El 72,4% piensa que probar la cocaína una o dos veces en la vida puede ocasionar problemas, el 74,8% en el caso de probar el éxtasis, porcentajes que han caído respecto a 2011 en 4,1 y 3,4 puntos respectivamente.

En cuanto a los hipnosedantes, a la vez que su consumo sigue una tendencia creciente, el grado de asociación al riesgo descende y presenta el nivel más bajo de la serie histórica. Si se atiende al consumo de hipnosedantes con carácter esporádico, el 57,6% alcanza a reconocer cierto riesgo, lo que representa un descenso de 4,9 puntos sobre el último valor registrado, lo que sitúa al indicador por debajo del 60% por primera vez en la serie. El porcentaje que advierte un riesgo ante el consumo habitual de hipnosedantes (una vez por semana o más) también es el más reducido de la serie (78,5%) tras un leve descenso de 1,4 puntos respecto a la encuesta anterior.

En relación a la sustancia ilegal más generalizada, el cannabis, la creencia de que su consumo puede causar problemas está menos extendida entre la población. Especialmente, se ha perdido esta noción al hacer referencia al consumo esporádico, que registra el nivel de asociación al riesgo más reducido del histórico al considerar el 61,2% de la población que consumir cannabis una vez o menos al mes puede conllevar problemas.

La ingesta intensiva de alcohol a diario se encuentra fuertemente relacionada con la aparición de problemas (90,7%). Sin embargo, cuando se consulta por el consumo de 5/6 cañas/copas en fin de semana, solo el 43,5% advierte un riesgo, valor que registra casi 6 puntos porcentuales menos que en 2011.

**Tabla 1.1.60**

**Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)\*. España, 1997-2013.**

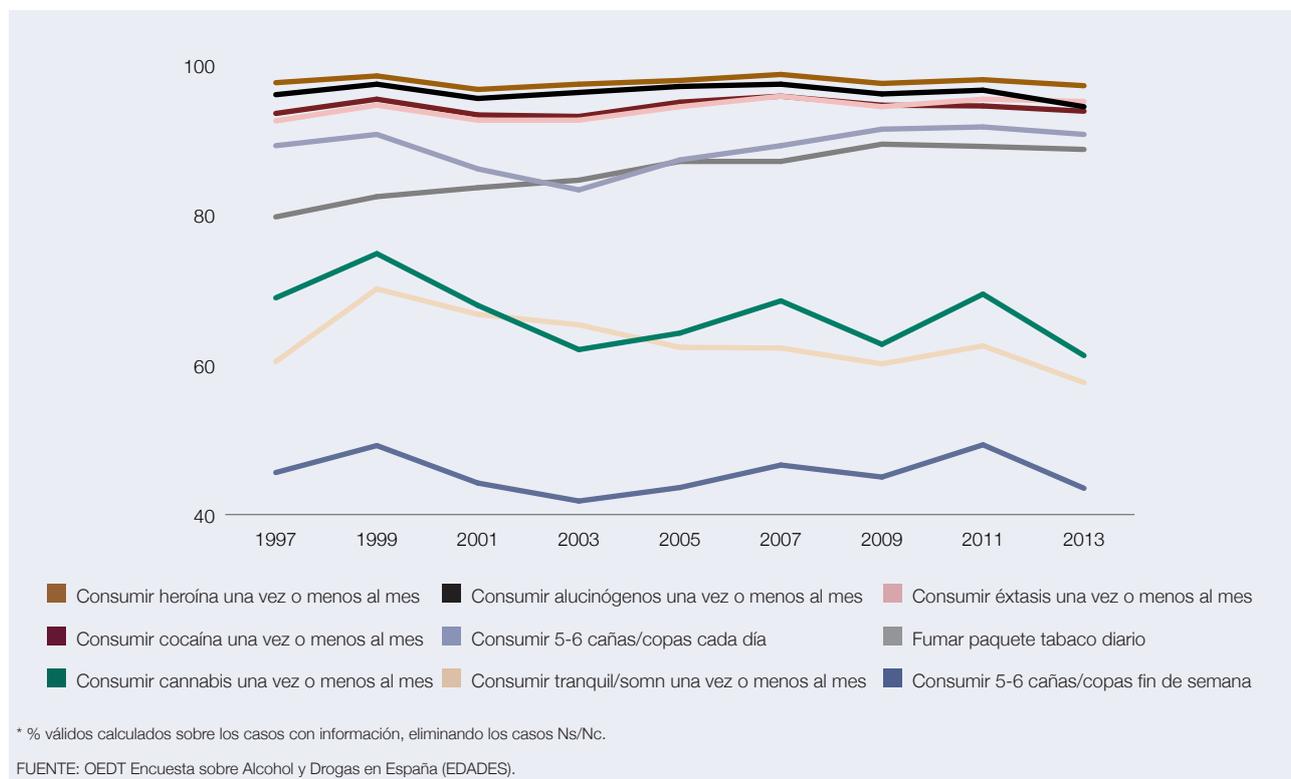
	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Diferencia 2013-2011	Diferencia 2013-1997
Consumir heroína una vez por semana o más	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	99,4	99,4	99,6	99,6	0,0	0,2
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7	97,5	98,0	97,2	-0,8	-0,4
Consumir cocaína una vez por semana o más	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	98,9	99,0	99,1	99,0	-0,1	0,5
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8	94,6	94,5	93,8	-0,7	0,3
Probar cocaína una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	77,4	76,5	72,4	-4,1	-
Consumir éxtasis una vez por semana o más	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	98,3	98,3	98,9	99,0	0,1	0,4
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	95,4	95,1	-0,3	2,6
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	76,7	78,2	74,8	-3,4	-
Consumir alucinógenos una vez/semana o más	99,1	99,4	98,5	99,1	99,2	-	-	-	-	-	-
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	97,4	96,1	96,6	94,4	-2,2	-1,6
Consumir tranquil./som. una vez/semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	-1,4	-2,9
Consumir tranquil./som. una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	-4,9	-2,8
Consumir cannabis una vez por semana o más	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	-3,1	-1,6
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	-8,2	-7,7
Probar cocaína base 1 o 2 veces en su vida	-	-	-	-	-	-	95,7	91,8	89,5	-2,3	-
Consumir 5-6 cañas/copas cada día	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2	91,4	91,7	90,7	-1,0	1,5
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45,0	49,3	43,5	-5,8	-2,1
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	-0,4	9,0
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	99,4	99,5	0,1	-
Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	97,8	97,2	-0,6	-

\* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

FUENTE: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Figura 1.1.40.

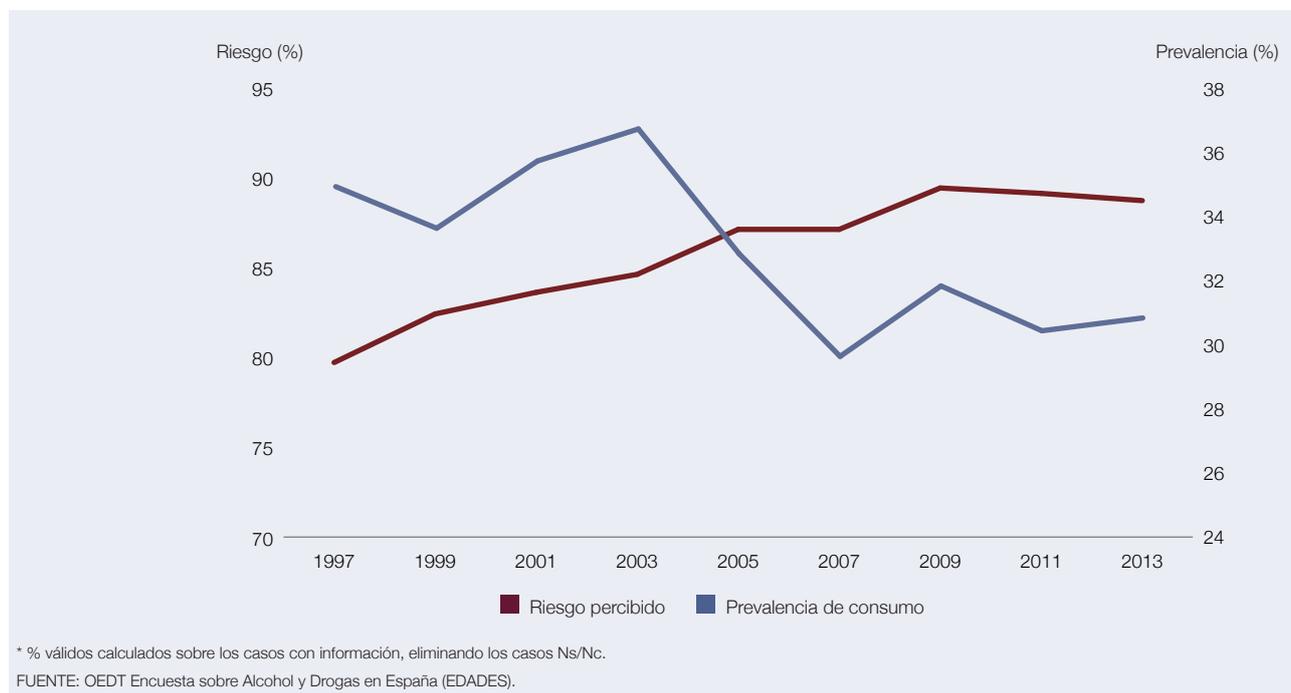
Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)\*. España, 1997-2013.



El riesgo asociado al hábito de fumar un paquete de tabaco diario no presenta cambios relevantes, con respecto a las dos últimas ediciones, si bien cabe señalar el avance registrado en este sentido con respecto a finales de los años noventa (9 puntos porcentuales), cuando generaba menos recelo.

Figura 1.1.41.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco y del riesgo percibido ante fumar un paquete de tabaco diario (porcentaje de población de 15-64 años que piensa puede producir muchos o bastantes problemas)\*. España, 1997-2013.

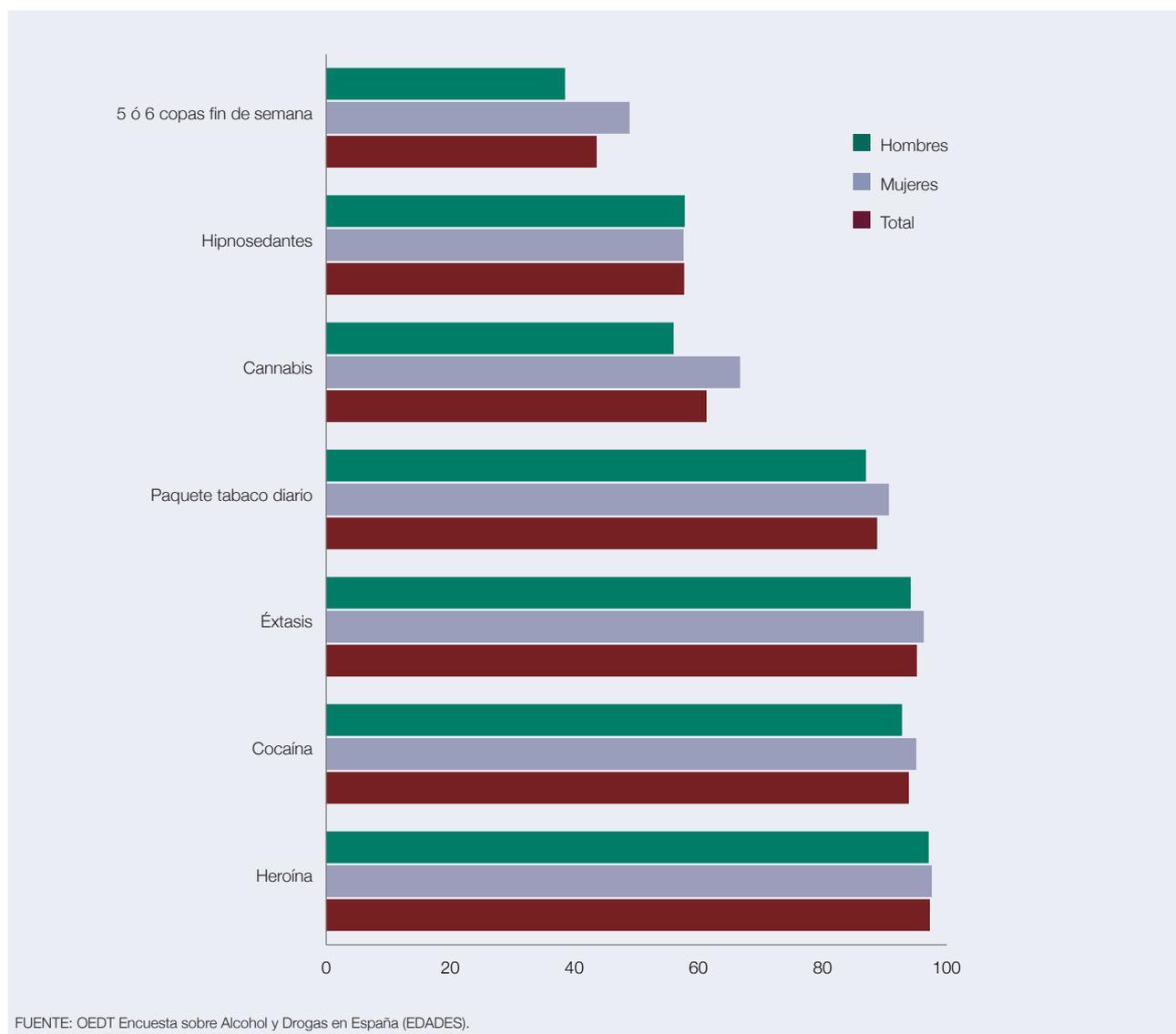


En general, cuando se considera el consumo de drogas, las mujeres perciben riesgo en mayor proporción que los hombres (figura 1.1.42). Los hipnosedantes, más consumidos entre ellas, constituyen una excepción en este sentido al registrar un nivel similar de asociación al riesgo en ambos sexos.

La diferencia de opinión entre hombres y mujeres resulta más evidente al hacer referencia al consumo ocasional de cannabis o a la ingesta de 5/6 cañas/copas en fin de semana, cuando en ambos casos, el porcentaje que anticipa problemas entre los hombres resulta en torno a 10 puntos inferior que el arrojado por las mujeres.

**Figura 1.1.42.**

**Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (una vez al mes o menos). Porcentaje de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas, según sexo. España, 2013.**



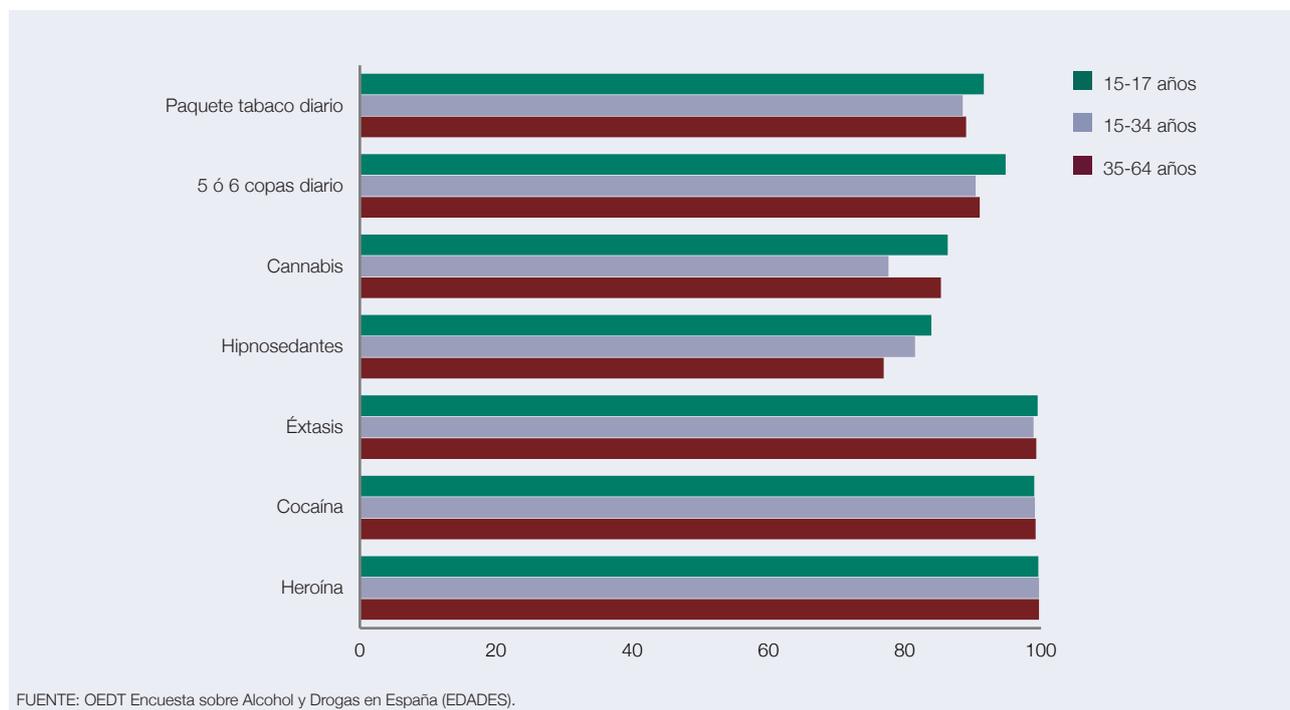
En un análisis de la asociación al riesgo en términos de edad, se encuentran ciertas divergencias en el caso de los hipnosedantes y el cannabis (figura 1.1.43).

Cuando se hace referencia al consumo habitual de tranquilizantes/somníferos, el nivel de vinculación al riesgo se reduce a partir de los 34 años.

Por el contrario, el indicador relativo al cannabis, aunque entre los 15 a 17 años es elevado, desciende cuando se analiza de forma conjunta el grupo de 15 a 34 años y se recupera a partir de esta edad.

Figura 1.1.43.

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (una vez a la semana o más). Porcentaje de la población de 15 -64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas, según edad. España, 2013.



## Percepción de disponibilidad

En paralelo a la pérdida de visibilidad de situaciones relacionadas con las drogas, la sensación de disponibilidad de drogas ilegales que existe entre la población también ha disminuido, escenario que en general ya comenzó a observarse en la encuesta de 2011, tras el repunte registrado en el año 2009.

Entre las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la más accesible, de forma que el 64,6% opina que podría adquirir fácilmente esta sustancia, percepción que se ha ampliado en comparación con los inicios de la serie histórica (tabla 1.1.61). En concreto, en 2013, 3 de cada 4 jóvenes de hasta 34 años cree que podría conseguirla sin problemas en 24 horas.

Tabla 1.1.61.

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, 1995-2013.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Cannabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67,0	64,6
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6	32,7
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9
Heroína	37	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9	31,6
Alucinógenos (LSD)	37,1	37	37,2	42,7	40	44,8	40,2	48,7	45,4	33,0
GHB o éxtasis líquido										27,5
Anfetaminas o speed										32,6
Setas mágicas										27,7
Ketamina										26,2

\*% válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos de ns/nc.

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

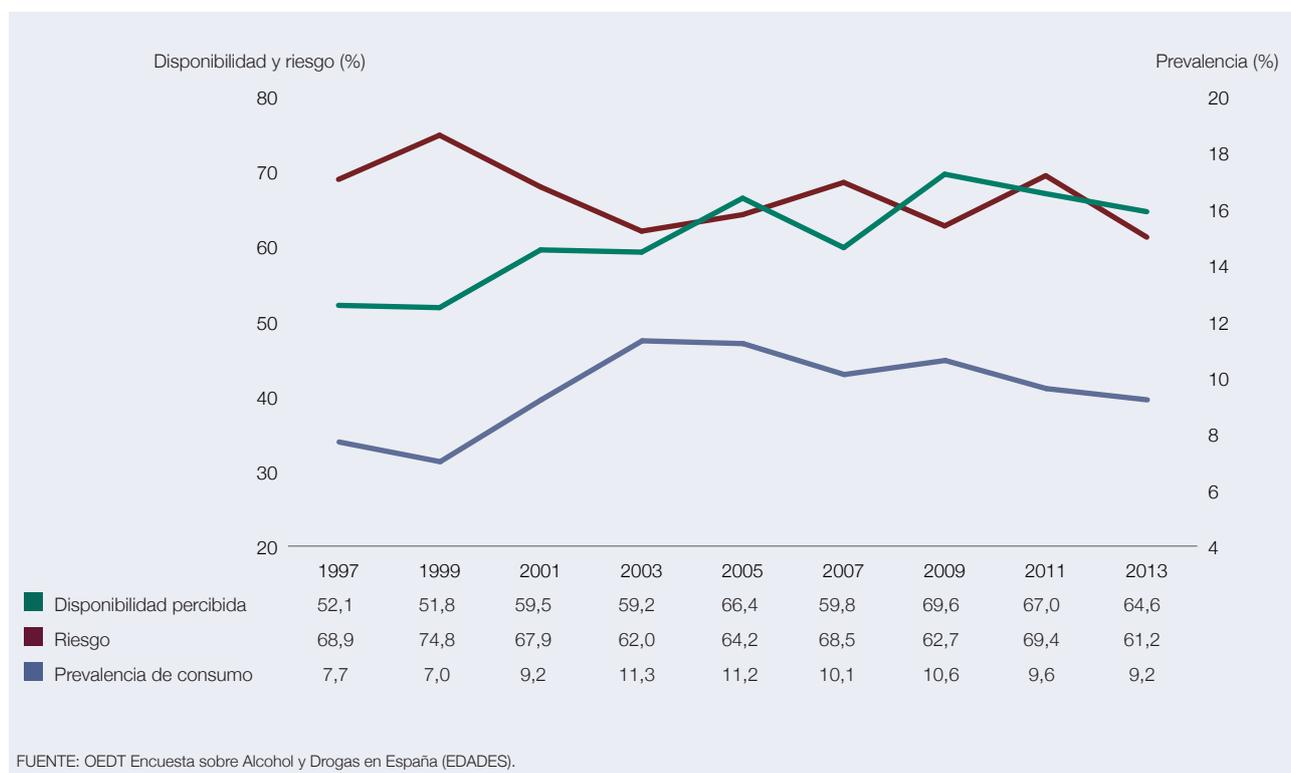
La cocaína es la siguiente droga ilegal que se contempla con mayor accesibilidad, aunque la percepción de disponibilidad ha descendido para regresar a niveles de 2001-2003. El colectivo más joven de hasta 34 años piensa en el 53,7% de los casos que es fácil de adquirir, el 58,1% si acotamos el análisis a los hombres de este tramo de edad.

Aproximadamente para 1 de cada 3 es sencillo conseguir anfetaminas, éxtasis, heroína o alucinógenos, mientras que la percepción de disponibilidad de GHB, setas mágicas o ketamina registran las menores cifras.

Contemplando conjuntamente la percepción de riesgo ante un consumo esporádico, la percepción de disponibilidad y la prevalencia en el último año que presenta el cannabis, el indicador que varía en mayor medida respecto a la pasada encuesta es la percepción de riesgo, que disminuye 8,2 puntos. No obstante, la percepción de la disponibilidad está ligeramente menos extendida, aunque la reducción es más discreta que la observada para otras sustancias ilegales (figura 1.144).

**Figura 1.1.44.**

**Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 12 meses), disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y percepción del riesgo (consumir una vez o menos al mes puede producir bastantes/muchos problemas) entre la población de 15 a 64 años. España, 1997-2013.**



En cuanto a la cocaína en polvo, el indicador que más ha evolucionado es la percepción de disponibilidad, pues la sustancia se muestra sustancialmente menos accesible que en 2011.

Asimismo, en 2013 la prevalencia de consumo en el último año apenas se diferencia del anotado la pasada medición, y sigue alejándose discretamente de los niveles más pronunciados observados entre 2003 y 2005. La percepción de riesgo ante un consumo esporádico continua estando generalizada entre la población (figura 1.145).

Respecto al éxtasis, la percepción de disponibilidad se ha reducido notablemente mientras la prevalencia en los últimos 12 meses (0,7%) se mantiene estable y continua existiendo un mayoritario grado de acuerdo en cuanto a los problemas que ocasiona su consumo (95,1%) (figura 1.1.46).

Figura 1.1.45.

Prevalencia de consumo de cocaína en polvo (últimos 12 meses), disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y percepción del riesgo (consumir una vez o menos al mes puede producir bastantes/muchos problemas) entre la población de 15 a 64 años. España, 1997-2013.

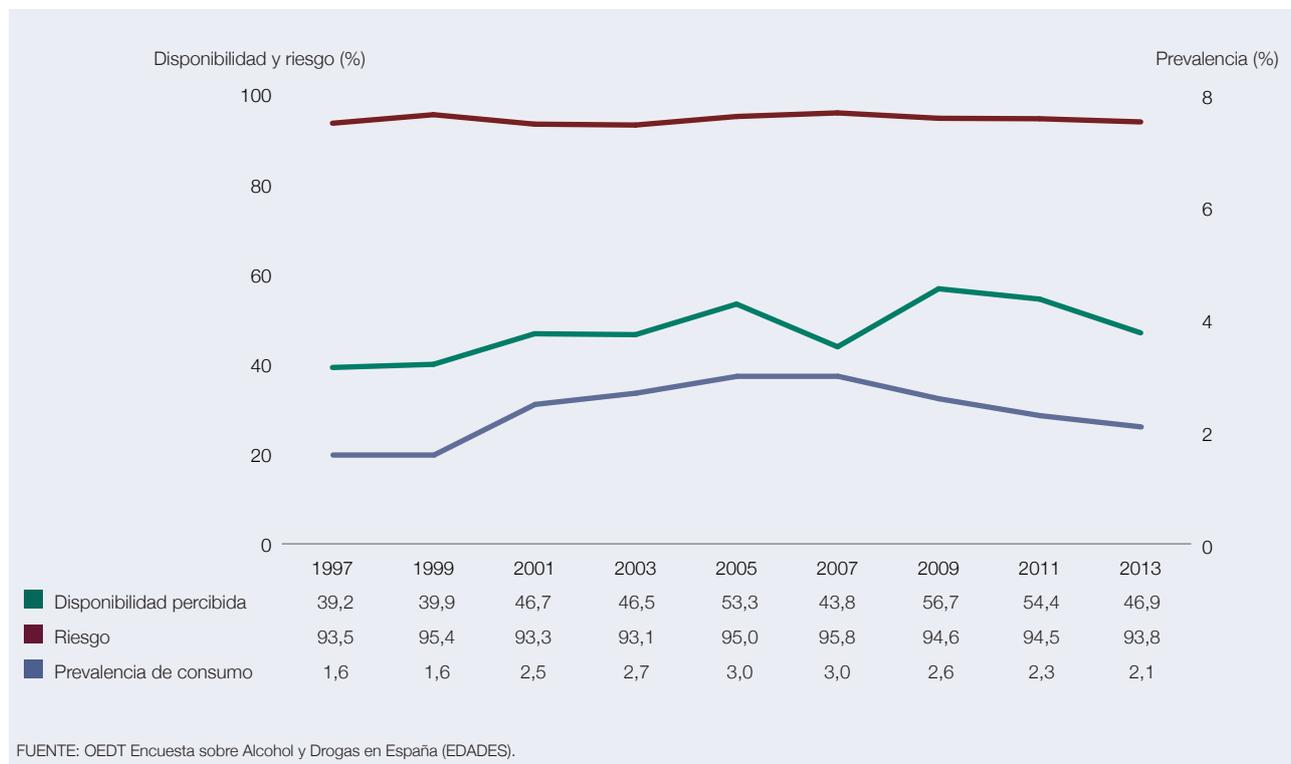
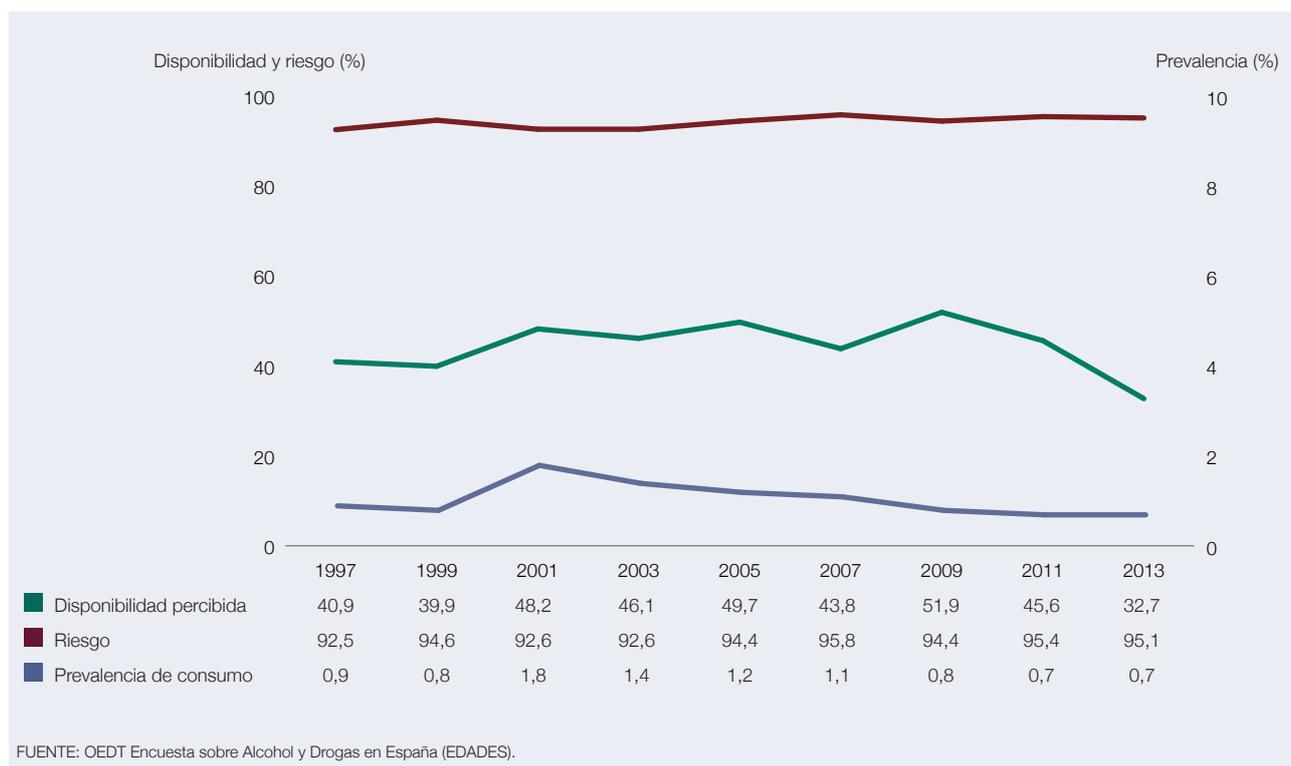


Figura 1.1.46.

Prevalencia de consumo de éxtasis (últimos 12 meses), disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y percepción del riesgo (consumir una vez o menos al mes puede producir bastantes/muchos problemas) entre la población de 15 a 64 años. España, 1997-2013.



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

Abordando la importancia que el problema de las drogas ilegales tiene para la ciudadanía en su lugar de residencia, la opinión más común continua siendo que el problema es “muy importante” (39,2%) aunque representa un porcentaje notablemente más reducido que el observado entre los años 2005-2009, cuando este valor se situaba en torno a la mitad de la población (tabla 1.1.62).

En 2013, se reduce la proporción que afirma que el problema es “nada importante” en favor del colectivo que indica que el problema es “algo importante”.

Tabla 1.1.62.

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, 1997-2013.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	Diferencia 2011-2013
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	27,5	23,0	-4,5
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	32,5	37,8	5,3
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52	49,8	48,9	40	39,2	-0,8

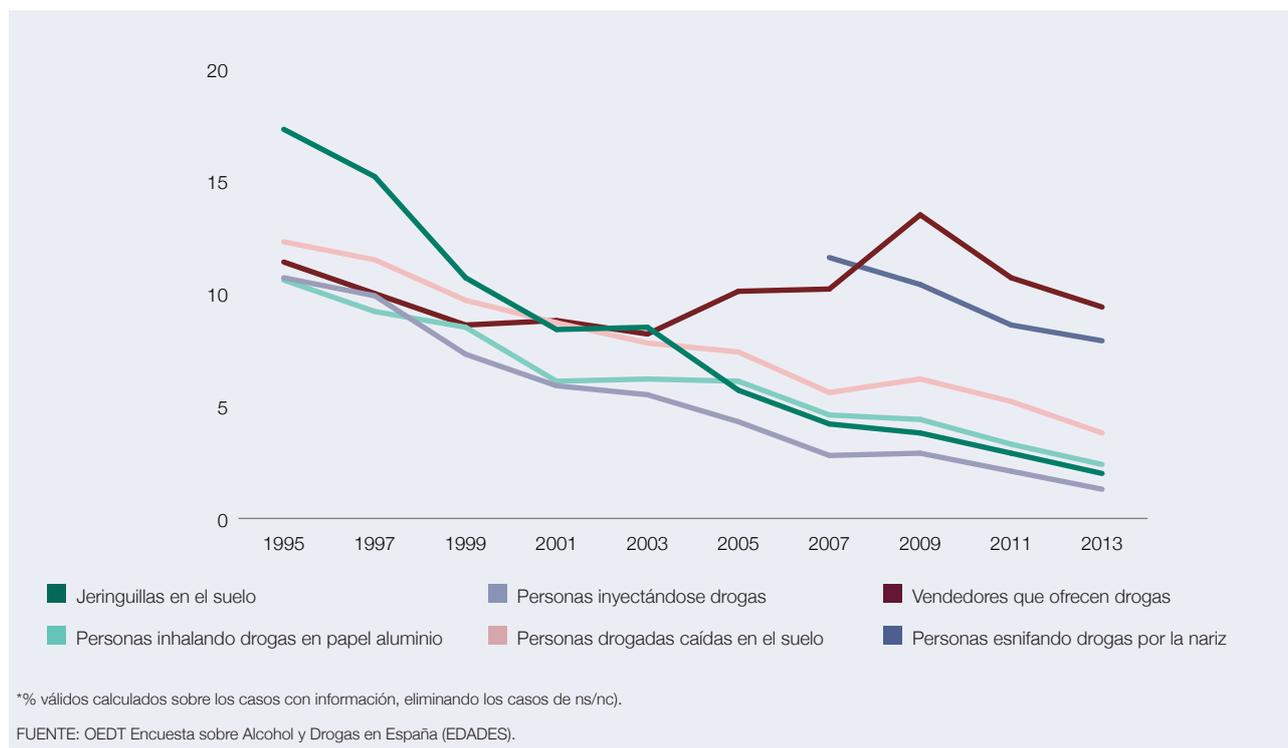
\* % válidos calculados sobre los casos con información, eliminando los casos Ns/Nc.

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

También se ha consultado a la población acerca del grado de visibilidad que tienen determinadas situaciones relacionadas con el consumo de drogas en su lugar de residencia. Desde finales de los años noventa, la exposición a situaciones relacionadas con las drogas ha ido perdiendo notoriedad y en general, 2013 presenta los valores más reducidos del indicador para la mayoría de los escenarios planteados (figura 1.147).

Figura 1.1.47.

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 frecuente cada situación en el lugar donde vive)\*. España, 1995-2013.



Aquellas situaciones que tienen una visibilidad más residual son encontrar personas inyectándose drogas, jeringuillas en el suelo, personas inhalando droga o individuos drogados caídos en el suelo (menos del 5% de la población se encuentra con estas situaciones) cuya notoriedad ha descendido sustancialmente en comparación con los primeros datos de la serie, que eran, sensiblemente más elevados.

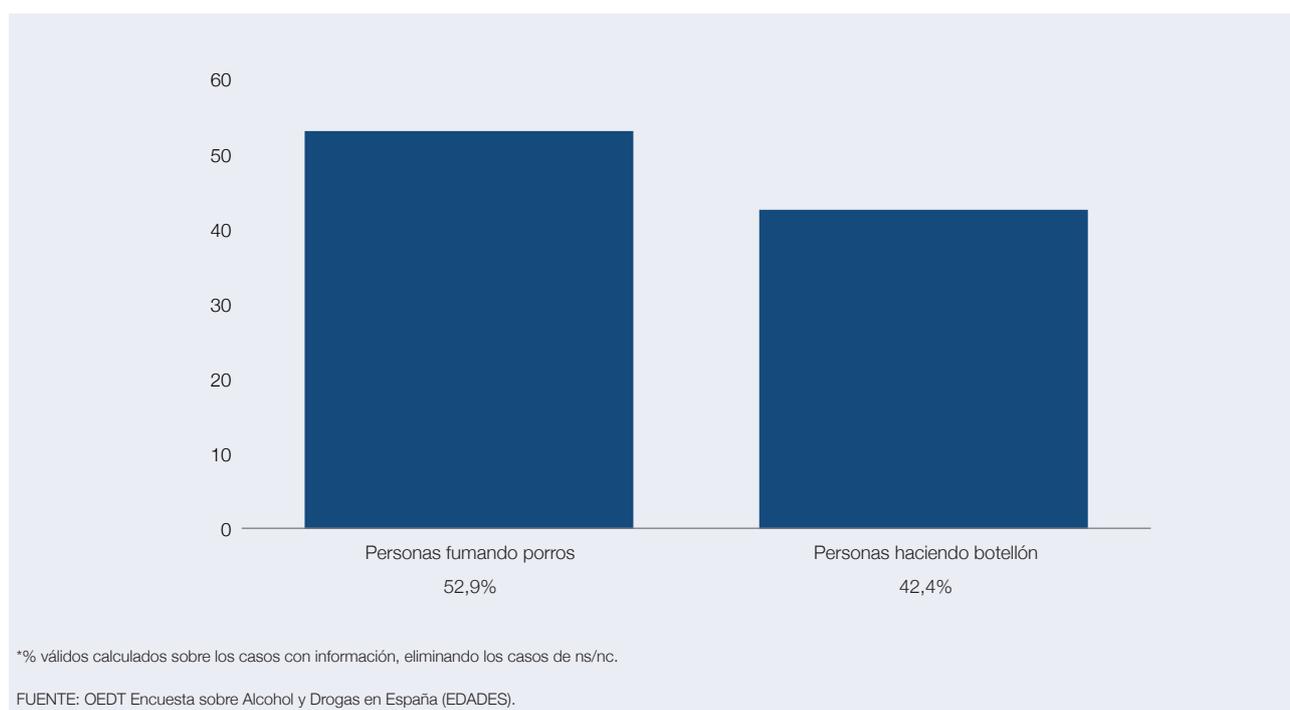
Coincidir con vendedores que ofrecen drogas, sin embargo, resultaría una excepción a esta tendencia pues registró los niveles más elevados de visibilidad en las mediciones de los últimos años, si bien disminuye ligeramente en 2013. El segmento de edad que más presencia esta situación frecuentemente es el de 15 a 24 años (14,5%).

Por su parte, la exposición a personas que esnifan drogas por las nariz es menos habitual que en años anteriores. En términos de edad, el 12,7% de las personas de entre 15 y 24 años se encuentra con esta situación con cierta frecuencia, proporción que disminuye con la edad.

Este año se ha consultado por primera vez en qué medida el ciudadano se encuentra con personas fumando porros o haciendo botellón; se trata de las situaciones más visibles para la población, de manera que el 52,9% confirma encontrarse habitualmente con individuos que fuman porros y el 42,4% con personas haciendo botellón (figura 1.148).

Figura 1.1.48.

Visibilidad en el entorno cercano de personas fumando porros o haciendo botellón (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive)\*. España, 2013.



## Vías de información sobre drogas

Los medios de comunicación parecen constituir la primera fuente de información sobre drogas en España, al igual que parecen ser la vía preferida en la que confía la población (figura 1.1.49).

Los siguientes canales de información preferidos son el entorno personal (familiares, amigos, compañeros) y los profesores, siendo también éste último uno de los preferidos para recibir una información mejor y más objetiva.

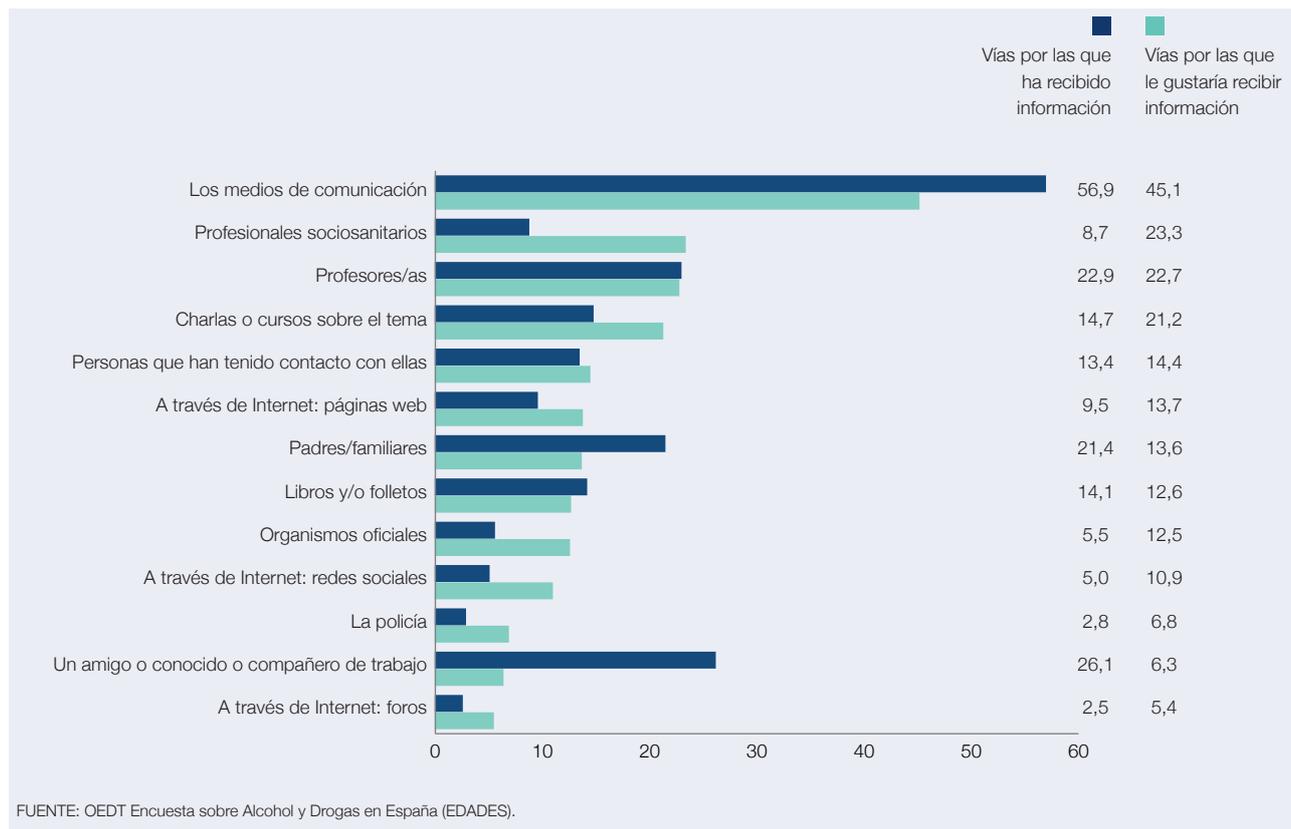
Tras los medios de comunicación, la vía que recibe más confianza y se señala entre las favoritas para recibir información son los profesionales sociosanitarios, aunque la población que efectivamente la ha recibido por este canal es minoritaria.

Policía y organismos oficiales tienen un papel residual en la provisión de información y tampoco se encuentran entre los que la mayoría de la población elegiría para informarse.

Según los datos de la encuesta, internet no se posiciona como un canal relevante de información sobre drogas (tan solo el 17% ha recibido información a través de páginas web, redes sociales o foros) y tampoco recibe la confianza de la población como medio por el que le gustaría informarse.

Figura 1.1.49.

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, 2013.



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

Tal y como se ha registrado a lo largo de la serie histórica, prácticamente la totalidad de la población coincide en que es de gran importancia abordar el problema de las drogas desde la educación en las escuelas (figuras 1.1.50 y 1.1.51).

Otras medidas que también se consideran de especial relevancia son, el tratamiento voluntario a consumidores y el control policial y aduanero, que en toda las encuestas han sido señaladas por una amplia mayoría. Por el contrario, se cuestiona la eficacia de las medidas orientadas a la legalización de las drogas.

Profundizando en el colectivo que considera muy importante la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas, se observa que la proporción que representan (33,1%) se mantiene estable con respecto a 2011 (32,7%). Se trata de una opinión más extendida entre los hombres y entre la población de 25 a 44 años (tabla 63). Además, el segmento que confía en la legalización de esta sustancia se caracteriza por registrar una mayor prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses. El 17,6% de los que opinan que la medida es muy importante consumió cannabis en el último año, frente al 5,7% obtenido entre aquellos que no respaldan esta medida. Del mismo modo, la prevalencia del consumo de riesgo de cannabis (CAST>4) es mayor entre el grupo que confía en la legalización del hachís o la marihuana (5,2%) que entre la población que no opina de esa manera (0,9%).

Figura 1.1.50.

Valoración de diversas acciones como “muy importantes” para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes)\*. España, 2013.

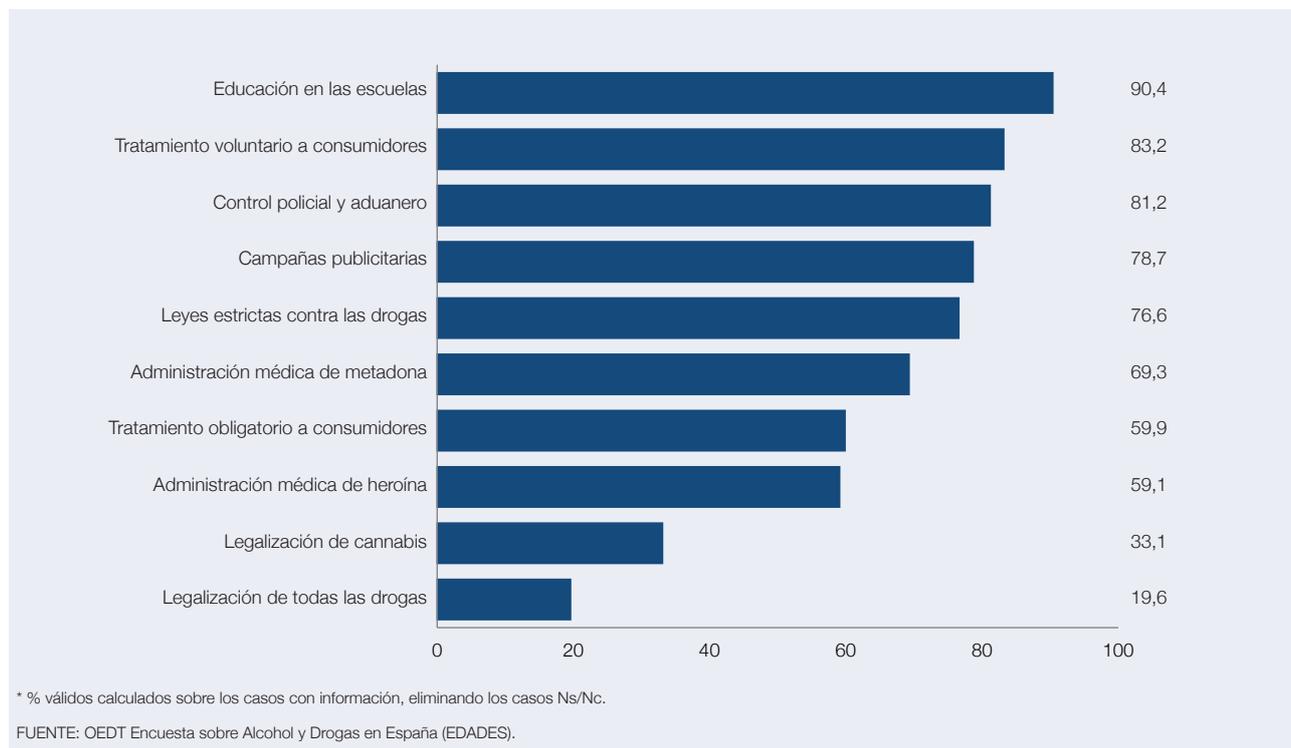


Figura 1.1.51.

Evolución de la valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes)\*. España, 1995-2013.

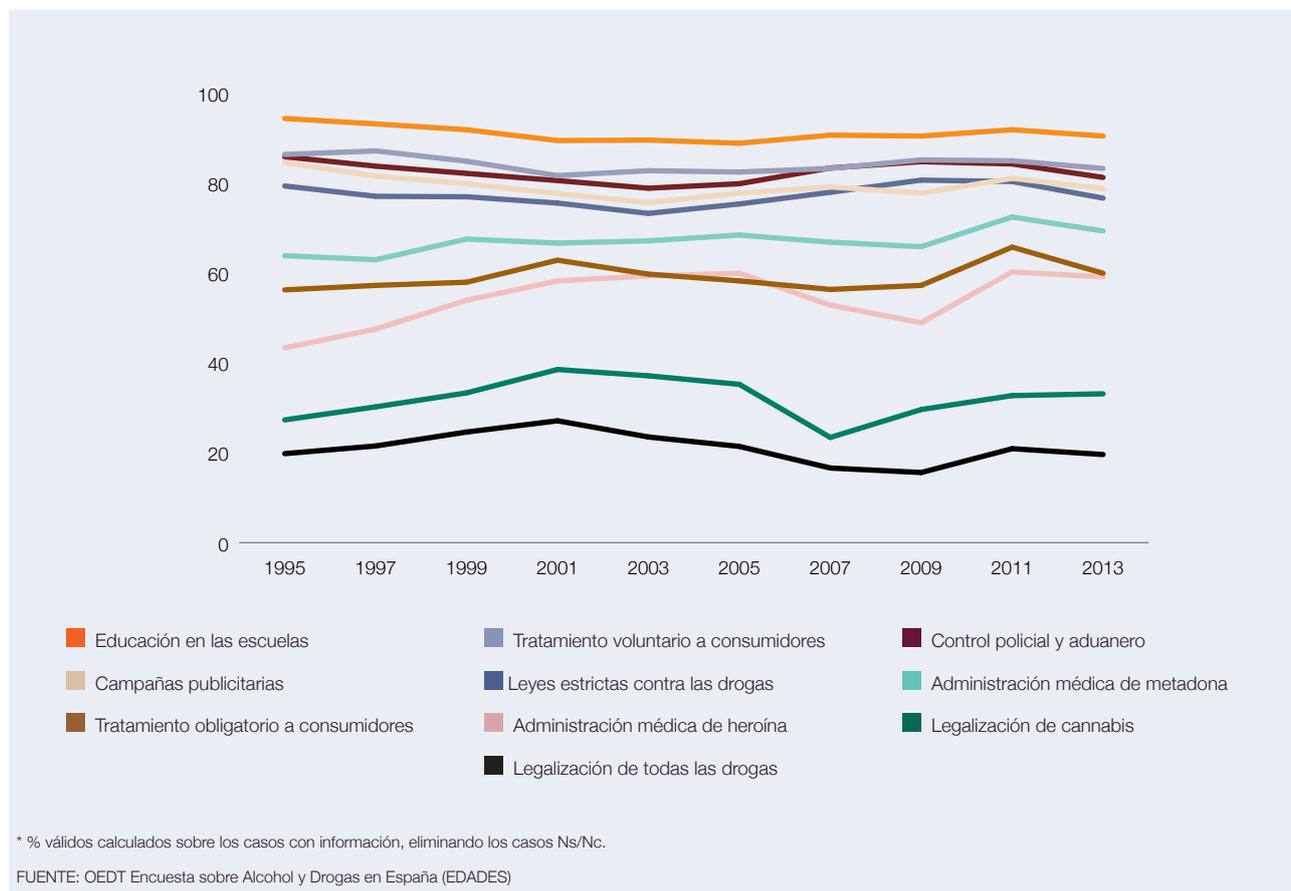


Tabla 1.1.63.

Valoración de la legalización del hachís y la marihuana como “muy importante” para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

	Hombre	Mujer	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años
Muy importante	35,5	30,5	32,5	35,1	35,5	33,0	27,4
Algo importante	22,9	19,7	22,3	23,8	21,7	19,6	19,1
Nada importante	41,5	49,8	45,2	41,1	42,8	47,4	53,5

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

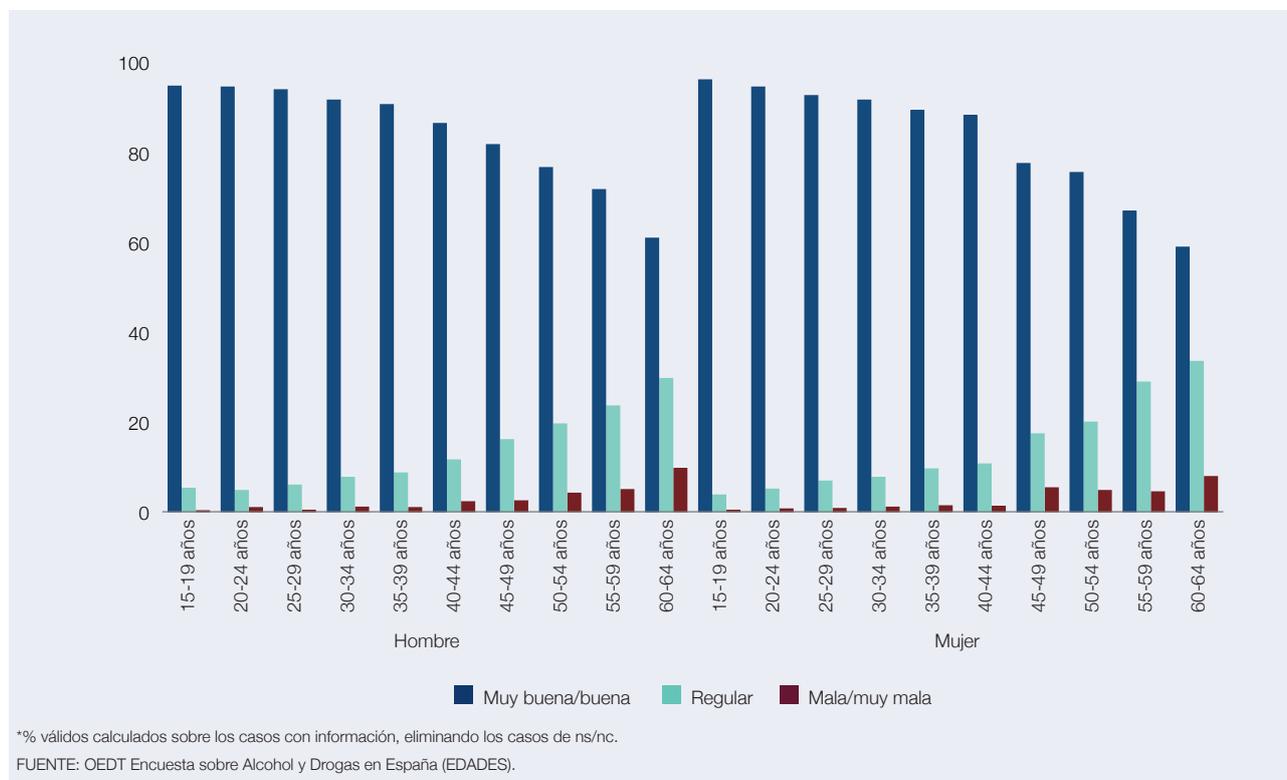
## Percepción sobre el estado de salud

Se ha consultado a la población de 15 a 64 años en España sobre su estado de salud contemplando que hasta los 39 años, aproximadamente 9 de cada 10 piensa que su salud es buena o muy buena; progresivamente con la edad, crece la proporción que percibe que su salud se encuentra regular o mal, si bien en general, los hombres perciben tener mejor salud que las mujeres a partir de los 45 años (figura 1.1.52).

En el segmento femenino, la proporción que dice tener buena salud mengua en mayor medida entre los 40 y 49 años. Sin embargo, entre los hombres, la caída más brusca en la percepción de salud es más tardía y se produce a partir de los 60 años.

Figura 1.1.52.

Percepción del estado de salud de la población de 15-64 años (porcentajes)\*, según sexo y edad. España, 2013.



Considerando las personas que han consumido alcohol en el último año, la percepción de la salud de aquellas que muestran un consumo de riesgo (según indicador AUDIT comentado en el capítulo de consumo de alcohol) varía en función del sexo, es decir, los hombres que muestran un patrón de riesgo, tienen una percepción sobre su salud más negativa que el resto de varones, situación que no se observa en el caso de las mujeres (figura 1.1.53).

Respecto al estado de salud percibido en el colectivo joven de 15 a 34 años, la percepción es más positiva entre los que no registran un consumo de riesgo (93,8% frente a 89,5%) si bien, en el colectivo de 35 a 64 años, la diferencia de percepción es más notoria (figura 1.1.54). Así, en el caso de los mayores de 34 años, si el 72,7% de los consumidores de riesgo opina tener buena salud, esta proporción asciende al 81,8% al contemplar los consumidores que no muestran un riesgo.

Figura 1.1.53.

Percepción del estado de salud, en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en el último año según tenga consumo de riesgo (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ), por sexo. España, 2013.

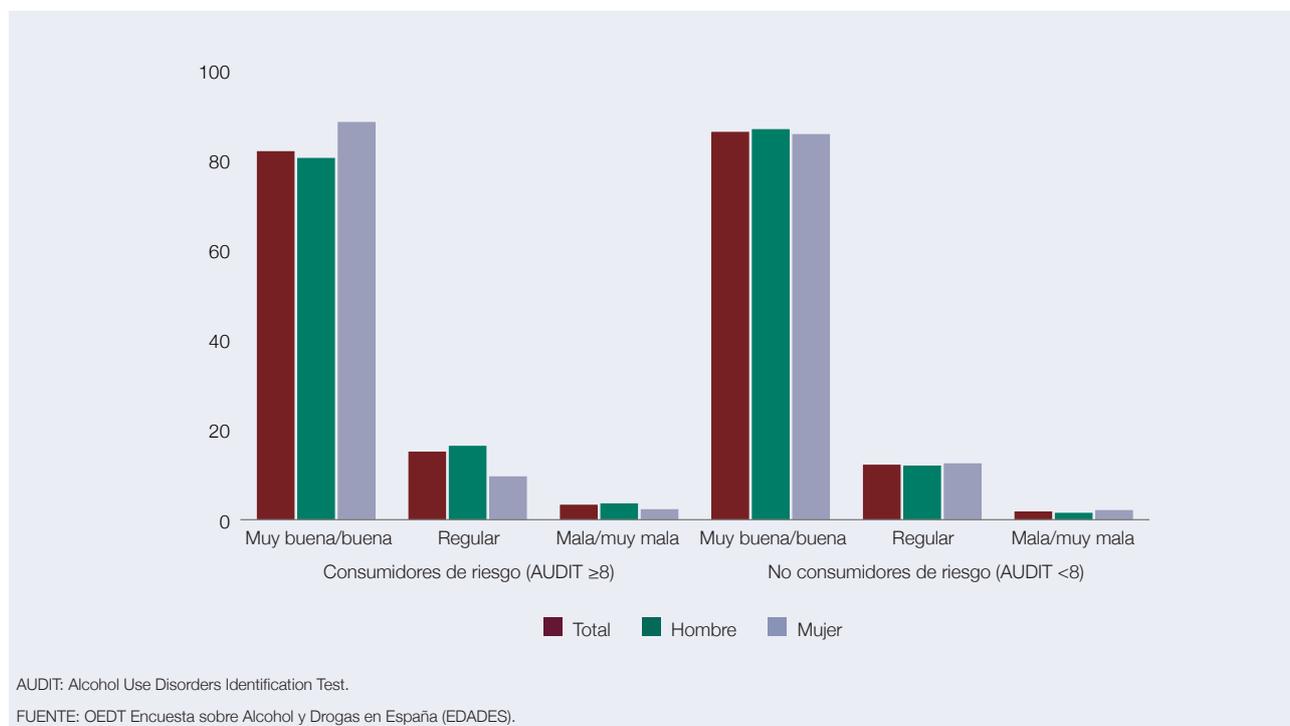
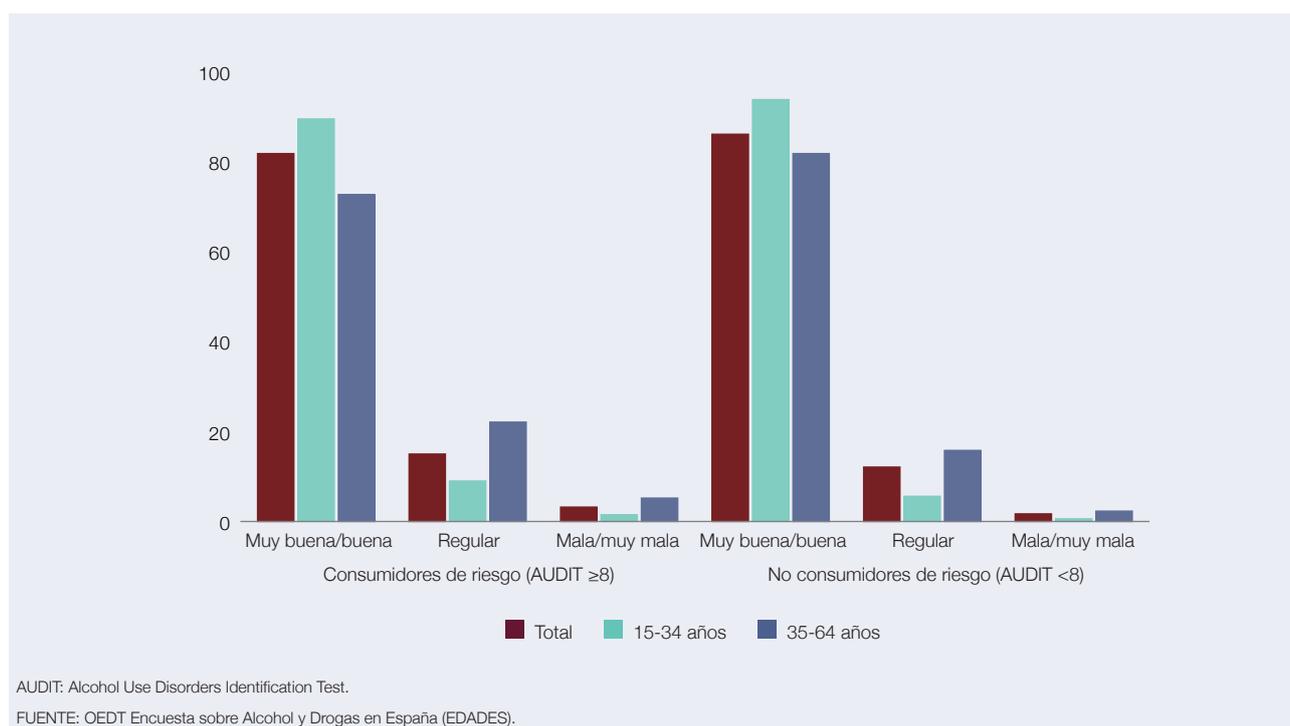


Figura 1.1.54.

Percepción del estado de salud, en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en el último año según tenga consumo de riesgo (AUDIT  $\geq 8$ ) o no (AUDIT  $< 8$ ), por edad. España, 2013.



Por su parte, contemplando el segmento que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses, la percepción de salud es notablemente más negativa entre aquellos que muestran un consumo de riesgo de cannabis frente a las personas que han consumido en el último año pero no se clasifican como consumidores de riesgo (según indicador CAST comentado en el capítulo de cannabis).

De esta forma, el conjunto que no muestra un consumo de riesgo considera que su salud es mala o regular en el 11,7% de los casos, mientras que entre los que sí presentan un consumo de riesgo, el porcentaje escala al 26,3%.

Si bien el hecho de que los consumidores de riesgo observen un peor estado de salud se produce en ambos sexos, las mujeres con un consumo problemático de cannabis perciben tener mejor salud que los hombres que también registran este patrón de consumo (figura 1.1.55).

En términos de edad, la percepción más negativa sobre el estado de salud que tienen los consumidores de riesgo, se observa independientemente del segmento de edad contemplado. No obstante, el diferencial en la percepción es más amplio en el grupo de 35 a 64 años (figura 1.1.56).

Abordando la percepción de salud que tienen las personas que han consumido cocaína en el último año (polvo y/o base) el 4,7% cree que su estado de salud es malo o muy malo, frente al 2,6% registrado entre aquellos que no han consumido en dicho periodo (figura 1.1.57).

A este respecto, existe cierto diferencial dentro de colectivo de consumidores de cocaína en función del sexo, puesto que las mujeres consumidoras consideran en el 86,3% de los casos, que tienen buena salud mientras que este porcentaje entre los hombres consumidores es 6,4 puntos inferior (opinando en mayor medida que su salud está regular).

La percepción sobre el estado de salud es más negativa entre las personas que consumieron cocaína en los últimos 12 meses, tanto entre las personas de 15 a 34 años como entre aquellos de 35 a 64 años (figura 58). Además se observa para ambos segmentos de edad, que la proporción de consumidores de cocaína en el último año que perciben tener buena salud, es más elevada que la registrada por el colectivo que mostraba un consumo de cannabis de riesgo.

**Figura 1.1.55.**

**Percepción del estado de salud, en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en el último año según tenga consumo de riesgo (CAST  $\geq$ 4) o no (CAST  $<$ 4), por sexo (%). España, 2013.**

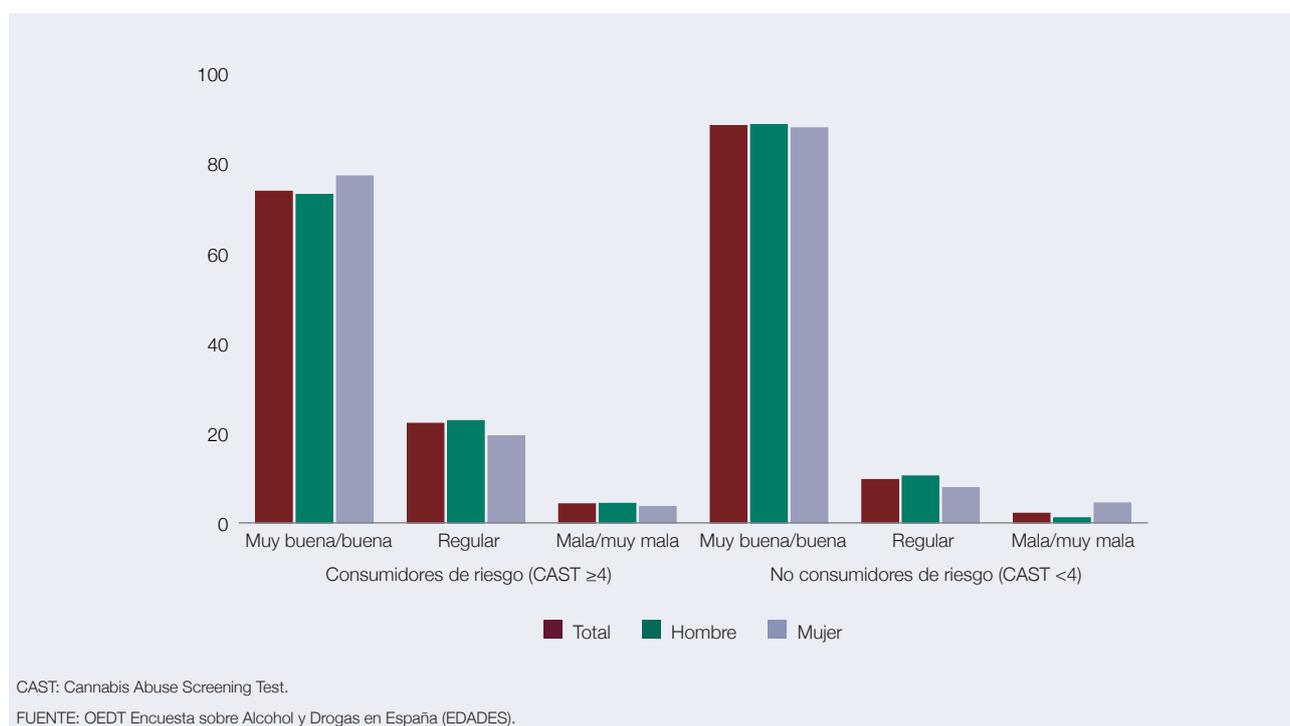


Figura 1.1.56.

Percepción del estado de salud, en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en el último año según tenga consumo de riesgo (CAST  $\geq 4$ ) o no (CAST  $< 4$ ), por edad (%). España, 2013.

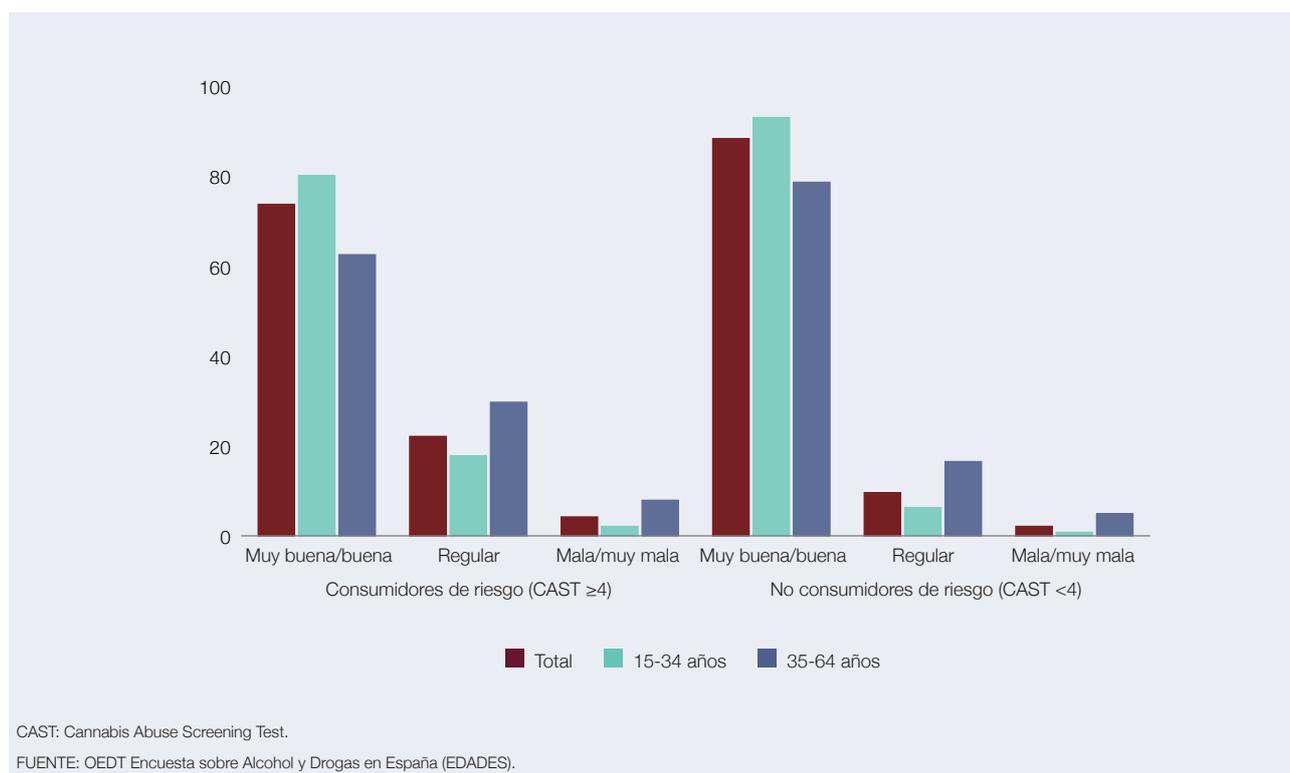


Figura 1.1.57.

Percepción del estado de salud entre la población de 15-64 años según hayan consumido cocaína (polvo y/o base) en el último año o no, según sexo (%). España, 2013.

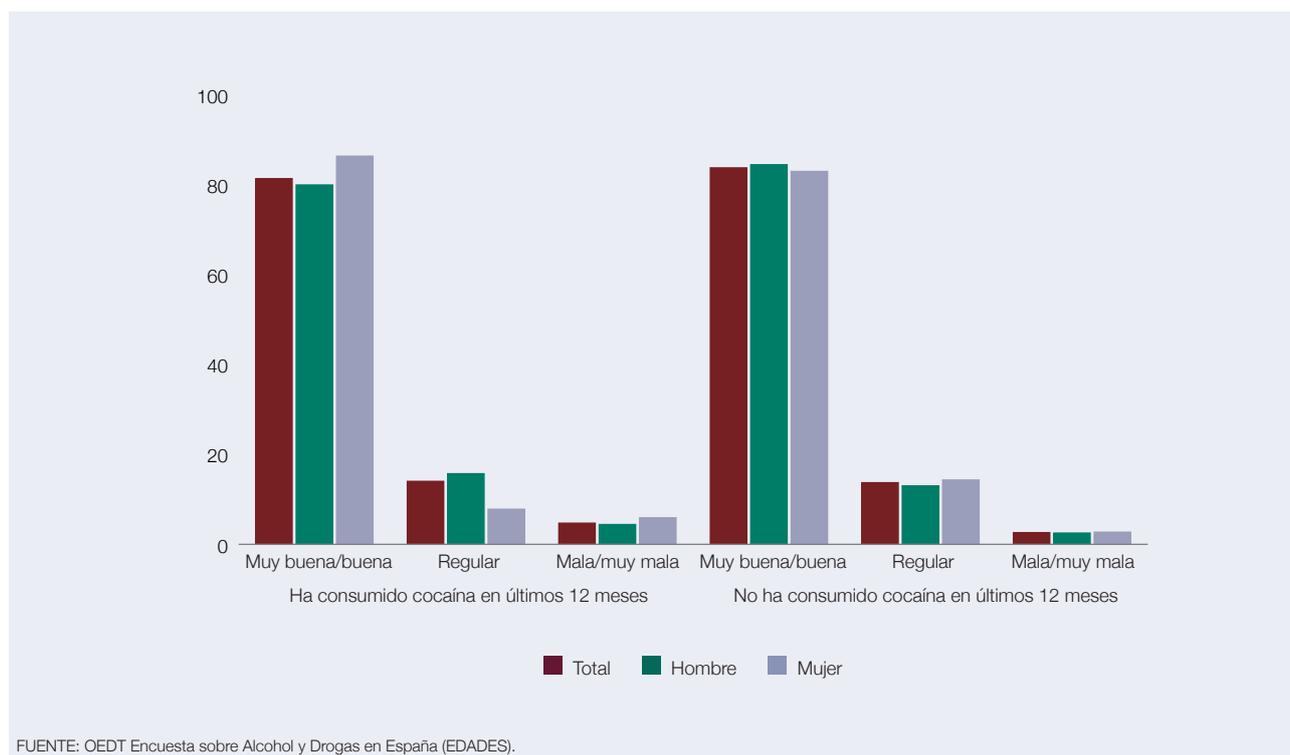
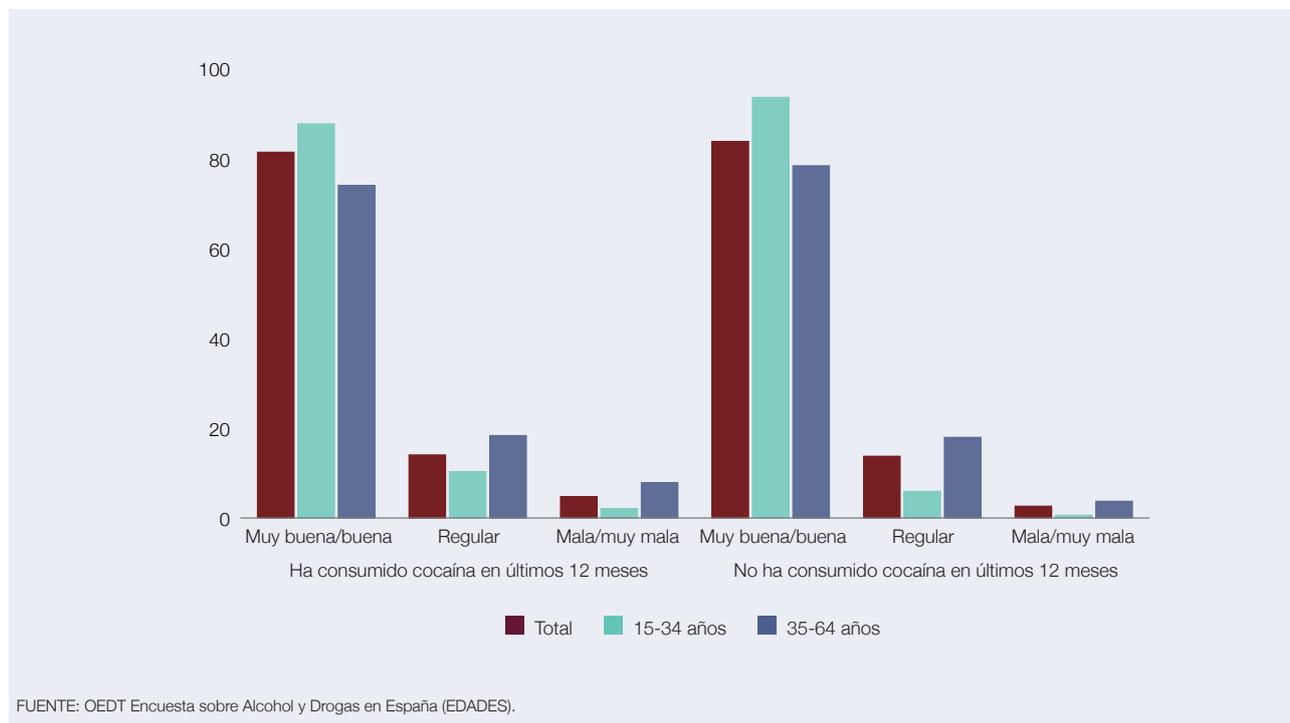


Figura 1.1.58.

Percepción del estado de salud entre la población de 15-64 años según hayan consumido cocaína (polvo y/o base) en el último año o no, según edad (%). España, 2013.



## Nuevas sustancias psicoactivas (NSP)

En este apartado se resumen los resultados obtenidos de la introducción en el cuestionario EDADES 2013 de un módulo orientado a conocer diversos aspectos de un grupo de drogas a las que se denomina nuevas sustancias psicoactivas, 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 población.

Siguiendo los protocolos europeos se hace una pregunta general sobre el uso de estas sustancias: “En la actualidad se encuentran disponibles nuevas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc... Conteste si ha oído hablar de ellas, y si las ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días”

Además de esta pregunta general, se obtiene información de una serie de drogas en concreto: ketamina, GHB (éxtasis líquido), spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes.

Previamente, se ha introducido un módulo relativo a nuevas sustancias en la edición EDADES 2011 y en la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España) en 2010 y 2012.

Los resultados de la encuesta muestran que la mayoría de los ciudadanos tiene un desconocimiento del fenómeno. Concretamente, 3 de cada 4 declara no haber oído de las nuevas sustancias psicoactivas, un desconocimiento que se acrecienta con la edad y es mayor entre las mujeres.

En relación a la prevalencia de consumo, el 3% (4,6% hombres y 1,3% mujeres) de las personas de 15 a 64 años han probado alguna nueva sustancia psicoactiva que imita el efecto de drogas ilegales, el 0,7% las ha consumido en el último año y el 0,3% en el último mes. Destaca el consumo en hombres de 15 a 34 años (7,2% las han consumido alguna vez) (tabla 1.1.64).

Entre las drogas analizadas destaca el consumo de las setas mágicas, seguidas de la ketamina, GHB (éxtasis líquido), spice, metanfetamina (ice) y salvia. El resto de drogas contempladas muestran prevalencias residuales en la población en la población (tabla 1.1.65).

Con independencia de la sustancia que se considere, la prevalencia masculina destaca sobre la femenina (figura 1.1.60). En el caso de las más consumidas, las setas mágicas, la diferencia de género queda reflejada en la medida en que el 2,9% de los hombres las han consumido alguna vez frente al 0,8% de las mujeres.

**Tabla 1.1.64.**

**Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.**

	15-64 años			15-17 años			18-24 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	3,0	4,6	1,3	1,3	2,1	0,4	4,1	5,9	2,3	4,9	7,2	2,5	1,9	3,1	0,7
Últimos 12 meses	0,7	1,1	0,3	0,9	1,6	0,2	1,8	2,5	1,2	1,4	2,1	0,7	0,3	0,4	0,1
Últimos 30 días	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3	0,2	1,0	1,3	0,6	0,6	0,9	0,3	0,2	0,2	0,1

Pregunta cuestionario: En la actualidad se encuentran disponibles nuevas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc. Conteste si las ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días.

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

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

**Tabla 1.1.65.**

**Prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ketamina	0,8	0,1	0,0
GHB	0,6	0,1	0,0
Spice	0,5	0,1	0,0
Piperazinas	0,0	0,0	0,0
Mefedrona	0,1	0,0	0,0
Nexus	0,2	0,0	0,0
Metanfetamina	0,5	0,1	0,0
Setas mágicas	1,9	0,2	0,1
Research chemicals	0,1	0,0	0,0
Legal highs	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,5	0,1	0,0
Esteroides anabolizantes	0,2	0,0	0,0

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

Figura 1.1.59.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes). España 2013.

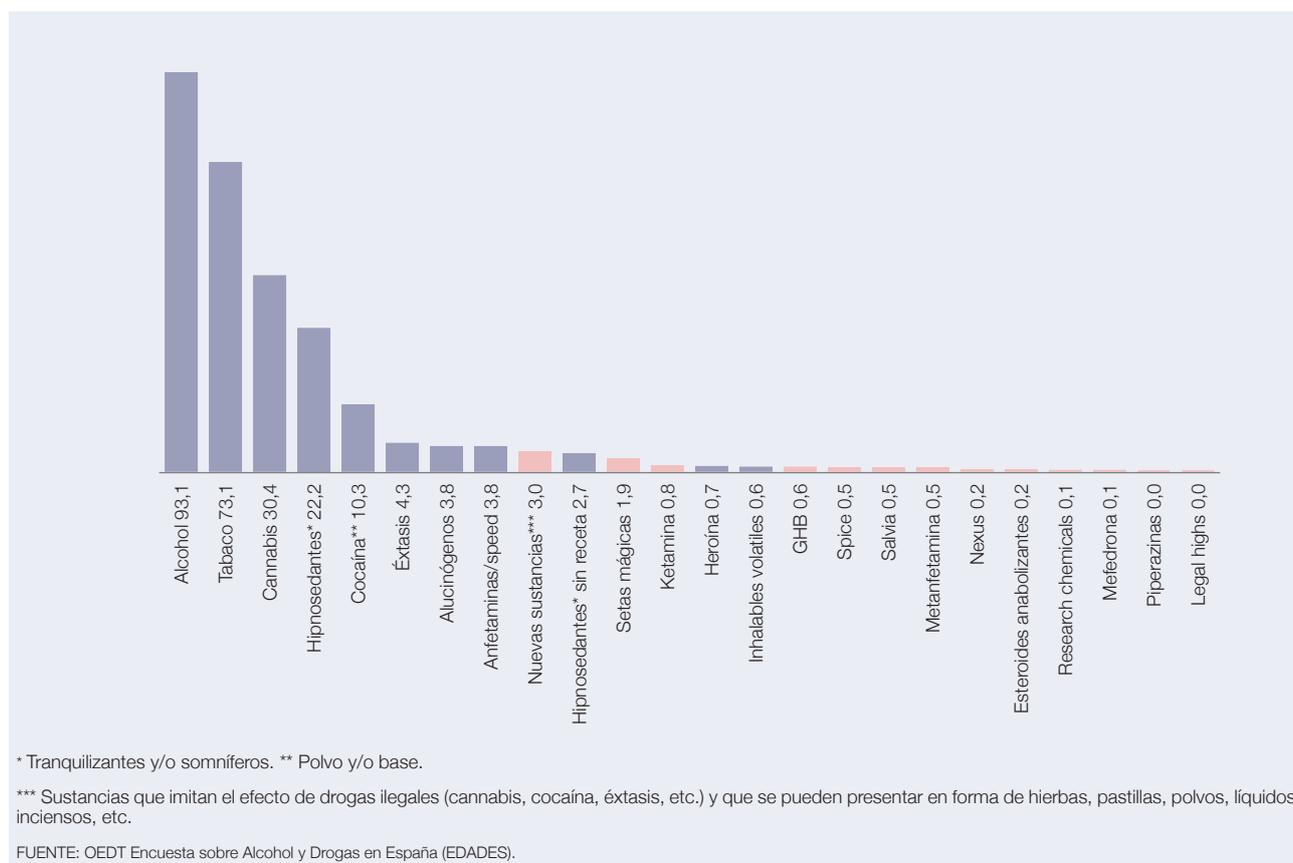
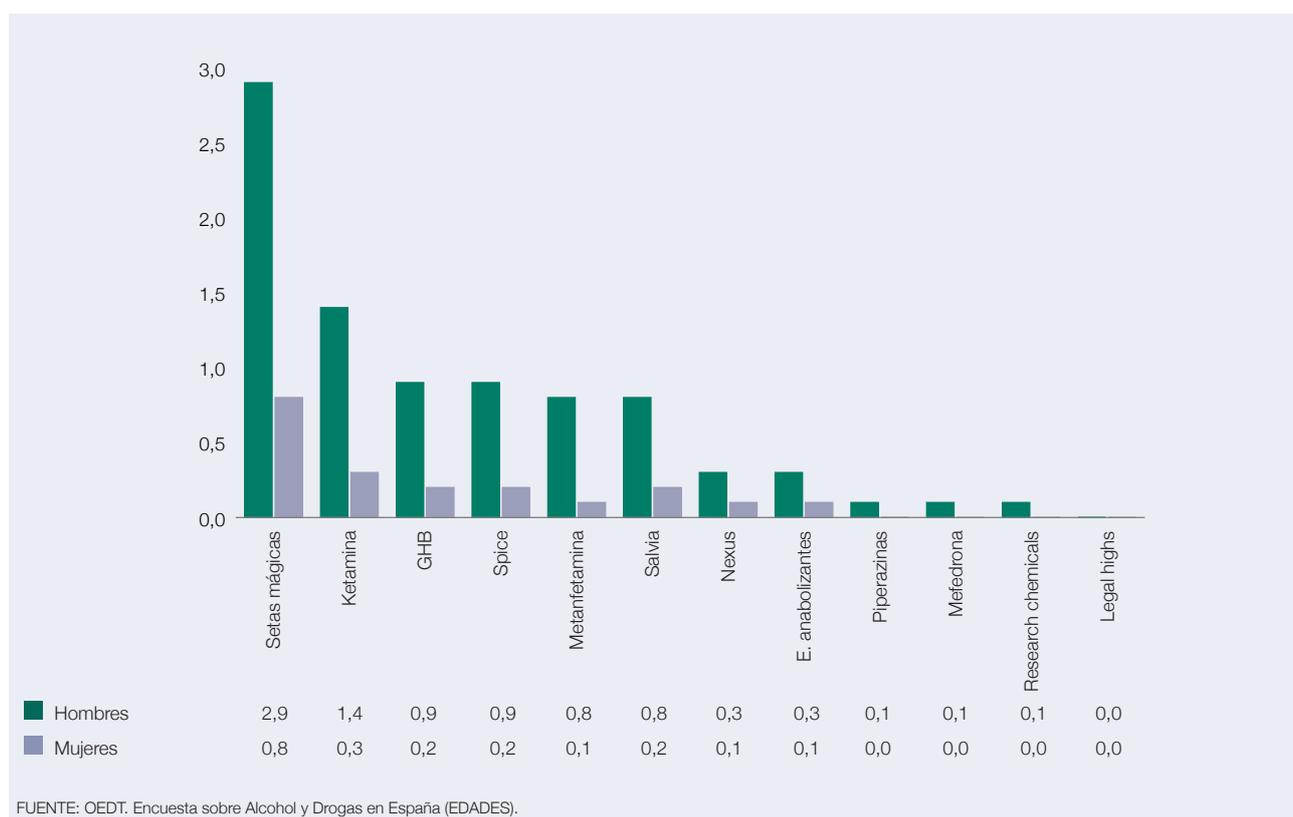


Figura 1.1.60.

Prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 2013.



El inicio en el consumo de nuevas sustancias psicoactivas es notablemente más tardío que el alcohol, tabaco o cannabis, se sitúa entre los 21,2 años (spice) y los 24,4 años (research chemicals). En este sentido, se advierte que para las diferentes drogas estudiadas, la prevalencia entre el colectivo de 25 a 34 años supera la de los más jóvenes de 15 a 24 años.

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas no se ha extendido con respecto a 2011 (tablas 1.1.66 y 1.1.67), se percibe cierta estabilidad para la mayoría de sustancias y una leve pérdida de prevalencia en el caso de las setas mágicas o la salvia.

**Tabla 1.1.66.**

**Prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según edad (porcentajes). España, 2011-2013.**

	2011								2013							
	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-34	35-64	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-34	35-64
Ketamina	1,0	1,4	2,0	1,0	0,4	0,0	1,8	0,5	0,8	1,0	1,6	1,2	0,2	0,2	1,3	0,6
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	1,0	0,9	0,3	0,1	0,7	0,5
Spice	0,8	1,0	1,4	0,9	0,4	0,1	1,2	0,5	0,5	0,4	1,0	0,8	0,3	0,1	0,7	0,4
Piperazinas	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Mefedrona	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Nexus	0,2	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	0,3	0,4	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1
Metanfetamina	0,8	0,9	1,2	1,0	0,3	0,1	1,1	0,5	0,5	0,5	0,9	0,7	0,2	0,1	0,7	0,4
Setas mágicas	2,4	3,3	4,9	2,1	1,0	0,1	4,3	1,2	1,9	2,2	3,8	2,1	0,7	0,3	3,2	1,1
Research chemicals	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Legal highs	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Salvia	0,9	1,1	1,8	0,8	0,3	0,1	1,5	0,5	0,5	0,4	1,1	0,6	0,2	0,1	0,8	0,3
Esteroides anabolizantes	0,3	0,3	0,6	0,4	0,0	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

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

**Tabla 1.1.67.**

**Prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 2011-2013.**

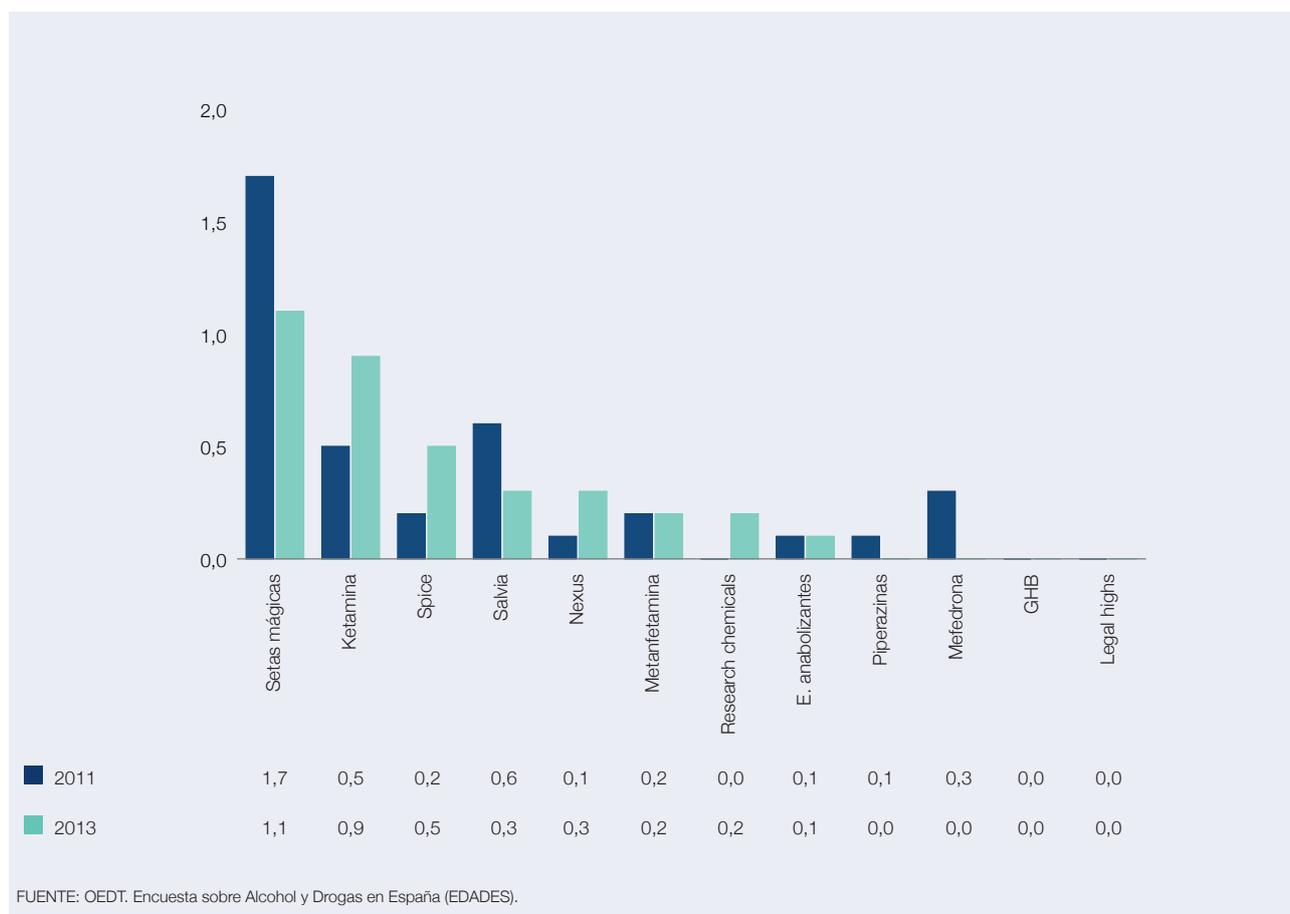
	2011		2013	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ketamina	1,5	0,5	1,4	0,3
GHB	-	-	0,9	0,2
Spice	1,2	0,3	0,9	0,2
Piperazinas	0,2	0,0	0,1	0,0
Mefedrona	0,2	0,0	0,1	0,0
Nexus	0,3	0,1	0,3	0,1
Metanfetamina	1,2	0,3	0,8	0,1
Setas mágicas	3,5	1,2	2,9	0,8
Research chemicals	0,1	0,0	0,1	0,0
Legal highs	0,1	0,1	0,0	0,0
Salvia	1,3	0,4	0,8	0,2
Esteroides anabolizantes	0,5	0,1	0,3	0,1

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

Si contemplamos los resultados referidos a las nuevas sustancias psicoactivas para el segmento de 15 a 18 años y lo comparamos con los datos de 2011, en un contexto de estabilidad de las prevalencias, tan solo se observa un leve aumento de la ketamina y un leve descenso de las setas mágicas. En cualquier caso, las variaciones deben interpretarse con cautela debido a que se trata de cifras pequeñas (figura 1.1.61).

Figura 1.1.61.

Prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-18 años (porcentajes). España, 2011 y 2013.



## Percepción de riesgo de nuevas sustancias psicoactivas

Entre aquellos que son capaces de atribuir mayor o menor riesgo al consumo de nuevas sustancias psicoactivas, la proporción que considera que su consumo puede ocasionar problemas es siempre superior al 90%, con independencia del sexo o del tramo de edad (tabla 1.1.68).

Entre estas tres sustancias, son las setas mágicas las que comparativamente registran una menor vinculación al riesgo, en concreto al hacer referencia al consumo esporádico.

El segmento que muestra una menor percepción de riesgo asociado al consumo esporádico de setas mágicas, es el de los varones de 25 a 34 años (91,6%), el mismo que presentaba un mayor nivel de consumo (el 5,6% las ha tomado alguna vez en la vida).

**Tabla 1.1.68.**

Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)\*, según sexo y edad. España, 2013.

15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumir GHB una vez o menos al mes																	
97,2	96,8	97,6	96,3	95,9	96,6	96,5	96,0	97,0	97,0	96,3	97,7	97,5	97,5	97,5	98,7	98,6	98,9
Consumir GHB una vez por semana o más																	
99,5	99,4	99,7	99,4	99,4	99,5	99,5	99,3	99,7	99,3	99,1	99,5	99,8	99,7	99,8	99,9	99,9	99,9
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes																	
94,8	93,8	95,7	93,2	92,4	94,1	93,4	91,6	95,2	94,2	92,8	95,8	95,7	95,8	95,6	97,5	97,1	97,9
Consumir setas mágicas una vez por semana o más																	
98,8	98,4	99,2	98,4	98,2	98,7	98,3	97,5	99,2	98,7	98,3	99,2	99,4	99,3	99,4	99,2	99,0	99,5
Consumir ketamina una vez o menos al mes																	
97,4	97,0	97,8	96,8	96,8	96,8	96,8	96,2	97,5	97,2	96,4	98,1	97,6	97,6	97,6	98,5	98,2	98,9
Consumir ketamina una vez por semana o más																	
99,6	99,5	99,7	99,6	99,6	99,6	99,6	99,4	99,8	99,4	99,1	99,8	99,6	99,6	99,7	99,8	99,9	99,6

\* Eliminando los casos que señalan que han contestado Ns/Nc.

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

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

## Percepción de disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas

Siguiendo con el análisis de las nuevas sustancias psicoactivas más prevalentes, setas mágicas, GHB y ketamina, aproximadamente 1 de cada 4 personas piensa que podría adquirir fácilmente estas sustancias en 24 horas (tabla 1.1.69), percepción de disponibilidad que crece entre los varones de 25 a 34 años (36,5%). En cualquier caso, el grado de accesibilidad registrado es notablemente más reducido que el obtenido para otras sustancias como el cannabis, la cocaína, alucinógenos, anfetaminas o éxtasis.

**Tabla 1.1.69.**

Disponibilidad percibida de nuevas sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)\*. España, 2013.

15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
GHB																	
27,5	29,8	25,1	28,1	29,5	26,7	31,2	34,1	28,2	29,8	33,0	26,3	26,4	27,8	25,0	19,7	21,7	17,8
Setas mágicas																	
27,7	30,3	24,9	30,4	32,1	28,5	32,3	36,5	28,0	28,7	31,6	25,4	25,9	27,3	24,5	19,3	21,3	17,3
Ketamina																	
26,2	28,3	24,0	27,1	28,6	25,4	29,8	33,0	26,4	28,1	30,7	25,2	25,2	26,4	24,1	18,9	20,3	17,6

\* Eliminando los casos que señalan que han contestado Ns/Nc.

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

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

Los amigos son la principal vía de obtención de nuevas sustancias psicoactivas, específicamente para 6 de cada 10 individuos que han consumido alguna droga de este tipo en el último año, seguidos de la adquisición a través de un camello o de aceptar un ofrecimiento en una fiesta, pub etc. por lo que, por el momento, parece que la adquisición “en persona” es más frecuente que recurrir a Internet (tabla 1.1.70).

**Tabla 1.1.70.**

**Lugar de obtención de nuevas sustancias psicoactivas\* en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años (porcentaje). España, 2013.**

	¿Dónde consiguió estas drogas?
Me la ofreció un amigo	59,0
La compré en una tienda especializada (smart shop o head shop)	2,2
A través de un vendedor (camello)	17,0
A través de internet	4,6
Me la ofrecieron en una fiesta, en un pub, en un bar	18,0
Otros sitios	15,4

\* Sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, etc.) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

Porcentaje entre aquellos que han consumido nuevas sustancias en los últimos 12 meses.

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

### Policonsumo entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Las personas que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez, suelen ser consumidores de otras sustancias psicoactivas. La droga ilegal más común es el cannabis, y prácticamente la totalidad reconoce haberla consumido en alguna ocasión (tabla 1.1.71). Por su parte, el nivel de consumo de cocaína es ocho veces superior al observado en la población en general y se encuentra cercano al 95% entre los individuos que han tomado ketamina, GHB o metanfetamina alguna vez. Los alucinógenos son la tercera sustancia ilegal más prevalente entre este colectivo, el 66,9% los ha consumido alguna vez, que si se contrasta con el registro de la población general (3,8%) o con el obtenido para la población joven en general (el 5% de los jóvenes de 15 a 34 años ha consumido alguna vez) pone en evidencia la elevada prevalencia de policonsumo que existe entre los consumidores de nuevas sustancias.

**Tabla 1.1.71.**

**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida entre las personas de 15-64 años que han consumido ketamina, GHB, spice, metanfetamina, setas mágicas y salvia alguna vez en la vida (porcentaje de columna). España, 2013.**

	Nuevas sustancias*	Ketamina	GHB	Spice	Metanfetamina	Setas mágicas	Salvia
Alcohol	99,8	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tabaco	96,9	97,5	99,0	97,2	97,2	97,0	98,4
Inhalables volátiles	13,3	24,1	24,5	21,7	25,2	16,4	21,3
Anfetaminas/speed	58,4	82,7	79,8	70,3	87,3	63,3	65,7
Alucinógenos	66,9	84,2	80,3	71,2	78,9	82,0	69,4
Heroína	12,8	20,0	26,1	28,5	25,8	13,5	9,7
Tranquilizantes	34,0	37,5	46,4	43,0	49,6	33,8	33,5
Somníferos	23,6	28,4	38,8	30,9	37,7	24,4	26,8
Hipnosedantes	37,6	39,2	49,2	43,5	51,1	38,6	34,2
Cannabis	96,1	96,3	95,1	97,1	96,5	98,5	97,1
Éxtasis	60,5	86,9	89,0	74,4	81,4	63,4	68,0
Cocaína en polvo	78,1	95,5	93,8	91,4	94,7	80,9	78,5
Cocaína base	18,4	28,0	34,0	33,6	40,0	19,2	17,9
Cocaína (polvo y/o base)	78,6	95,5	93,8	91,4	95,2	81,7	79,1

Interpretación: El 99,7% de las personas que han consumido ketamina alguna vez en la vida, también ha consumido alcohol.

\* Sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, etc.) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

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

Tras las drogas de baja prevalencia como son la heroína o los inhalables volátiles, los hipnosedantes son las sustancias con una prevalencia más discreta entre el consumidor de nuevas sustancias psicoactivas y donde la diferencia con la población general es menos cuantiosa.

Prácticamente todos los individuos que han consumido alguna vez nuevas sustancias, 9 de cada 10, ha consumido al menos otras cuatro sustancias psicoactivas diferentes en su vida (tabla 1.1.72). En el caso concreto de las personas que han consumido ketamina, GHB, o metanfetaminas, la prevalencia del consumo de cinco sustancias diferentes o más alcanza casi el 100%.

**Tabla 1.1.72.**

**Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas\* entre los consumidores de nuevas sustancias alguna vez en la vida (porcentajes). España, 2013.**

	Nuevas sustancias**	Ketamina	GHB	Spice	Metanfetamina	Setas mágicas	Salvia
Una sola sustancia	0,2	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,4
Dos sustancias	0,9	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0
Tres sustancias	8,0	1,4	0,8	0,4	0,0	4,0	13,7
Cuatro sustancias	12,4	3,7	3,9	10,0	5,3	12,2	7,5
Cinco o más sustancias	78,4	94,9	95,3	88,8	94,1	83,5	78,4

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

\*\* Sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, etc.) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

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

La población que ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez muestra una ingesta más intensiva de alcohol, con prevalencias relativas al *binge drinking* en el último mes o a las borracheras en el último año que triplican las del colectivo que nunca las ha consumido.

Si consideramos la prevalencia en los últimos 12 meses, el consumo de drogas está notablemente más extendido entre las personas que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez, si bien destaca especialmente la elevada presencia que tienen las sustancias legales (alcohol y tabaco), el cannabis y la cocaína. En este tramo temporal, el consumo de cannabis es ocho veces superior al que se encuentra entre los que nunca han consumido nuevas sustancias psicoactivas, mientras en el caso de la cocaína, la prevalencia asciende al 29,9% frente al 1,3% registrado por el otro colectivo (tabla 1.1.73).

**Tabla 1.1.73.**

**Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas\* alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias (porcentajes de fila) España, 2013.**

	Alcohol	Binge drinking**	Borracheras	Botellón	Tabaco	Hipnosedantes	Hipnosedantes sin receta	Cannabis	Cocaína polvo y/o base	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles
Ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	91,9	48,2	59,7	30,2	77,0	18,6	4,5	60,5	29,9	13,1	13,5	9,3	1,2	1,0
No ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	77,9	14,5	17,8	12,0	39,6	12,0	1,1	7,6	1,3	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0

\* Sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, etc.) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

\*\* Últimos 30 días.

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

## Variables sociodemográficas de los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Centrándonos en el colectivo de 25 a 34 años, el que muestra una mayor prevalencia de las diversas nuevas sustancias, y observando las variables sociodemográficas de estado civil y nivel de estudios, se obtiene que aquellos que consumieron alguna vez este tipo de sustancias registran una proporción más reducida de casado/as y de personas que cuentan con estudios universitarios (frente a los individuos de esta edad que nunca las consumieron).

La representación de individuos con estudios secundarios es notablemente superior en el segmento que consumió nuevas sustancias en alguna ocasión (tabla 1.1.74).

**Tabla 1.1.74.**

**Estado civil y nivel de estudios de la población de 25 a 34 años según haya consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias psicoactivas\* o no (porcentajes). España, 2013.**

	Ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	No ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida
Estado civil		
Soltero/a	80,1	61,1
Casado/a	16,6	36,3
Separado/a - Divorciado/a - Viudo/a	3,3	2,6
Nivel de estudios		
Primarios	7,0	7,7
Secundarios	74,1	66,5
Universitarios	18,8	25,7

\* Sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, etc.) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.

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

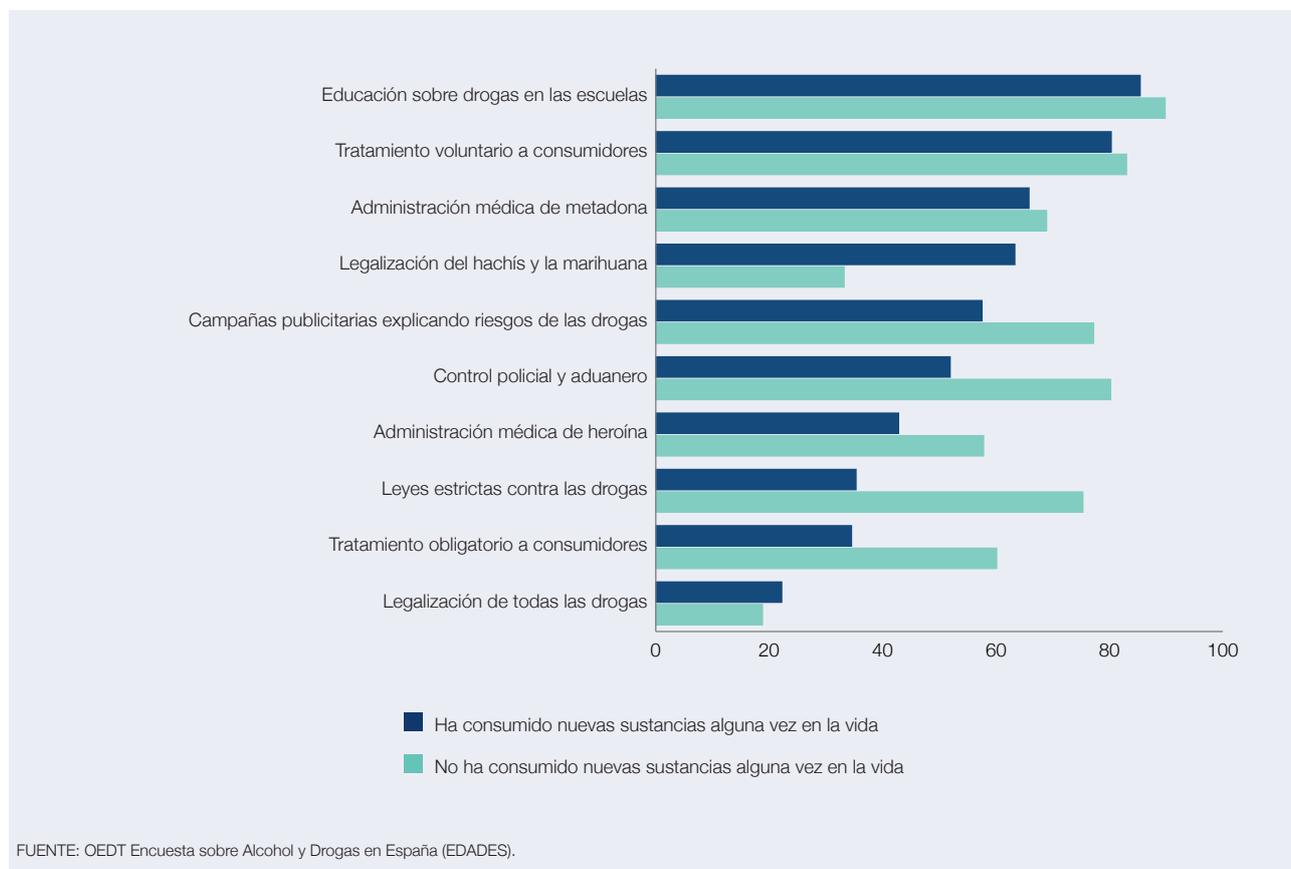
## Valoración de la importancia de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas

Siguiendo con el análisis de los jóvenes de 25 a 34 años, y considerando su opinión sobre las acciones para resolver el problema de las drogas en función de si han consumido alguna vez nuevas sustancias, se obtiene que aquellos que registraron un consumo, confían en menor medida en las campañas publicitarias, el control policial, las leyes estrictas contra las drogas o los tratamientos obligatorios a consumidores (en comparación con el respaldo que registran estas medidas entre aquellos que no consumieron).

Por su parte, el grupo que ha consumido nuevas sustancias en alguna ocasión considera en mayor medida que es muy importante la legalización del hachís y la marihuana (figura 1.1.62).

Figura 1.1.62.

Valoración de diversas acciones como “muy importantes” para resolver el problema de las drogas entre la población de 25-34 años según haya consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias psicoactivas o no (porcentajes). España, 2013.



## 1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014

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

Su objetivo es estudiar la situación y la evolución de los consumos, la edad de inicio, el riesgo atribuido a las diferentes sustancias psicoactivas y las medidas que los estudiantes consideran más efectivas para prevenir los consumos de drogas y los problemas asociados a éstos.

El universo son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España en régimen general. La muestra del año 2014 fue de 37.486 alumnos.

En el presente documento no se incluye información de ESTUDES debido a que los resultados detallados hasta el año 2012 están disponibles en el *Informe* y en *Estadísticas 2013* y los de ESTUDES 2014 serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. No obstante, puede consultarse un avance de resultados de ESTUDES 2014 en la página web del Plan Nacional sobre Drogas:

[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf)



Problemas  
relacionados con  
las drogas

## 2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2013

### Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)<sup>1</sup> notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

### Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las Comunidades/Ciudades Autónomas notifican a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas Comunidades/Ciudades Autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)<sup>3</sup>.

1. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemasInformacion/indicadores.htm>

## Resultados

A continuación se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2013), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

Por último se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según Comunidad/Ciudad Autónoma.

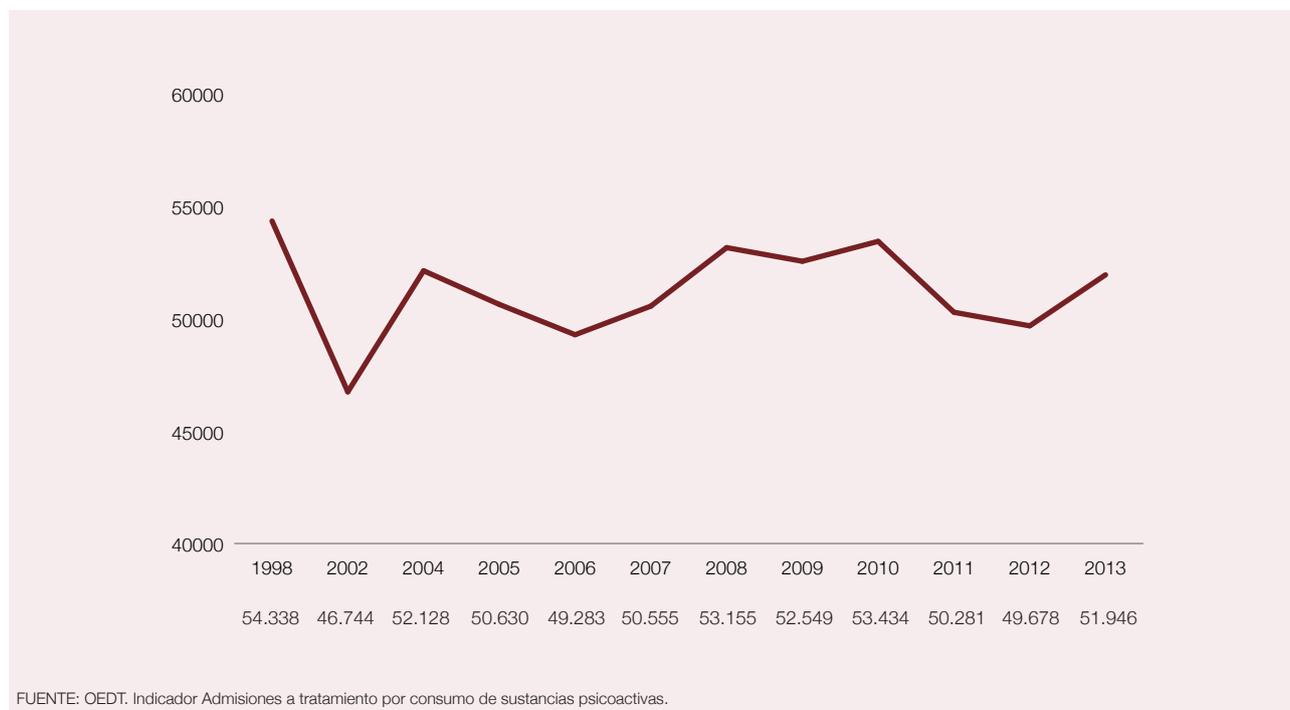
### Resultados generales. Drogas ilegales

En 2013, se registraron en España 51.946 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, 1998-2013.



En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2013 la cocaína fue la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (38,2% del total), seguida del cannabis (32,6%) y los opioides (24,8%).

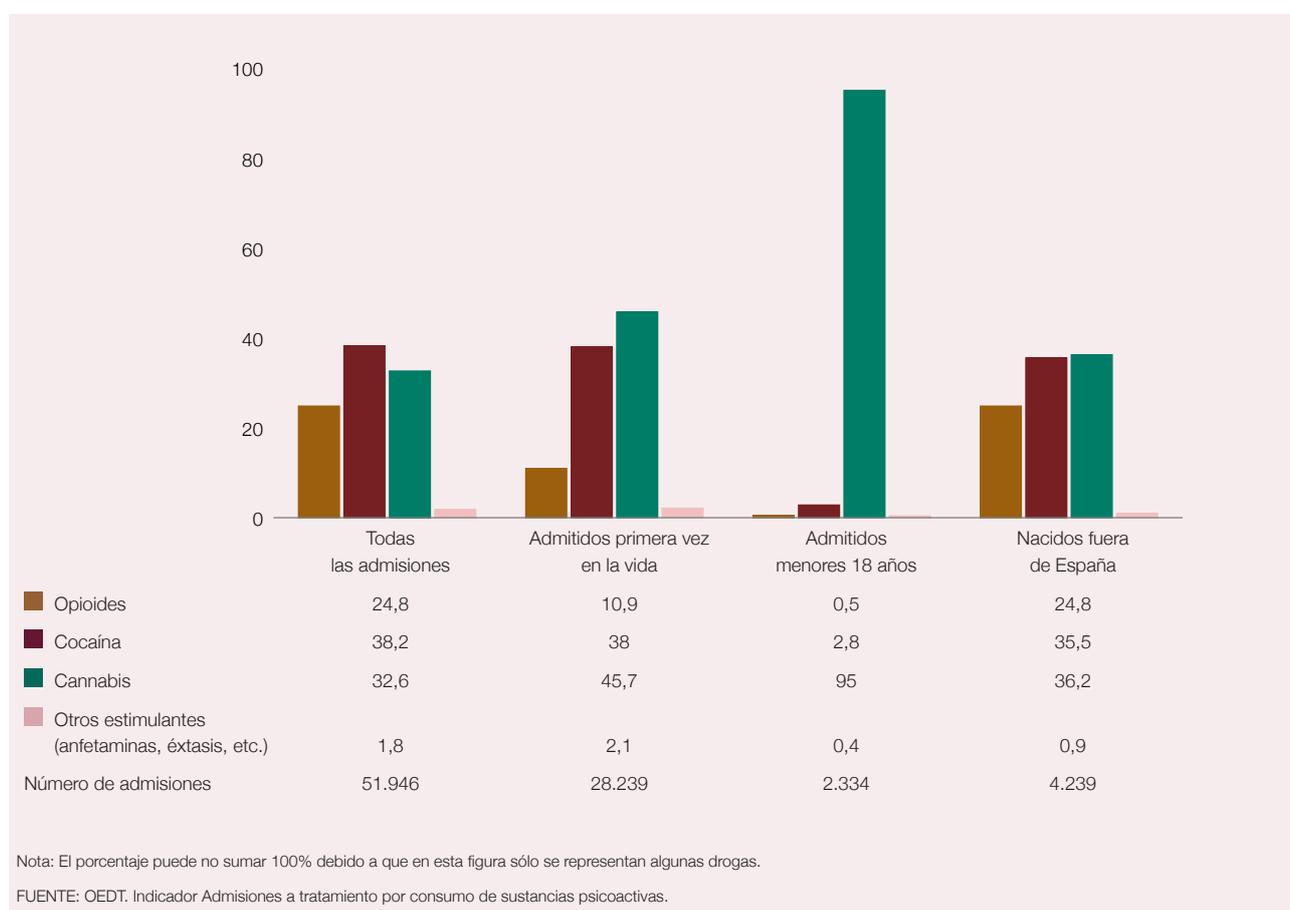
Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2013 el cannabis se mantiene como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (45,7%), seguida de la cocaína (38,0%) y los opioides (10,9%).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se mantiene como la droga responsable del 95% de las admisiones a tratamiento.

Para los nacidos fuera de España, en 2013, el cannabis se convirtió en la sustancia con mayor demanda de tratamiento (36,2%), superando por primera vez en la serie histórica a la cocaína, que ha pasado a ser la segunda sustancia (35,5%) en admisiones a tratamiento entre esta población. El porcentaje atribuido a los opioides sigue disminuyendo (24,8%). (figura 2.1.2).

**Figura 2.1.2.**

**Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, según droga principal (total de admitidos por primera vez, menores de 18 años y nacidos fuera de España). España, 2013.**



En 2013, más de la mitad (55,6%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida.

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2013, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (84,2%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 34 años para el conjunto de las admisiones, sin diferencias remarquables según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 31 años, 6 años menos que para las admisiones con tratamiento previo. El 8,3% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrando diferencias según el sexo (tabla 2.1.1).

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, 2013.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	51.946	22.577	28.239	43.487	8.159
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	55,6	-	-	44,9	41,7
Edad media (años)	34	37	31	34	34
Mujeres (%)	15,8	14,8	16,5	-	-
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0
Enseñanza primaria	46,0	47,2	45,2	46,8	41,5
Enseñanzas secundarias	48,0	47,2	48,5	47,7	49,8
Estudios universitarios	4,5	4,0	4,8	4,0	7,1
Otros	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	25,7	24,0	27,1	26,5	22,0
Parado no habiendo trabajado	7,3	6,6	7,8	7,1	8,1
Parado habiendo trabajado	41,4	45,2	38,7	41,9	38,5
Otras	25,6	24,2	26,4	24,5	31,3
Nacidos fuera de España (%)	8,3	7,1	9,2	8,3	8,7
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	11,2	17,5	6,4	10,8	13,7
Médicos generales, atención primaria de salud	9,4	6,2	11,8	9,1	10,9
Hospitales u otros servicios de salud	5,7	6,3	5,3	5,2	8,8
Servicios sociales	4,4	3,2	5,3	3,9	7,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	9,1	11,1	7,6	9,5	7,2
Servicios legales o policiales	11,6	6,9	15,0	12,4	7,6
Empresas o empleadores	1,5	1,7	1,3	1,6	1,0
Familiares o amigos/as	12,1	7,3	15,8	12,3	11,1
Iniciativa propia	32,9	38,2	29,2	33,4	30,1
Otras	1,9	1,6	2,2	1,9	1,9
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	11,7	14,1	9,9	12,0	10,7
Únicamente con pareja	9,6	10,4	9,0	8,8	14,3
Únicamente con hijos	5,4	5,3	5,4	4,4	10,7
Con pareja e hijos/as	15,8	15,3	16,4	15,8	16,3
Con padres o familia de origen	43,7	37,6	48,7	45,5	34,0
Con amigos	2,6	2,8	2,4	2,5	3,3
Otros	11,0	14,5	8,2	11,1	10,7
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	88,7	84,1	92,7	88,5	90,3
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	4,9	6,8	3,3	5,3	2,4
Otras instituciones	1,8	2,7	1,1	1,8	2,2
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,7	0,3	0,5	0,5
Alojamientos inestables/precarios	2,2	3,2	1,4	2,2	2,6
Otros lugares	1,8	2,5	1,2	1,8	2,0

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	24,8	42,1	10,9	24,7	24,9
Heroína	22,6	39,6	9,1	22,8	21,5
Metadona	0,9	1,1	0,8	0,9	1,3
Otros Opioides	1,2	1,4	1,0	1,0	2,1
Cocaína	38,2	38,6	38,0	39,0	34,1
Cocaína CLH	36,7	37,3	36,3	37,4	32,8
Cocaína base	1,5	1,4	1,7	1,6	1,3
Otros estimulantes	1,8	1,3	2,1	1,7	2,1
Anfetaminas	1,3	1,2	1,4	1,3	1,5
MDMA y derivados	0,4	0,1	0,6	0,4	0,5
Otros estimulantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Hipnosedantes	2,3	1,7	2,8	1,5	6,1
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepinas	2,0	1,5	2,5	1,4	5,3
Otros hipnosedantes	0,2	0,1	0,3	0,1	0,7
Alucinógenos	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Cannabis	32,6	15,9	45,7	32,6	32,1
Otras sustancias	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,4	19,7	19,0	19,0	21,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	46,7	42,9	49,3	46,0	50,0
4-6 días/semana	7,1	6,2	7,7	7,4	5,6
2-3 días/semana	13,1	11,0	14,7	13,3	11,9
1 día/semana	5,5	4,9	5,9	5,5	5,2
Menos de 1 día/semana	6,9	7,3	6,7	7,0	6,2
No consumió	20,8	27,6	15,8	20,8	21,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,1	5,1	6,9	5,1	11,3
Pulmonar	54,7	51,5	57,1	55,0	53,0
Intranasal	33,4	33,2	33,8	34,1	30,1
Parenteral	4,8	8,8	1,5	4,8	4,5
Otras	1,0	1,4	0,7	1,0	1,2
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	13,5	24,3	5,2	13,8	12,3
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	4,3	7,4	1,9	4,4	3,9
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	4,4	8,1	1,4	4,3	5,2
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19,0	23,6	15,4	18,9	20,1
Negativo (sin fecha de análisis)	20,4	27,5	15,2	20,6	19,3
Sin análisis o resultado desconocido	56,1	40,7	68,0	56,2	55,3

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 (88,7%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2013, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones fue del 6,7 % y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (homeless) del 2,2%. El modelo más frecuente (43,7%) de convivencia es la familia de origen (con los padres).

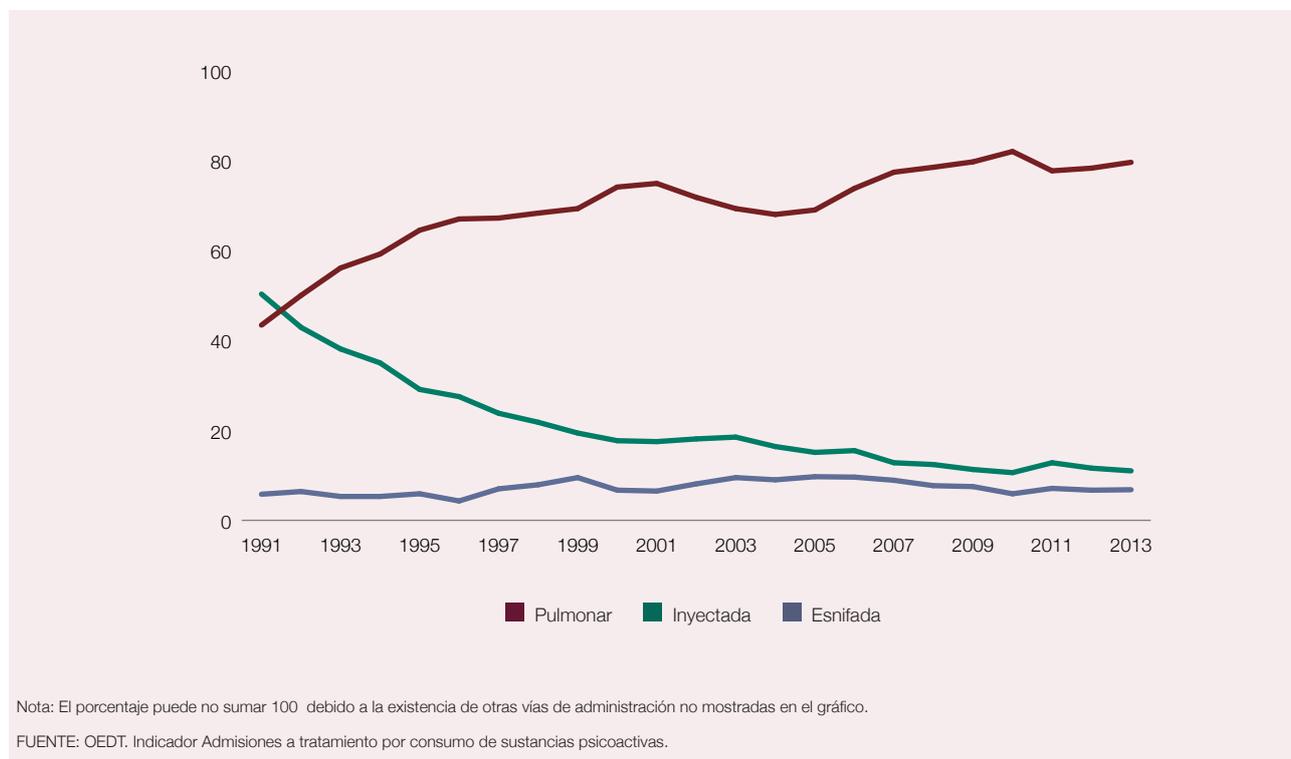
Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (45%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque aproximadamente un cuarto de los admitidos (26,3%) fueron remitidos por médicos de atención primaria, hospitales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada pero, en todos los casos, se mantienen las tendencias que se vienen observando en los últimos años. En 2013, la vía predominante es la pulmonar (54,7%) seguida de la esnifada (33,4%), la vía inyectada es minoritaria (4,8%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opiáceos.

En 2013, la vía de administración predominante entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína es la pulmonar (79,6%), seguida de la inyectada (11,0%) y la esnifada (6,8%). La vía inyectada mantiene la tendencia relativamente estable desde 2011 (figura 2.1.3).

**Figura 2.1.3.**

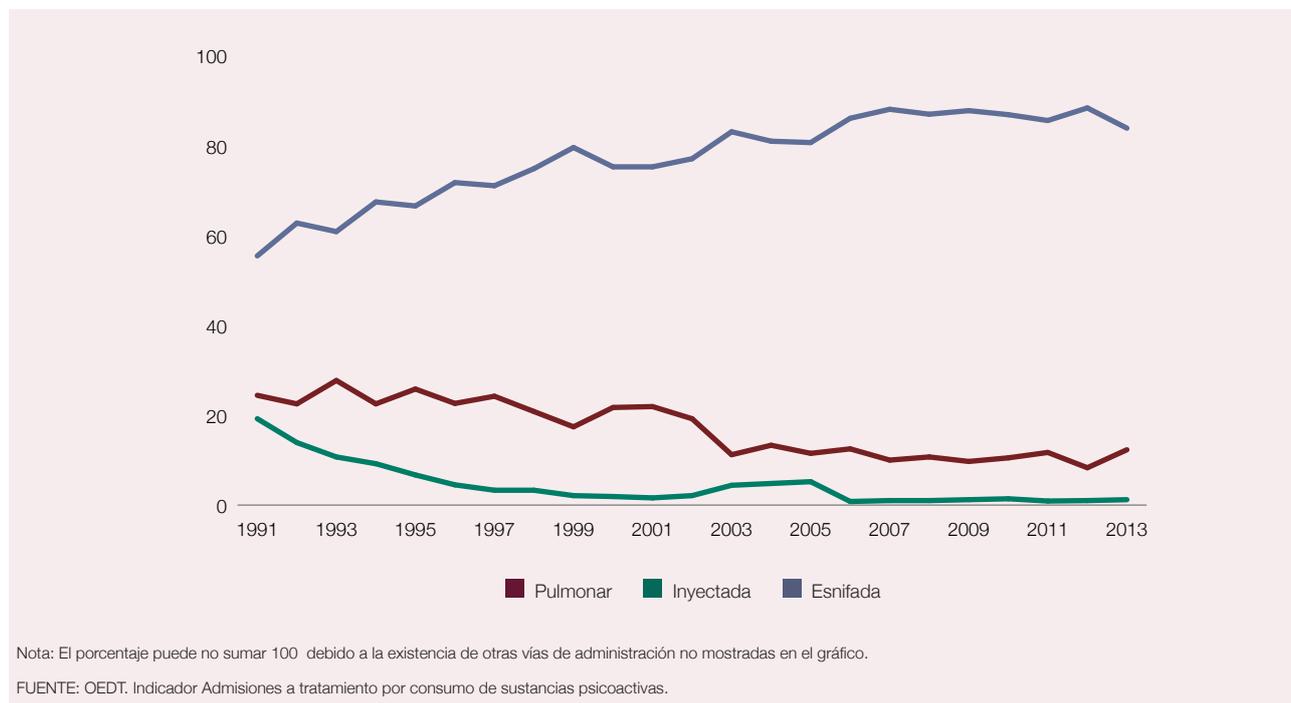
**Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2013.**



Entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (83,8%), seguida de la pulmonar (12,3%) y de la inyectada (1,2%), manteniéndose estable la distribución respecto a años anteriores (figura 2.1.4).

Figura 2.1.4.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2013.



En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.5.a refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años 90 y se ha estabilizado en torno a los 7000, para la inyección alguna vez en la vida y en torno a los 2.200 para la inyección en los últimos 12 meses. En 2013, se observa una tendencia descendente en el número de inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas. De las personas que iniciaron por primera vez tratamiento en 2013 se inyectaron, en los últimos 12 meses, 530 (figura 2.1.5.b).

Figura 2.1.5.a.

Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total tratados). España, 1996-2013.

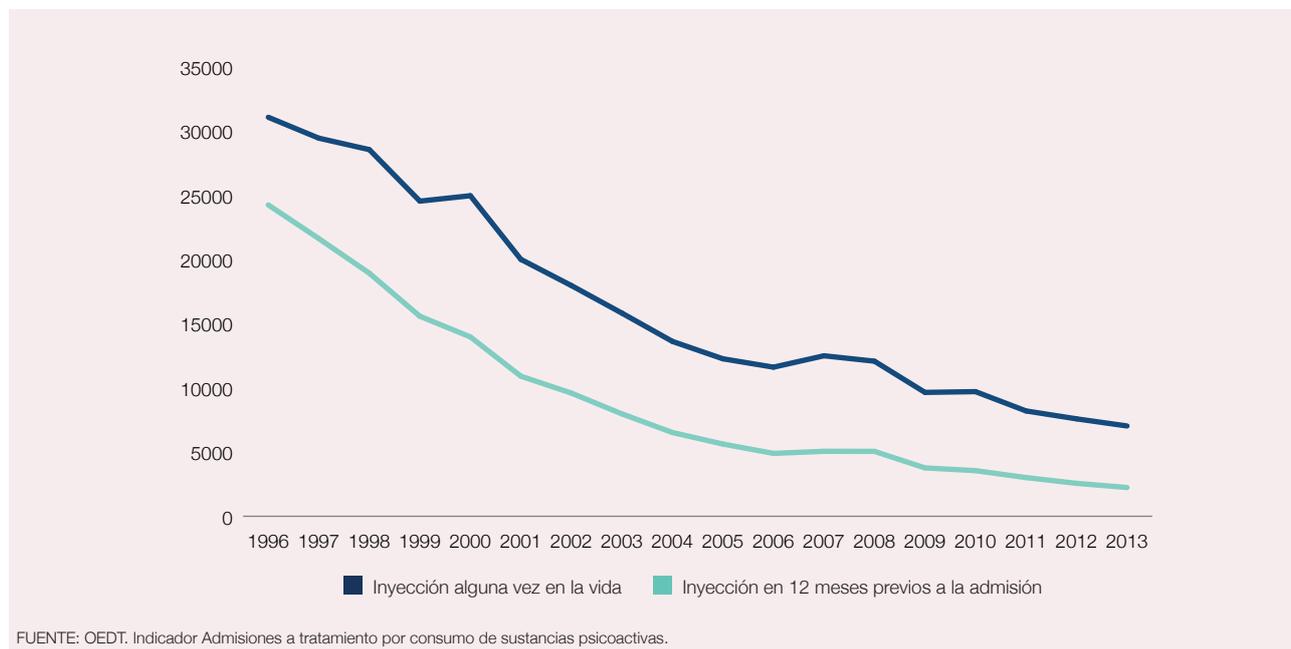
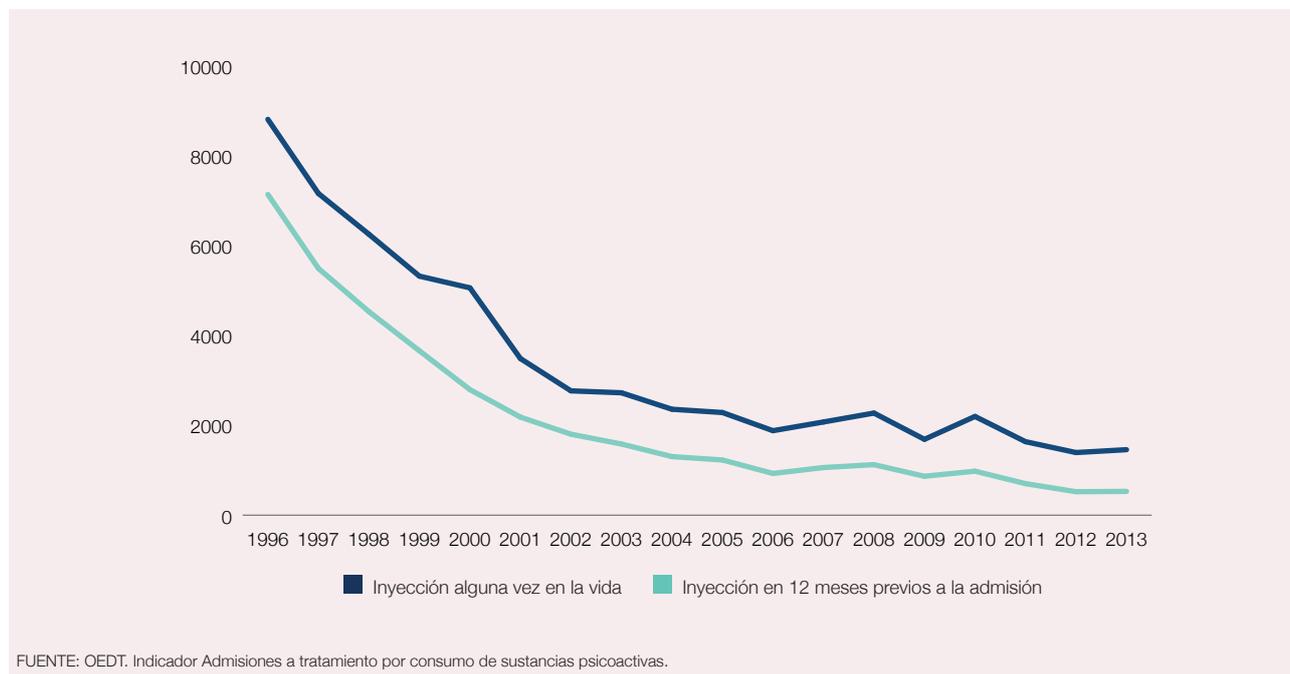


Figura 2.1.5.b.

Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (tratados por primera vez). España, 1996-2013.



## Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2013 es de 80.598, situándose el alcohol (35,5%) en primer lugar, seguido de la cocaína (24,6%), el cannabis (21,0%) y los opioides (16,0%) (tabla 2.1.2)

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte (57,6%) de los admitidos en 2013 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. El 42,4% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 33,7% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga, el 17,2% consumió dos drogas, el 5,5% admitió consumir 3 drogas y el 1,3% 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.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.3)

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína y por hipnosedantes fue de 41 años, por cocaína 35 años y por cannabis 26 años.

El nivel de estudios de los pacientes admitidos a tratamiento ha aumentado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2013 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (53,4%) habían finalizado estudios primarios, mientras que el 51,5% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 48,8% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Estas diferencias también se encuentran en la situación laboral; la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (37,3 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (16,9%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (18,8%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2013, vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (5,5%) que entre los admitidos por cannabis (0,9%) o cocaína (1,5%).

En 2013, más de la mitad 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 (22,3%) que entre los admitidos por cocaína (55,2%), cannabis (78,3%), anfetaminas (60%) o éxtasis (86,1%).

Con respecto al alcohol, la proporción de hombres es mayor que la de mujeres y la edad media de admisión a tratamiento es de 45 años. La mayoría consume alcohol todos los días y vive en pisos o casas. El 20% ha sido derivado por médicos de atención primaria.

**Tabla 2.1.2.**

**Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2013.**

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	19.848	24,6
Cocaína polvo	19.046	23,6
Cocaína base	794	1,0
Opioides	12.863	16,0
Heroína	11.756	14,6
Metadona (mal uso)	492	0,6
Otros opioides	615	0,8
Cannabis	16.914	21,0
Hipnosedantes	1.175	1,5
Estimulantes	923	1,1
Anfetaminas	671	0,8
Éxtasis y derivados	201	0,2
Otros estimulantes	51	0,1
Alucinógenos	120	0,1
Inhalantes volátiles	26	0,0
Otras drogas ilegales	77	0,1
Alcohol	28.652	35,5
<b>Total drogas ilegales</b>	<b>51.946</b>	<b>64,5</b>
<b>Total drogas ilegales y alcohol</b>	<b>80.598</b>	<b>100</b>

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.1.3.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2013.

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Hipnosedantes	Anfetaminas	Éxtasis y der.	Alucinógenos
Nº de casos	28.652	19.848	16.914	11.756	1.175	671	201	120
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	53,8	55,2	78,3	22,3	67,8	60,0	86,1	63,2
Edad media (años)	45	35	26	41	41	32	29	31
Mujeres (%)	22,1	14,1	15,6	15,0	42,4	18,5	19,1	15,8
Máximo nivel de estudios completado (%)								
Sin estudios	1,0	0,8	0,5	1,9	1,6	0,3	0,0	0,8
Enseñanza primaria	43,8	41,9	46,0	53,4	49,0	32,6	38,0	36,1
Enseñanzas secundarias	45,6	51,5	48,8	41,5	40,3	61,1	56,8	54,6
Estudios Universitarios	8,5	5,3	4,2	2,8	8,6	5,4	5,2	8,4
Otros	1,1	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6	0,0	0,0
Situación laboral principal (%)								
Trabajando	33,2	37,3	18,8	16,9	19,3	36,1	24,7	26,1
Parado no habiendo trabajado	2,7	4,4	10,4	7,7	8,4	5,7	9,3	5,9
Parado habiendo trabajado	36,1	41,5	34,3	51,2	41,6	44,2	42,8	37,8
Otras	28,1	16,8	36,6	24,2	30,7	14,1	23,2	30,3
Nacidos fuera de España (%)	10,7	7,8	9,3	8,4	6,5	4,2	3,1	11,7
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)								
Otros servicios tto. de drogodependencias	10,6	11,4	5,7	19,7	6,3	9,8	8,3	10,8
Médicos generales, atención primaria de salud	19,9	10,0	11,0	4,7	19,0	12,2	7,1	9,0
Hospitales u otros servicios de salud	9,8	5,3	5,7	5,0	10,6	11,4	1,8	9,9
Servicios sociales	10,1	4,5	5,7	2,4	5,7	3,3	5,3	6,3
Prisiones, centros de menores	5,9	8,1	7,2	13,5	11,5	5,5	10,1	5,4
Servicios legales o policiales	3,4	8,1	21,5	3,7	3,9	14,3	29,6	16,2
Empresas o empleadores	1,2	1,4	1,6	2,0	0,1	0,7	0,6	0,0
Familiares o amigos/as	11,9	13,5	15,3	5,3	11,7	14,6	12,4	13,5
Iniciativa propia	25,3	36,7	23,1	42,1	30,1	26,0	24,9	27,0
Otras	1,9	1,1	3,3	1,4	1,1	2,3	0,0	1,8
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Solo/a	18,4	12,3	7,4	16,6	14,2	15,8	9,3	11,9
Unicamente con pareja	11,7	11,4	6,2	11,2	11,0	7,6	8,2	7,6
Unicamente con hijos	7,2	5,7	5,4	4,7	7,5	4,1	4,1	6,8
Con pareja e hijos/as	26,4	22,0	9,8	13,5	23,2	10,9	7,7	7,6
Con padres o familia de origen	25,6	37,4	59,9	32,8	31,5	47,9	61,3	47,5
Con amigos	2,2	2,3	2,3	3,8	1,7	3,6	2,6	6,8
Otros	8,6	8,9	9,1	17,3	11,0	10,2	6,7	11,9
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Casas, pisos, apartamentos	91,8	91,7	93,0	77,6	89,1	90,3	96,4	93,2
Prisiones, centros de menores	1,4	3,9	3,1	9,3	4,4	3,2	1,5	4,2
Otras instituciones	1,8	1,4	1,4	3,2	1,4	1,1	1,0	0,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,4	0,2	0,9	0,7	0,3	0,5	0,0
Alojamientos inestables/precarios	2,3	1,5	0,9	5,5	1,8	2,6	0,0	0,8
Otros lugares	2,1	1,1	1,4	3,5	2,6	2,6	0,5	0,8

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Hipnosedantes	Anfetaminas	Éxtasis y der.	Alucinógenos
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	22	21	16	21	28	20	20	22
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	99,3	2,0	2,3	0,8	97,9	23,1	86,3	39,3
Pulmonar	0,3	14,5	96,9	74,0	1,0	4,5	3,3	10,3
Intranasal	0,2	80,3	0,5	6,5	0,6	71,1	9,8	45,3
Parenteral	0,0	2,3	0,0	16,6	0,2	1,2	0,0	4,3
Otras	0,2	0,9	0,3	2,1	0,3	0,2	0,5	0,9
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	58,9	22,3	67,3	51,3	83,3	25,6	13,8	33,0
4-6 días/semana	6,2	10,4	5,5	4,8	2,0	11,0	2,4	11,3
2-3 días/semana	11,1	22,6	8,1	5,8	3,2	25,4	18,6	21,7
1 día/semana	4,6	10,4	2,7	2,0	0,6	9,0	7,2	2,8
Menos de 1 día/semana	5,2	12,2	3,5	3,8	1,3	9,4	18,6	8,5
No consumió	14,1	22,1	12,9	32,2	9,6	19,6	39,5	22,6
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)								
1. Opiáceos	6,7	8,0	3,3	10,5	14,0	4,2	2,3	3,8
11. Heroína	5,9	7,1	2,7	0,0	9,1	3,5	1,5	3,8
12. Metadona	0,4	0,5	0,2	7,7	3,0	0,2	0,0	0,0
13. Otros opiáceos	0,4	0,4	0,5	2,8	1,9	0,4	0,8	0,0
2. Cocaína	60,8	0,5	33,2	54,7	35,1	31,8	44,6	50,6
21. Cocaína CIH	60,1	0,3	32,7	50,0	32,3	31,8	43,1	49,4
22. Base cocaína	0,8	0,2	0,5	4,7	2,8	0,0	1,5	1,3
3. Estimulantes	4,8	10,0	10,7	3,4	4,7	7,5	10,0	29,1
31. Anfetaminas	3,1	4,6	5,4	2,2	3,0	–	7,7	15,2
32. MDMA y derivados	1,6	5,0	5,0	1,1	1,5	6,1	–	12,7
33. Otros estimulantes	0,3	0,4	0,4	0,1	0,2	1,3	2,3	1,3
4. Hipnóticos y sedantes	9,1	7,0	4,7	18,5	0,8	4,2	3,1	1,3
41. Barbitúricos	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	8,6	6,5	4,5	17,8	0,4	3,7	3,1	1,3
43. Otros hipnosedantes	0,5	0,4	0,1	0,6	0,4	0,4	0,0	0,0
5. Alucinógenos	1,2	2,0	2,0	1,1	0,4	6,6	10,8	1,3
51. LSD	0,1	0,2	0,2	0,3	0,0	0,7	1,5	1,3
52. Otros alucinógenos	1,1	1,8	1,8	0,7	0,4	5,9	9,2	0,0
6. Inhalables volátiles	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
7. Cannabis	53,5	49,9	–	46,8	54,2	62,3	60,8	49,4
8. Alcohol	–	73,6	80,2	38,1	57,0	62,5	53,1	59,5
9. Otras sustancias	0,8	1,0	1,0	1,0	1,3	0,2	0,0	0,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	3,3	5,7	2,6	41,7	8,2	6,3	6,5	3,3
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	0,8	2,2	0,8	13,2	1,2	2,8	1,5	2,5
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	2,9	1,9	0,7	13,7	2,8	0,7	2,5	3,3
Negativo (análisis últimos 6 meses)	46,6	22,7	12,5	23,0	14,2	18,8	12,4	15,8
Negativo (sin fecha de análisis)	31,4	21,3	13,4	29,2	18,8	21,3	12,4	22,5
Sin análisis o resultado desconocido	19,0	54,1	73,4	34,1	64,2	59,2	72,6	58,3

Nota: El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

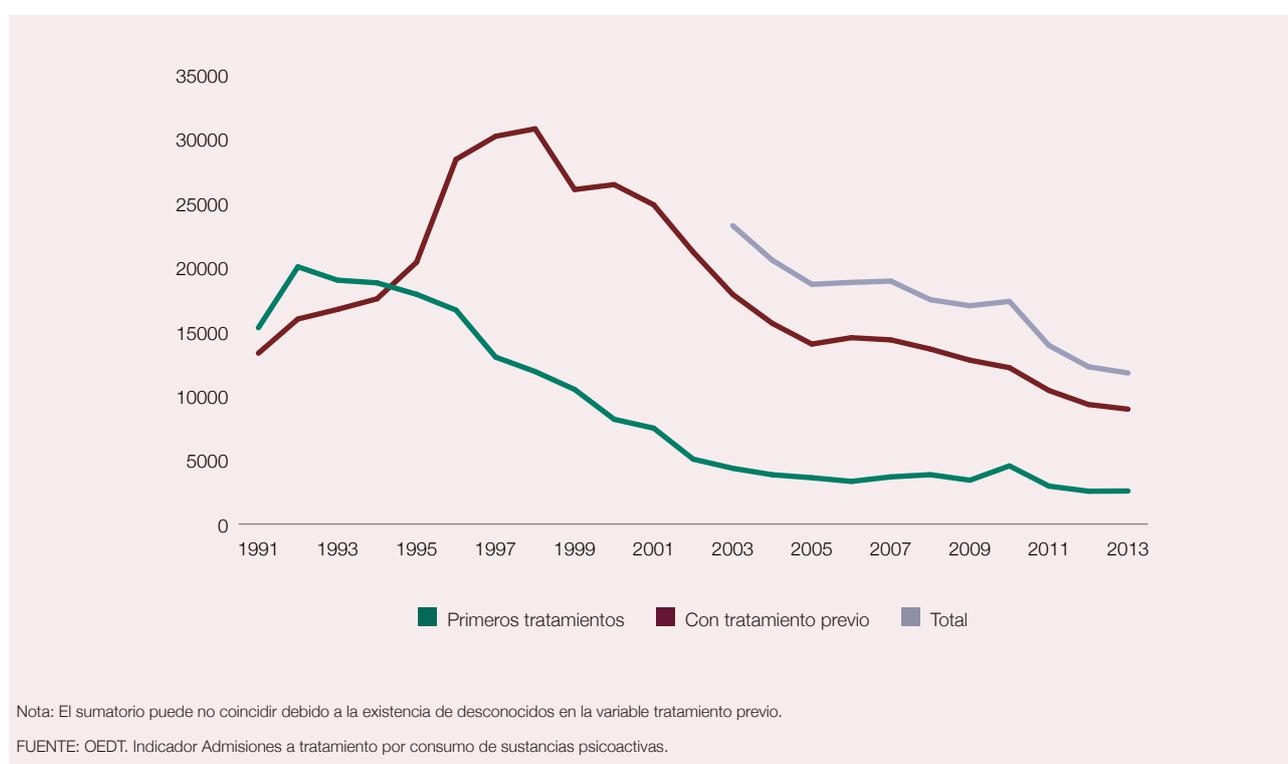
## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 11.756 en 2013, lo que supone el valor más bajo desde que se inició el registro de este indicador. Este descenso, se justifica por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (8.940 personas) y que supone la cifra más baja desde 1991. Los admitidos por primera vez muestran una estabilización y presentan los valores más bajos de la serie histórica (figura 2.1.6).

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos; un varón de 40 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 10% han vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente cocaína, cannabis y alcohol.

Figura 2.1.6.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2013.



## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 19.848 en 2013.

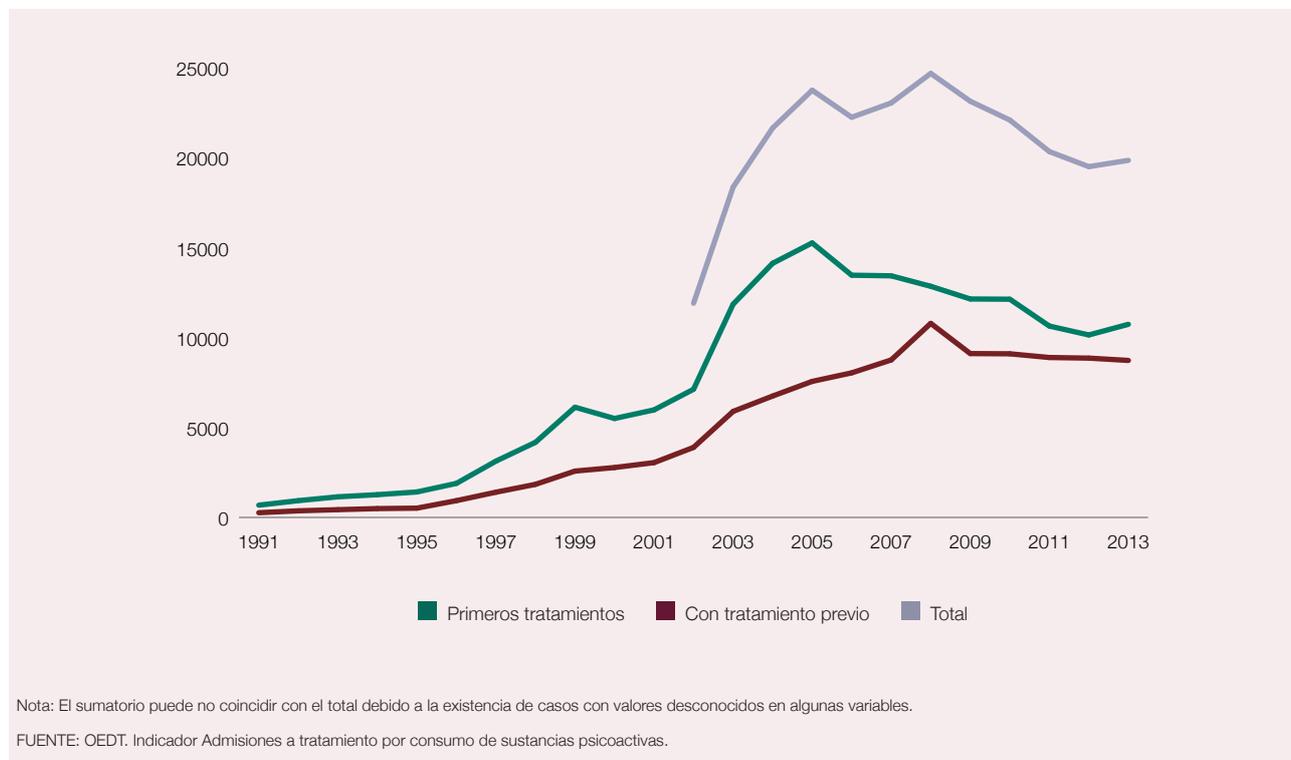
El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años).

Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a las 10.000. A partir de 2011 parece haberse estabilizado (10.734 en 2013). Será preciso vigilar la evolución en los próximos años (figura 2.1.7).

El perfil de los admitidos a tratamiento por cocaína es el de un varón de 35 años que nunca ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación secundaria, trabajando o parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo no diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente alcohol (73,6%) y cannabis (49,9%).

**Figura 2.1.7.**

**Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína. España, 1991-2013.**



## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2013 fue de 16.914.

El número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha seguido una tendencia ascendente que, en los últimos años, ha sido muy pronunciada. En 2013, el cannabis se ha convertido en la sustancia responsable del mayor número de admisiones a tratamiento en personas sin tratamiento previo, superando a la cocaína.

El aumento del peso del cannabis en el total de los admitidos a tratamiento se debe al incremento del número de personas que han acudido, por primera vez a tratarse, 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. (figura 2.1.8)

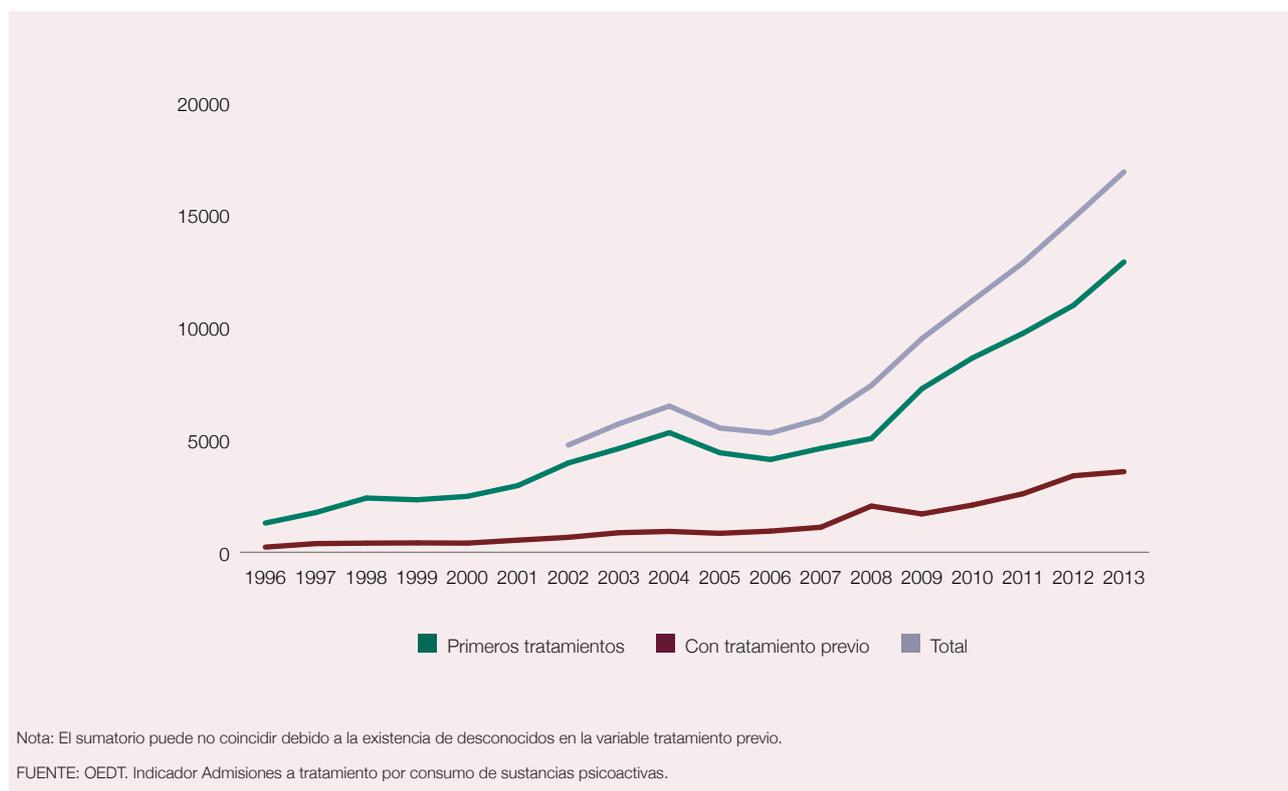
Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en España. Así, el 95% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2013 en nuestro país, lo han hecho por problemas con el consumo de cannabis.

Este ascenso es coherente con la información procedente de otras fuentes de información del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 26 años que acude por primera vez a tratamiento por esa misma sustancia. Acude por iniciativa propia, por presión familiar o derivado de servicios legales, vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidor de otras, principalmente alcohol.

Figura 2.1.8.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2013.



## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2013, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes fue 1.175.

Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia claramente ascendente, registrándose en 2013 el valor más alto desde el inicio de la serie (figura 2.1.9).

Esta tendencia es coherente con el aumento de las prevalencias de consumo registrado en la encuesta en población general (EDADES) de 2013 y en el resto de indicadores del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (mortalidad, urgencias, etc.).

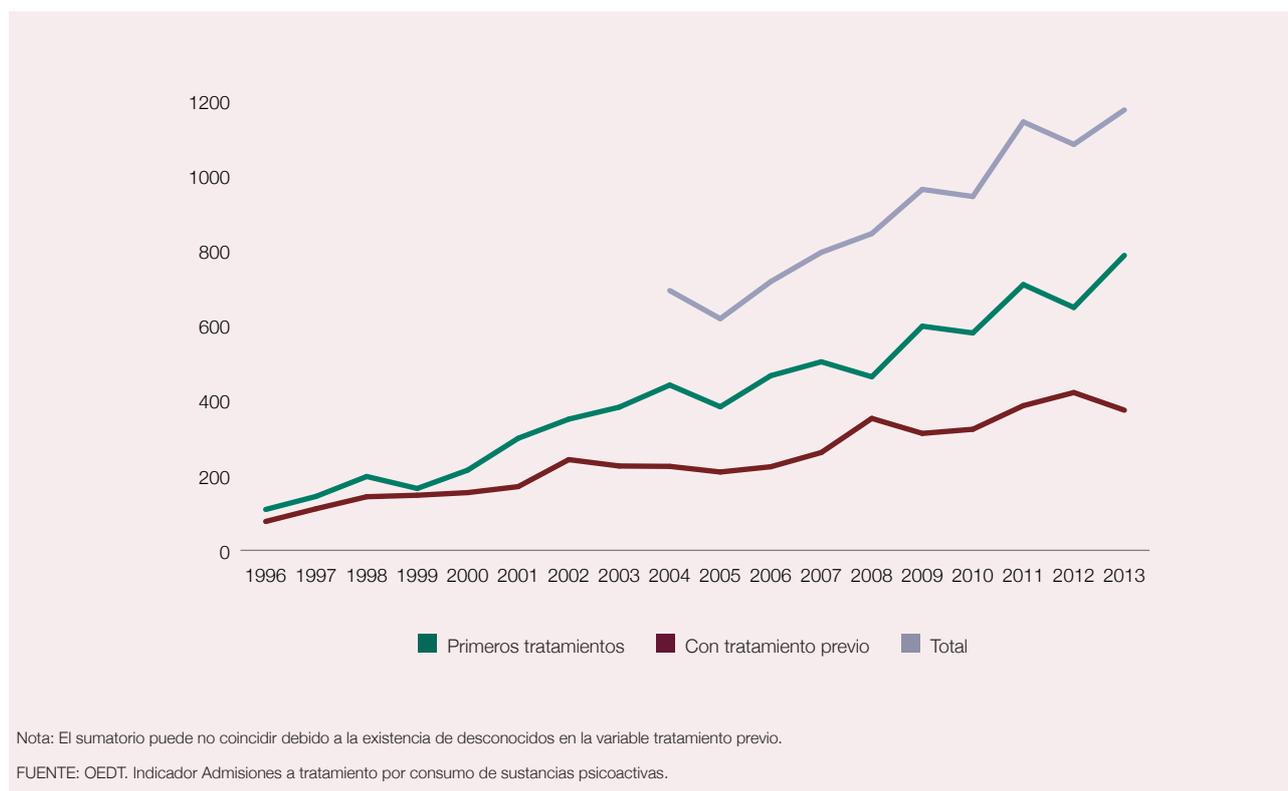
En el caso de los hipnosedantes el porcentaje de mujeres en las admisiones a tratamiento es mucho más elevado que en el resto de sustancias, superando el 40% del total de admisiones.

Por ello se diferencian dos perfiles en función del sexo:

- El perfil de los hombres admitidos a tratamiento por hipnosedantes es el de un varón de 37 años que entra por primera vez a tratamiento, que acude por iniciativa propia o derivado de algún centro de reforma, prisión, etc. y que vive con su familia de origen. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- El perfil de las mujeres admitidas a tratamiento por hipnosedantes es el de una mujer de 45 años, que entra por primera vez a tratamiento, que acude por iniciativa propia o referida por el médico de atención primaria y que vive con su pareja e hijos. Un 10% de las admitidas se dedican a las tareas del hogar. Consume además alcohol (droga secundaria).

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2013.



## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2013, el 1,8% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es mínimo.

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha seguido una tendencia descendente de 2003 a 2010, año a partir del cual aumentan los admitidos a tratamiento, situándose en 201 en 2013.

Las admisiones a tratamiento por anfetaminas muestran, de manera global, una tendencia ascendente, alcanzando su valor máximo (671) en 2013 (figura 2.1.10). El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos; un varón de 32 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria y parado, que vive con la familia de origen (tabla 2.1.3).

Las admisiones a tratamiento por alucinógenos se sitúan en niveles relativamente bajos (menos de 100 casos en toda España). Desde 2006 se observa una tendencia ascendente que podría explicarse, en parte, por el aumento del número de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina, que pasa de 10 casos en 2006 a 70 casos en 2013 (figura 2.1.11).

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2013.

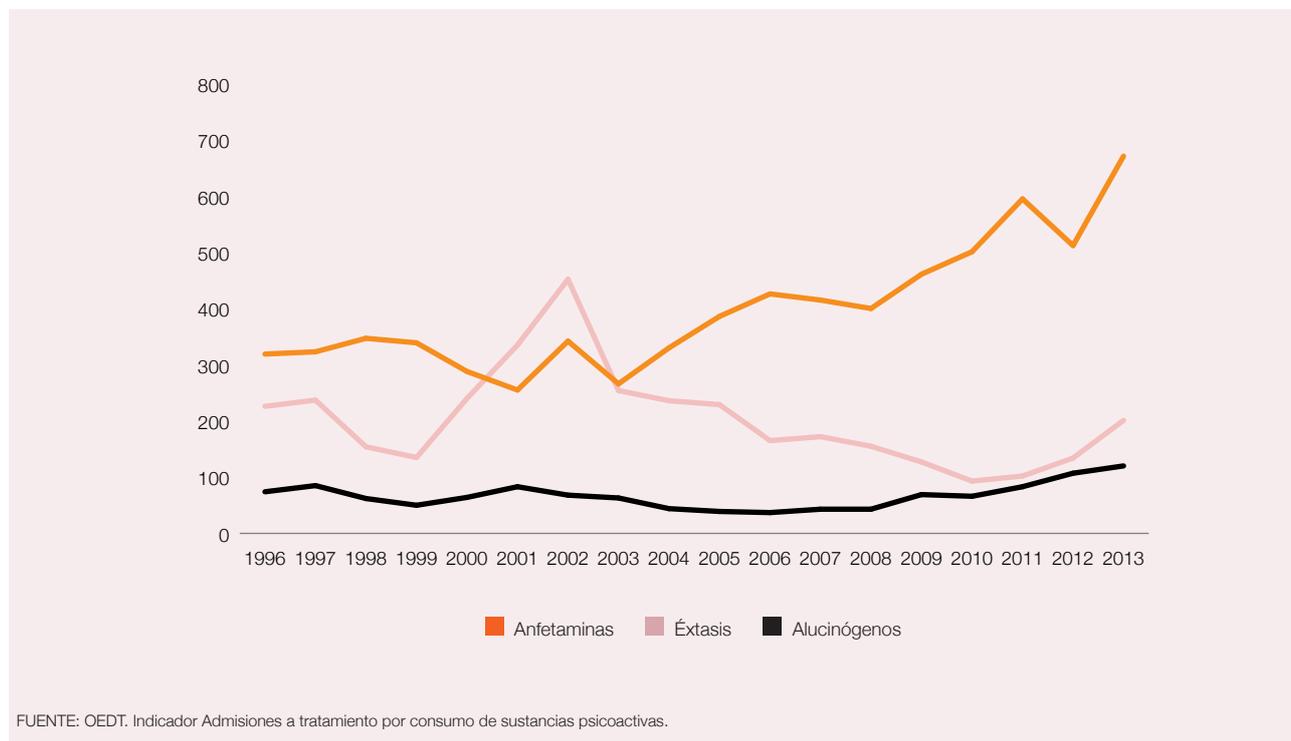
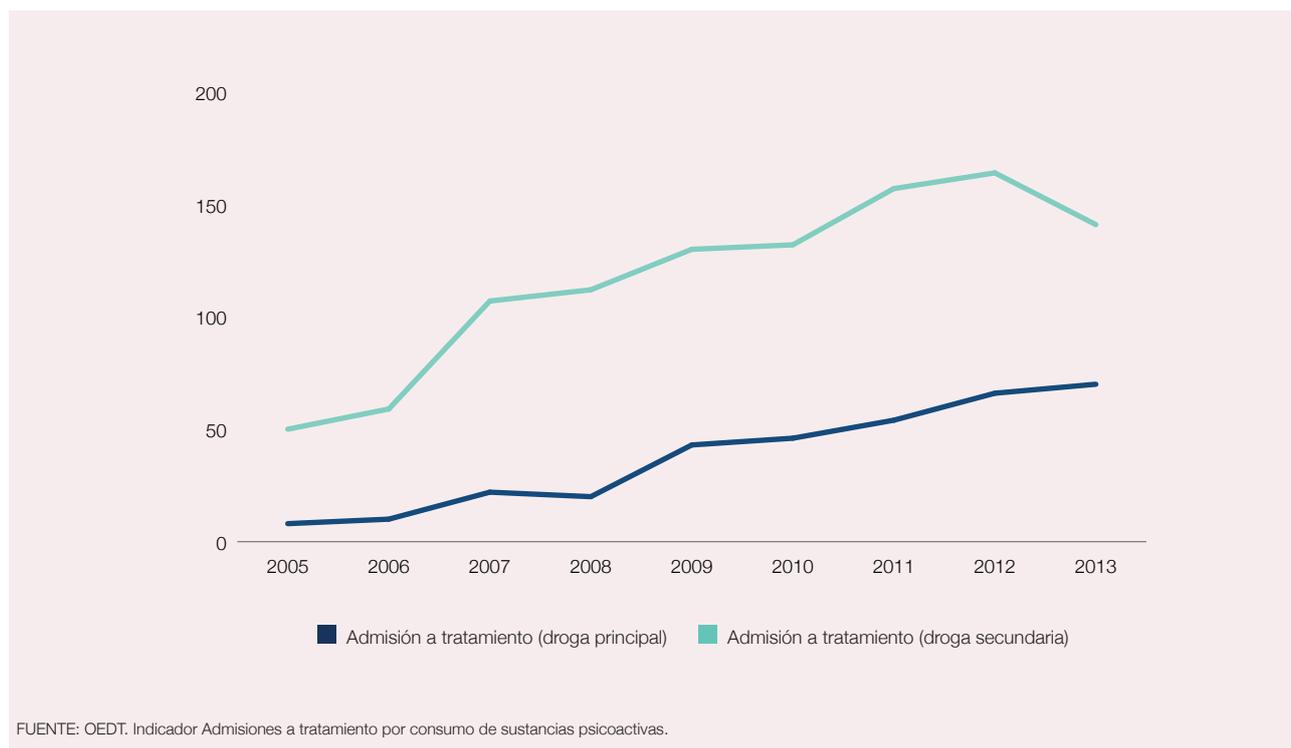


Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2013.



## Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

En 2013, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 28.652, cifra que mantiene cierta estabilidad desde 2010 (figura 2.1.12).

El alcohol es responsable, en 2013, de casi 4 de cada 10 admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El perfil de los admitidos por alcohol, es el de un varón de 45 años que vive con su pareja y/o hijos, que acude derivado de otros centros de tratamiento y consume todos los días. La mayoría (74,2%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cannabis y cocaína (drogas secundarias).

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2013.



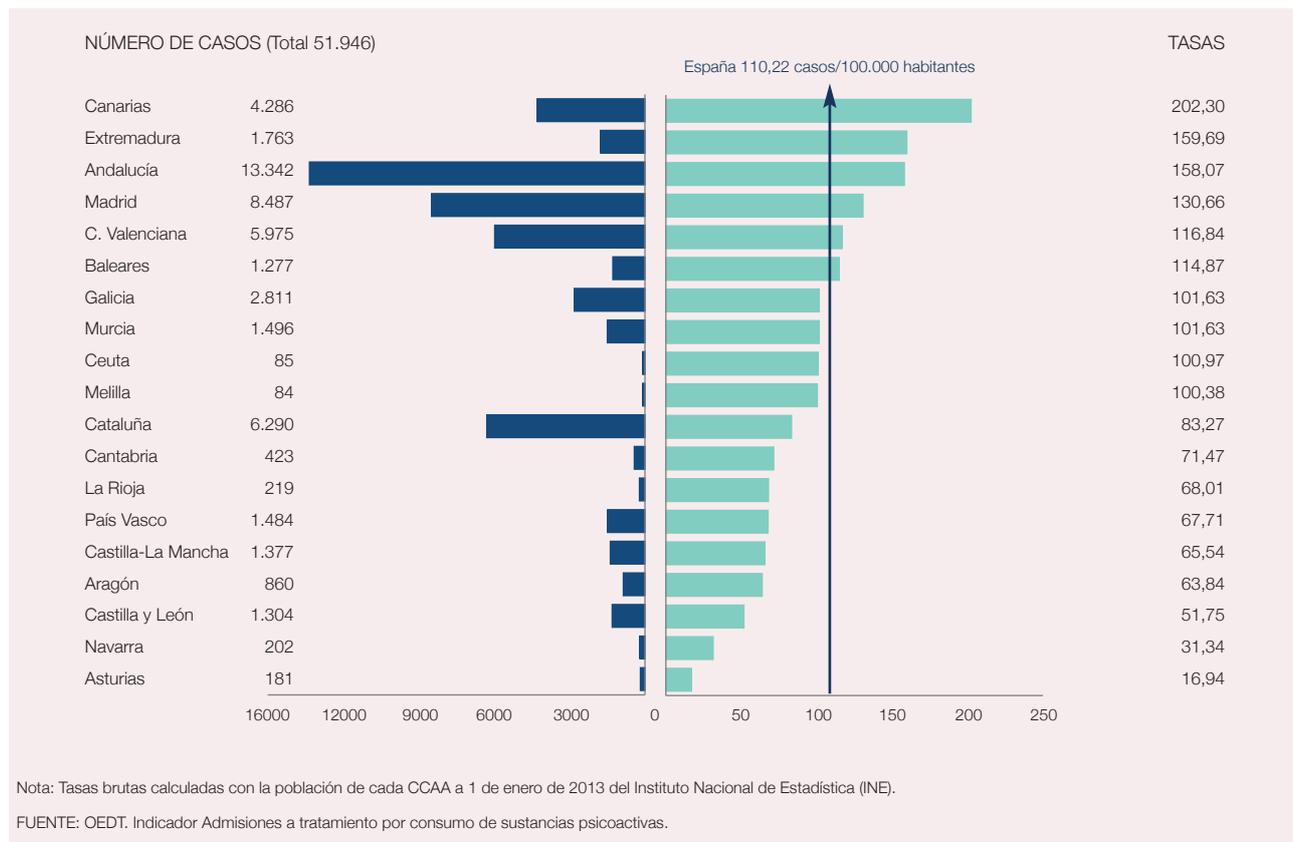
## Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por Comunidad/Ciudad Autónoma (figura 2.1.13).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/cien mil habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la prevalencia de consumo y la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.13.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2013.



## 2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2013

### Introducción

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

En España, uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Este 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 Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación se presenta la metodología y principales resultados de este indicador.

### Metodología

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

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada Comunidad/Ciudad Autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías; algunas CCAA, como Cataluña o Castilla y León, realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987. La cobertura geográfica ha ido incrementándose progresivamente. En 2013, notificaron la indicador 17 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Galicia y Ceuta).

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<sup>1</sup>.

1. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

## Resultados

En 2013 se notificaron 12.037 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 5.715 (47,5%) 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 y en la tabla 2.2.1 se presenta la evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas desde 1996.

La serie histórica permite apreciar una considerable disminución de la heroína como responsable de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas y un aumento muy destacable del cannabis.

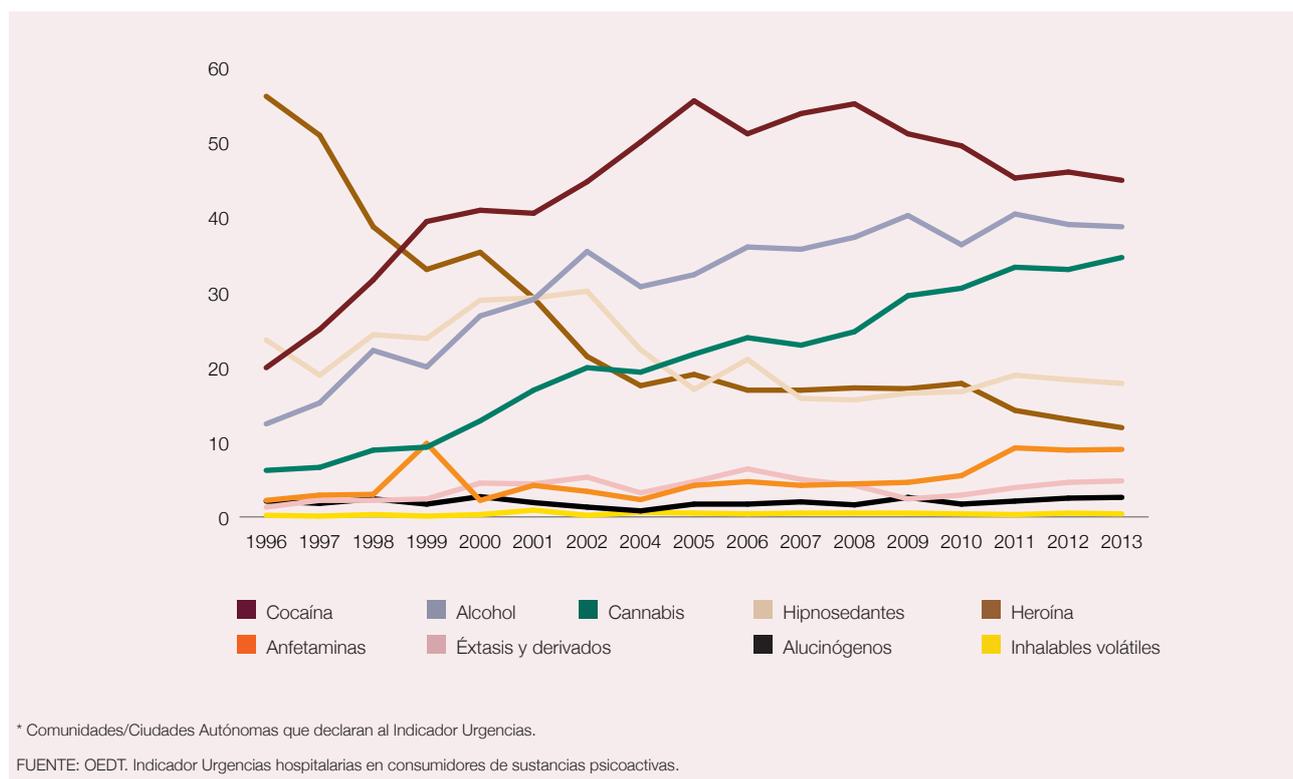
En 2013, el cannabis se relaciona con más del 34% de las urgencias y es la única sustancia en la que se observa una clara tendencia ascendente. Tal y como muestran los datos procedentes del resto de indicadores y de las encuestas nacionales, el cannabis ocupa una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España y su presencia se ha consolidado en los últimos años.

La cocaína se mantiene, en 2013, como la droga relacionada con el mayor número de episodios de urgencia, está presente en más del 44% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, seguida del alcohol. Debe tenerse en cuenta que el alcohol se registra, únicamente, cuando se presenta junto con otra droga, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representan datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias.

La heroína continúa descendiendo, relacionándose con cerca del 12% de las urgencias, dato coherente con la información de otros indicadores que muestran una disminución progresiva del peso relativo de esta sustancia (Indicador Admisiones a tratamiento, estimación del número de inyectores, etc.).

Figura 2.2.1.

Porcentaje de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España\*, 1996-2013.



\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Las anfetaminas han mostrado una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2013, con ligeras variaciones. A partir de 2011 se aprecia un aumento, que se ha estabilizado en los últimos tres años (9% en 2013).

El éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de la serie histórica. Desde 2009 se aprecia una tendencia ascendente, alcanzando en 2013 un valor cercano al 5%.

Los alucinógenos se mantienen en niveles relativamente bajos y estables en los últimos años, en torno al 3%.

**Tabla 2.2.1.**

**Número y porcentaje de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España\*, 1996-2013.**

	Nº de episodios	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetaminas	Éxtasis y der.	Alucinógenos	Inhalables volátiles
1996	2.585	19,9	6,2	56,1	2,2	1,3	2,1	0,2
1997	1.932	25,0	6,6	50,9	2,9	2,2	1,8	0,1
1998	2.099	31,6	8,9	38,7	3,0	2,2	2,4	0,3
1999	2.141	39,4	9,3	33,0	9,8	2,4	1,7	0,1
2000	2.328	40,9	12,8	35,3	2,2	4,5	2,7	0,3
2001	2.145	40,5	16,9	29,2	4,2	4,4	1,9	0,9
2002	2.673	44,7	19,9	21,4	3,4	5,3	1,3	0,2
2004	5.828	50,0	19,3	17,5	2,3	3,2	0,8	0,6
2005	7.089	55,5	21,7	19,0	4,2	4,7	1,7	0,5
2006	7.042	51,1	23,9	16,9	4,7	6,4	1,7	0,4
2007	7.822	53,8	22,9	16,9	4,2	5,0	2,0	0,5
2008	6.431	55,1	24,7	17,2	4,4	4,2	1,6	0,5
2009	5.567	51,1	29,5	17,1	4,6	2,4	2,6	0,5
2010	5.626	49,5	30,5	17,8	5,5	2,9	1,7	0,4
2011	5.279	45,2	33,3	14,2	9,2	3,9	2,1	0,3
2012	5.999	46,0	33,0	13,0	8,9	4,6	2,5	0,5
2013	5.715	44,9	34,6	11,9	9,0	4,8	2,5	0,4

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

En las tablas 2.2.2 y 2.2.3 se presentan algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en 2013 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie histórica, situándose entre el 20% y el 30%. En general, no se observan diferencias en las sustancias consumidas en función del sexo, salvo para los hipnosedantes, que es superior entre las mujeres que entre los hombres.

Tabla 2.2.2.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España\*, 1996-2013.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279	5.999	5.715
Edad media (años)	28	28	29	29	30	30	30	31	31	32	32	32	33	33	33	33	33
Sexo (%)																	
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7	26,1	26,1
Condición legal																	
Detenidos (%)	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	4,9	4,2	3,7	4,1	3,8
Resolución de la urgencia (%)																	
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5	8,2	9,4
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	8,1	10,2	12,5	12,5	14,8
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6	3,3	2,9

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (Total, según sexo y según droga). España\*, 2013.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hiprosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opiáceos	Éxtasis y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	5.715	4.219	1.490	2.490	2.143	1.919	985	659	500	316	265	145	21
Edad media (años)	33	33	32	34	34	30	36	37	29	39	27	28	30
Sexo (%) mujeres	26,1	-	-	24,6	24,6	24,6	29,5	21,9	26,2	28,5	28,0	22,9	33,3
Detenidos (%)	3,8	4,4	2,0	4,2	3,4	4,5	4,6	3,8	2,6	6,7	3,4	3,4	0,0
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	72,8	72,6	73,3	71,4	74,2	74,5	65,6	62,4	77,5	65,7	78,4	63,1	63,2
Alta voluntaria	9,4	9,6	8,8	9,8	10,3	6,7	10,6	8,8	8,1	11,2	11,6	16,5	5,3
Ingreso hospitalario	14,8	14,9	14,4	15,4	12,8	15,4	20,3	24,2	11,3	19,8	8,0	17,5	15,8
Muerte en urgencias	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,9	2,8	3,3	3,4	2,6	3,4	3,4	4,0	2,8	3,3	2,0	2,9	15,8

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (1996) a 33 años (2013), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con cocaína. En los últimos cinco años la edad media se mantiene estable. No obstante, el análisis por sustancias muestra que tienen edad más avanzada aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opiáceos e hipnosedantes y son más jóvenes los que acuden por el consumo de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas.

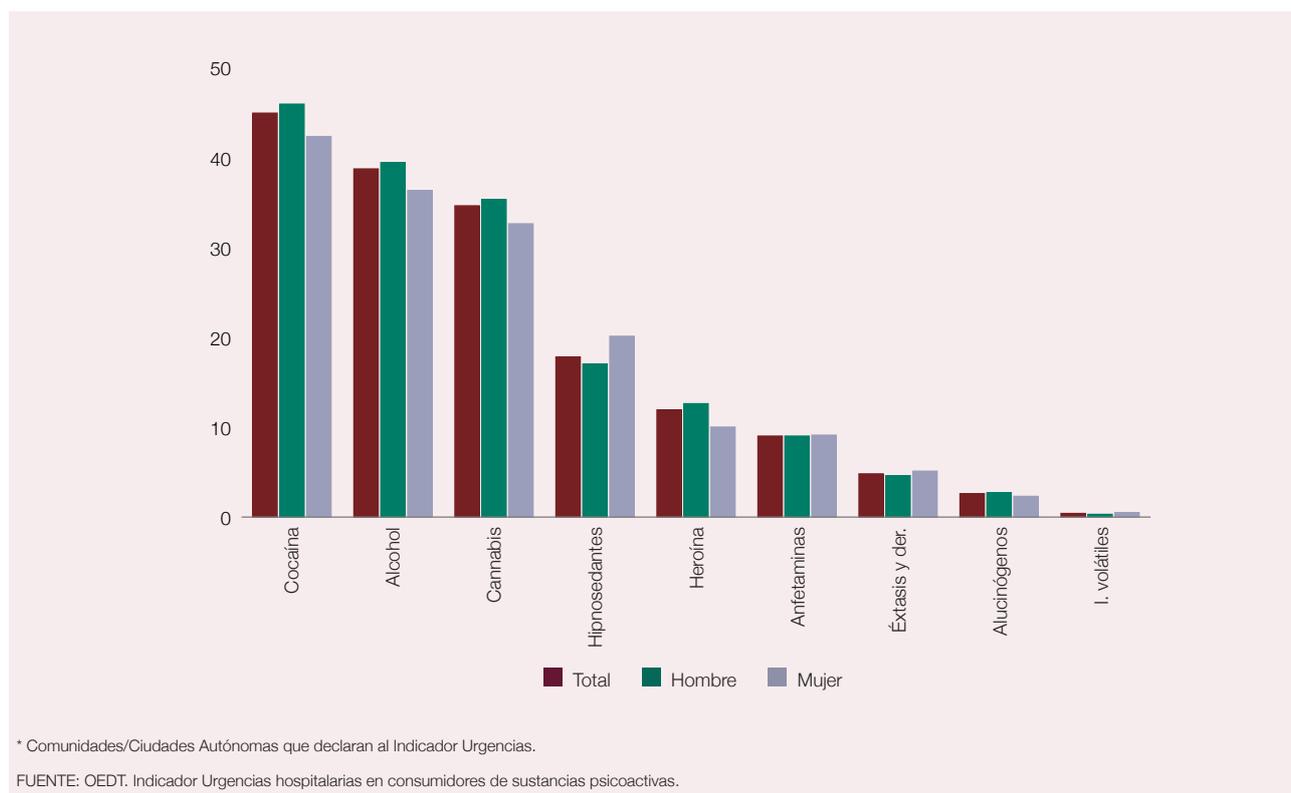
La condición legal de los pacientes también ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997, año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2006 (3,7%). Desde ese momento se mantiene relativamente estable alrededor del 4%.

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (72,8% en 2013). La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína y más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis.

En la figura 2.2.2 se presenta el porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2013, según tipo de sustancia y sexo. En primer lugar se sitúa la cocaína seguida del alcohol y del cannabis. Existen algunas diferencias en función del sexo destacando el mayor porcentaje para el alcohol, la cocaína y el cannabis en hombres y para hipnosedantes en mujeres.

**Figura 2.2.2.**

**Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas ilegales, según tipo de sustancia psicoactiva (total, hombres y mujeres). España\*, 2013.**



La tabla 2.2.4 muestra los datos según la vía de administración. Debe tenerse en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben valorarse con cautela.

En 2013, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (60%), seguida de la pulmonar y la intranasal, y en las urgencias relacionadas con la cocaína, lo fue la vía intranasal (61%) seguida de la parenteral y de la pulmonar.

El peso de la vía inyectada es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores.

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opiáceos diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque existe el uso de la vía parenteral en cerca del 2% de los casos. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (97,3%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (2,2%).

**Tabla 2.2.4.**

**Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España\*, 2013.**

	Cocaína	Cannabis	Heroína	Anfetaminas	Éxtasis y der.	Alucinógenos
Oral	0,5	2,2	0,2	69,9	98,6	54,8
Pulmonar (fumada)	18,5	97,3	30,6	10,6	0,0	11,3
Intranasal (esnifada)	61,2	0,4	9,5	18,7	0,0	17,7
Parenteral (inyectada)	19,6	0,1	59,6	0,4	0,7	16,1
Otra vía	0,2	0,1	0,1	0,4	0,7	0,0

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

## 2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2013. 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 pues las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte suele ser el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. Una posibilidad es monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas, y que actualmente incluye otras sustancias. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe, habitualmente, documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)<sup>1</sup> notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas (OEDT)<sup>1</sup> y el Registro General de Mortalidad (INE)<sup>3</sup>.

A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España, y la estimación resultante de combinar ambos.

1. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. INE. Instituto Nacional de Estadística (INE). <http://www.ine.es/>

## Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

### Metodología

---

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y cocaína pero, actualmente se notifican además otras sustancias psicoactivas.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2013 notificaron datos 17 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias y Galicia).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad no son las mismas todos los años, se analizan dos series de datos, en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador (diferentes según el año) y, en la segunda los datos de seis ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas seis ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión. La descripción detallada así como la ficha de recogida de datos pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas<sup>4</sup>.

### Resultados

---

Los resultados muestran que, de manera global, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, en 2013 se mantiene una tendencia que viene siendo más o menos estable en los últimos años, con algunos picos que se justificarían por variaciones en la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas, mejoras en el registro o modificaciones de los partidos judiciales notificados.

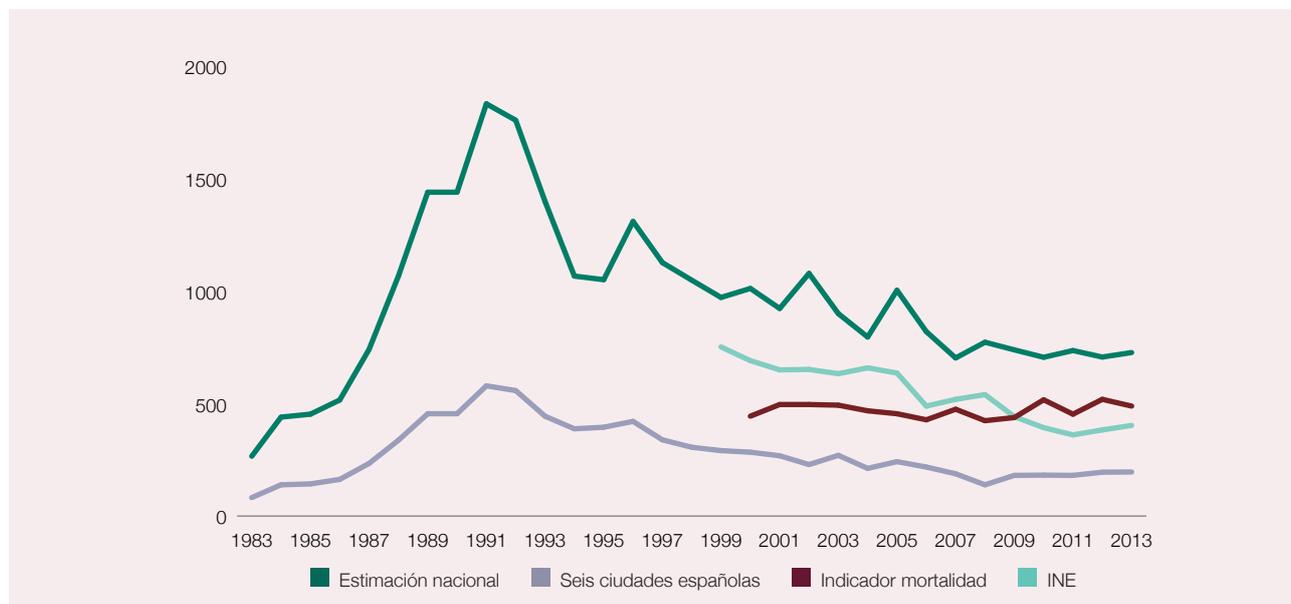
En 2013, se notificaron 489 defunciones. El 80,7% de los fallecidos fueron varones frente a un 19,3% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 43 años, manteniéndose el aumento iniciado en 2003. En 2013, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años. En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (61,3%).

---

4. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según diferentes fuentes de información. España, 1983-2013.



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067	1.051	1.310	1.127	1.049
Seis ciudades españolas	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388	395	421	339	306
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Estimación nacional	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	739	706	736	707	727	
Seis ciudades españolas	291	284	268	229	270	212	242	218	188	139	181	182	181	195	196	
Indicador mortalidad	-	444	496	496	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	
INE	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	

Estimación Nacional: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDT y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro específico de mortalidad: seis ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro específico de mortalidad: CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro general de mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística). Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En la mayoría de los cadáveres, hubo evidencia de consumo reciente de drogas (85,8%) y el 16,2% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (88,9%), no hubo evidencias de suicidio. En el 36% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología frente a VIH fue positiva en el 31,5% de los casos (tabla 2.3.1).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2013, el perfil de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón mayor de 40 años, soltero, sin patología previa, que ha consumido recientemente alguna sustancia y en el que no se evidencian signos de suicidio. Este perfil se viene manteniendo en los últimos años. 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 2013. Los datos que se presentan 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. Hay que tener en cuenta que lo habitual es que se detecte más de una sustancia en las autopsias de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Los opioides fueron la droga ilegal identificada en un mayor número de fallecidos (77,3%). Los hipnosedantes se mantienen como segunda sustancia más prevalente (62,8%), tras mostrar, desde 2009, una tendencia ascendente y superar a la cocaína en 2010. La cocaína mantiene la tendencia descendente iniciada en 2008, estando presente en el 54,1% de las muertes en 2013.

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España\*, 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453**	519	489
Sexo(%)											
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3
Edad media (años)	35	37	36	37	38	38	38	40	40	42	43
Grupo de edad (años)											
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6
>= 45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3
Estado civil(%)											
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1,0
Procedencia del cadáver (%)											
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6,0
Evidencias de consumo reciente (%)											
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2
Evidencia de suicidio (%)											
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9
Signos recientes venopunción (%)											
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)											
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0
Anticuerpos anti-VIH (%)											
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

\*\* El número de fallecidos incluye 45 casos de Galicia de los que no se dispone de información desagregada para el resto de las variables.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España\*, 1983-2013.

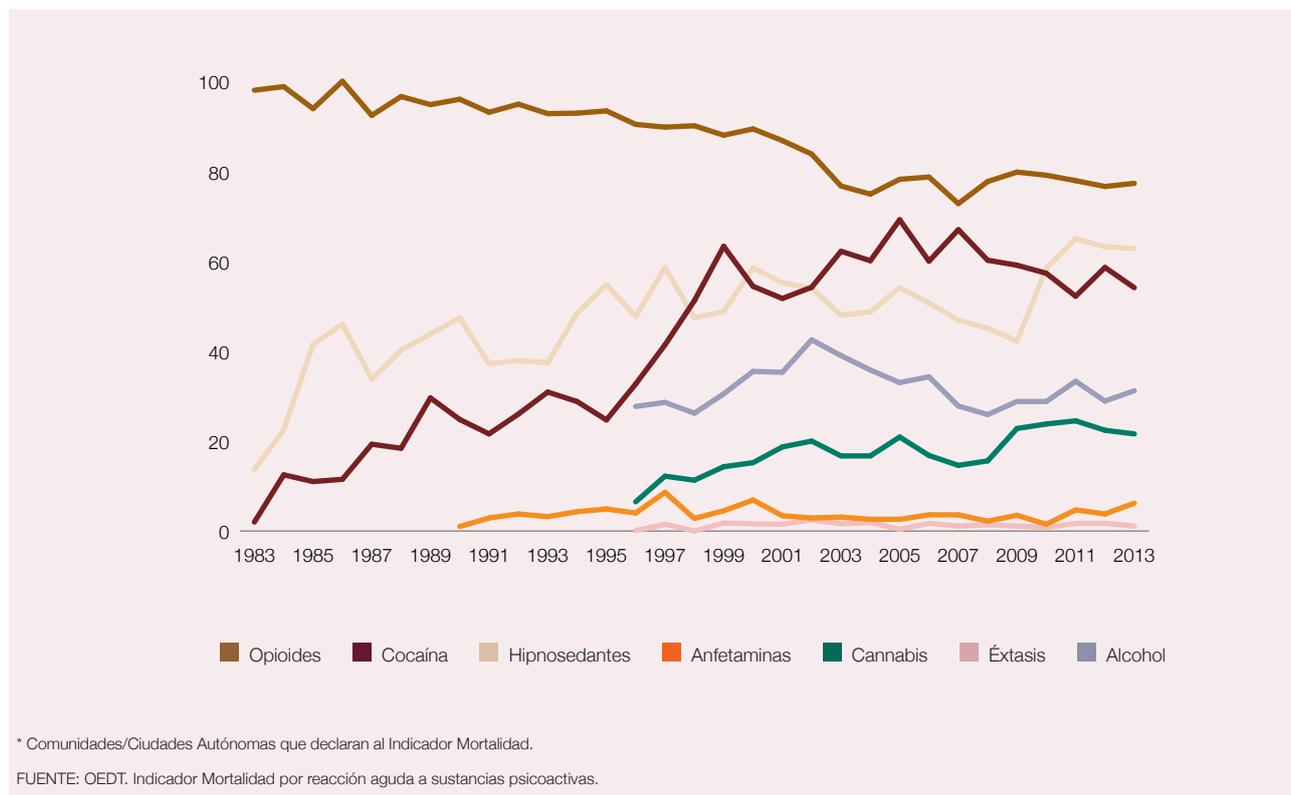


Tabla 2.3.2.

Número de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España\*, 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Opioides	376	349	356	338	340	324	346	409	318	366	337
Cocaína	305	280	315	250	313	251	247	297	213	280	236
Barbitúricos	1	2	5	4	0	0	2	2	4	2	6
Benzodiazepinas	234	225	241	203	212	186	180	292	258	291	265
Anfetaminas	15	12	12	15	17	9	13	8	19	18	27
Éxtasis y derivados	8	9	2	7	5	6	4	4	7	8	5
Cannabis	82	78	95	70	68	65	88	123	100	107	94
Alucinógenos	2	5	0	1	2	3	0	2	2	3	1
S. Volátiles	0	0	1	1	7	0	0	0	3	0	1
Alcohol	191	167	150	143	130	108	120	149	136	138	136
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408**	478	437

\* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

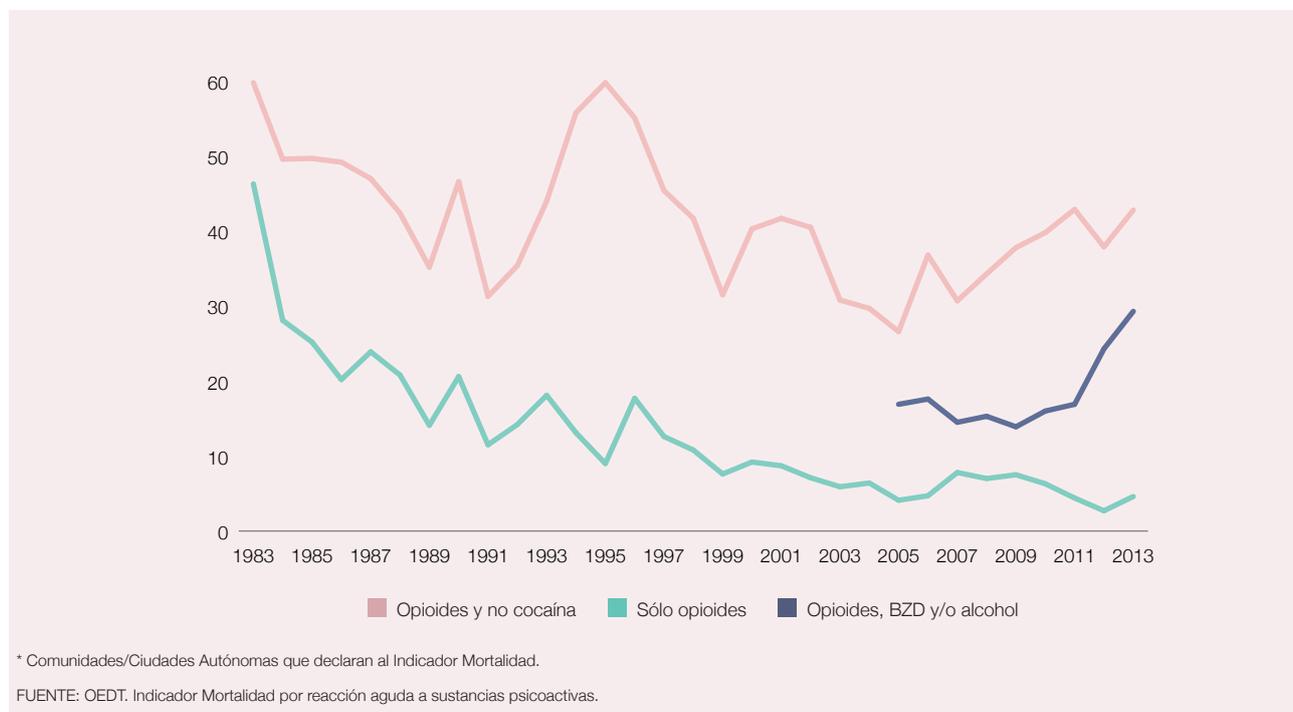
\*\* No se incluyen 45 casos de Galicia, ya que no se dispone de información desagregada por drogas.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

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 o características, a lo largo de los años.

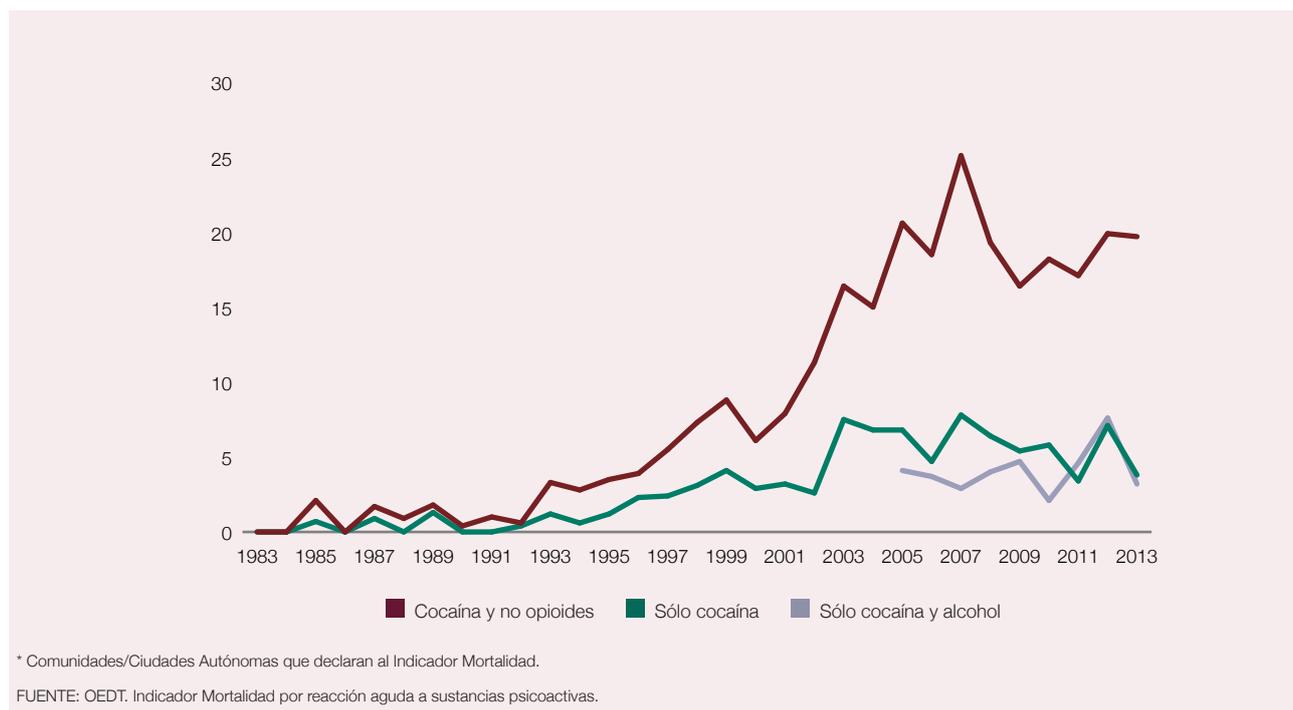
**Figura 2.3.3.**

Porcentaje de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (opioides y otras sustancias distintas de la cocaína, sólo opioides, opioides con benzodiacepinas (BZD) y/o alcohol). España\*, 1983-2013.



**Figura 2.3.4.**

Porcentaje de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína y otras sustancias distintas de los opioides, sólo cocaína, cocaína y alcohol). España\*, 1983-2013.



Con respecto a los opioides, un repunte rompe la tendencia descendente de las defunciones en que se detecta únicamente opioides, que alcanzó su valor más bajo en 2012 y que en 2013 vuelve a cifras similares a las registradas en 2011. Se observa la misma tendencia para las muertes en que se detectan opioides junto con otras sustancias distintas a cocaína.

Desde 2011 se observa un aumento en las defunciones en las que se identifica solo cocaína, estabilización en los casos en los que aparece la cocaína junto con otras drogas distintas de opioides y leve descenso cuando la cocaína se encuentra junto con el alcohol.

## Registro General de Mortalidad

### Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). 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 (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2013.

A continuación, se muestra un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que incluyen 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".

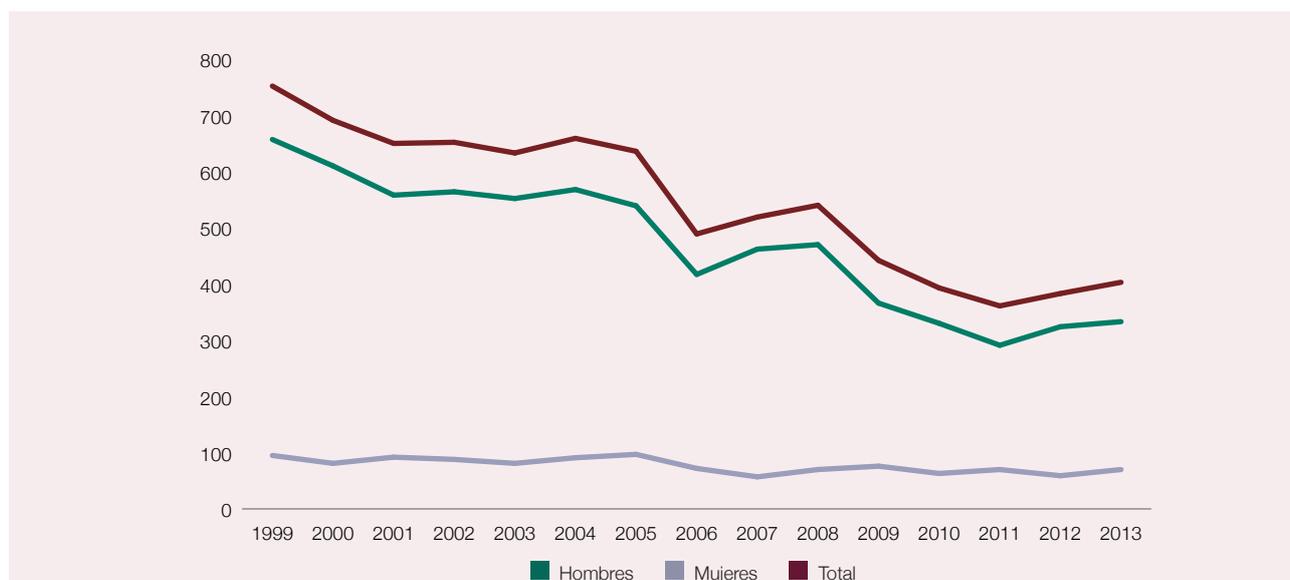
### Resultados

En 2013 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 403 defunciones.

A lo largo del periodo 1999-2013 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2013, supone el 82,6% de las defunciones (figura 2.3.5).

Figura 2.3.5.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo. España, 1999-2013.



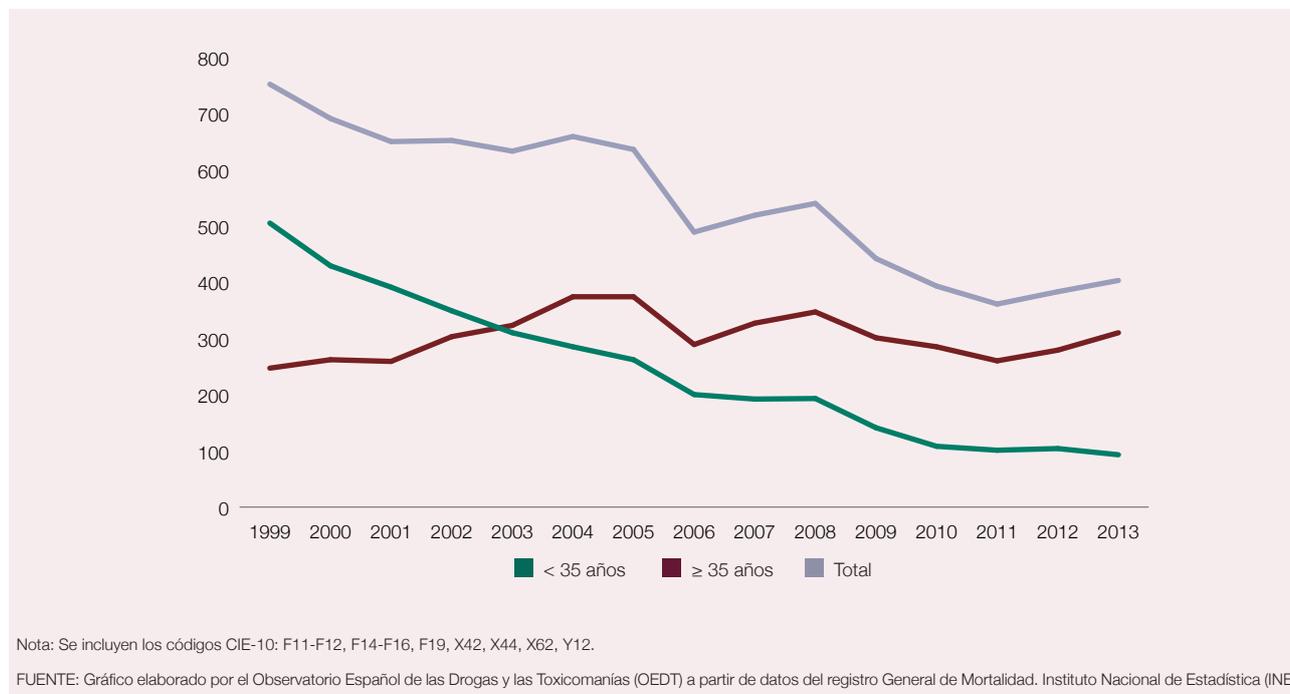
Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos del registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos, lo que se traduce en un predominio de fallecidos con más de 35 años. En la década de los 90, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años pero, desde 2003, cambió la distribución y, en 2013, los menores de 35 años suponen menos del 25% del total de muertes (figura 2.3.6).

**Figura 2.3.6.**

**Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según edad. España, 1999-2013.**



## Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

### Metodología.

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones a partir de estos dos registros.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas las CCAA declaran a este registro y, además, algunas de ellas no declaran datos de todos los partidos judiciales, sino de ciudades o 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 defunciones por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciu-

dades que declaran en ambos registros, si bien todas declaran al registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años. En la figura 2.3.7 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.7.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

$$\begin{aligned}
 &\text{Estimación del número de defunciones por drogas ilegales} = \text{Defunciones por drogas ilegales Registro General Mortalidad (todas)} \times \text{Coeficiente de subregistro} \\
 &\text{Coeficiente de subregistro} = \frac{\text{Defunciones Registro Específico de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}{\text{Defunciones Registro General de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}
 \end{aligned}$$

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

## Resultados

La figura 2.3.8 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, desde 1983 a 2013. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los 90, se mantiene una tendencia descendente que parece haberse estabilizado. En 2013 se produjeron un total de 390.419 defunciones en España, de las que se estima que 727 estuvieron provocadas por el consumo no médico de sustancias ilegales. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas, probablemente la cifra sea superior, ya que con este método se siguen sin incluir algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína).

Figura 2.3.8.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2013.



## 2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2013

### 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 90, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y/o buprenorfina, programas de intercambio de jeringuillas y material de inyección, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. En España, en 2013, se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 4,4% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 22,5% de los casos de sida<sup>1</sup>.

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. El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) ha iniciado, en 2014, la recogida de los datos del Indicador Admisiones a Tratamiento, según el nuevo protocolo para este indicador del EMCDDA, lo que permitirá obtener información relativa a la hepatitis B y C. Los datos estarán disponibles a partir del 2016.

En España, existen diferentes fuentes que informan sobre las infecciones en usuarios a drogas, algunas proceden directamente del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías y otras de diversos organismos oficiales<sup>2</sup>. En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos básicos y los principales resultados del “Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas” elaboradas por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, en relación a la infección por VIH en usuarios de drogas. Información complementaria y más detallada puede consultarse en Informes previos<sup>3</sup>.

### Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado. A través de las variables recogidas en los centros de tratamiento se puede obtener información sobre el estado serológico frente al VIH. (Información más detallada en el apartado de metodología del capítulo 2.1 del presente documento).

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología. [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida\\_Junio2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf)

2. Plan Nacional sobre SIDA. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>

3. Plan Nacional sobre Drogas <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

## Resultados

La tabla 2.4.1 muestra información sobre los admitidos a tratamiento, en 2013, clasificados en función de la droga principal por la que fueron admitidos, donde 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.

Admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: Estado serológico y vía de consumo según droga principal. España, 2013.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Extasis y derivados	Hipnosedantes	Alucinógenos	Inhalables volátiles
Nº de casos	12.863	11.756	492	615	19.848	16.914	671	201	1.175	120	26
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,4	20,9	28,6	26,6	20,6	15,6	20,3	20,1	28,1	21,9	15,2
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)											
Oral	5,7	0,8	89,3	37,7	2,0	2,3	23,1	86,3	97,9	39,3	4,2
Pulmonar	69,9	74,0	6,7	38,1	14,5	96,9	4,5	3,3	1,0	10,3	54,2
Intranasal	6,3	6,5	1,1	7,3	80,3	0,5	71,1	9,8	0,6	45,3	33,3
Parenteral	15,8	16,6	2,4	10,9	2,3	0,0	1,2	0,0	0,2	4,3	0,0
Otras	2,2	2,1	0,4	6,0	0,9	0,3	0,2	0,5	0,3	0,9	8,3
Inyección de drogas											
Alguna vez en la vida	41,1	41,7	40,0	30,6	5,7	2,6	6,3	6,5	8,2	3,3	3,8
Últimos 12 meses	12,7	13,2	4,7	9,4	2,2	0,8	2,8	1,5	1,2	2,5	0,0
Estado serológico frente al VIH (%)											
Positivo	13,6	13,7	15,2	10,1	1,9	0,7	0,7	2,5	2,8	3,3	0,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	22,6	23,0	16,9	19,5	22,7	12,5	18,8	12,4	14,2	15,8	23,1
Negativo (sin fecha de análisis)	28,7	29,2	24,8	22,4	21,3	13,4	21,3	12,4	18,8	22,5	19,2
Sin análisis o resultado desconocido	35,1	34,1	43,1	48,0	54,1	73,4	59,2	72,6	64,2	58,3	57,7

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 inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2013, 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.

En 2013 fueron admitidos a tratamiento 7.026 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida y 2.237 que lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. Entre los primeros, el 77,4% conocía su estado serológico y, entre los segundos, el 73,6%.

Tabla 2.4.2.

Inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: Prevalencia y conocimiento de estado serológico por VIH. España, 2013.

	Inyección en 12 meses previos a la admisión			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo	
		Sí	No		Sí	No
Total inyectores (nº)	2.237	1.663	530	7.026	5.484	1.457
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.646	1.317	302	5.439	4.488	892
Prevalencia de infección por VIH (%)	24,4	26,2	16,6	30,6	31,9	23,7
Hombres inyectores (nº)	1.896	1.431	432	5.982	4.678	1.239
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.404	1.131	253	4.633	3.818	771
Prevalencia de infección por VIH (%)	24,2	25,8	17,8	29,7	30,9	24,4
Mujeres inyectoras (nº)	322	216	97	1.005	772	217
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	230	176	48	782	649	120
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,1	29,5	10,4	35,5	38,2	19,2
inyectores < 25 años (nº)	152	53	92	209	80	119
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	64	30	31	93	51	37
Prevalencia de infección por VIH (%)	4,7	6,7	0,0	5,4	5,9	2,7
Inyectores 25-34 años (nº)	583	374	197	1.095	756	324
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	383	275	103	762	581	173
Prevalencia de infección por VIH (%)	8,9	10,5	4,9	11,8	13,1	6,9
Inyectores > 34 años (nº)	1.502	1.236	241	5.722	4.648	1.014
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.199	1.012	168	4.584	3.856	682
Prevalencia de infección por VIH (%)	30,4	31,0	26,8	34,2	35,1	29,0
Inyectores < 2 años de uso de la droga principal	45	14	30	74	30	43
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	21	9	12	36	18	18
Prevalencia de infección por VIH (%)	9,5	22,2	0,0	13,9	27,8	0,0
Inyectores 2 o más años de uso de la droga principal	1.784	1.422	325	4.971	4.249	653
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.372	1.143	204	4.041	3.550	442
Prevalencia de infección por VIH (%)	24,8	26,1	17,2	29,8	31,2	18,1
Inyectores consumidores de opiáceos*	1.767	1.416	325	5.723	4.756	912
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.381	1.158	203	4.587	3.950	595
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,3	27,2	20,2	32,0	32,8	26,4
Inyectores no consumidores de opiáceos	470	247	205	1.303	728	545
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	265	159	99	852	538	297
Prevalencia de infección por VIH (%)	14,7	18,9	9,1	22,8	25,5	18,2

Notas:

- 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.
- Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.
- No se incluyen datos de algunas Comunidades/Ciudades Autónomas, debido a problemas de calidad de la variable "tiempo desde la última inyección de cualquier sustancia psicoactiva".
- Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opiáceos en los 30 días previos a la admisión.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, apenas se observan diferencias entre el porcentaje de mujeres (71,4%) y hombres (74,1%) que conoce su estado serológico. La diferencia es mayor en relación a la edad, observándose mayor conocimiento según aumenta la edad. Así, un 42,1% de los menores de 25 años conoce su estado serológico frente a un 79,8% de los mayores de 34 años.

También conviene señalar la diferencia entre sí han recibido o no tratamiento previo: entre los inyectores que han recibido tratamiento previo, el 79,2% conoce su estado serológico, frente al 57% de los inyectores que acudían por primera vez a tratamiento. Este hecho se explica, en parte, 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 relación con la prevalencia de VIH, el 24,4% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses era VIH positivo, observándose una proporción algo mayor en mujeres (26,1%) que en hombres (24,2%). También se observaron claras diferencias según la edad (4,7% en menores de 25 años y 30,4% en mayores de 34 años).

En la figura 2.4.1 y la tabla 2.4.3 se muestran los datos de los inyectores 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.

Desde 2005, entre los admitidos a tratamiento, 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 mantiene una tendencia descendente para los dos indicadores temporales, presentando en 2013 mínimos históricos. Se mantiene estable el porcentaje de admitidos a tratamiento, que tiene conocimiento de su estado serológico, tanto entre los que se han inyectado alguna en la vida, como entre los que lo han hecho en el último año.

Figura 2.4.1.

Inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: Prevalencia y conocimiento de estado serológico por VIH. España, 2005-2013.



Tabla 2.4.3.

Inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: Prevalencia y conocimiento de estado serológico por VIH. España, 2005-2013.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646
Conocen su estado serológico frente a VIH (%)	68,7	74,9	72,5	70,5	68,7	70,1	73,0	74,6	73,6
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385	7.580	7.026
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546	5.957	5.439
Conocen su estado serológico frente a VIH (%)	73,3	78,2	76,8	74,6	74,1	74,7	78,0	78,6	77,4
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6

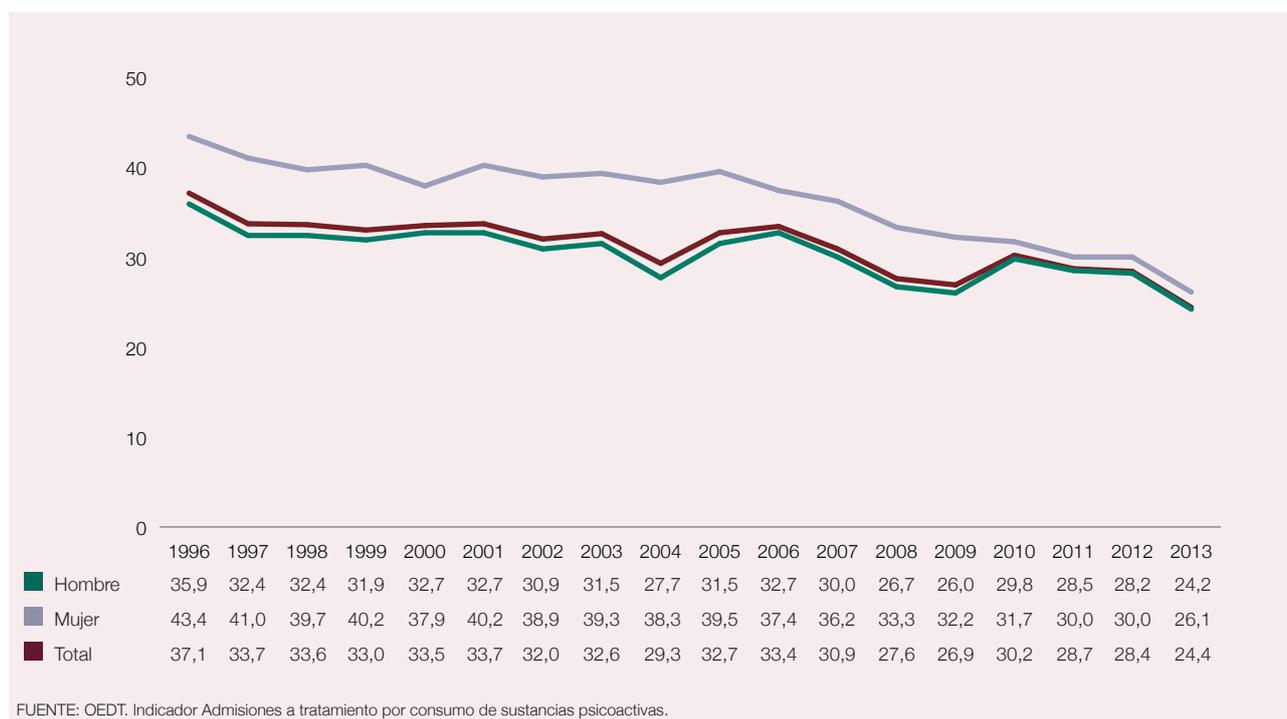
FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En las figuras 2.4.2 y 2.4.3, se representan, en función del sexo y la edad respectivamente, los datos de prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado en el último año y que conocían su estado serológico.

En general, los datos de 2013 indican una leve tendencia descendente o estabilización. En 2010, se apreció un leve aumento en hombres, que descendió en 2011 y se mantiene el descenso en el 2013. Por edades, se observa un descenso que se ha estabilizado en los últimos años, encontrándose un fuerte descenso en 2013, sobre todo entre los más jóvenes. Conviene señalar que variaciones bruscas 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. En cualquier caso, será necesario seguir la evolución.

Figura 2.4.2.

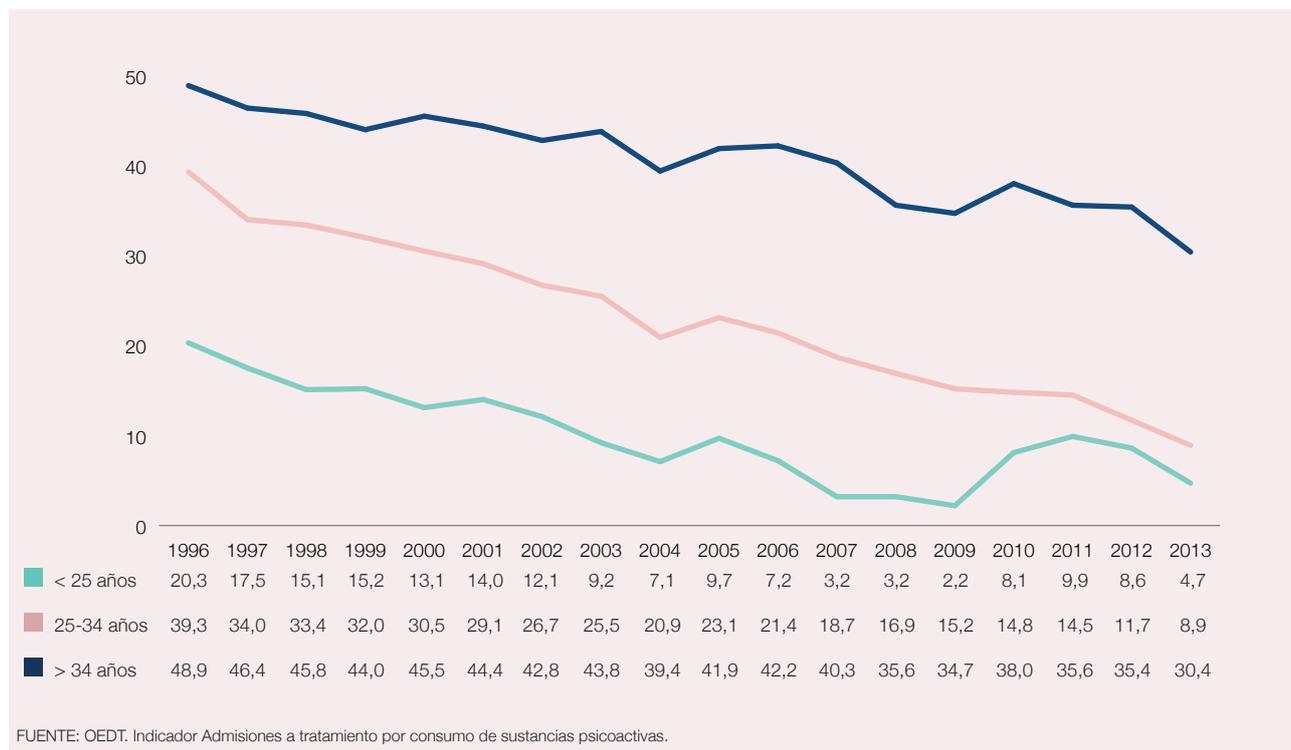
Prevalencia (%) de VIH, entre los inyectores, en el último año, admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico, total y según sexo. 1996-2013.



FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.3.

Prevalencia (%) de VIH, entre los inyectores, en el último año, admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico, total y según edad. 1996-2013.



## 2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2013

### Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo se han visto modificados a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA<sup>1</sup> de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevados de sufrir estos daños. Además se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

Existen diferentes métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo, la elección de uno u otro depende de múltiples aspectos, entre los que conviene destacar el tipo de droga que se esté estudiando, la validez del método, la disponibilidad de fuentes de información existentes o la posibilidad de diseñar otras nuevas.

En España existe un sistema de información sobre drogas consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional<sup>1,2,3</sup>, lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2013 se han llevado a cabo estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína y uso inyectado de drogas. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general y estudiantes y el indicador Admisiones a tratamiento. Se han utilizado el método multiplicador, el uso de escalas psicométricas en encuestas y la estimación a partir de la frecuencia de consumo y vulnerabilidad (tabla 2.5.1).

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. Observatorio Interamericano sobre Droga (OID). [http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default\\_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp)

3. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) <http://www.espad.org/>

En este capítulo se presentan la metodología y los resultados de los últimos estudios llevados a cabo. Información de años previos puede consultarse en los informes anteriores del OEDT<sup>4</sup>.

**Tabla 2.5.1.**

**Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España de 2006 a 2013.**

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de Información	Año de estimación
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica en encuesta en población general: AUDIT	EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)	2009
			2013
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas en estudiantes*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI.	ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas secundarias en España (14-18 años)	2006, 2008
			2010, 2012
		EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)	2013
Cocaína	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general.	EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)	2009, 2011
			2013
Heroína y consumo inyectado de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)	2009, 2011
			2013
Heroína y consumo inyectado de drogas	Método multiplicador	Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2007
			2008
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opiáceos	2009
			2010
			2011
		2012	
		2013	

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

\* 2006: CAST, SDS, DSM-IV. 2008: CAST. 2010: CAST, SDS, M-CIDI. 2012: CAST. 2013: CAST.

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol

Existen diferentes formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo diario elevado, las intoxicaciones, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

A continuación se presentan los resultados de la estimación de consumo de riesgo de alcohol a partir de la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), información que puede completarse con los resultados de la encuesta EDADES (capítulo 1.1 del presente informe).

4. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

## Metodología

La Organización Mundial de la Salud solicitó, en 1982, a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es el AUDIT<sup>5</sup>, escala que ha sido validada en nuestro país por diferentes investigadores<sup>6</sup>.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 a reacciones adversas y las dos últimas se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año (tabla 2.5.2).

En la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) de 2009 y 2013 se introdujo el cuestionario AUDIT, con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de alcohol de riesgo aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

El análisis de AUDIT se realiza sobre las personas que han consumido alcohol en el último año y que contestan a la escala AUDIT en EDADES.

**Tabla 2.5.2.**

### AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca Una o menos veces al mes 2 a 4 veces al mes 2 ó 3 veces a la semana 4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?	1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?	
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	No. Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año
9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?	

5. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

6. Martínez Delgado JM. Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria [tesis doctoral]. Cádiz (Sp): Universidad de Cádiz, Departamento de Neurociencias; 1996.

Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 1998;198 (1):11-4.

Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones* 1999; 11(4): 337-47.

## Resultados

En 2013, de los 18.121 casos que en EDADES 2013 reconocieron un consumo de alcohol en el último año, 17.619 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (97,2%), sobre las que realizaron los análisis.

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medido a través del AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 5%, lo que permite estimar que en 2013 había aproximadamente 1.600.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.300.000 hombres y 300.000 mujeres).

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año, el 6,4% mostró un consumo de riesgo, encontrando que tiene mayor alcance entre la juventud masculina y que disminuye con la edad. Respecto a los individuos de 15 a 24 años, el 11,8% mostraron un consumo de riesgo, siendo la prevalencia masculina (16%) 2,2 veces la femenina (7,1%), si bien, en este segmento más joven es donde el diferencial entre sexos es más discreto.

Al comparar los datos de consumidores problemáticos de alcohol entre 2009 y 2013, se observan unas cifras similares, tanto en porcentaje de consumidores problemáticos como en la distribución por edad y sexo (tablas 2.5.3 y 2.5.4).

**Tabla 2.5.3.**

**Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT  $\geq 8$ ), en la población de 15 a 64 años. España, 2009 y 2013.**

Consumidores de riesgo (AUDIT $\geq 8$ )	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres/mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009	1.550.000 (1.300.000/250.000)	4,8	6,5
2013	1.600.000 (1.300.000/300.000)	5,0	6,4

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Tabla 2.5.4.**

**Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT  $\geq 8$ ), entre los que han consumido en el último año, en la población de 15 a 64 años, según edad y sexo. España, 2009 y 2013.**

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

T = Total; H = Hombre; M = Mujer.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública, debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia y al aumento de patologías asociadas al uso de cannabis.

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

En este capítulo se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con los resultados de las encuestas ESTUDES y EDADES (capítulo 1 del presente informe).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (Escala CAST)

### Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, CAST.

En la encuesta sobre alcohol y drogas en España en población general de 15 a 64 años (EDADES), se introdujo por primera vez la escala CAST en el año 2013.

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 robustos<sup>7</sup>.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia<sup>8</sup> con el objetivo de detectar el abuso de cannabis entre los consumidores. Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines<sup>9</sup>.

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, durante las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EDADES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. En función de las respuestas se clasifica a los usuarios en tres grupos: consumidores no problemáticos (puntuación de 0-1), consumidores con riesgo bajo de tener problemas (puntuación de 2-3) y consumidores con riesgo elevado de tener problemas (puntuación de 4 o más). Se considera que un consumidor es problemático/de riesgo si en la escala CAST tiene una puntuación de 4 o superior.

El análisis de CAST se realiza sobre las personas que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST en la encuesta.

7. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. [http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/CorsProblematico\\_cannabis.pdf](http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/CorsProblematico_cannabis.pdf)

8. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J. Subst. Use* 12, 233-242.

9. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235.

Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012.

Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

**Tabla 2.5.5.**

**CAST. Cannabis Abuse Screening Test.**

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de tu familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

**Resultados**

**ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)**

En 2012, se estima en 83.208 los consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ) de 14 a 18 años. Esto representa el 3,8% (4,9% hombres y 2,6% mujeres) de la población de 14 a 18 años y el 16,9% (19,8% hombres y 13,2% mujeres) si se tiene en cuenta solo a aquellos que han consumido cannabis en el último año.

La tendencia desde 2006, muestra cierto incremento en el porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo entre aquellos que han consumido en el último año, si bien la proporción en la población de 14 a 18 años se mantiene más o menos estable con algunos altibajos. Esto podría explicarse, en parte, porque aunque la prevalencia de consumo está disminuyendo, aquellos que consumen lo hacen con un patrón de riesgo, hipótesis que se confirma con la información de otros indicadores como admisiones a tratamiento o urgencias hospitalarias por cannabis (tabla 2.5.6).

**Tabla 2.5.6.**

**Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2012.**

Consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST $\geq 4$ )	2006	2008	2010	2012
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años	73.534	81.080	100.340	83.208
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8
Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último año	13,3	14,7	14,1	16,9

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

**EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)**

En 2013, se estima en 687.233 los consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq 4$ ) entre 15 a 64 años, lo que representa el 2,2% (3,6% de los hombres y 0,8% de las mujeres) de la población de 15 a 64 años.

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante estudiar los porcentajes que estos consumos suponen, no ya en la población total de cada categoría de edad, sino entre aquellos que han consumido en el último año. Así el 25,0% (29,0% de los hombres y 15,2% de las mujeres) de estos consumidores cumplen criterios de consumo problemático.

El consumo problemático/de riesgo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, independientemente del grupo de edad analizado.

En la población más joven se concentra una mayor proporción de consumidores problemáticos (4,4% de 15 a 24 años y el 3,5% de 25 a 34 años). Sin embargo, al analizar este patrón entre los que han consumido en el último año los valores más altos se obtienen en los mayores de 45 años (25,5% de 45-54 y 28,5% de 55-64 años). Por tanto, aunque el peso del consumo problemático en la población a este grupo de edad es bajo, una parte considerable de los usuarios de cannabis mayores de 45 años tienen consumos de riesgo (tabla 2.5.7).

**Tabla 2.5.7.**

**Porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST  $\geq$ 4), en la población de 14 a 18 años, por grupos de edad y sexo. España, 2013.**

Grupo de edad Sexo	Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años	Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último año
15-64 años		
Total	2,2	25,0
Hombre	3,6	29,0
Mujer	0,8	15,2
15-24 años		
Total	4,4	22,2
Hombre	6,6	25,4
Mujer	2,2	16,0
25-34 años		
Total	3,5	25,7
Hombre	5,6	28,0
Mujer	1,3	18,7
35-44 años		
Total	1,9	27,9
Hombre	3,2	33,5
Mujer	0,5	12,4
45-54 años		
Total	1,1	25,5
Hombre	1,9	32,4
Mujer	0,3	11,7
55-64 años		
Total	0,4	28,5
Hombre	0,9	34,4
Mujer	0,0	0,0
Menores (15-17 años)		
Total	2,8	20,4
Hombre	4,5	25,5
Mujer	1,0	10,2
Mayores (18-64 años)		
Total	2,1	25,2
Hombre	3,5	29,1
Mujer	0,8	15,5

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (Frecuencia de consumo)

### Metodología

Otro método utilizado para conocer el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis es utilizar frecuencia de consumo. Se aplican los criterios recomendados por el EMCDDA<sup>10</sup>, que considera consumidor problemático/de riesgo a aquel que ha consumido cannabis 20 o más días en el último mes.

Los cálculos se realizan para el año 2011 y 2013, utilizando como fuente de información la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES) de 2011 y 2013 respectivamente.

### Resultados

En 2013 se estima en 817.859 a los consumidores frecuentes de cannabis (15 a 64 años). Esta cifra equivale a un 2,5% de la población en este rango de edad, pero si se tiene en cuenta únicamente las personas que han consumido cannabis en el último año, este porcentaje se situaría en un 27,4%.

Ambas cifras son similares a las obtenidas en 2011 (tabla 2.5.8) y coherentes con las obtenidas utilizando la escala CAST.

**Tabla 2.5.8.**

**Número y porcentaje de consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011 y 2013.**

	2011	2013
Número de consumidores frecuentes de 15 a 64 años.	803.229	817.859
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años.	2,5	2,5
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	26,0	27,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En 2013, el perfil de este consumidor, es el de un hombre español, soltero, de 30 años que ha finalizado la enseñanza secundaria y que trabaja o está en paro habiendo trabajado antes.

La mayoría (98,1%) consume drogas legales, casi 1 de cada 5 (17,7%) otras drogas ilegales y cerca de 3 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas.

Este perfil es similar al observado en 2011.

Destaca que, en 2013, aumenta la edad media (de 31 años a 32 años) y disminuye el porcentaje de trabajadores en probable relación con la situación económica del país (tabla 2.5.9).

10. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_218205\\_EN\\_PDU%20revision.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf)

**Tabla 2.5.9.**

**Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011 y 2013.**

	2011	2013
Sexo (% hombres)	76,3	78,4
Edad media (años)	31,1	32,0
Grupos de edad (años)		
15 a 24 años	31,4	27,6
25 a 34 años	35,4	37,5
35 a 44 años	22,5	20,7
45 a 54 años	7,3	11,1
55 a 64 años	3,3	3,1
Nacidos fuera de España (%)	5,0	9,4
Máximo nivel de estudios completado (%)		
Sin estudios	6,2	2,1
Enseñanza primaria	18,4	17,6
Enseñanza secundaria	67,6	73,0
Estudios universitarios	7,8	7,3
Situación laboral (%)		
Trabajando	54,0	31,6
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4
Otras	17,4	23,4
Estado civil (%)		
Soltero/a	70,5	72,7
Casado/a	22,1	20,0
Separado/a- Divorciado/a	7,3	6,8
Viudo/a	0,2	0,5
Consumo de otras drogas (%)		
Drogas legales en los últimos 30 días	97,4	98,1
Drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	17,7
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	34,9	27,8

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

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

### Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína se utiliza un método basado en la frecuencia de consumo y vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

En 2009, desde el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, se establecieron unos criterios<sup>11</sup> (basados en la frecuencia de consumo y en la vulnerabilidad asociada a la edad) para definir a los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína y así poder realizar estimaciones a partir de los datos de EDADES, criterios que han sido utilizados para realizar las estimaciones de 2009, 2011 y 2013.

Estos criterios se han adaptado a las recomendaciones del EMCDDA en el nuevo protocolo de 2013, por lo que para 2011 y 2013 se realizan los cálculos también con los nuevos criterios (basados en frecuencia de consumo) (tabla 2.5.10).

**Tabla 2.5.10.**

**Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.**

<b>Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad</b>
Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
<b>Estimación basada en frecuencia de consumo</b>
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.
<b>Estimación basada en frecuencia de consumo</b>
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

El nuevo protocolo del EMCDDA considera consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. En España este dato no está disponible, por lo que se selecciona a los que han consumido 30 o más días en el último año.

Es necesario tener en cuenta que los cambios metodológicos introducidos, con el fin de adaptar los criterios al nuevo protocolo del EMCDDA, no permiten realizar comparaciones directas, si bien los resultados con los criterios previos se sitúan en rangos cercanos a los obtenidos con el nuevo protocolo.

## Resultados

En 2013 se estima que al menos 92.406 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,3% de la población de 15 a 64 años y el 13,1% de los consumidores del último año.

Se observa una tendencia descendente de este tipo de consumo, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.11) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

11. Spanish National Report 2012 [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_214092\\_EN\\_Spain\\_NR2012.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_214092_EN_Spain_NR2012.pdf)

Tabla 2.5.11.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15 a 64 años). España, 2009, 2011 y 2013.

	Estimación basada en		
	Frecuencia de consumo y vulnerabilidad <sup>1</sup>	Frecuencia de consumo <sup>2</sup>	Frecuencia de consumo <sup>3</sup>
2009			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	140.525	130.409	–
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	–
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,5%	15,0%	–
2011			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	130.537	124.083	118.889
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	0,4%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	18,0%	17,9%	16,4%
2013			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	97.139	95.391	92.406
% entre toda la población de 15-64 años	0,3%	0,3%	0,3%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	13,8%	13,6%	13,1%

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

2. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

3. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

Consumidores último año: 852.411 (2009). 725.814 (2011) 703.569 (2013). Población 15-64 años: 32.145.023 (2009). 32.082.758 (2011) 31.980.402 (2013).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (tabla 2.5.12).

Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España 2013) es el de un varón joven de, aproximadamente, 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando o parado con trabajo previo. La gran mayoría (99,2%) han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 72,6% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi 4 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida.

Este perfil es similar al observado en 2011.

Destaca que, en 2013, aumenta la edad media (de 35 años a 37 años) y disminuye el porcentaje de trabajadores en probable relación con la situación económica del país.

**Tabla 2.5.12.**

**Características de los consumidores problemáticos/de riesgo\* de cocaína, en la población de 15 a 64 años. España, 2011 y 2013.**

	2011	2013
Sexo (% hombres)	79,9	80,2
Edad media (años)	34,7	36,8
Grupos de edad (años)		
15 a 24 años	16,6	10,4
25 a 34 años	38,1	34,4
35 a 44 años	27,0	36,6
45 a 54 años	17,3	13,2
55 a 64 años	0,9	5,4
Máximo nivel de estudios completado (%)		
Sin estudios	6,1	4,3
Enseñanza primaria	20,5	13,4
Enseñanza secundaria y estudios universitarios	73,4	81,7
Situación laboral (%)		
Trabajando	45,8	39,3
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0
Otras	14,1	12,7
Estado civil (%)		
Soltero/a	71,1	59,8
Casado/a	16,5	32,4
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2
Viudo/a	1,1	1,6
Consumo de otras drogas (%)		
Drogas legales en los últimos 30 días	100	99,2
Drogas ilegales en los últimos 30 días	68,7	72,6
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1

\* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último mes.

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

## Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína

### Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos/de riesgo de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. Las fuentes de información utilizadas son la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES), el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (TDI), datos de tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA) y datos de tratamiento de mantenimiento con opiáceos (TMO).

En la tabla 2.5.13 quedan resumidos los cálculos llevados a cabo en 2013 que se explican a continuación:

En la encuesta EDADES 2013 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 2013 (43%). Aplicando este multiplicador a los “admitidos a tratamiento por heroína” (11.756) del Indicador Admisiones a tratamiento (TDI) se obtiene la cifra de consumidores problemáticos de heroína, que fue de 27.340 para 2013.

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en Tratamiento en Centros Ambulatorios (TCA) en España. Asumiendo la distribución de 22,6% registrada en el indicador TDI, para el porcentaje de usuarios de heroína en tratamiento, obtenemos que 23.388 personas han estado en tratamiento por heroína en el año 2013 (103.488 en tratamiento por cualquier droga) y, aplicando el multiplicador, obtenemos 54.391 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (27.340 y 54.391) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opiáceos (TMO). Los datos disponibles informan de 61.954 personas en TMO (59.059 con metadona y 2.895 con buprenorfina y naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TMO siguen consumiendo heroína, consideraremos que 24.782 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

Tras esta estimación se obtiene que el número de consumidores problemáticos/de riesgo de heroína en España, en 2013, se situaría entre 52.122 y 79.173 personas.

**Tabla 2.5.13.**

**Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2013.**

Estimación del número mínimo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2013 (de 1131 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 491 es decir el 43%).	43%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI. (Personas que inician tratamiento por heroína en ese año)	11.756
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).	27.340 (11.756/0,43)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (Hay 61.954 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	24.782 (61.954*0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	52.122 (27.340+24.782)
Estimación del número máximo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2013 (de 1131 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 491 es decir el 43%).	43%
2. Número de personas en Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios (TCA).	103.488
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 22,6% de los tratamientos en TDI son por heroína).	23.388 (103.488 x0,226)
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)	54.391 (23.388/0,43)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína. (Hay 61.954 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	24.782 (61.954 x0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína. (Suma de parte 1 y parte 2).	79.173 (54.391+24.782)

EDADES 2013: De esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2013: 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 2013 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 2013 de la DGPNSD.

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

## Resultados

Los datos históricos, indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años 90 con más de 150.000 consumidores, y que posteriormente ha descendido.

El número de consumidores problemáticos de heroína en España en 2013 se sitúa entre 52.122 y 79.173 personas. Estas cifras suponen un descenso medio aproximado del 6% con respecto a las cifras estimadas para 2012 (56.104 y 83.851 personas) y son coherentes con el descenso del protagonismo de la heroína en otros indicadores, como el número de admitidos a tratamiento o las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas (tabla 2.5.14).

**Tabla 2.5.14.**

### Consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2013.

	Número de consumidores problemáticos de heroína		% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años.	
	Valor medio (valor mínimo y máximo)		Valor medio (valor mínimo y máximo)	
2009	82.340	(68.056 – 96.624)	0,25	(0,21 – 0,30)
2010	85.401	(70.908 – 99.895)	0,26	(0,22 – 0,31)
2011	74.109	(61.389 – 86.829)	0,23	(0,19 – 0,27)
2012	69.978	(56.104 – 83.851)	0,21	(0,17 – 0,26)
2013	65.648	(52.122 – 79.173)	0,21	(0,16 – 0,25)

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

### Metodología

El método utilizado para estimar el número de inyectores de drogas en el último año se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. Las fuentes de información utilizadas son la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES), el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (TDI), datos de tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA) y datos de tratamiento de mantenimiento con opiáceos (TMO).

En la tabla 2.5.15 quedan resumidos los cálculos realizados para 2013 que se explican a continuación:

La encuesta EDADES 2013 permitió, también, mediante el uso del método nominativo descrito anteriormente, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectores de drogas en la población española. Se obtuvieron respuestas válidas de 1.213 inyectores nominados, de los que según los entrevistados 708 (58%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 2.237 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2013 condujo a una estimación de 3.857 (2.237/0,58) inyectores de drogas recientes en 2013, que no estarían en TMO. Como ya quedo explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó Tratamiento en Centros Ambulatorios (TAC), obteniendo 7.672 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se han inyectado en TAC el mismo porcentaje que en el TDI (4,3%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (3.857 y 7.672) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en Tratamiento de Mantenimiento con Opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 4.114 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 16,6% ha utilizado la vía inyectada en 2013.

Tras esta estimación se obtiene que el número de inyectores en el último año de heroína, en 2013, se sitúa entre 7.971 y 11.786 personas.

**Tabla 2.5.15.**

**Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas (último año). España, 2013.**

Estimación del número mínimo de inyectores (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2013, (de 1213 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 708 es decir el 58%).	58%
2. Número de inyectores (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI.	2.237
3. Número de inyectores (último año) a partir de TDI (parte 1). (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores en el último año admitidos a tratamiento del TDI)	3.857 (2.237/0,58)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2). (Hay 61.954 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 16,6% ha utilizado la vía inyectada).	4.114 (61.954x0,4=27.782 y 27.782x0,166=4.114)
5. Número mínimo de inyectores en el último año (suma de parte 1 y parte 2)	7.971 (3.857+ 4.114)
Estimación del número máximo de inyectores (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2013 (de 1213 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 708 es decir el 58%).	58%
2. Número de personas en Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios (TCA).	103.488
3. Número de inyectores en Tratamiento en Centros Ambulatorios. (Se asume que se han inyectado en los últimos 12 meses en Centros Ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 4,3% de los admitidos a tto. se inyectó drogas en último año)	4.450 (103.488 x0,043)
4. Número de inyectores a partir de TCA (parte 1). (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores en el último año que han realizado tratamiento en Centros Ambulatorios)	7.672 (4.450/0,58)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2). (Hay 61.954 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 16,6% ha utilizado la vía inyectada).	4.114 (61.954x0,4=27.782 y 27.782x0,166=4.114)
6. Número máximo de inyectores en el último año (suma de parte 1 y parte 2)	11.786 (7.672+4.114)

EDADES 2013: De esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2013: 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 2013 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 2013 de la DGPNSD.

FUENTE: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

## Resultados

El número de inyectores ha venido disminuyendo en España en los últimos años, este descenso es coherente con las otras fuentes de información que muestran el descenso del uso de esta vía entre los usuarios de drogas. En 2013, la cifra estimada de inyectores en el último año se encontraría en la horquilla comprendida entre 7.971 y 11.786 personas (tabla 2.5.16).

**Tabla 2.5.16.**

**Inyectores de drogas en el último año. España, 2009-2013.**

	Número de inyectores en el último año.		Porcentaje de inyectores en el último año entre la población de 15 a 64 años.	
	Valor medio (valor mínimo y máximo)		Valor medio (valor mínimo y máximo)	
2009	18.549	(14.042 – 23.056)	0,043	(0,057 – 0,071)
2010	15.649	(12.902 – 18.397)	0,048	(0,040 – 0,057)
2011	14.863	(12.067 – 17.659)	0,046	(0,038 – 0,055)
2012	11.865	(9.669 – 14.061)	0,038	(0,030 – 0,044)
2013	9.879	(7.971 – 11.786)	0,030	(0,024 – 0,037)

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A large, dark teal number '3' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. The background is a light teal color.

# Sistemas de alerta temprana

## 3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

### Objetivo y funcionamiento

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)<sup>1</sup> fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)<sup>2</sup> y la Oficina Europea de Policía (Europol)<sup>3</sup> 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 síntesis<sup>4</sup>. Cada Estado Miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna<sup>5</sup>.

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.

Aunque el EWS tiene como objetivo la notificación de nuevas sustancias, es posible también utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo muertes o intoxicaciones relacionadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas sustituyó a la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis.

Esta Decisión 2005/387/JAI es un instrumento jurídico que da cabida a cualquier nueva droga de síntesis o narcótico que se notifique al EMCDDA y a Europol, y establece el procedimiento, el calendario y los plazos para cada una de las fases. A continuación, se resumen las principales fases de la Decisión del 2005 (figura 3.1.1). La información complementaria puede consultarse en la guía operativa publicada por el EMCDDA<sup>6</sup> para la aplicación de la misma.

1. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

2. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

4. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

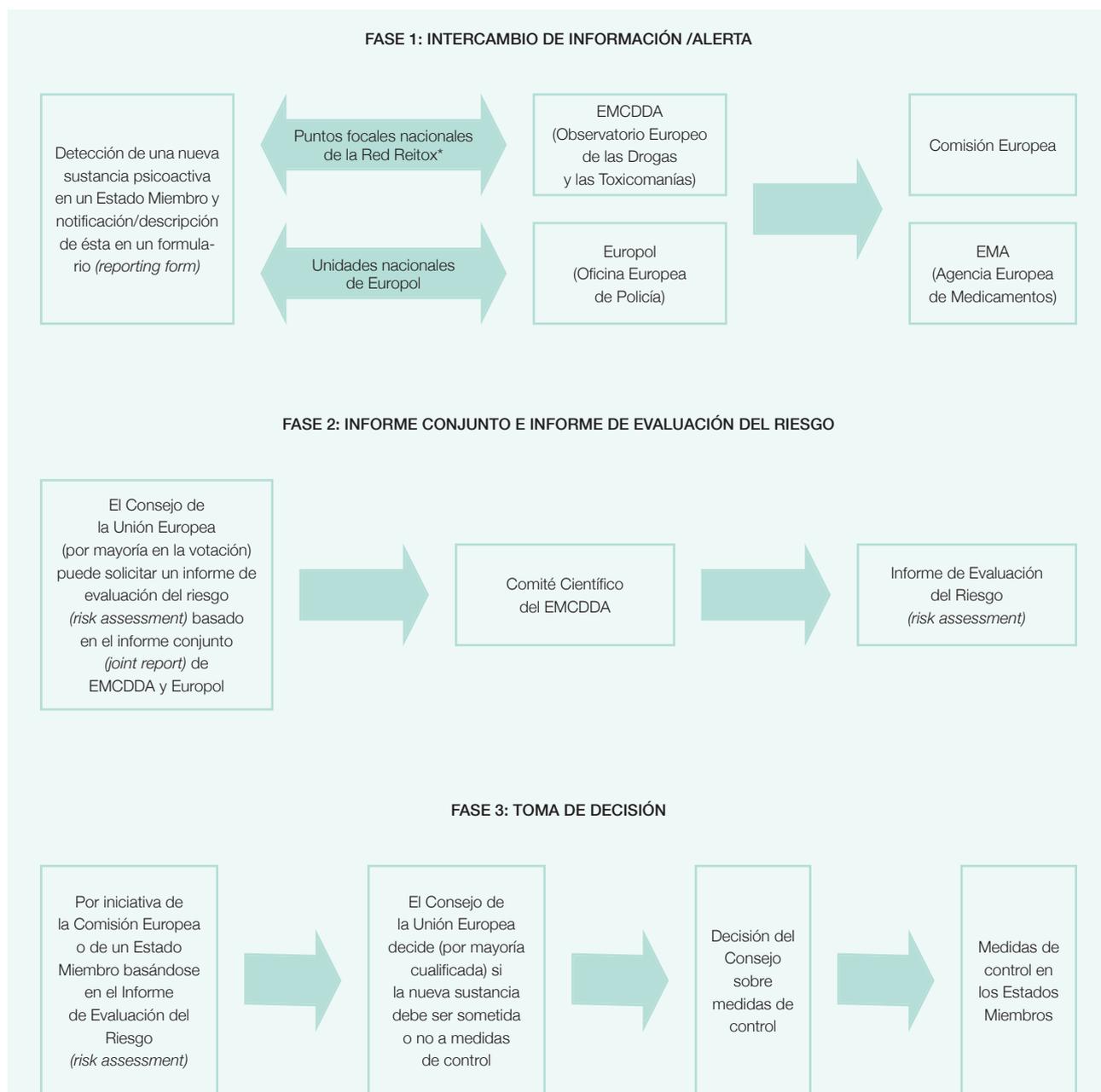
5. Early warning system, national profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012 <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Early-warning system on new psychoactive substances. Operating guidelines. EMCDDA, Europol, Lisbon, October 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52448EN.html>

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.

Figura 3.1.1.

Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, en base a la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005.



\* Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados Miembros de la Unión Europea, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea. Los puntos focales son las autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al EMCDDA.

FUENTE: Elaborado por Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (OEDT) a partir de información del EMCDDA. Early-warning system on new psychoactive substances. Operating guidelines. EMCDDA, Europol, Lisbon, October 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52448EN.html>

## 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<sup>7</sup> (formada por los 28 estados miembros de la UE, Noruega, Comisión europea y países candidatos) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

Europol y el EMCDDA recopilan, valoran e intercambian la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol y a los representantes de la Red Reitox del resto de los Estados Miembros, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)<sup>8</sup>.

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 conjunto<sup>9</sup>

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 riesgo<sup>10</sup>

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

7. REITOX. <http://www.emcdda.europa.eu/about/rtx>

8. EMA. European Medicines Agency. <http://www.ema.europa.eu/ema/>

9. Informes conjuntos disponible en [http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES\\_PUB=a105](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](http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w12)

por la fabricación, el uso, o el tráfico de una nueva sustancia psicoactiva, y la implicación del crimen organizado y posibles consecuencias del establecimiento de medidas de control sobre la nueva sustancia valorada.

Para la realización de este informe, el EMCDDA convoca una o varias reuniones especiales de su Comité Científico que, además de contar con sus miembros habituales, puede solicitar la participación adicional de cinco expertos de los Estados Miembros cuya contribución resulte necesaria para realizar una adecuada evaluación de los posibles riesgos de una sustancia en concreto. La Comisión Europea, Europol y la EMA pueden participar también en estas reuniones.

La evaluación del riesgo tiene en cuenta todos los aspectos que, de acuerdo con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, garanticen la ubicación de una sustancia bajo control internacional. El EMCDDA publica, desde 1999, directrices y guías para la evaluación del riesgo de nuevas sustancias sintéticas, que son objeto de revisión y actualización periódica. Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas, 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.

### 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 control<sup>11</sup> 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.

## Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

Desde el EMCDDA se publica<sup>12</sup> información sobre las actividades del EWS y la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa. A continuación se resumen algunos de los datos más relevantes.

Actualmente, desde el EMCDDA, se están monitorizando más de 450 nuevas sustancias psicoactivas. Durante el año 2014<sup>13</sup> se han notificado al EWS un total de 101 nuevas sustancias psicoactivas: 31 catinonas, 30 cannabinoides sintéticos, 9 fenetilaminas, 5 opioides, 5 triptaminas, 4 benzodiazepinas, 4 arilalquilaminas y 12 sustancias que no pertenecen a ningún grupo de los anteriores (figura 3.1.2).

Desde 2005, el EMCDDA ha lanzado 117 alertas de salud pública relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas, más del 70% durante los últimos 5 años.

11. Decisiones de medidas de control disponibles en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

12. EMCDDA. Action on new drugs: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

13. New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. March 2015. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_235958\\_EN\\_TD0415135ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_235958_EN_TD0415135ENN.pdf)

En 2014 se produjeron 16 alertas, en relación con sustancias como 4,4'-DMAR y MT-45 (sustancias relacionadas con defunciones en Europa) o diversos cannabinoides sintéticos (5F-PB-22, ADB-PINACA y MDMB-FUBINACA) que han sido relacionados con la aparición de efectos adversos en países no europeos.

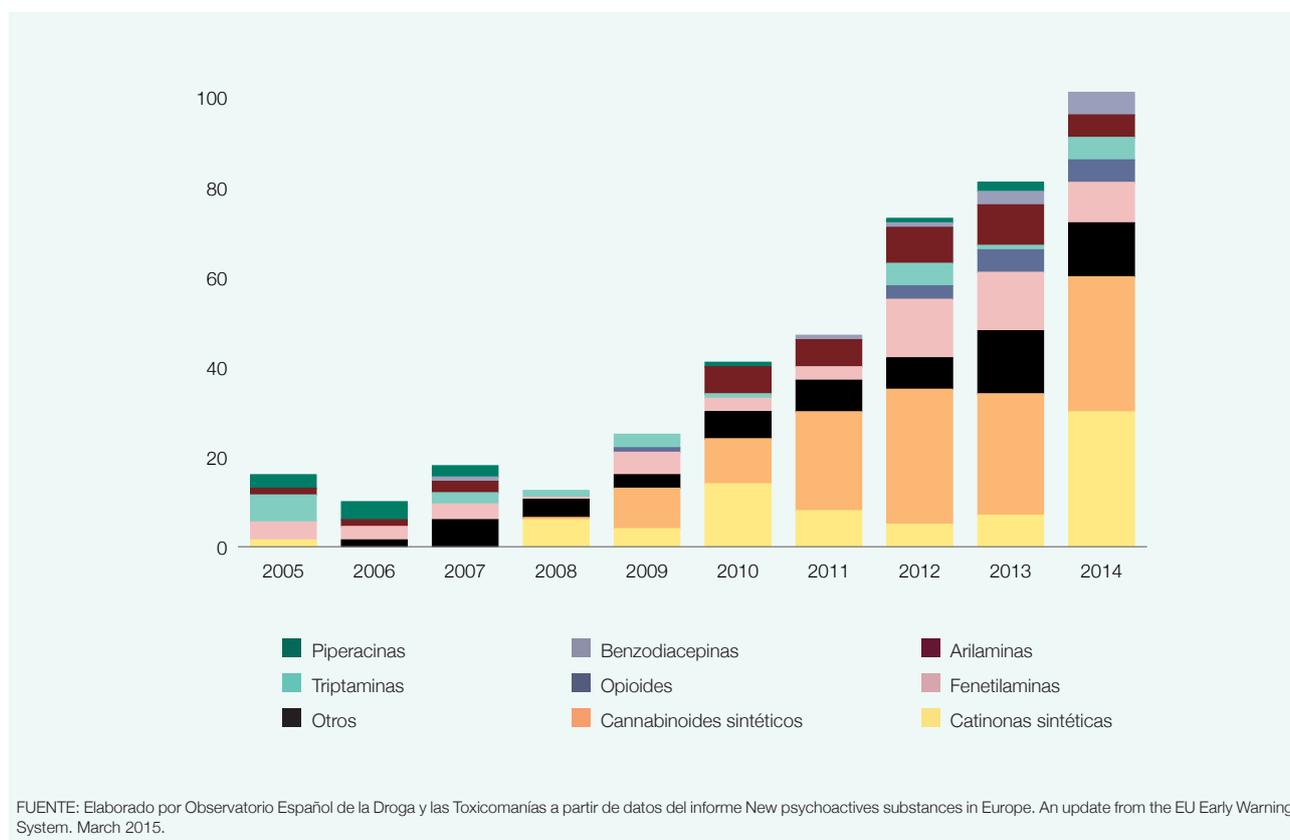
Durante 2014 se ha llevado a cabo la evaluación de riesgo de 6 sustancias<sup>14</sup>:

- 25I-NBOMe, sustancia con efectos alucinógenos que se vendía como LSD.
- AH-7921, opioide con propiedades similares a la morfina que se relacionó con 15 muertes en un corto espacio de tiempo.
- MDPV, estimulante utilizado por vía intravenosa.
- Metoxetamina, vendida como una alternativa legal a la ketamina.
- 4,4'-DMAR, estimulante que comenzó a venderse como “research chemical” y que rápidamente se introdujo en pastillas de éxtasis, su consumo se relaciona con 31 defunciones.
- MT-45, opioide vendido como “research chemical” y relacionado con 28 muertes en un periodo de 9 meses.

Por otra parte, la presencia de nuevas sustancias psicoactivas se ve reflejada en el mercado de las drogas, habiéndose multiplicado por 7 las incautaciones por nuevas sustancias psicoactivas en la Unión Europea durante el periodo 2008-2013. En 2013, se llevaron a cabo, en Europa, 10.657 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas, que supusieron más de 3,1 toneladas de drogas.

Figura 3.1.2.

### Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2014.



14. Informes de evaluación de riesgo disponibles en: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES\\_PUB=w12](http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w12)  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_235958\\_EN\\_TD0415135ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_235958_EN_TD0415135ENN.pdf)

## Canabinoides sintéticos

---

El grupo de los cannabinoides sintéticos incluye el mayor número de sustancias monitorizadas por el EMMCDA. Se detectaron por primera vez en Europa a finales de 2008 y desde entonces se han notificado al EWS un total de 134 nuevos cannabinoides sintéticos, 30 de ellos en 2014.

La presencia de este grupo se ve reflejada también en la oferta de drogas: así, en 2013 hubo 21.495 incautaciones (1,6 toneladas) de cannabinoides sintéticos en la Unión Europea, lo que supone el 40% de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas. En 2013 destacaron las incautaciones de 182 Kg de AM-2201, 115 Kg de 5F-UR-144 y 114 Kg de 5F-AKB48<sup>15</sup>.

## Catinonas sintéticas

---

Las catinonas sintéticas ocupan el segundo lugar, en número de sustancias notificadas al EWS, tras los cannabinoides sintéticos. Se han notificado un total de 77 sustancias al EWS, 31 de ellas en 2014.

La presencia de estas sustancias refleja la importante demanda de estimulantes en Europa, utilizándose en ocasiones como sustitutos de éxtasis, anfetaminas y cocaína.

En 2013 se realizan 10.657 incautaciones (1,1 toneladas) de catinonas sintéticas en la Unión Europea, destacando 341 Kg de 3-MMC, 201 Kg de 4-MEC, 197 Kg de pentedrona y 115 Kg de alpha-PVP<sup>15</sup>.

---

15. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_235958\\_EN\\_TD0415135ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_235958_EN_TD0415135ENN.pdf)

## 3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

### Objetivo y funcionamiento

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 ya que cuenta con el marco legal genérico necesario para cumplir el mandato de la Decisión del Consejo de la Unión Europea.

Para instaurar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana, y con el fin de proporcionar a su actividad o funcionamiento la necesaria cobertura jurídica, se han utilizado en España tanto disposiciones normativas de carácter específico, en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas (aprobadas tras la suscripción y ratificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, y del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971), como también disposiciones normativas de carácter genérico, en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales), que ya estaban vigentes en su gran mayoría, por lo cual no era necesario aprobar otras distintas, al entenderse que unas y otras disposiciones eran suficientes para el cumplimiento adecuado y eficaz tanto de las dos finalidades concretas al principio reseñadas como también de las propias finalidades del Sistema Español de Alerta Rápida.

La legislación específica referida está constituida por: 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*; 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*; y el *Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional*.

Y, entre la legislación genérica, cabe destacar: 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*; 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*; y el *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*.

Conviene poner de relieve que la iniciativa o la política legislativa, la regulación reglamentaria y la competencia ejecutiva (concesión de autorizaciones administrativas, el ejercicio de la potestad inspectora, el ejercicio de la potestad adminis-

trativa sancionadora, etc.) específicamente en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y psicotrópicas están atribuidas en España al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, adscrita al mismo), aunque otros Departamentos ministeriales (como ocurre con el Ministerio de Justicia o con el Ministerio del Interior) también puedan promover o llevar a cabo, en el ámbito propio de sus respectivas competencias (por ejemplo: en el ámbito de la legislación penal; o en el de la protección de la seguridad ciudadana), medidas o iniciativas (incluyendo las legislativas) que pueden afectar, o que afectan, a la regulación nacional, en su conjunto, de las sustancias antes indicadas.

Por ello, de acuerdo con sus propias competencias antes señaladas, el Ministerio de Sanidad, Política Social (en la actualidad de Servicios Sociales) e Igualdad impulsó, en su momento, la aprobación por el Gobierno del *Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional*, en consonancia con la *Ley 17/1967, de 8 de abril*. El objeto de este Real Decreto era el de establecer un procedimiento lo más ágil posible, mediante el cual una nueva sustancia natural o sintética, aunque no estuviera incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no hubiera adquirido tal consideración en el ámbito internacional, pudiera, sin embargo, ser considerada, desde el punto de vista legal y a todos los efectos (inclusive los penales) en territorio español, como “estupefaciente”; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a la medidas de fiscalización aplicables a todos los estupefacientes y a las normas penales que castigan su tráfico o contrabando ilegales.

## Objetivo

El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública.

La información resultante de este sistema debe aportar evidencias que sean de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional 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.

## 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 Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), del Ministerio del Interior. El incremento de alertas y de aparición de “nuevas drogas” hace preciso que cada vez se impliquen más actores y crear una unidad con entidad propia, por lo que el 28 de marzo de 2012 fue constituido el SEAT.

El SEAT se configura como una red virtual, en la que todos sus componentes se encuentran interconectados. 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 2013-2016<sup>16</sup>, la acción 28 “Consolidación del Sistema Español de Alerta Temprana” se centra, gracias a un grupo de trabajo multidisciplinar, en afianzar el SEAT, apoyar las actividades de sus diferentes miembros y avanzar hacia el establecimiento de guías y protocolos de actuación.

La red del SEAT tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado, y a nivel autonómico. Además, el SEAT mantiene relaciones con instituciones europeas. Esta red incluye también otras entidades entre las que destacan las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).

A continuación se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

## Administración General del Estado (AGE)

---

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es el punto nodal de la Red, junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

El OEDT centraliza la recogida, análisis y difusión de la información. Entre sus actividades se incluyen la elaboración y divulgación de boletines periódicos a toda la red SEAT con información sobre la detección de nuevas sustancias psicoactivas en España y en Europa, así como la difusión de alertas en la página web de la DGPNSD<sup>17</sup>.

El OEDT es el interlocutor con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) a través del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), notificando las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías), es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana.

El Área de Análisis y Estadísticas es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y la detección de nuevas sustancias psicoactivas que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales, teniendo una implicación activa en el seguimiento del fenómeno. El Área de Precursores, es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, es decir, con las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

El CITCO es el interlocutor con la Oficina Europea de la Policía (Europol).

16. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planAccion/plan/home.htm>

17. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

- **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. 1ª CPenal).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y es el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con los consumidores de drogas con riesgo de contraer infección por VIH/sida o infección actual y, en especial, del grupo de consumidores de drogas por vía parenteral.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Economía y Competitividad. Es responsable de la investigación epidemiológica de problemas emergentes, la realización de evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, con potencial de difusión en la comunidad y de actividades relacionadas con la información sanitaria y las intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda y 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.

## 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.

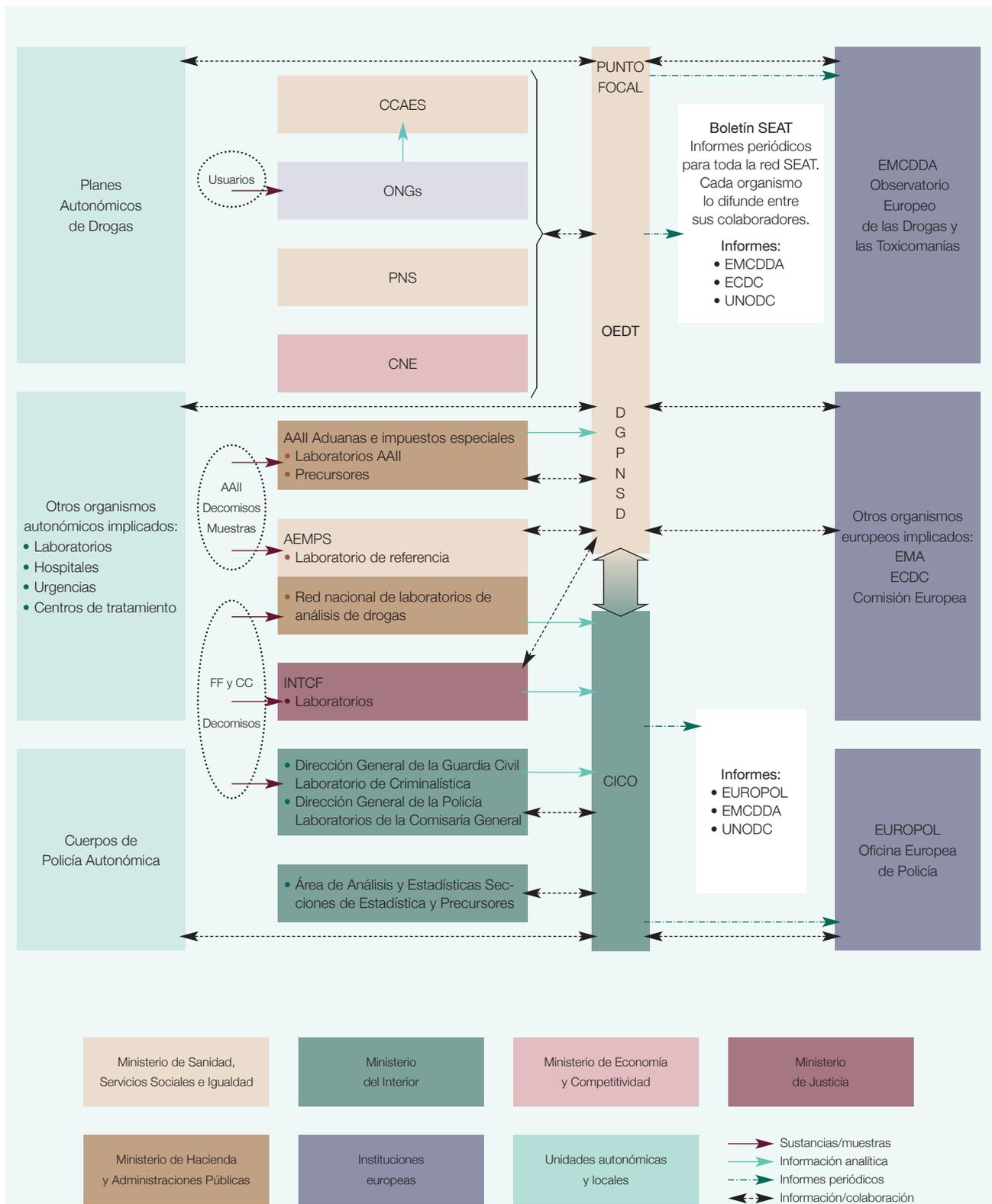
Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el 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.

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



OEDT: Observatorio Español de la Droga 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 Droga y las Toxicomanías. DGPNSD.

## Organizaciones No Gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por organizaciones no gubernamentales (ONGs), institutos de investigación y otras entidades y que forman parte activa del SEAT, notificando a la DGPNSD todas aquellas incidencias que resulten de interés (modificaciones de los patrones de consumo, identificación de nuevas sustancias, resultados de los tests de composición y pureza de las sustancias a consumir por los usuarios, adulteraciones, etc.). Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT y que han colaborado a impulsar y fortalecer la red virtual del SEAT se encuentran Energy Control<sup>18</sup>, Ai Laket<sup>19</sup> y Cruz Roja Española<sup>20</sup>.

## Organismos internacionales

Si bien, estrictamente, los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es importante que estén presentes en el esquema general dada la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está en conexión permanente con la Agencia Europea del Medicamento.

## Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública<sup>21</sup>. En 2014, el SEAT ha notificado al EMCDDA información relativa a 17 nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España. De ellas, una pertenecía al grupo de los cannabinoides sintéticos, 4 al grupo de las catinonas y 6 al grupo de las fenetilaminas. El resto de sustancias se repartía entre los grupos de arilalquilaminas (2), arilciclohexilaminas (2), benzodiazepinas (1) y el grupo de otros (1).

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

Tabla 3.2.1.

### Esquema de actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2013 y 2014.

	2013	2014
NSP detectadas en España por primera vez y notificadas al EWS-UE	18	17
NSP detectadas en la Unión Europea +Noruega +Turquía por primera vez y comunicadas al SEAT	81	101
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	2	2*
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al SEAT	–	7
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al EWS-UE y al SEAT	–	1**

\* 4 metil-N, N-dimetilcatinona y 2-cloro-4,5-MDMA.

\*\* Dos intoxicaciones no fatales relacionadas con el consumo de Difenidina.

FUENTE: Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías. DGPNSD.

18. Energy Control: <http://energycontrol.org/>

19. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

20. Cruz Roja Española: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/>

21. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana. [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas\\_sustancias\\_espanol.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf)

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE.

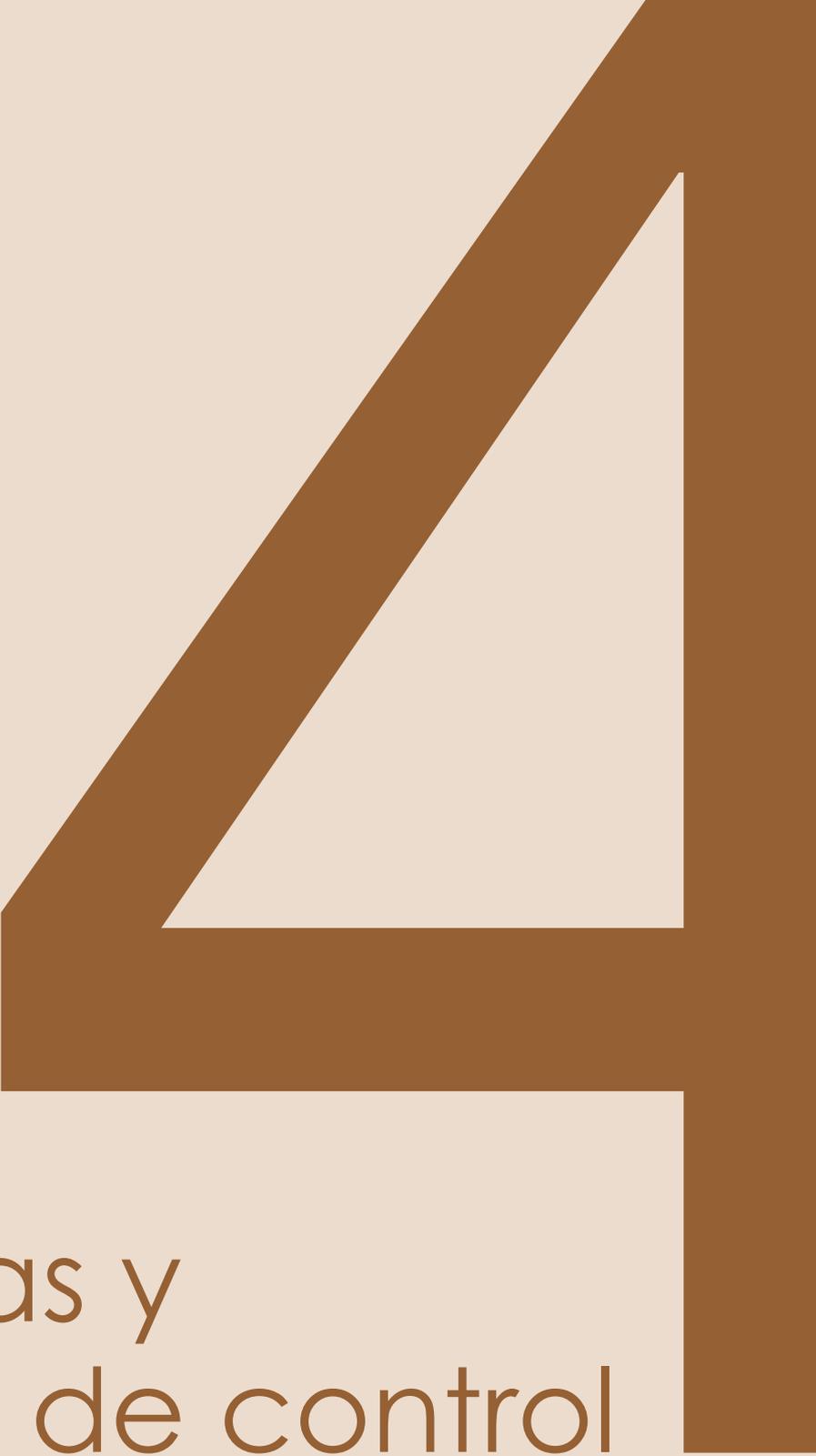
Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Feniletilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Feniletilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α-Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Arilciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodiacepinas	Benzodiacepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Feniletilaminas	03-10-2014
Etilona: (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)- 2-(ethylamino) propan-1-one	2-ethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl) propan-1-one	Catinonas	03-10-2014
6-MAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine o 6-(2-metilaminopropano) benzofurano y 6-desoxi-MDMA	Arilalquilaminas	10-10-2014
Diphenidine	(±)-1-(1,2-Diphenylethyl)piperidine	Otros	17-11-2014
2 PEA	(2-phenethylamine)	Feniletilaminas	29-12-2014
Pentdrone	1-phenyl-2-(methylamino)pentan-1-one	Catinona	29-12-2014
2-chloro-4,5-MDMA*	2-chloro-4,5-MDMA	Feniletilaminas	29-12-2014
25N-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-nitrofenil)-N-(2-metoxibenzil) etanamina	Feniletilaminas	30-12-2014

\* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías. DGPNSD.

En 2014, las nuevas sustancias psicoactivas 4-MA o 4-metilamfetamina y 5-IT o 5-(2aminopropil) indol fueron sometidas a medidas de control en España, mediante las órdenes:

- Orden SSI/1478/2014, de 1 de agosto, por la que se incluye la sustancia 4-metilamfetamina en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8521](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8521)
- Orden SSI/806/2014, de 8 de mayo, por la que se incluye la sustancia 5-(2-aminopropil)indol (5-IT) en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación y por la que se transfiere el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) de la lista IV a la lista II del anexo I del citado real decreto: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5265](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5265). Además, en esta misma orden, el GHB fue transferido de la lista IV a la lista II del anexo I del citado Real Decreto.



Oferta  
de drogas y  
medidas de control

## 4.1. Ventas de tabaco, 2005-2014

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 el año 2005 y el 2014.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.1.1) como en unidades físicas (tabla 4.1.3) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 11.849,481 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 2014, el 88,4% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de participación en los ingresos viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 8,8% en 2014, desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años (tabla 4.1.2). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales y su participación en los ingresos, aunque ha tendido a aumentar, viene manteniéndose por debajo del 1% (tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España\*, 2005-2014.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2014	Variación 2014/2005 (%)	Variación 2014/2013 (%)
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.236,958	-0,07	0,19
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	515,409	10,31	0,48
Picadura de liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.044,266	472,12	-4,08
Picadura de pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,848	551,88	43,42
<b>Total</b>	<b>10.891,510</b>	<b>11.809,380</b>	<b>12.536,716</b>	<b>12.992,363</b>	<b>11.855,562</b>	<b>11.849,481</b>	<b>8,80</b>	<b>-0,05</b>

\* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2014.

Tabla 4.1.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España\*, 2005-2014.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2014
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,4
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,8
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2014.

No obstante ser los cigarrillos el producto estrella de entre las labores de tabaco, su volumen de ventas viene disminuyendo progresivamente desde el año 2009, siendo especialmente notorios los descensos que se produjeron entre ese año y 2012.

Como se puede apreciar en la figura 4.1.1, si bien las ventas de cigarrillos entre los años 2005 y 2009 se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligerísima tendencia a la baja (-0,1%), en el periodo 2009-2012 se redujeron en más de un tercio (-34,3%). A partir de 2012 las ventas han seguido descendiendo pero más moderadamente: en 2013 se redujeron en un 11,1% respecto del año anterior y en 2014 tan sólo en un 1,5% (figura 4.1.1 y tabla 4.1.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, siendo el más destacado el correspondiente a Andalucía (-137,1%), si consideramos el periodo 2005-2014. Respecto a los descensos del volumen de las ventas en 2014 en relación con el año anterior, los más elevados se han producido en Navarra (-3,2%) y en Castilla y León (-3,1%), como se puede apreciar en la tabla 4.1.3.

Paralelamente al descenso de las ventas de cigarrillos, se ha venido produciendo un aumento de las ventas de cigarros puros que, moderado entre 2005 y 2009 (+5,3%), entre 2009 y 2014 se ha incrementado de forma importante (+95%). No obstante, entre 2013 y 2014 ya se observa una pequeña reducción de las mismas (-1,2%) (figura 4.1.1).

El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó también considerablemente entre 2008 y 2013 (+67,7%). En 2014, sin embargo, las ventas se redujeron en un 10,3% (figura 4.1.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante entre 2008 y 2011, pero posteriormente, y hasta 2014, han venido descendiendo de forma continua, sufriendo una contracción del 51,1% (figura 4.1.2).

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento que fue visible en todas las Comunidades Autónomas, en 2014 ya no lo es tanto. Los descensos en las ventas de cigarros puros, picadura de liar y picadura de pipa que se observan, en igual o aún en mayor medida a la de los cigarrillos, entre 2013 y 2014 (figuras 4.1.1 y 4.1.2), así como el descenso o estabilización de las ventas per capita en todas las Comunidades Autónomas de estas labores de tabaco (tabla 4.1.4), parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España\*, 2005-2014.

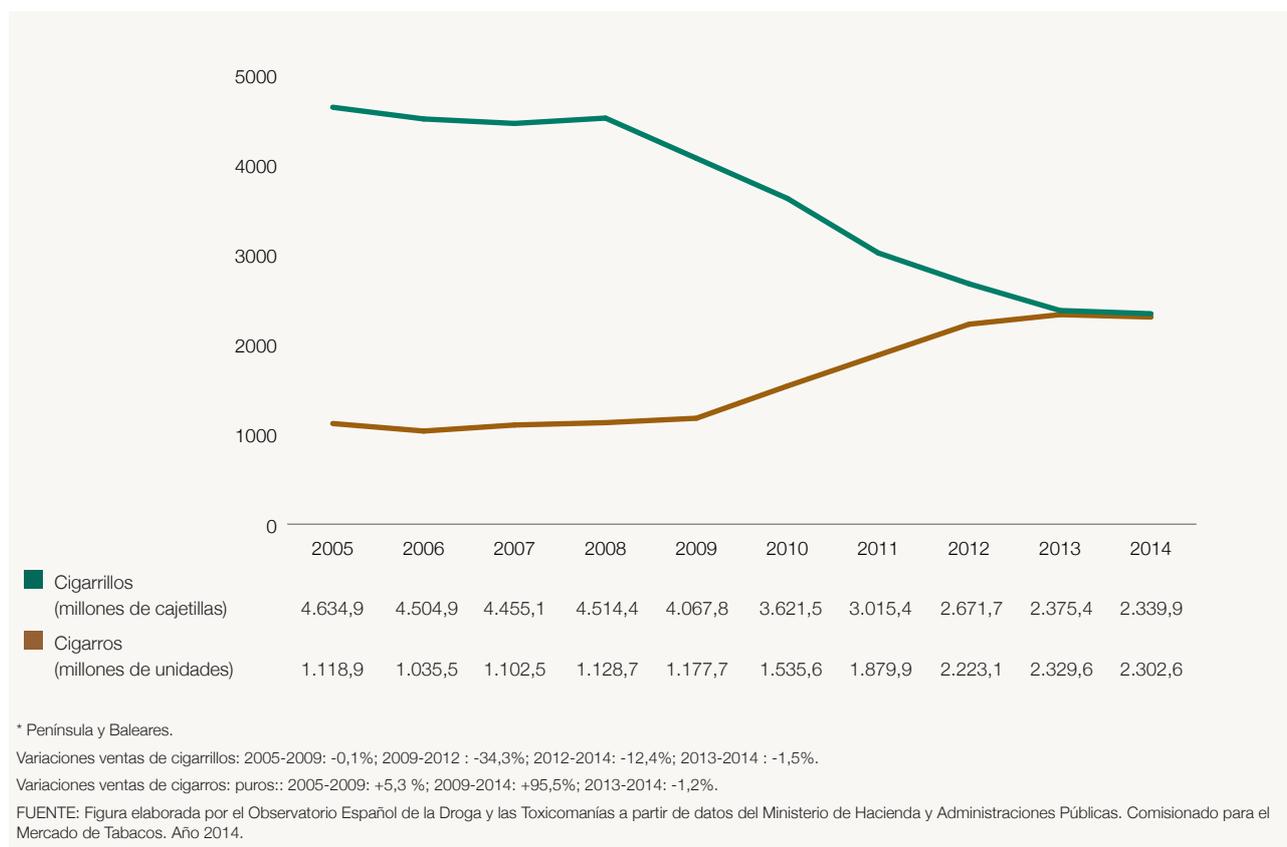


Figura 4.1.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa España\*, 2008-2014.

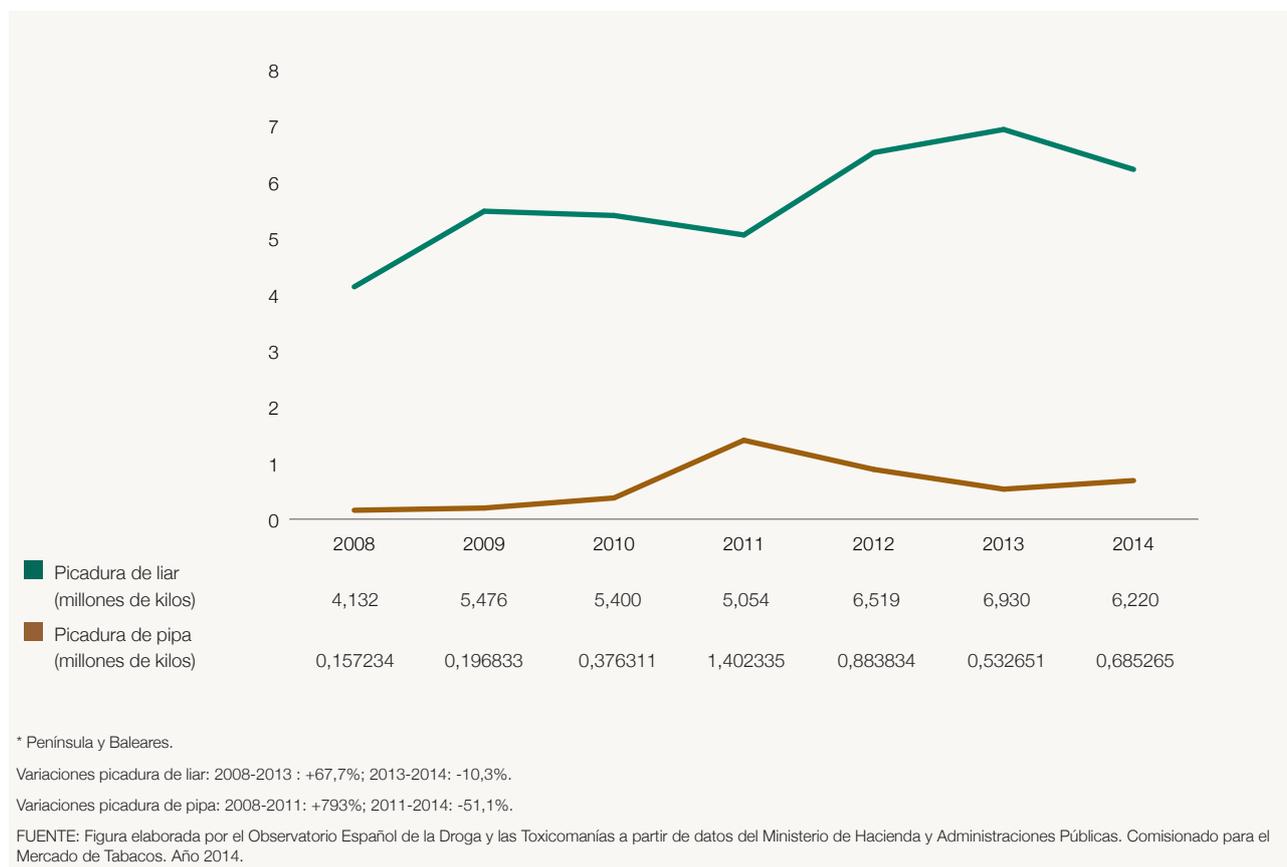


Tabla 4.1.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por Comunidad Autónoma\*, 2005-2014 (millones de cajetillas de 20 cigarrillos).

Comunidad Autónoma	2005	2007	2009	2011	2013	2014	Variación 2014/2013 (%)	Variación 2014/2005 (%)
Andalucía	843	812	738	509	357	353	-1,21	-137,12
Aragón	134	132	124	94	75	75	-1,11	-78,95
Asturias	101	98	95	72	61	59	-2,99	-69,20
Islas Baleares	196	179	143	107	87	87	0,17	-125,32
Cantabria	58	56	54	41	33	33	-1,42	-76,11
Castilla y León	226	221	213	160	131	127	-3,09	-76,21
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	109	-1,41	-72,24
Cataluña	889	844	759	560	441	436	-1,06	-102,69
Comunidad Valenciana	590	569	491	359	285	283	-0,67	-107,92
Extremadura	107	107	104	81	62	61	-2,60	-73,87
Galicia	227	220	212	158	135	133	-1,57	-69,76
Madrid	548	530	496	385	316	310	-1,84	-75,26
Murcia	149	152	136	105	84	82	-2,42	-79,39
Navarra	95	89	84	64	51	50	-3,25	-87,90
País Vasco	256	228	212	158	129	127	-2,05	-100,06
La Rioja	27	26	26	20	17	17	-0,44	-62,02
<b>Total</b>	<b>4.635</b>	<b>4.455</b>	<b>4.068</b>	<b>3.015</b>	<b>2.375</b>	<b>2.340</b>	<b>-1,49</b>	<b>-96,62</b>

\* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2014.

Tabla 4.1.4.

Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita*, según Comunidad Autónoma\*, 2014/2013.

Comunidad Autónoma	Cigarrillos (cajetillas de 20 cigarrillos)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (kilos)			Picadura de pipa (kilos)		
	2013	2014	Variación	2013	2014	Variación	2013	2014	Variación	2013	2014	Variación
Andalucía	62,8	62,3	-0,5	59,8	59,6	-0,2	0,2	0,2	0,0	0,024	0,033	0,009
Aragón	87,2	87,1	0,0	118,7	116,1	-2,7	0,2	0,2	0,0	0,012	0,018	0,006
Asturias	87,4	86,3	-1,1	127,7	126,9	-0,8	0,2	0,2	0,0	0,006	0,009	0,003
Islas Baleares	113,2	113,7	0,4	74,2	74,4	0,3	0,4	0,4	0,0	0,018	0,021	0,003
Cantabria	84,7	84,6	-0,1	135,1	134,0	-1,1	0,2	0,2	0,0	0,008	0,011	0,003
Castilla y León	81,5	80,3	-1,3	112,2	112,0	-0,2	0,2	0,2	0,0	0,016	0,021	0,005
Castilla-La Mancha	80,1	80,0	-0,1	85,3	84,8	-0,5	0,3	0,2	0,0	0,025	0,038	0,013
Cataluña	88,2	87,9	-0,3	73,6	74,1	0,5	0,3	0,3	0,0	0,020	0,019	-0,001
C. Valenciana	85,2	85,5	0,3	80,1	80,7	0,7	0,3	0,3	0,0	0,026	0,038	0,012
Extremadura	85,8	84,3	-1,5	114,0	112,8	-1,2	0,3	0,2	-0,04	0,020	0,039	0,019
Galicia	76,1	75,9	-0,2	95,4	93,8	-1,6	0,2	0,2	0,0	0,005	0,008	0,003
Madrid	72,0	71,4	-0,6	43,3	43,8	0,5	0,2	0,2	0,0	0,011	0,013	0,001
Murcia	85,0	83,2	-1,7	60,3	60,4	0,1	0,3	0,2	-0,04	0,021	0,033	0,011
Navarra	122,2	119,0	-3,2	131,4	127,0	-4,4	0,3	0,3	0,0	0,013	0,012	0,000
País Vasco	90,4	89,2	-1,2	118,8	117,6	-1,2	0,2	0,2	0,0	0,009	0,008	-0,001
La Rioja	79,8	80,5	0,7	132,5	131,9	-0,6	0,2	0,1	-0,01	0,012	0,018	0,005
<b>Total</b>	<b>80,1</b>	<b>79,5</b>	<b>-0,5</b>	<b>78,5</b>	<b>78,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,018</b>	<b>0,023</b>	<b>0,005</b>

\* Península y Baleares.

Nota: para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años del Instituto Nacional de Estadística.

Cigarrillos: nº de cajetillas *per capita*. Cigarros: nº de cigarros *per capita*. Picadura de liar y picadura de pipa: nº de kilos *per capita*.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2014.

## 4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2014

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes (tabla 4.2.1).

Tabla 4.2.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2014.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Heroína (Kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244
Cocaína (Kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685
Hachís (Kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762
Éxtasis (Nº de pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

### Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.2.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2014. En la serie cronológica presentada se pueden diferenciar tres periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2002, que se caracteriza por contar con los menores volúmenes de incautación de toda la serie, al margen de la excepcional cifra del año 2001, y que presenta una ligera tendencia creciente; un segundo periodo, entre 2003 y 2007, en el que se incrementaron notablemente los volúmenes de las incautaciones, siendo los más elevados de toda la serie; y un tercer periodo, a partir 2008, año en el que se inicia una importante tendencia al descenso de las cantidades incautadas (en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008) y que parece mantenerse aún en el año 2014, que se incautaron 21.685 kg.

### Hachís

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2014 (figura 4.2.2) también se pueden distinguir tres periodos, un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de

2004 y las 459,3 toneladas de 2006); y, finalmente, un tercer periodo, en el que, tras un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto de los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 toneladas en 2008), se ha caracterizado por su tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas). En 2014 se incautaron 379,8 toneladas de hachís, cantidad que es superior a la de los tres años anteriores, lo que podría tal vez ser síntoma del cese de la tendencia a la baja del volumen de las incautaciones iniciada en 2009.

## Heroína

La figura 4.2.3 presenta las cantidades de heroína incautadas también entre 1998 y 2014. En esta ocasión, así mismo, se pueden distinguir tres periodos en función de los volúmenes y, sobre todo, de la tendencia al incremento o descenso de esos volúmenes. Dejando a un lado el enorme volumen de la cantidad incautada de heroína en 1999 por ser claramente anecdótico por excepcional, entre 1998 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 Kg). En 2006, sin embargo, volvieron a crecer sustancialmente respecto del año anterior (472 Kg), iniciándose una tendencia al alza hasta 2009 (330 Kg), año en el que empieza a apreciarse el inicio de una tendencia descendente en las cantidades incautadas que alcanza hasta 2014 (244 Kg).

## Éxtasis

Las cantidades incautadas de éxtasis también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2014, como queda de manifiesto en la figura 4.2.4, más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.142, cantidad, que, por otra parte, resulta ser muy excepcional. Al año siguiente, 2003 (con 771.854 pastillas decomisadas) comienza un periodo de tendencia decreciente que culmina en 2013, año en el que se decomisaron 154.732 pastillas, esto es, un 80% menos. En 2014, de nuevo se incautó un número bastante elevado de pastillas de éxtasis (558.867), sin que se pueda afirmar, por el momento, que pudiera ser el comienzo de un nuevo periodo al alza de las incautaciones, pues podría también tratarse de un incremento puntual.

Figura 4.2.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada en España (Kg.), 1998-2014.

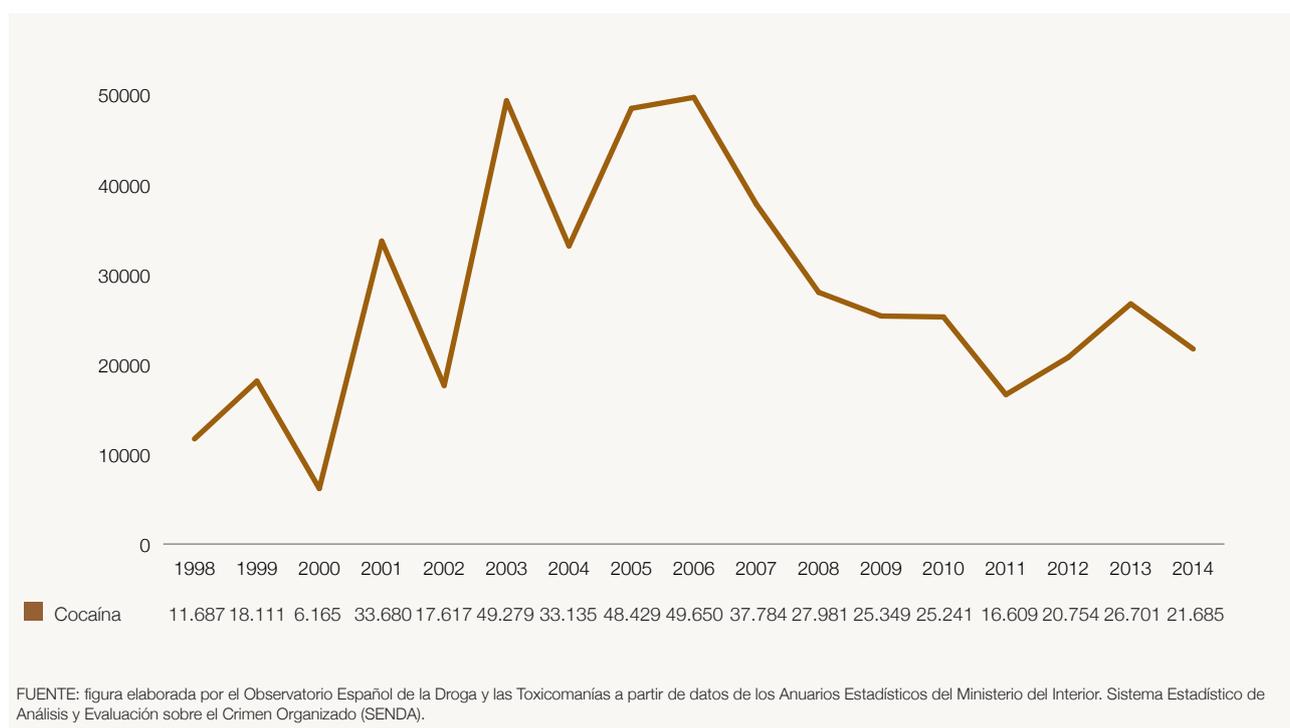


Figura 4.2.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado en España (toneladas), 1998-2014.

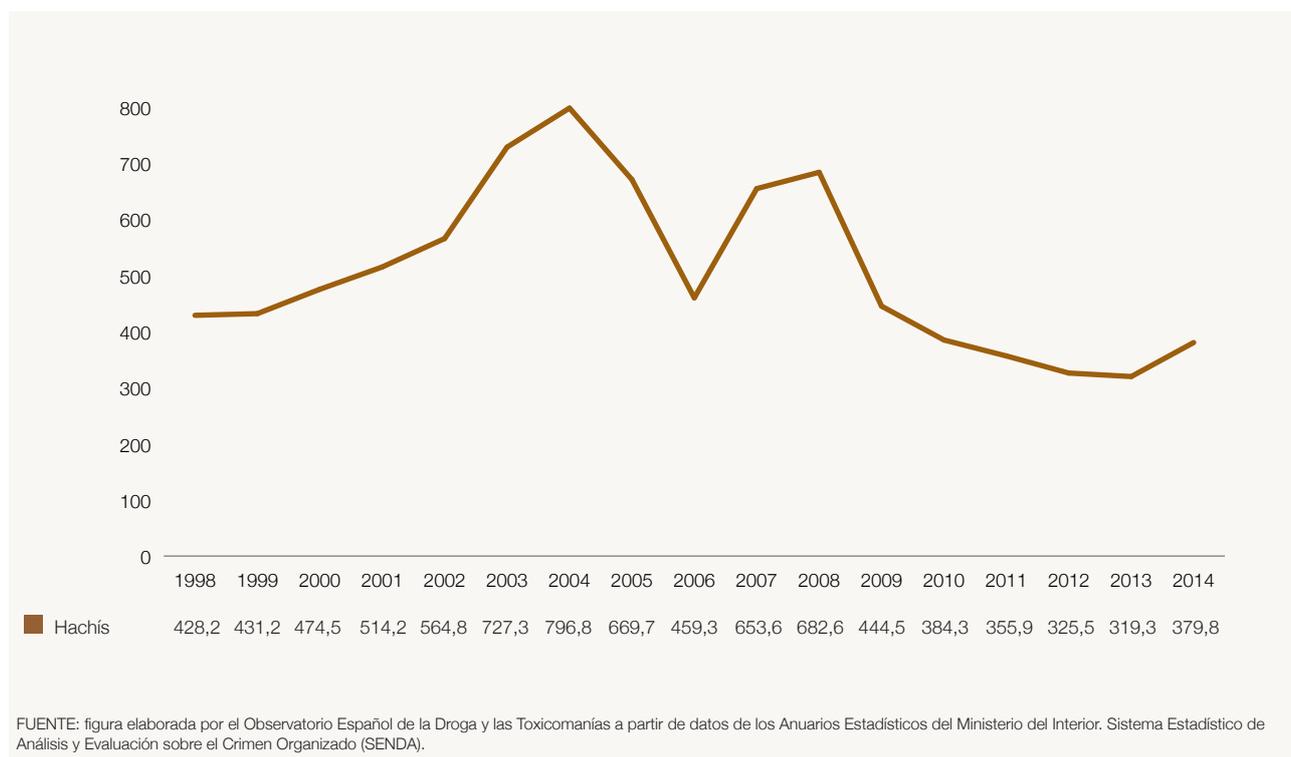


Figura 4.2.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada en España (Kg), 1998-2014.

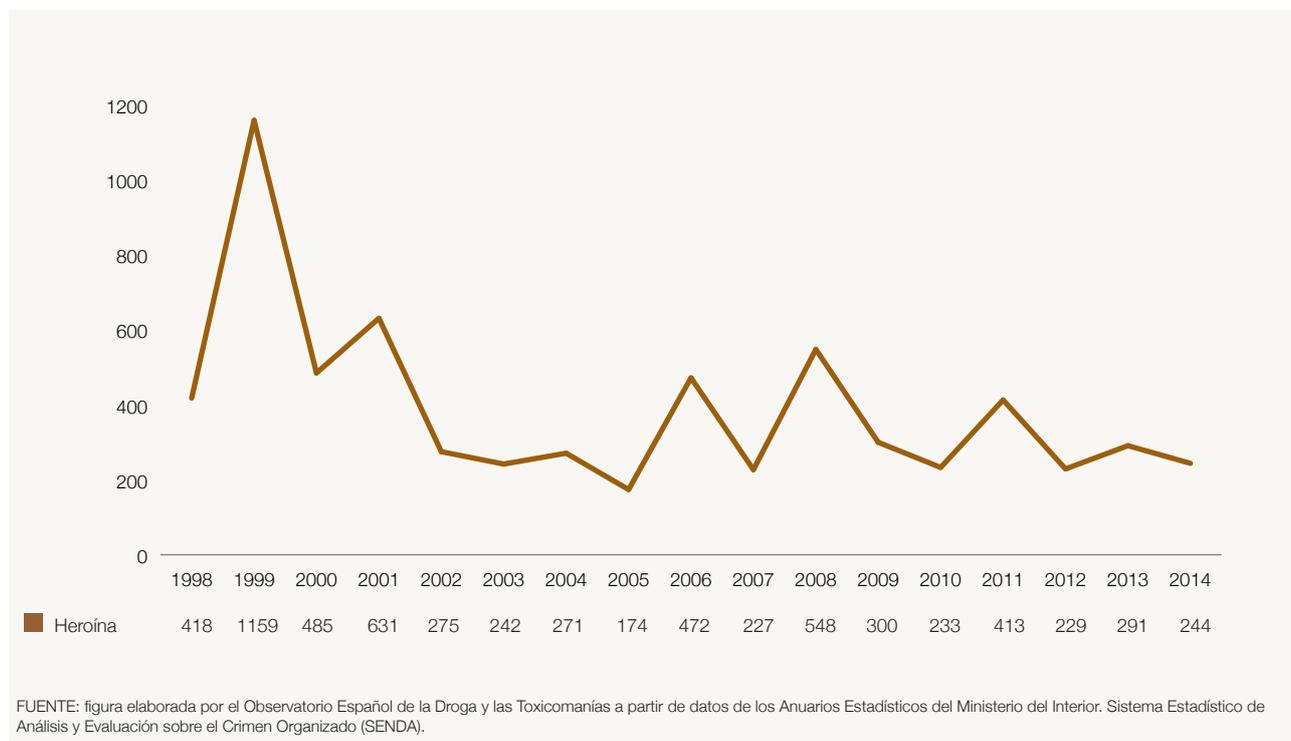
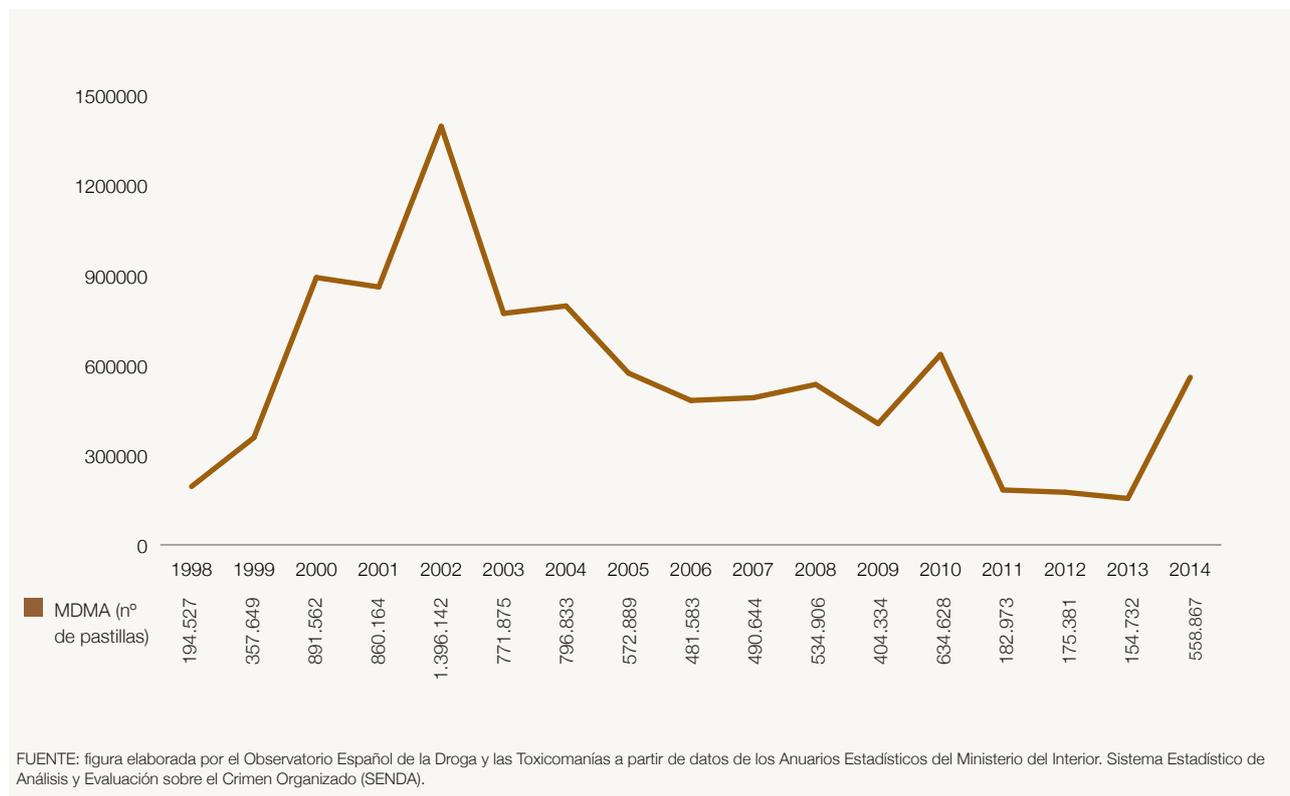


Figura 4.2.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado en España (Nº de pastillas), 1998-2014.



Si se observan las tendencias a lo largo del periodo considerado, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína, éxtasis) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

## 4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2014

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 tiende al alza desde 2006 el precio del éxtasis, pasando de 9,9 euros la unidad a 11,05 euros en 2014, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000 (figura 4.3.1). Si se considera el precio de los decomisos del nivel del gramo, se ha ido incrementado desde el año 2000 el precio de los cánnabicos (resina de hachís y grifa/marihuana) que si en el año 2000 era de 3,87 euros en 2014 llegó a 4,68 euros. También ha ido aumentando el precio del gramo de anfetaminas en polvo (speed), pasando de 25,5 euros, precio del año 2000, a 28,09 euros en 2014 (figura 4.3.1). Por el contrario, el precio del gramo de heroína, desde el año 2000, y de cocaína desde el año 2004, muestra una tendencia descendente, de modo que el gramo de heroína, que en el año 2000 alcanzó un precio medio de 66,38 euros, se pudo adquirir en 2014 a 56,92 euros (esto es, casi 10 euros menos) y el gramo de cocaína, que en 2004 se vendió a un precio medio de 61,85 euros, se pudo comprar a un precio medio de 57,57 euros (figura 4.3.2 y tabla 4.3.1).

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 2000-2014, 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 2014, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 39%, 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, 63%, 41% y 33%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la cocaína en 2014, siguiendo la tendencia mantenida desde el año 2000, vuelve a descender, tanto en el pequeño tráfico y menudeo (dosis-gramo) como en el mercado mayorista (Kg). En este último, la pureza de la heroína sigue la misma trayectoria de descenso, pero no así la pureza en el pequeño tráfico y menudeo que se mantiene prácticamente idéntica desde 2010 (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 2014, para heroína, la razón de pureza Kg./dosis fue 1,86, la razón Kg./gramo 1,26 y la razón gramo/dosis 1,48, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,91, 1,54 y 1,24, 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 2000-2014, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg./gramo, pasando de 2,00 en 2000 a 1,26 en 2014, así como la razón pureza Kg./pureza dosis que ha pasado de 2,56 a 1,86, 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.

Figura 4.3.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (€). España, 2000-2014.

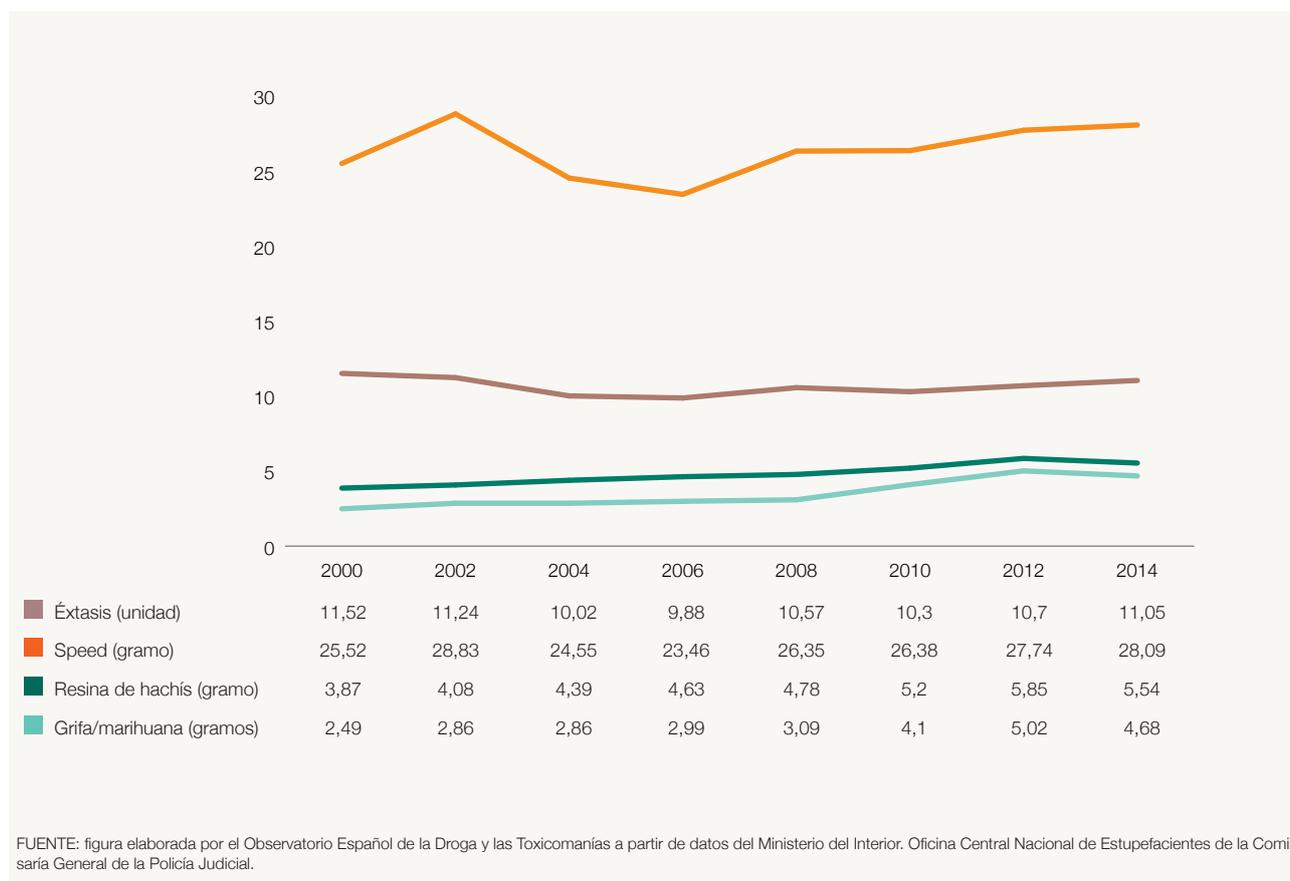
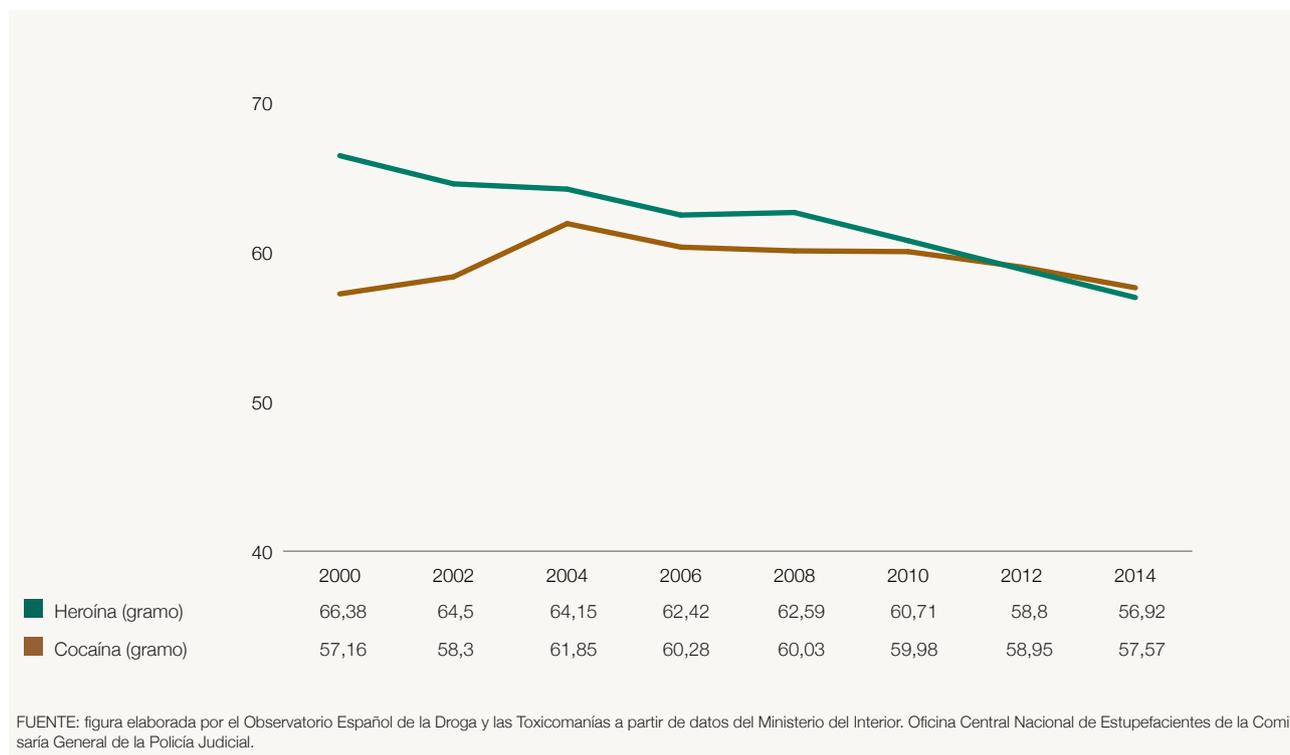


Figura 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (€). España, 2000-2014.



En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza Kg./gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma. Algo parecido ha sucedido con la razón Kg./dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/pureza dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable (tabla 4.3.2).

**Tabla 4.3.1.**

**Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2014.**

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Heroína								
Dosis	25	26	22,5	22	22,5	21	21	21
Gramo	32	34	29	32	32,5	31,5	31	31
Kilogramo	64	53	49	47,5	46,0	45	41,5	39
Cocaína								
Dosis	45	43	42	46	40,5	36,5	35	33
Gramo	53	50	51	54	49,5	45,5	42,5	41
Kilogramo	74	71	75	73	72,0	71	67	63

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos del 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, 2000-2014.**

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Decomisos de heroína								
Razón Kg/dosis	2,56	2,04	2,23	2,09	2,04	2,14	1,97	1,86
Razón Kg/gramo	2,00	1,56	1,69	1,50	1,42	1,43	1,33	1,26
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,32	1,39	1,44	1,50	1,47	1,48
Decomisos de cocaína								
Razón Kg/dosis	1,64	1,65	1,79	1,66	1,78	1,95	1,91	1,91
Razón Kg/gramo	1,40	1,42	1,47	1,38	1,45	1,27	1,57	1,54
Razón g/dosis	1,18	1,16	1,21	1,20	1,22	1,25	1,21	1,24

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos del Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

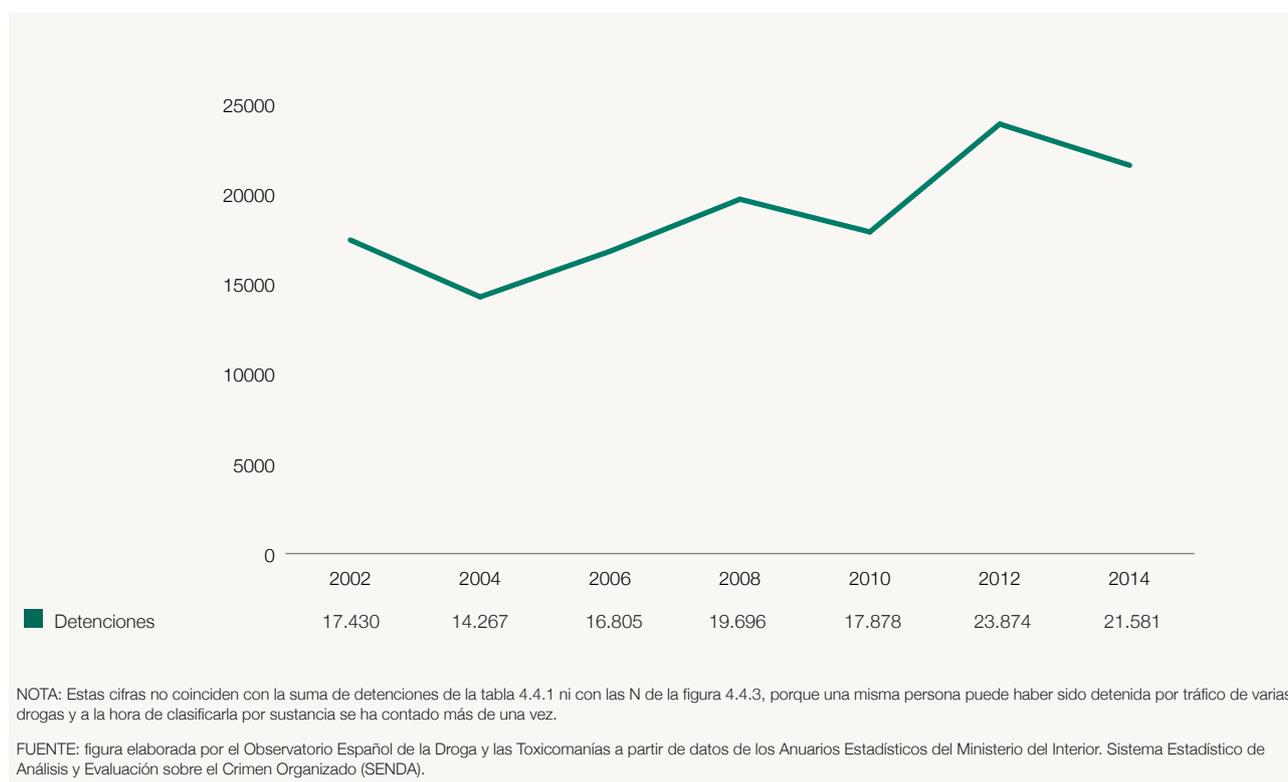
## 4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2014

En el año 2014 se registraron 21.581 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 23.874 en 2012. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 398.422 frente a 372.419 en 2012. Desde 2002, y al margen de las diferencias interanuales de variación de las cifras, se observa una tendencia al crecimiento de las detenciones realizadas. La misma tendencia se observa en el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas (figuras 4.4.1 y 4.4.2).

Como en años anteriores, en 2014 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (56% y 87%, respectivamente) o con los cocaínicos (28% y 9%, respectivamente) (figura 4.4.3 y tablas 4.4.1 y 4.4.2). Tanto los detenidos como los denunciados eran en una gran mayoría varones (85,10% y 94,64%, respectivamente).

Figura 4.4.1.

Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2014.



En 2014, las Comunidades Autónomas con más detenciones fueron Andalucía (30,68%), la Comunidad Valenciana (15,42%) y Madrid (11,88%), seguidas de las Islas Canarias (4,41%) y Ceuta (4,19%). Así mismo, Andalucía fue la Comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas (27,84%), seguida por la Comunidad Valenciana (19,81%), la Comunidad de Madrid (13,89%) y la Comunidad Canaria (9,77%).

Figura 4.4.2.

Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2002-2014.

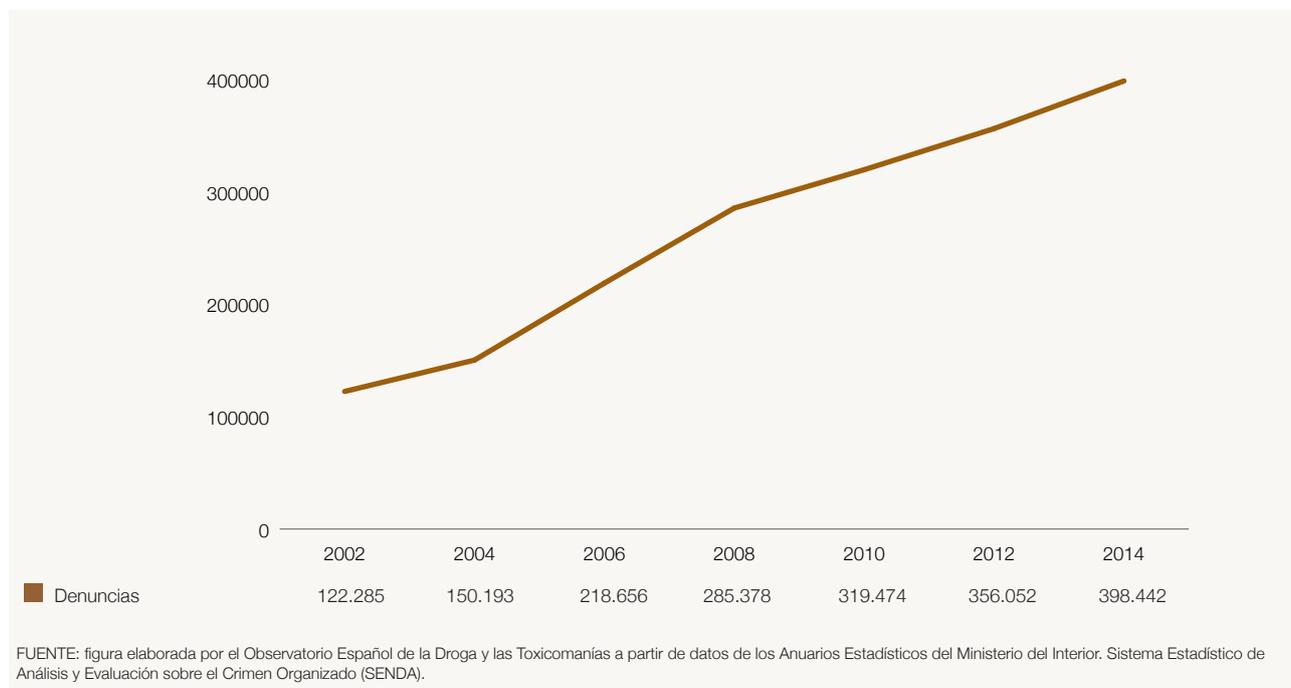
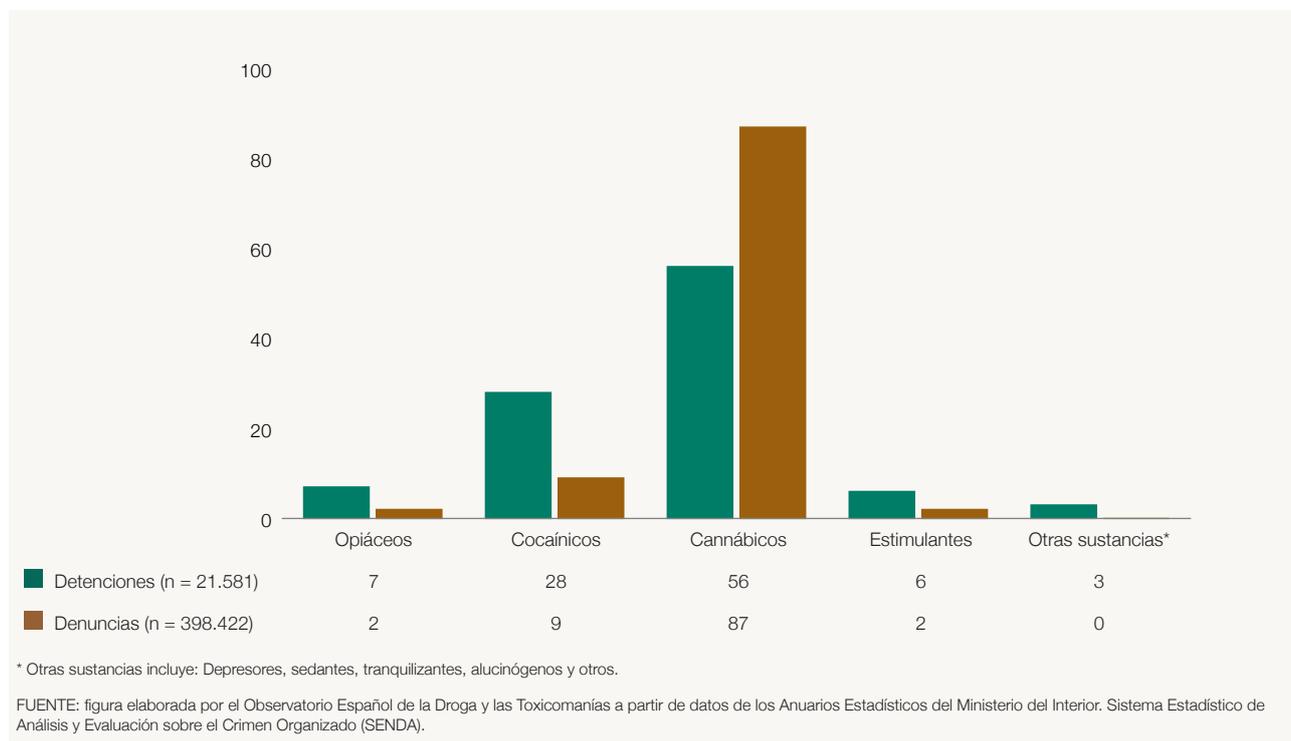


Figura 4.4.3.

Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2014.



**Tabla 4.4.1.**

Evolución de las detenciones por familia de drogas (% sobre el total). España, 2006-2014.

	2006	2008	2010	2012	2014
Total detenciones	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581
Cannábicos	46	50	50	56	56
Cocaínicos	39	36	35	30	28
Opiáceos	6	7	7	5	7
Estimulantes	6	5	5	4	6
Otras sustancias	3	3	3	4	3

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

**Tabla 4.4.2.**

Evolución de las denuncias por familia de drogas (% sobre el total). España, 2006-2014.

	2006	2008	2010	2012	2014
Total denuncias	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422
Cannábicos	77	80	84	87	87
Cocaínicos	17	14	12	9	9
Opiáceos	3	3	3	1	2
Estimulantes	2	2	1	1	2
Otras sustancias	1	1	1	1	0

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

# Información complementaria

# Páginas web de interés

## MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

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

### Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

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

### Encuesta Nacional de Salud

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

## MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

### Centro de Inteligencia Contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)

<http://www.intelpage.info/centro-de-inteligencia-contra-el-terrorismo-y-el-crimen-organizado-citco.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 ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

<http://www.mineco.gob.es/>

### Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

<http://www.isciii.es/>

## OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)  
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

[http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://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/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO  
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/](http://ec.europa.eu/public_opinion/)