



OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

INFORME 2009

INFORME 2009 DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

Situación y tendencias de los problemas de drogas en España

REDACCIÓN

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

Elena ÁLVAREZ	Julia GONZÁLEZ
Gregorio BARRIO	Noelia LLORENS
Begoña BRIME	Aurora RUIZ
Antonia DOMINGO-SALVANY	Amparo SÁNCHEZ

RESPONSABLES DE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y OTRAS INSTITUCIONES COLABORADORAS

Andalucía	Castilla-La Mancha	Galicia
Izaskun BILBAO	Carmen DE PEDRO	Indalecio CORREA
José Manuel RODRÍGUEZ	Elena MONTERO	Jaime FRAGA
Lara Isabel FORNOVI	Pilar PESES	
Aragón	Castilla y León	La Rioja
Ana Isabel NAVARRO	Ana SÁNCHEZ	Juan DEL POZO
Inmaculada MELÉNDEZ	Susana REDONDO	Ana GONZÁLEZ
Milagros SOLER	Isabel GARCÍA	
Asturias	Cataluña	Melilla
Margarita EGUILAGARAY	Josep M ^a SUELVES	Rocío ÁLVAREZ
Ignacio DONATE	Xavier AYNETO	
Baleares	M. Teresa BRUGAL	Madrid
María RAMOS		Ana RUIZ
Joana M ^a VANRELL	Ceuta	Julio PÉREZ
Canarias	Miguel Angel MANCILLA	Luis Fernando PORTALES
Milagros DOMÍNGUEZ	Comunidad Valenciana	
Marcos GASPAR	Francesc J. VERDÚ	Murcia
Pilar OJEDA	M ^a Lidón CALDUCH	Juan Francisco CORREA
Cantabria	Extremadura	Juan Vicente PÉREZ
M Carmen DIEGO	Antonia María VAS	Navarra
	Quintín MONTERO	Miguel MARTÍNEZ
		Fermín CASTIELLA
		País Vasco
		Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA
		Nieves CORCUERA

AGRADECIMIENTOS

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

- María José BRAVO y Mercedes DÍEZ, del Centro Nacional de Epidemiología, por su ayuda en la realización de la estimación del número de inyectadores y el capítulo de infecciones en consumidores de drogas.
- Eva SÁNCHEZ, por su ayuda en el tratamiento de textos y en la elaboración de tablas y figuras.
- Los coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.
- Ministerio de Educación y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Economía y Hacienda.
- Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología. Ministerio de Justicia.

INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED)

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid

Teléfono: 91 822 00 00

Fax: 91 822 61 08

Correo electrónico: cendocu@pnd.msp.es

Internet: www.pnsd.msp.es



Edita:
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
Secretaría General de Política Social y Consumo
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Diseño y maquetación: Quadro

NIPO: 840-09-101-X

E

1 Observatorio Español sobre Drogas (OED), encuadrado en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Política Social, pretende ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación y las tendencias de los problemas relacionados con el consumo de drogas en España. Para ello emplea diversas metodologías de recogida y análisis de datos, y cuenta con la colaboración de los gobiernos autonómicos y de otras instituciones.

Los informes periódicos, como el de 2009 que ahora presentamos, son uno de los principales instrumentos para exponer y difundir información actualizada y contextualizada sobre este fenómeno. El informe actual incorpora los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2007, que es una de las encuestas europeas de este tipo con mayor muestra, y de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2008. Ambas encuestas aportan información muy interesante, que viene a confirmar el cambio de la tendencia ascendente del consumo de cannabis y cocaína que venía observándose desde hace muchos años, y que ya se insinuaba en encuestas anteriores. Por lo que respecta a los indicadores de problemas de drogas, se actualizan los datos hasta 2007 (último año en que se ha completado el envío desde las comunidades autónomas) y se aporta información que complementa y es altamente consistente con la que proviene de las encuestas.

No querría dejar de señalar que la información ha de permitir evaluar globalmente las políticas y las intervenciones sobre drogas y, eventualmente, poner de manifiesto la necesidad de nuevas intervenciones. En este sentido, los resultados incluidos en este informe subrayan que en los próximos años han de seguir los esfuerzos por reducir aún más el impacto del consumo de tabaco, cannabis y cocaína en nuestro país, han de impulsarse políticas muy activas para reducir el consumo intensivo de alcohol por parte de los jóvenes (borracheras y atracones de alcohol), que sigue mostrando una tendencia creciente. Sin olvidar tampoco que hay que mantener y defender los programas destinados a evitar las consecuencias ligadas al consumo de heroína, porque esta droga sigue causando en nuestro país un importante número de muertes, y hay indicios de que el consumo ha dejado de descender y puede comenzar a aumentar de nuevo.

Esperamos que en los próximos años los datos sigan reflejando un cambio positivo del consumo y los problemas de drogas en España, que responda a los esfuerzos que se están haciendo para poner en marcha políticas públicas frente a este problema. Y si no es así, habrá que revisar, reforzar, complementar o reorientar las políticas que se están llevando a cabo. En cualquier caso, es imprescindible que el Observatorio Español sobre Drogas (OED) siga, como hasta ahora, aportando información técnica de calidad que contribuya a diseñar y evaluar dichas políticas, y que lo haga de forma independiente a los deseos de quienes las impulsan.

Carmen Moya
Delegada del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Índice

Presentación	4
Introducción	7
Resumen	8
Capítulo 1. Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas	15
1.1. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2007	15
1.2. El alcohol y las drogas en el medio laboral, 2007	52
1.3. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), 1994-2008	84
1.4. Estimación del consumo problemático de heroína y cocaína en España	127
Capítulo 2. Problemas relacionados con las drogas	132
2.1. Indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, 1987-2007	132
2.2. Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, 1996-2007	166
2.3. Infecciones en consumidores de drogas, 1986-2008	177
2.4. Mortalidad relacionada con las drogas	181
2.5. Diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal, 1997-2008	196
Capítulo 3. Oferta de drogas y control de la misma	199
3.1. Ventas de tabaco, 1998-2008	199
3.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1996-2008	203
3.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 1995-2008	206
3.4. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 1997-2008	210
Bibliografía	215
Anexos	219
Indice de tablas	219
Indice de figuras	226

Introducción

La función primordial del Observatorio Español sobre Drogas (OED) es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco), y los problemas asociados en España. Para ello se recoge 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.

Las principales fuentes o métodos utilizados para elaborar el informe del OED 2009 son: 1) la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2) la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 3) los indicadores de Tratamiento, Urgencias y Mortalidad, 4) los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas, 5) Las dos Encuestas Estatales a Personas Admitidas a tratamiento por Heroína o Cocaína, y 6) los indicadores sobre oferta y control de la oferta de drogas. 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 (DGPNSD), contando la segunda con la estrecha colaboración de las Comunidades Autónomas. 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 Autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos). En algunos casos los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Finalmente, los indicadores de oferta y control de la oferta proceden del Ministerio del Interior, en el caso de las drogas ilegales, y del Ministerio de Economía y Hacienda en el caso del tabaco.

El presente informe, que se ha estructurado de forma bastante parecida al del Informe del OED de 2007, y contiene mucha información novedosa, incluyendo un resumen detallado de los resultados de EDADES 2007 y ESTUDES 2008, así como datos sobre los indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad de 2006 y 2007. Por su parte los datos de sida en infección por VIH en inyectadores de drogas se actualizan hasta 2007-2008, y los indicadores de control de la oferta hasta 2008.

Resumen

Las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo y los problemas de drogas en España en los años más recientes son los siguientes:

- 1) Se ha detenido el descenso de consumo de tabaco observado hasta 2007.
- 2) Está estabilizada o en descenso la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras).
- 3) Se ha detenido el descenso del número de inyectadores de drogas admitidos a tratamiento.
- 4) Continúa descendiendo lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número elevado de muertes de este tipo (más de 800 en 2006).
- 5) En los inyectadores de drogas persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, y de conductas de riesgo sexuales y de inyección, aunque ha disminuido mucho el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.
- 6) Después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender.
- 7) Se han estabilizado o pueden haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis y los problemas asociados, tras muchos años de aumento continuado.
- 8) Ha aumentado el consumo de hipnosedantes, mientras continúan descendiendo el consumo y los problemas por éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

A continuación se resume la evolución de la situación para cada una de las drogas y problemas más importantes, así como la evolución de otros aspectos relevantes relacionados con el consumo, como las diferencias de género, el riesgo percibido ante el consumo y la disponibilidad percibida.

■ Tabaco: La prevalencia de consumo de tabaco en España continúa siendo elevada. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en 2007 un 29,6% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios (32,9% de los hombres y 26,6% de las mujeres), y según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), en 2008 lo eran un 14,8% de los estudiantes de 14-18 años (13,3% de los hombres y 16,4% de las mujeres). Los estudiantes ven fumar con relativa frecuencia dentro del recinto de los centros educativos a otros estudiantes o a profesores.

En los años más recientes se ha producido un importante descenso del consumo, especialmente entre los hombres de 35-64 años, y entre la población más joven, lo que puede tener relación con las medidas puestas en marcha para reducir el consumo. Sin embargo, hay ya signos del agotamiento del efecto de dichas medidas. Así, aunque en EDADES la prevalencia de consumo en la población de

15-64 años continuaba descendiendo en 2007 (34,9% en 1997, 32,8% en 2005 y 29,6% en 2007), en ESTUDES la prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14-18 años mostraba en 2008 signos de estabilización (21,6% en 1994, 21,5% en 2004 y 14,8% en 2006 y 2008), y lo mismo sucedía con el volumen global de ventas de cigarrillos (4663,0 millones de cajetillas en 2004, 4445,1 en 2007 y 4514,4 en 2008).

■ **Bebidas alcohólicas:** La mayoría de la población española consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente. Según EDADES, en 2007 un 60,0% de la población de 15-64 años había bebido alguna vez en los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), especialmente en el caso de los jóvenes de 15-34 años. La cerveza/sidra era la bebida consumida por mayor número de personas tanto en fines de semana como en días laborables, seguida del vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana, y es después de la cerveza el tipo de bebida consumida por un mayor número de jóvenes de 15-34 años durante el fin de semana. La proporción de personas que bebían diariamente era bastante reducida, siendo más elevada entre los hombres, especialmente entre los de 35-64 años. De hecho, en 2007, había bebido diariamente en los últimos 30 días un 10,2% de la población de 15-64 años (un 15,3% de los hombres y un 4,8% de las mujeres). Son bastante frecuentes los episodios de intoxicación etílica aguda (borrachera), especialmente entre los jóvenes. Así, en 2007, un 19,1% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (25,6% de los hombres y 12,4% de las mujeres; 31,8% de la población de 15-34 años y 10,1% de la de 35-64 años). Por su parte, los datos de ESTUDES indican que en 2008 un 72,9% de los estudiantes de 14-18 años habían consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 58,5% en el último mes, concentrándose muchísimo el consumo en el fin de semana. Entre estos estudiantes, la bebida más consumida eran los combinados/cubatas, si bien en días laborables predominaba la cerveza. Los lugares más frecuentes de consumo son los bares o pubs, los espacios públicos abiertos y las discotecas. En 2008 un 47,1% se había emborrado algún día en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días. Además, un 41,4% había tomado alguna vez durante los últimos 30 días 5 o más vasos/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión —intervalo aproximado de dos horas— (“atracones de alcohol” o *binge drinking*).

En la población de 15-64 años la tendencia temporal de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual y de intoxicaciones etílicas parece estable. Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 74,9% en 2006 y 72,9% en 2008, y en los últimos 30 días de 75,1%, 58,0%, y 58,5%, respectivamente; sin embargo, en 2008 continuaba la tendencia ascendente de las borracheras y el consumo intensivo. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días ha pasado de 16,1% en 1994 a 21,7% en 2000, 28,0% en 2004 y 29,5% en 2008.

■ **Heroína:** Aunque históricamente la heroína ha sido responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas ilegales detectados en España, desde el comienzo de la década de los noventa ha disminuido de forma importante tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Hasta 2004 todos los indicadores manejados por el OED (indicadores de control de la oferta, encuestas domiciliarias y escolares, estimaciones del consumo problemático, tratamientos, urgencias o muertes relacionados con el consumo de heroína) mostraban una tendencia descendente. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996, 7.461 en 2001 y 3.836 en 2004, la proporción de urgencias directamente relacionadas con drogas en que se menciona consumo de heroína pasó de 61,5% en 1996 a 40,5% en 2000 y 24,2% en 2004, y el número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales con presencia de opioides de 1.707 en 1991 a 1.012 en 2000 y 596 en 2004. Sin embargo, a partir de 2004-2006 se ha notado cierto aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años (0,5% en 1994, 0,7% en 2004, 1% en 2006 y 0,9% en 2008), del número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de he-

roína (3.604 en 2005, 3.318 en 2006 y 3.672 en 2007), una ralentización del descenso de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona consumo de heroína (24,8% en 2005, 21,8% en 2006 y 21,0% en 2007) y del número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales con presencia de opioides (645 en 2006). Estos datos permiten plantear la hipótesis de que el consumo y los problemas por heroína pueden haber tocado fondo, y pueden volver a aumentar otra vez. Por otra parte, continúa descendiendo, aunque ya más lentamente, el uso de la inyección para consumir heroína. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3% en 1991 a 16,4% en 2004 y 12,8% en 2007. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”). En 2007, sólo tres comunidades autónomas (País Vasco, Aragón y Cataluña) estaban por encima del 25% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por heroína que usaban preferentemente esta droga por inyección. En cambio, el número de inyectadores recientes de drogas admitidos a tratamiento ha aumentado en 2007 después de muchos años de descenso continuado.

Cocaína: La cocaína es en la actualidad la droga ilegal que genera un mayor volumen de problemas en España. Hasta 2004-2005 todos los indicadores manejados por el OED eran consistentes a la hora de mostrar un aumento del consumo y los problemas por cocaína. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3,0% en 2005; la prevalencia anual entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 1,8% en 1994, a 2,7% en 1996, 6,2% en 2002, 7,2% en 2004, y el número de tratados por primera vez en la vida por cocaína de 932 en 1992 a 1.892 en 1996, 5.977 en 2001, 11.851 en 2003 y 15.258 en 2005. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se mencionaba cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 44,4% en 2001, 49,0% en 2002, 58,5% en 2004 y 63,4% en 2005; el número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detectaba cocaína y no opioides pasó de 0 en 1983 a 18 en 1991, 62 en 2000 y 119 en 2004, y la disponibilidad percibida de cocaína mostraba un aumento sostenido tanto entre la población de 15-64 años, como entre los estudiantes de 14-18 años. Sin embargo, a partir de 2004-2005 han ido aparecido algunas evidencias que hacen pensar que puede estar iniciándose un cambio positivo en la evolución temporal del consumo y los problemas por esta droga. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo de cocaína ha descendido entre los estudiantes de 14-18 años (7,2% en 2004, 4,1% en 2006 y 3,6% en 2008), se ha estabilizado entre la población de 15-64 años (1,6% en 1997, 2,7% en 2003, 3% en 2005 y 3% en 2007). Además, ha descendido lentamente el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (15.258 en 2005, 13.463 en 2006 y 13.429 en 2007), se ha estabilizado la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona cocaína (63,4% en 2005, 59,2% en 2006 y 62,8% en 2007), y ha descendido la disponibilidad percibida de esta droga, tanto entre los estudiantes de 14-18 años (a partir de 2004) como entre la población de 15-64 años (a partir de 2005). En cuanto a la tendencia del número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detecta cocaína y no opioides (207 en 2005 y 152 en 2006) es pronto para apreciarla con claridad.

Es probable que en España esté aumentando el uso de cocaína fumada (conocida aquí como base o cocaína-base). De hecho, en la población de 15-64 años, entre 1999 y 2005 se había producido un discreto incremento en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, sin embargo en 2007 el aumento fue muy acusado, lo que nos informa de una mayor experimentación con este tipo de cocaína. Además, ha aumentado también de forma importante la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (0,1% en 2003, 0,2% en 2005 y 0,5% en 2007). Por otra parte, la experimentación con este tipo de cocaína parece relativamente elevado entre los estudiantes de 14-18 años (prevalencia de consumo alguna vez en la vida: 2,6% en 2006 y 2,4% en 2008). Sin embargo, los problemas relacionados con cocaína-base suponen una proporción del total de problemas por cocaína relativamente pequeña (en 2007 un 4,3% de todos los admitidos a tratamiento por abuso/dependencia de cocaína y un 20,7% de las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con cocaína), y no hay signos claros de aumen-

to reciente. De hecho, el número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína fumada ha pasado de 139 en 1991 a 1.172 en 2000, 1.837 en 2004, 1.617 en 2006 y 1.295 en 2007), y la proporción de urgencias hospitalarias relacionadas con cocaína fumada sobre el total de urgencias relacionadas con cocaína de 18,8% en 2004 a 22,7% en 2005, 17,7% en 2006 y 20,7% en 2007. Por lo tanto, es posible que aunque haya aumentado la experimentación con la cocaína-base fuera de los círculos de los consumidores de heroína, el consumo más frecuente e intensivo de cocaína-base continúe concentrado en dichos círculos.

■ **Cannabis:** En España el consumo de cannabis está muy extendido, incluso el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2007 un 1,5%. El consumo y los problemas por cannabis aumentaron de forma considerable entre 1994 y 2003-2004. La prevalencia anual de consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pasó de 18,2% en 1994 a 32,8% en 2002 y 36,6% en 2004, mientras que en la población de 15-64 años pasó de 7,5% en 1995 a 11,3% en 2003. Se observó también un aumento importante de los primeros tratamientos por abuso o dependencia de cannabis (que pasaron de 1.300 en 1996 a 2.487 en 2000 y 5.389 en 2004) y de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con cannabis sobre el total de urgencias directamente relacionadas con drogas ilegales (6,2% en 1996, 12,8% en 2000 y 19,3% en 2004) aunque es preciso interpretar correctamente el papel del cannabis en los eventos de este tipo ya que pueden estar simultáneamente relacionadas con otras drogas ilegales. Sin embargo, al igual que sucedía con la cocaína, hay evidencias que indican que a partir de 2003-2004 puede haberse producido un cambio de tendencia en la evolución del consumo y los problemas por cannabis. De hecho, la prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años ha pasado de 11,3% en 2003 a 11,2% en 2005 y 10,1% en 2007, la prevalencia anual entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006 y 30,5% en 2008, y el número de admisiones a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cannabis de 5.319 en 2004 a 4.426 en 2005, 4.125 en 2006 y 4.619 en 2007, y la proporción de urgencias directamente relacionadas con cannabis sobre el total de urgencias directamente relacionadas con drogas ilegales de 19,3% en 2004 a 21,7% en 2005, 24,0% en 2006 y 22,9% en 2007. Igualmente, en los años más recientes ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de esta droga tanto entre los estudiantes de 14-18 años (a partir de 2002) como entre la población general de 15-64 años (a partir de 2003), y ha disminuido la disponibilidad de cannabis percibida, sobre todo entre los estudiantes de 14-18 años.

■ **Hipnosedantes:** Con este término nos referimos tanto a los tranquilizantes como a los somníferos, sustancias que son consumidas por un número importante de personas en España, en la mayor parte de los casos, prescritas por los médicos. La prevalencia anual de consumo era de un 8,6% (1,3% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre de la población de 15-64 años en 2007 y de un 10,1% (5,7% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre los estudiantes de 14-18 años en 2008, siendo en ambos casos más alta en las mujeres. Por otra parte, una elevada proporción de consumidores de heroína o cocaína, consumen también hipnosedantes, lo que suele contribuir a aumentar sus problemas. De hecho, según una encuesta realizada en 2003-2004, un 47,0% de los admitidos a tratamiento por heroína o heroína+cocaína habían consumido hipnosedantes el mes previo, cifra que era del 25,6% entre los admitidos por cocaína. En la gran mayoría de los casos, los hipnosedantes consumidos son benzodiazepinas. Entre 1996 y 2004 aumentó el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes pasando de 186 en 1996 a 214 en 2000, 383 en 2005, 466 en 2006 y 503 en 2007.

■ **Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis:** En España, al contrario que en otros países europeos, la prevalencia de consumo de estos estimulantes es menor que la de cocaína. En las encuestas domiciliarias o escolares la prevalencia de consumo desciende lentamente desde 2000-2001. La mayor parte de los consumidores toman las anfetaminas o el éxtasis de forma bastante esporádica, por lo que el peso de estas sustancias en el conjunto de problemas por drogas ilegales es escaso. De hecho, en 2007, las anfetaminas motivaron el 0,8% de los tratamientos por drogas ilegales, se relacionaron con el

4,2% de las urgencias y con el 3,6% de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, siendo las cifras para éxtasis 0,4%, 5,0% y 1,1%, respectivamente. Quizá con la salvedad del año 2002, durante el período 1996-2007 se aprecia una relativa estabilidad del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de éxtasis o anfetaminas (450-650), aunque en los años más recientes tienden a aumentar los tratamientos por anfetaminas y a disminuir por éxtasis. En cuanto a la proporción de urgencias hospitalarias o muertes directamente relacionadas con ilegales que se relacionaron con estas drogas, es difícil apreciar las tendencias por las fluctuaciones interanuales, pero parece que se produjo un aumento hasta el año 2000 y a partir de entonces se ha mantenido relativamente estable.

■ **Alucinógenos:** La prevalencia de consumo de estas sustancias es muy baja y todavía más bajos los problemas relacionados con el consumo. Además, el consumo y los problemas parecen estabilizados o en descenso. Así, en la población de 15-64 años la prevalencia anual de consumo fue de 0,8% en 1995 y de 0,6% en 2007, y en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 4,4% en 1994, 3,1% en 2004, 2,8% en 2006 y 2,7% en 2008. El número de tratamientos por alucinógenos pasó de 74 en 1996 a 37 en 2006 y 43 en 2007, y la mención de alucinógenos en las urgencias directamente relacionadas con drogas es relativamente estable, con algunas fluctuaciones interanuales.

■ **Diferencias intersexuales en el consumo de drogas y los problemas asociados:** Los hipnosedantes son las únicas drogas consideradas en que la prevalencia de consumo es más elevada en las mujeres que en los varones. En cuanto al tabaco y el alcohol, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años, las prevalencias continúan siendo más altas en los varones. Así, en 2007 en la población de 15-64 años, la prevalencia de fumadores diarios de tabaco fue de 32,9% en varones y 22,6% en mujeres, la prevalencia mensual de consumo de bebidas alcohólicas de 71,4% en hombres y de 49,0% en mujeres, y las diferencias relativas fueron aún más amplias en el caso de los bebedores diarios o las intoxicaciones etílicas. En los jóvenes de 15-34 años las diferencias intersexuales relativas se reducen mucho, llegando en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, a ser claramente más alta la prevalencia de consumo de tabaco diario de las mujeres que la de los hombres (16,4% frente a 13,3% en 2008). Por lo que respecta a las drogas de comercio ilegal, las prevalencias de consumo de los hombres continúan siendo varias veces más elevadas que las de las mujeres, sin que se aprecie una reducción de las diferencias. Así, por ejemplo, en 2007 en la población de 15-64 años, la prevalencia mensual de consumo de cannabis fue de 10,0% en hombres y 4,2% en mujeres y la de cocaína en polvo de 2,5% en hombres y 0,8% en mujeres. En los jóvenes las diferencias intersexuales relativas se reducen, sobre todo en el caso del cannabis. Por lo que respecta a los problemas relacionados con drogas de comercio ilegal, se reproduce el sentido de las diferencias intersexuales, pero las diferencias son mayores. Así, en 2007 las razones hombre/mujer en las admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, fueron, respectivamente, 5,6, 3,3 y 6,9, razones que salvo quizás en el caso de las urgencias no muestran una tendencia al descenso.

■ **Percepción del riesgo ante el consumo de drogas:** El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas (medido por la proporción de personas que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas) puede influir en la decisión de consumir y como tal ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura del consumo. En 2007 las conductas consideradas más peligrosas por la población de 15-64 años eran el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis, y las menos peligrosas el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo esporádico de hipnosedantes o cannabis. También se percibía un riesgo bastante bajo ante el consumo habitual de cannabis o hipnosedantes, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas.

Por lo que respecta a las variaciones en los últimos años, entre 2003 y 2007 se aprecia que ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de casi todas las sustancias, especialmente ante el consumo

de cannabis esporádico o habitual, el consumo de cinco o seis unidades de alcohol diariamente o en fin de semana, el consumo esporádico de éxtasis y cocaína, y el consumo de un paquete de tabaco diario. Sin embargo, ha disminuido bastante el riesgo percibido ante el consumo habitual o esporádico de tranquilizantes o somníferos.

Por lo que respecta a los estudiantes de 14-18 años, entre 2004 y 2008 se observa un aumento generalizado del riesgo percibido ante el consumo esporádico de todas las sustancias y en el caso del consumo habitual un aumento marcado para tabaco, alcohol y cannabis, y un descenso ligero para tranquilizantes, éxtasis, cocaína y heroína.

■ **Disponibilidad de drogas percibida:** En general, la población española piensa que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. En cuanto a las tendencias temporales, entre 1995 y 2005 aumentó bastante la disponibilidad percibida por la población de 15-64 años de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis). Sin embargo, entre 2005 y 2007 se produjo un cambio de tendencia y descendió de forma importante la disponibilidad percibida de las cinco sustancias consideradas, correspondiendo los mayores descensos al cannabis. En cuanto a los estudiantes de 14-18 años, entre 2004 y 2008 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas, que en el caso de cannabis y cocaína es muy importante y aparece por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. En el caso de heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004.

■ **Muertes relacionadas con las drogas ilegales:** Es muy difícil estimar el número global de muertes relacionadas con drogas ilegales, por lo que nos centraremos en las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (muertes por reacción aguda a drogas). En el conjunto de España estas últimas muertes aumentaron muchísimo entre 1983 y 1991-1992, pasando de 266 muertes a aproximadamente 1.800. Luego descendieron rápidamente hasta situarse en cifras en torno a 1.100 muertos en 1995, y a partir de entonces han descendido muy lentamente, estimándose 820 muertes para 2006. La serie histórica de seis grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) muestra una curva bastante similar a la estimada para el conjunto de España. El descenso de la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales se relaciona muy probablemente con el descenso del número de inyectores y con la expansión de los tratamientos de mantenimiento con metadona y otros programas de reducción del daño. Sin embargo, el descenso lento de los últimos años pone de manifiesto que puede haber un déficit de estrategias e intervenciones orientadas específicamente a reducir este problema. Por otra parte, aunque la cocaína tiene una presencia creciente en las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (en 2007 se detectó cocaína y no opiodes en un 25,1% de estas muertes), el impacto global de la cocaína en la mortalidad sigue siendo desconocido, porque es probable que algunas muertes con implicación de cocaína no lleguen a ser muertes judiciales, ni se refleje dicha implicación en el certificado oficial de defunción.

■ **Infecciones en consumidores de drogas ilegales:** En cuanto a la infección por VIH, continúa descendiendo el número de nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas. Así, en un grupo de 8 comunidades autónomas, dicho número pasó de 231 en 2003 a 82 en 2007, año en que la transmisión por inyección de drogas suponía ya sólo el 7,8% de los nuevos diagnósticos de VIH. Este descenso es atribuible a varios factores, pero sobre todo al descenso del número de inyectadores de drogas.

Sin embargo, una proporción muy alta de los inyectadores de drogas están infectados por VIH (20%-30%), por el virus de la hepatitis B –VHB– (20%-35%) o el virus de la hepatitis C (VHC) (65%-90%). Entre los inyectadores, la prevalencia de infección por VIH es bastante más alta en las mujeres que en los hombres. A pesar de la expansión y elevada cobertura de los programas de provisión de material de inyección estéril y preservativos, entre los inyectadores de drogas la prevalencia de conductas de riesgo sexuales y de inyección sigue siendo muy alta. De hecho, entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína en 2003-2004, un 21,4% había usado en

el último año jeringas usadas por otros y un 16,6% había cogido droga disuelta en una jeringa usada. Además, del conjunto de admitidos por estas drogas, un 69,8% no había usado sistemáticamente preservativo en las relaciones vaginales o anales con parejas esporádicas. No es extraño, pues, que en algunas cohortes de consumidores de heroína se hayan observado incidencias anuales muy elevadas de infección por VHC e incluso por VIH. Es preocupante la persistencia de cifras elevadas de infección por VHC en los inyectadores por sus importantes repercusiones en la morbimortalidad de esta población, y por su posible repercusión en la extensión de la infección a población general. Recientemente se ha comprobado también que la protección de los jóvenes consumidores de heroína frente a VHB en tres ciudades españoles es bastante baja y que se pierden muchas oportunidades de vacunar en los servicios de atención.

1

Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas

1.1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2007

Introducción

El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que se inició en 1995, y cuenta actualmente con resultados de seis encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, y 2007). Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o *crack*, heroína, opiáceos diferentes a heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas o *speed* e inhalables volátiles), así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

Por otra parte, el cuestionario y la metodología 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 2007.

Objetivos

El objetivo general de estas encuestas es obtener información útil para 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:

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- d) Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- e) Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- f) Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.

Metodología

En el cuestionario de la encuesta de 2007 se han introducido algunas modificaciones con el fin de converger en mayor medida hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). En las encuestas de 1999, 2001, 2003 y 2005 se mantuvieron las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre dichas encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

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

■ Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extraer 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 la población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; el muestreo se realiza entre 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 aumentado desde sus inicios. Así, en 2007 fue de 23.715 personas, mientras que entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta.

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es disproportional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2007, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2007, por ejemplo, financiaron ampliaciones 7 comunidades (Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja). El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 218 encuestados en Ceuta y 2.540 en Canarias, siendo la muestra superior a 2.000 en 4 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 6 comunidades (Tabla 1.1.1).

La distribución por edad fue también disproportional, 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. El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 2.000 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 44 y los 1.500 por cada grupo de 5 años, entre los 45 y los 64.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron secciones censales (2.370 en 2007), correspondientes a un cierto número de municipios (1.050 en 2007), 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 1.1.1. Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma. EDADES 2007.

CC.AA.	Previstas	Ampliación	Realizadas	Error muestral máximo población 15-64 años*
Andalucía	2.207	-	2.200	2,10%
Aragón	893	-	894	3,30%
Asturias	839	-	835	3,50%
Baleares	747	187	936	3,30%
Canarias	1.059	1.437	2.540	2,00%
Cantabria	595	282	890	3,40%
Castilla-La Mancha	1.275	-	1.305	2,80%
Castilla y León	1.080	-	1.081	3,00%
Cataluña	2.049	-	2.060	2,20%
C. Valenciana	1.660	-	1.656	2,50%
Extremadura	837	-	855	3,50%
Galicia	1.336	264	1.600	2,50%
Madrid	1.895	371	2.279	2,10%
Murcia	891	706	1.612	2,50%
Navarra	607	-	608	4,10%
País Vasco	1.174	-	1.175	2,90%
Rioja	428	312	750	3,50%
Ceuta	218	-	218	6,80%
Melilla	210	-	221	6,80%
Total	20.000	3.559	23.715	0,90%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Cuestionario y trabajo de campo

Como ya se ha mencionado, en 2007 se introdujeron algunas modificaciones orientadas sobre todo a converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, en 1995 uno bastante diferente y en 2005 uno casi idéntico al de 1997-2003.

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. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas) y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado).

La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días de consumo en los últimos 30 días y, referido a los mismos 30 días, la frecuencia de consumo de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana y el número medio de vasos, copas o cañas de cada bebida que consumió cada día laborable y cada fin de semana conjunto (viernes+sábado+domingo) durante el período citado.

Las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se plantearon separadamente para tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y para somníferos (pastillas para dormir) y se refirieron al consumo en general (sin diferenciar si fue con o sin receta médica), aunque después se exploró también el consumo sin receta médica en los últimos 12 meses con el fin de mantener la comparabilidad con el período 1997-2005.

Finalmente, las preguntas sobre drogas de comercio ilegal se refieren al consumo alguna vez en la vida, número de días de consumo en últimos 12 meses y en últimos 30 días.

En 2007 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 (21,9%), ausencia de todos los miembros del hogar (15,9%), negativas de la persona seleccionada (6,5%) y ausencia de la persona seleccionada (5,4%). 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 2007 el trabajo de campo se realizó entre los meses de noviembre de 2007 y marzo de 2008. No se realizaron encuestas en enero, para evitar la influencia de la Navidad en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. Por lo que respecta a la supervisión, un 20,2% de las entrevistas fueron supervisadas (un 11,6% de forma telefónica y un 8,6% personalmente).

Análisis

La distribución disproportional de la muestra por edad y comunidad autónoma no permite agregar directamente los resultados, por lo que fue necesario ponderarlos. Para devolver la proporcionalidad a la muestra, los resultados de cada encuesta se ponderaron por comunidad autónoma (19 grupos), edad (10 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 380 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del diseño muestral, y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia del hogar de los hombres.

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 diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 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, por grupo de edad (15-34 y 35-64 años).

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 2007 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja. Así por ejemplo, para la prevalencia de consumo de las distintas drogas alguna vez en la vida varió entre 0,09% para las bebidas alcohólicas y 0,7% para las drogas inyectadas. Las preguntas con mayor proporción de no respuestas son las referidas a la disponibilidad de drogas percibidas (dificultad para adquirir las distintas drogas en 24 horas si quisiera) que se sitúa entre el 18% y el 29% dependiendo de la sustancia, y a la importancia concedida a algunas acciones para resolver el problema de las drogas ilegales (3,4%-31,3%, dependiendo de la acción considerada).

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de prevalencia de consumo en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días, indicadores de consumo habitual (prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses, prevalencia de consumo durante más de 8 días en los últimos 30 días y prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días), indicadores de consumo problemático (prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y prevalencia de personas que han consumido cinco o más unidades estándar en la misma ocasión —*binge drinking*—).

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 0,9%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 2% en Canarias y un 6,8% en Melilla. Para ser más precisos se tendría que tener en cuenta el diseño del muestreo realizado.

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 extendidas 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.

No obstante, la muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, pero sigue sin permitir obtener estimaciones fiables para drogas con prevalencias menores.

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

En 2007 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis, la cocaína y el éxtasis, todas con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 1% (10,1% para cannabis, 3,0% para cocaína y 1,1% para éxtasis). El uso de otras drogas de comercio ilegal fue menos común. La prevalencia de uso de tranquilizantes (6,9%) y somníferos (3,8%) con o sin receta médica en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis (Tablas 1.1.2-5).

■ Edad media de primer uso

En 2007 la edad media de inicio en el uso de drogas varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron por término medio a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,5 años) y las bebidas alcohólicas (16,8 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,6 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 33,8 años. El uso del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 22 años (Tabla 1.1.6) (Figura 1.1.1).

Tabla 1.1.2. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%) España, 1995-2007.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	7,0	13,0
Somníferos	–	–	–	–	–	4,6	6,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.3. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Anfetaminas/ <i>speed</i>	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	3,9	6,9
Somníferos	–	–	–	–	–	2,7	3,8
Tranquilizantes sin receta	–	–	–	–	–	0,9	0,9
Somníferos sin receta	–	–	–	–	–	0,8	0,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.4. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2007.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Anfetaminas/ <i>speed</i>	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Inhalables	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	2,7	4,7
Somníferos	–	–	–	–	2,0	2,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.5. Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (%).
España, 1995-2007.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,5
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	2,6
Somníferos	-	-	-	-	-	1,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Tabla 1.1.6. Edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2007.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5
Bebidas alcohólicas	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	33,8
Hipnosedantes* sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	29,8	29,1

* Tranquilizantes y/o somníferos.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

■ Diferencias en el uso de drogas por sexo

Excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), en 2007 en España, la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor entre los hombres que entre las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que entre las mujeres (Tablas 1.1.7-8). Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses destacan las diferencias en el uso de cannabis (13,6% en hombres y 6,6% en mujeres) y de cocaína (4,4% en hombres y 1,5% en mujeres) (Tabla 1.1.7).

Figura 1.1.1. Edades medias de inicio en el consumo de las distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.7. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco			55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6
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
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
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
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
Anfetaminas/ <i>speed</i>	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
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
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
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Tranquilizantes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,6	5,2	4,7	9,1
Somníferos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,8	4,3
Tranquilizantes sin receta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,9	0,9
Somníferos sin receta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,6	0,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

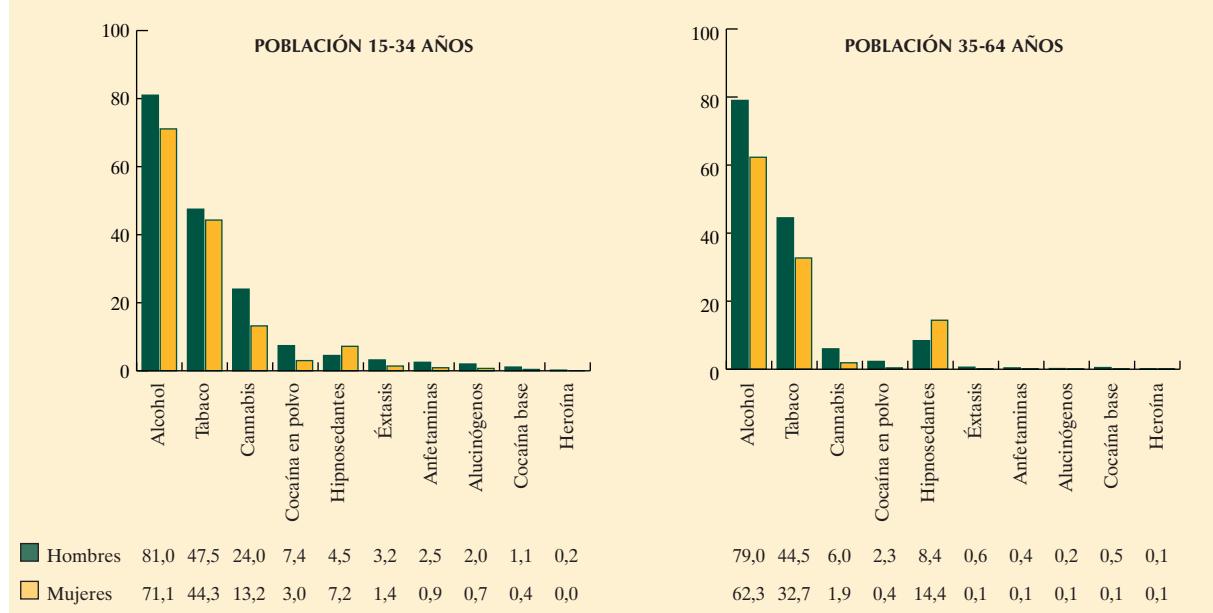
En cuanto a las drogas de comercio legal, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 71,4% en hombres y de 49,0% en mujeres, y la de tabaco de 42,6% y 34,7%, respectivamente, en la población de 15-64 años (Tabla 1.1.8). En el caso de las drogas de comercio ilegal las mayores prevalencias de consumo se encuentran entre los hombres de 15-34 años (Figura 1.1.2).

Tabla 1.1.8. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,7
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
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
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
Alucinógenos	-	-	0,	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	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
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
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
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
Inhalables	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,3	6,3
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	3,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.2. Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Diferencias en el uso de drogas por edad

Excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, en 2007 los consumidores de sustancias psicoactivas fueron predominantemente jóvenes de 15-34 años (Tablas 1.1.9-11). Esto es especialmente cierto para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es en todos los casos mucho más alta en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64 años.

Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 18,9%, 5,3% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 3,9%, 1,3% y 0,4% en el grupo 35-64 años.

Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 76,9% y 46,2% entre los primeros y 71,1% y 38,8% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume en mayor proporción tranquilizantes o somníferos (8,4% y 4,6% respectivamente) que el grupo 15-34 (4,4% y 1,8%).

Tabla 1.1.9. Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	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
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
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
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
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
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
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
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
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
Inhalables	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8,8	16,0
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3,7	7,6

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.10. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	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	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1
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
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4
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
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
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
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0	0,2	0	0,2	0	0,2	0,1	0,6	0,2
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0
Inhalables	0,2	0,1	0,4	0	0,1	0,1	0,3	0	0,2	0	0,2	0,1	0,2	0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4,4	8,4
Somníferos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,8	4,6
Tranquilizantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,1	0,8
Somníferos sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.11. Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	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
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
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
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
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
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
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
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
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
Inhalables	–	–	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes													2,5	6,2
Somníferos													1,0	3,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Diferencias en el uso de drogas por comunidad autónoma

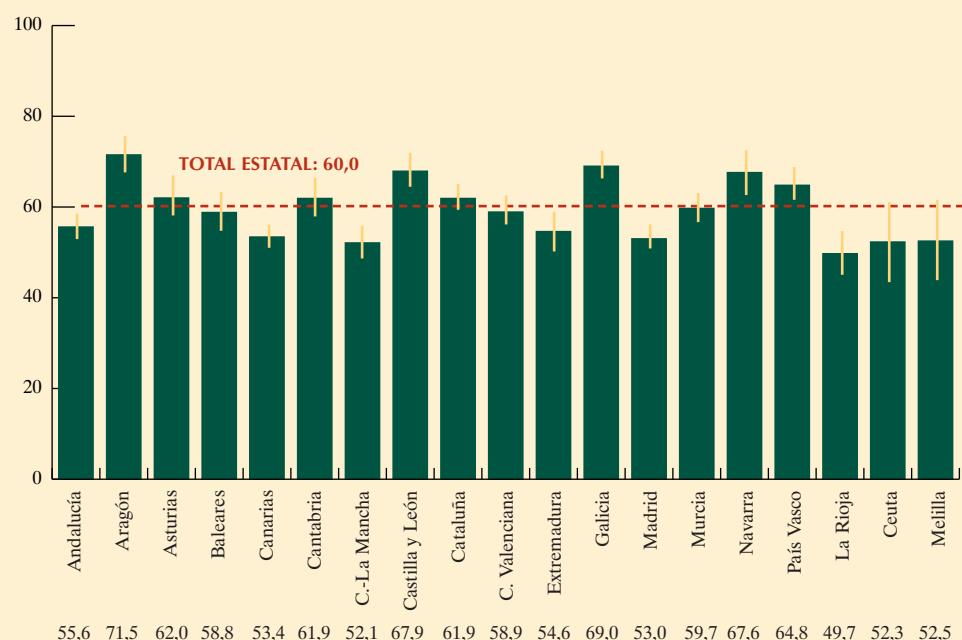
Los amplios intervalos de confianza de las estimaciones de prevalencia y el distinto tamaño de la muestra, en algunas comunidades autónomas, no permite realizar análisis de las diferencias interautonómicas (como ya comentamos en el apartado de metodología) más allá de las drogas más extendidas, como alcohol, tabaco y cannabis, datos que se presentan en las siguientes tablas.

La medida del consumo de alcohol es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe. Esto dificulta el recuerdo por parte del encuestado y la integración posterior de la información. Los problemas de medida están afectando seguramente a las diferencias entre comunidades, que de hecho varían según el indicador que se considere.

Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol en las diferentes comunidades autónomas, las prevalencias más elevadas para el consumo en los últimos 30 días se encontraron en Aragón (71,5%), Galicia (69,0%), Castilla y León (67,9%) y Navarra (67,6%), y las más bajas en La Rioja (49,7%), Castilla-La Mancha (52,1%), Madrid (53,0%) y Canarias (53,4%), situándose el conjunto de España en el 60,0% (Figura 1.1.3).

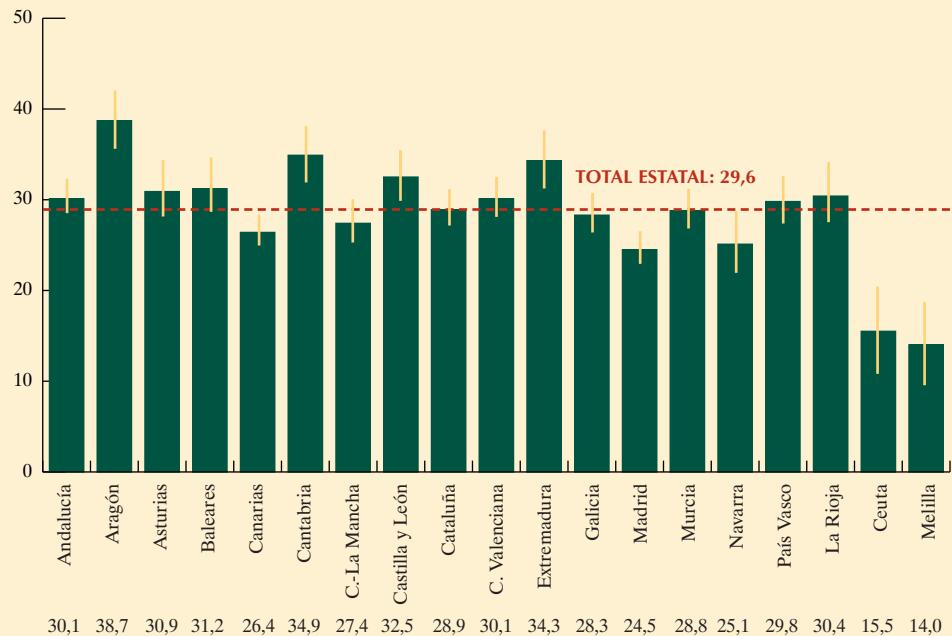
Si analizamos el consumo diario de tabaco (Figura 1.1.4), se observa que, salvo en Ceuta y Melilla que tienen prevalencias bastante bajas, la prevalencia del resto de las comunidades se sitúa en un rango que va de 24,5% en la Comunidad de Madrid a 38,7% en Aragón.

Figura 1.1.3. Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días (e intervalo de confianza al 95%) entre la población de 15-64 años. (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.4. Prevalencias de consumo de tabaco diario (e intervalo de confianza al 95%) entre la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, si nos centramos en la prevalencia en los últimos 30 días, se observa que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas, con un rango que va desde el 3,3% en Ceuta y el 3,4% en Extremadura al 11,6% en Cataluña, aunque la mayor parte de las comunidades se sitúan en la banda del 3,5%-7,5% (Figura 1.1.5).

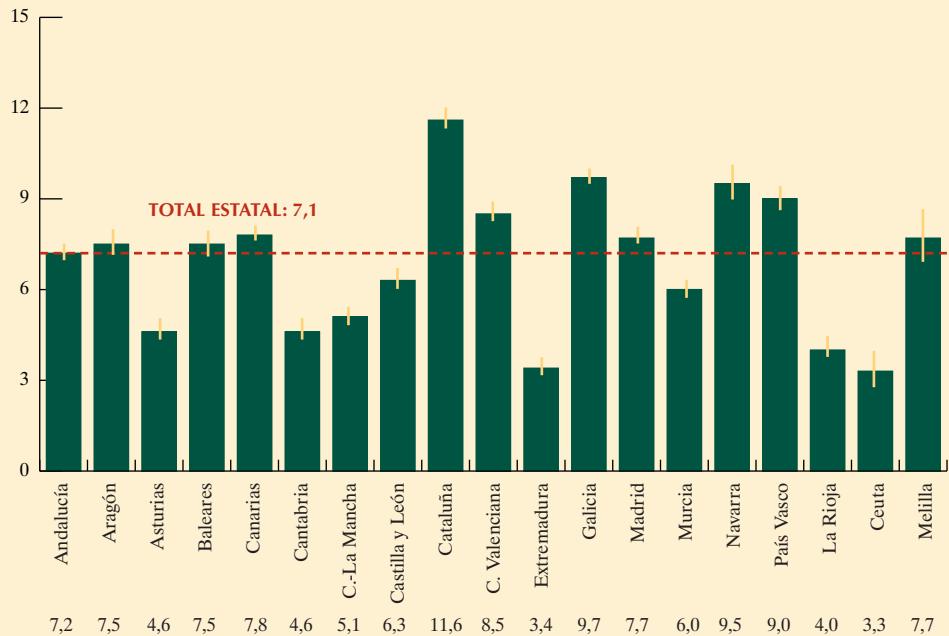
Señalar que, aunque la muestra utilizada nos permite obtener resultados, con una precisión aceptable, para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, existe un nivel sustancial de error aleatorio y de errores sistemáticos (en la recogida de datos) que obligan a interpretar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

■ Tabaco

En 2007, un 41,7% de la población de 15-64 años residente en España ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses; un 38,8% durante los últimos 30 días y un 29,6% diariamente durante este periodo. Aunque estas cifras siguen siendo elevadas, han descendido como veremos más adelante (Figura 1.1.7).

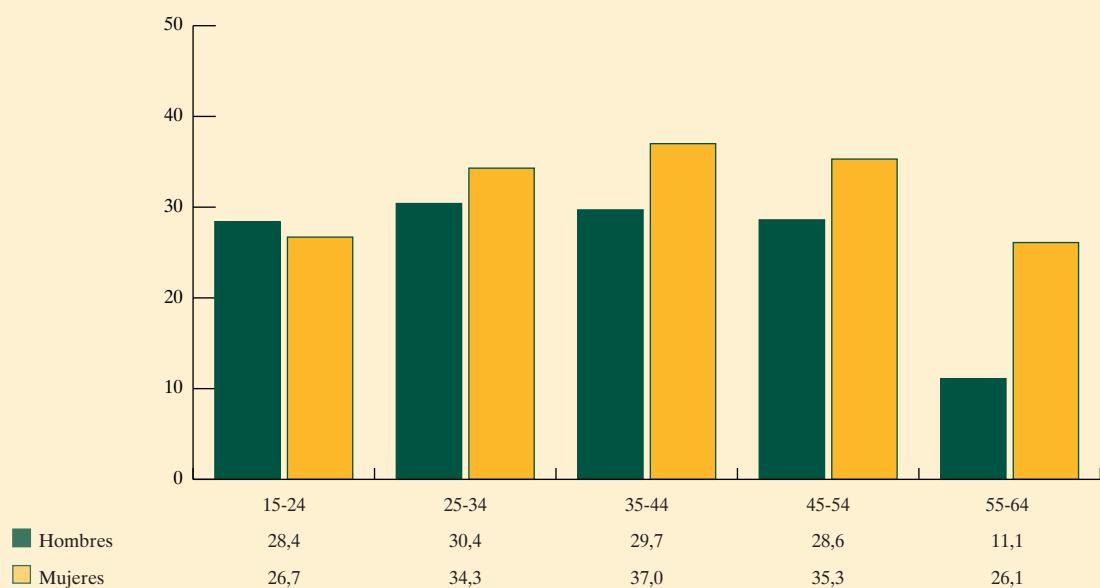
La prevalencia de consumo diario fue más alta en hombres que en mujeres (32,9% y 26,6%). Por grupos de edad, la prevalencia más elevada la presentaron los varones de 35 a 64 años (33,9%), siendo las mujeres de ese mismo grupo de edad las que presentaron las más bajas (24,4%). Entre los más jóvenes (15-34 años) las diferencias intersexuales fueron menores (31,5% H y 29,7% M) (Figura 1.1.8). Entre los adolescentes de 15-18 años fumaban diariamente un 15,2% de los hombres y un 16,0% de las mujeres.

Figura 1.1.5. Prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 30 días (e intervalo de confianza al 95%) entre la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.6. Población de 15-64 años que ha fumado diariamente en los últimos 30 días, según grupo de edad y sexo (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

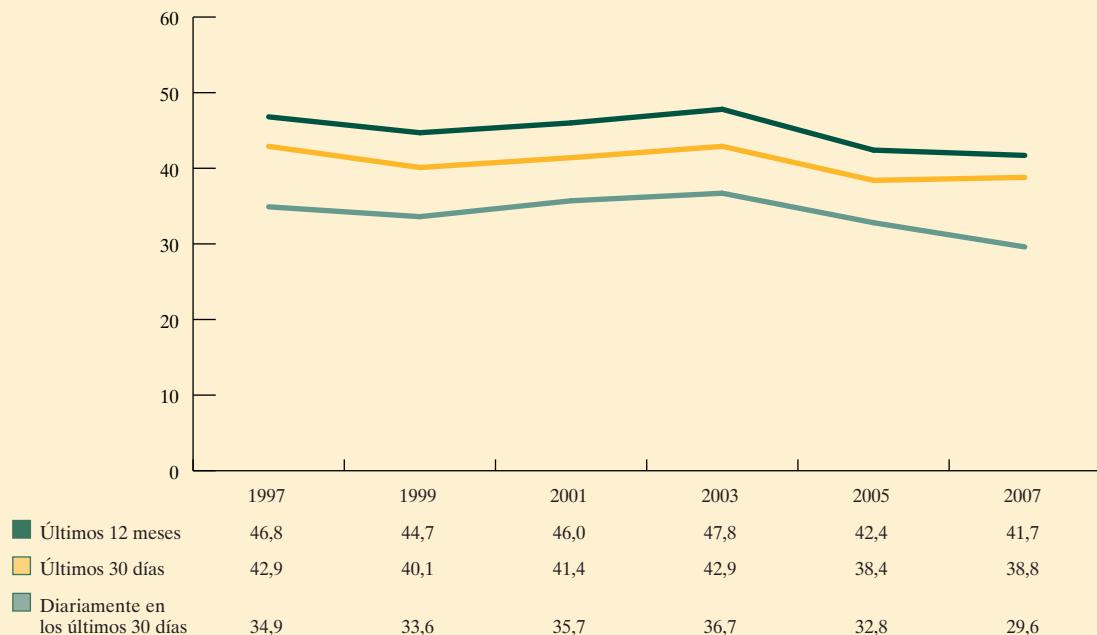
El consumo medio diario de cigarrillos en el último mes fue de 17,6 cigarrillos entre los hombres y de 14,3 en las mujeres. La edad media de inicio en el consumo diario fue de 19,3 años.

Los exfumadores, definidos como las personas que fumaron diariamente en algún período de su vida y en la actualidad ya no lo hacen, representaron el 27,3 % de la muestra. El 24,2% eran exfumadores consolidados con abstinencia de más de 1 año y el 2,9% presentaban una abstinencia de más de 1 mes pero menos de 1 año.

El abandono del tabaco aumentó con la edad para los dos性os, observándose los mayores porcentajes en el grupo de 55 a 64 años. En menores de 44 años la proporción de exfumadores fue mayor en mujeres.

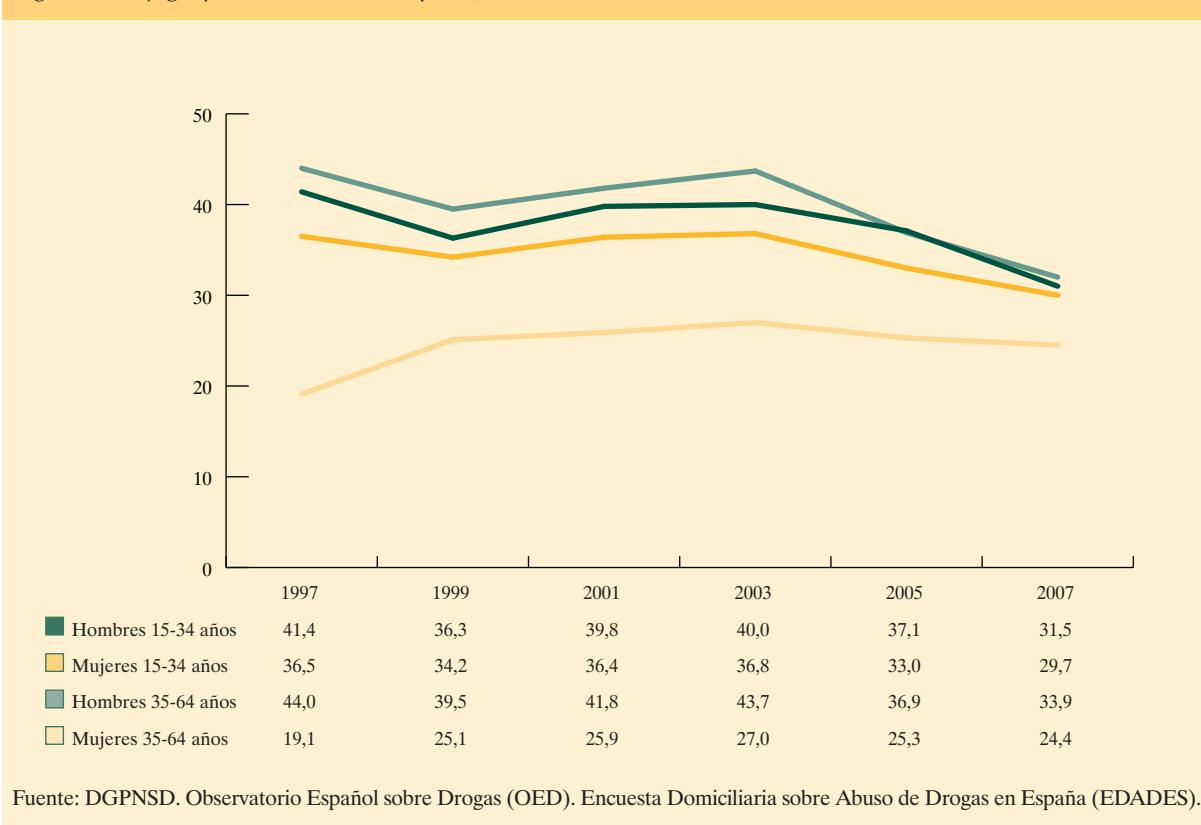
Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo se había mantenido relativamente estabilizado. Entre ese año y finales de 2007 la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y sexo, pero especialmente en el grupo de 35-64 años (Figuras 1.1.7-8).

Figura 1.1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco (%).
España, 1997-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.8. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15 a 64 años según sexo y grupo de edad (%). España, 1997-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Bebidas alcohólicas

La experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española (88% de la población de 15 a 64 años lo ha tomado alguna vez). Además, la mayoría de la población lo consume de forma esporádica o habitual (72,9% lo ha hecho algún día durante el último año; 60% algún día durante el último mes y sólo un 10,2% a diario durante el último mes).

En cuanto a los consumos más intensivos, un 19,1% de la población de 15-64 años refirió haberse emborrachado en alguna ocasión durante los últimos doce meses y un 12,6% haber ingerido 5 ó más copas o vasos en la misma ocasión (entendiendo por ocasión el tomar varias copas seguidas o en un plazo de un par de horas) durante los últimos 30 días.

El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, algo que se ve reflejado en todos los indicadores, aunque las diferencias relativas son bastante mayores al referirse al consumo frecuente o intenso. Así, por ejemplo, un 80,4% de los hombres había tomado alcohol en el último año frente a un 65,4% de las mujeres, mientras que un 15,3% de los hombres lo había hecho a diario durante el último mes frente a un 4,8% de las mujeres.

El cociente de prevalencias hombre/mujer fue sólo de 1,2 para la prevalencia anual de consumo, de 2,1 para la prevalencia anual de borracheras, de 1,5 para la prevalencia mensual de consumo, de 2,7 para la prevalencia mensual de consumo de 5 vasos o más en alguna ocasión, y de 3,2 para la prevalencia de consumo diario en el último mes.

En cuanto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia mensual de consumo fue ligeramente superior en los jóvenes de 15-34 años (61,7%) que en la población de más edad (59,4%). Sin embargo, estas diferencias aumentan cuando se trata de consumos intensivos, como las borracheras (prevalencia anual en 15-34 años 31,8% frente a 10,1% en los de más edad) o el consumo puntual (*binge drinking*) de 5 ó más vasos en la misma ocasión (18,0% en 15-34 años frente a 8,8% en población de más edad). En cambio, en el consumo diario el sentido de las diferencias se invierte, siendo la prevalencia más elevada en la población de 35-64 años (14,5%) que en la de 15-34 (4,0%).

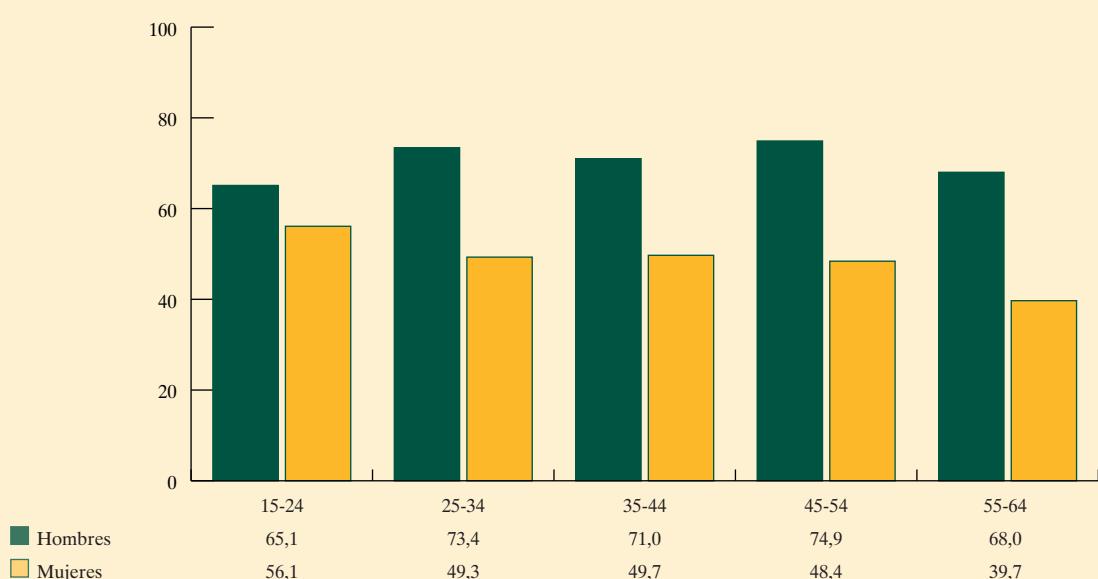
En cuanto a la prevalencia de consumo durante el último mes por edad y sexo, se observa que entre los hombres las prevalencias más elevadas se encuentran entre los 25 y 54 años, y entre las mujeres, en el grupo de menor edad (15-24 años) (Figura 1.1.9).

En cuanto al consumo diario, entre los hombres la prevalencia aumenta a medida que lo hace la edad encontrándose la mayor prevalencia (30,4%) entre los 55 y los 64 años. Entre las mujeres el aumento de la prevalencia sólo se observa hasta los 54 años, estabilizándose posteriormente (Figura 1.1.10).

La edad media de primer consumo de alcohol es de 16,8 años, siendo más temprana entre los hombres (16,1 años) que entre las mujeres (17,6 años).

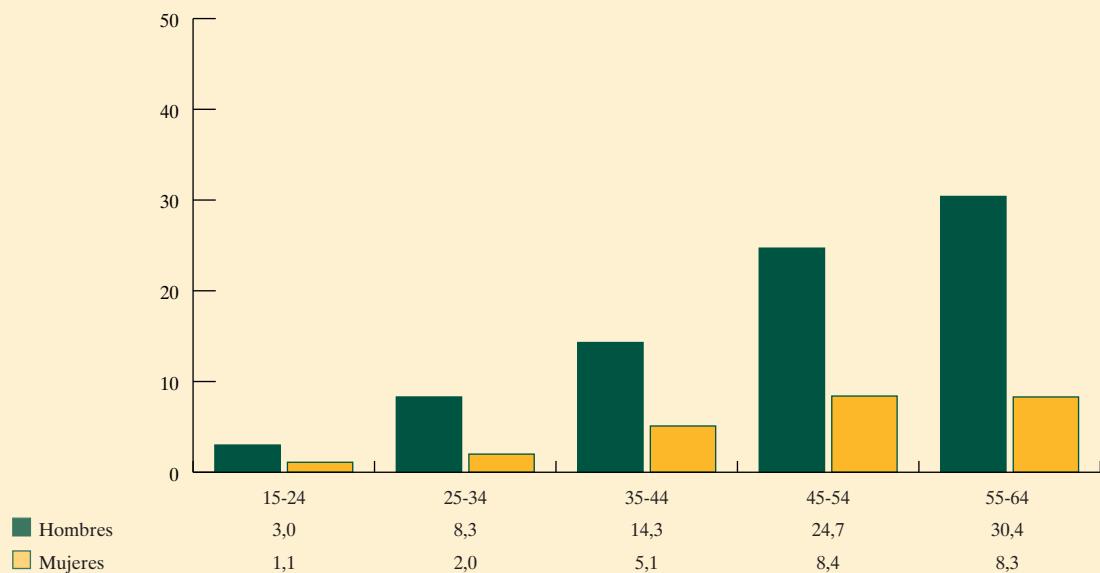
Se exploró el consumo en días laborables (lunes a jueves) y en fines de semana (viernes a domingo) de los 30 días previos a la realización de la encuesta y se observó que el consumo en el fin de semana estaba más extendido (58,1% había consumido en fin de semana) que en días laborables (30,7%). Prácticamente todos los que consumieron en días laborables lo hicieron también en fin de semana. La prevalencia es mayor en fin de semana en todos los grupos de edad, pero entre los más jóvenes las diferencias son mayores y el consumo tiende a concentrarse más en fin de semana.

Figura 1.1.9. Prevalencia de consumo de alcohol los últimos 30 días, según sexo y edad (%).
EDADES 2007, España.



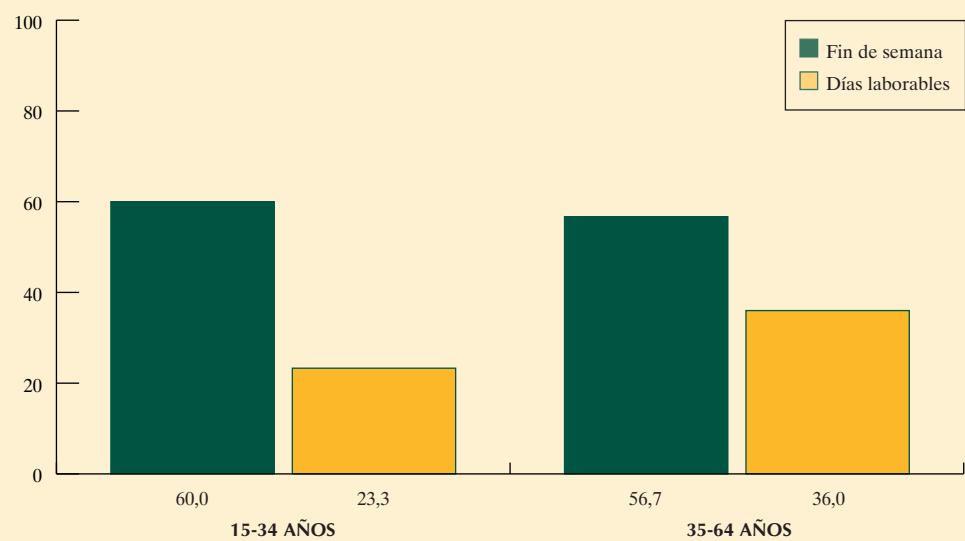
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.10. Prevalencia de consumo diario de alcohol según sexo y edad en la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.11. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días en días laborables y en fines de semana según edad. EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

El consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas fue mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo) que durante los días laborables. Si se considera el tipo de bebidas consumidas, se observa que la cerveza/sidra fue la bebida consumida por una mayor proporción de personas tanto en fines de semana como en días laborables, situándose en segundo lugar el vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana (Tabla 1.1.12).

Tabla 1.1.12. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según grupo de edad y tipo de bebida (%). EDADES 2007, España.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	17,0	27,0	8,4	17,3	23,1	33,9
Cerveza/sidra	20,8	37,5	19,4	40,4	21,9	35,4
Aperitivos/vermut	1,5	3,4	1,2	2,9	1,7	3,7
Combinados/cubatas	3,1	21,9	4,1	35,3	2,5	12,5
Licores de frutas	1,1	2,8	1,0	3,3	1,1	2,4
Licores fuertes	2,1	5,3	1,8	6,2	2,2	4,7
Cualquier bebida alcohólica	30,7	58,1	23,3	60,0	36,0	56,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Las diferencias se observan para todas las bebidas, pero fueron especialmente notables para los combinados/cubatas, consumidos por un 3,1% de la población de 15-64 años en días laborables frente a un 21,9% en fin de semana. Las menores diferencias en el consumo entre días laborables y fines de semana se dan en el caso del vino/champán con prevalencias de 33,9% y 23,1%, respectivamente.

Si se observan las prevalencias de consumo de las distintas bebidas alcohólicas en fin de semana y en días laborables para el grupo de edad de 15-34 años y para el de 35-64 años, se vuelve a observar que el consumo entre los más jóvenes está más centrado en el fin de semana.

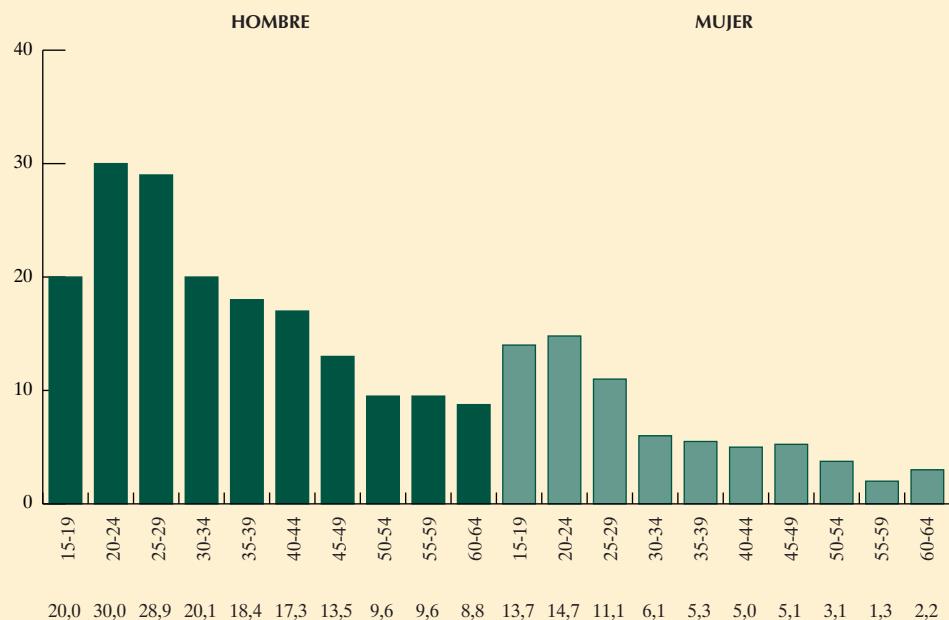
En días laborables, la prevalencia de consumo de las distintas bebidas, salvo en el caso de los combinados/cubatas, es mayor en la población de 35-64 años que en la de 15-34; sin embargo, en fines de semana, salvo en el caso del vino/champán y los aperitivos/vermut, sucede lo contrario (Tabla 1.1.12).

En relación con las intoxicaciones etílicas, durante el último año un 19,2% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez (un 14,1% una vez al mes o con menos frecuencia y un 5,1% más de una vez al mes). La prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres (25,6%) que entre las mujeres (12,4%), y entre los jóvenes de 15-34 años (31,8%) que entre los mayores de esa edad (10,1%).

La prevalencia de atracones de alcohol o “binge drinking” (5 ó más copas/vasos en un intervalo aproximado de 2 horas) en los últimos 30 días fue de un 12,6% (18,3% en hombres y 6,7% en las mujeres). Por edad las mayores prevalencias se encuentran entre los jóvenes (15-34 años) (Figura 1.1.12).

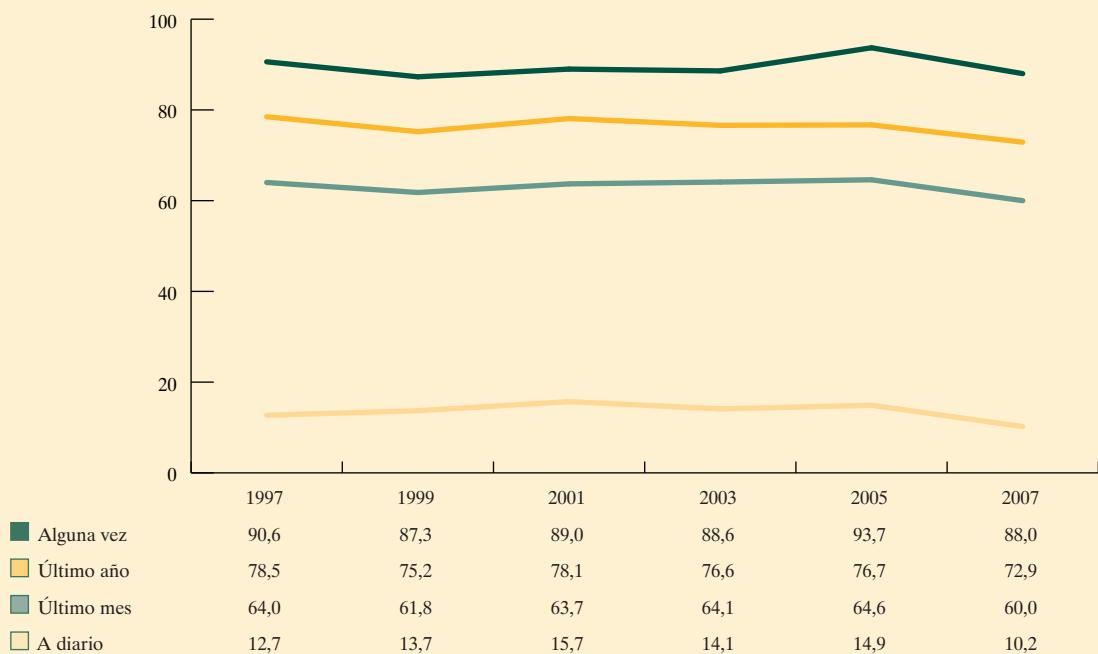
Por lo que respecta a las tendencias temporales, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual, pero a partir de dicho año las prevalencias de consumo pueden haber comenzado a descender (Figura 1.1.13). En cuanto a la evolución de la prevalencia de borracheras, se aprecia una relativa estabilidad o tendencia al descenso entre los hombres y las mujeres de mayor edad, pero no sucede lo mismo entre las mujeres jóvenes (15-34), entre las que se aprecia una tendencia al aumento (Figura 1.1.14-15).

Figura 1.1.12. Prevalencia de atracones de alcohol (*binge drinking*) según edad y sexo (%).
EDADES 2007, España. España, 2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.13. Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol en la población de 15 a 64 años (%). España, 1997-2007.



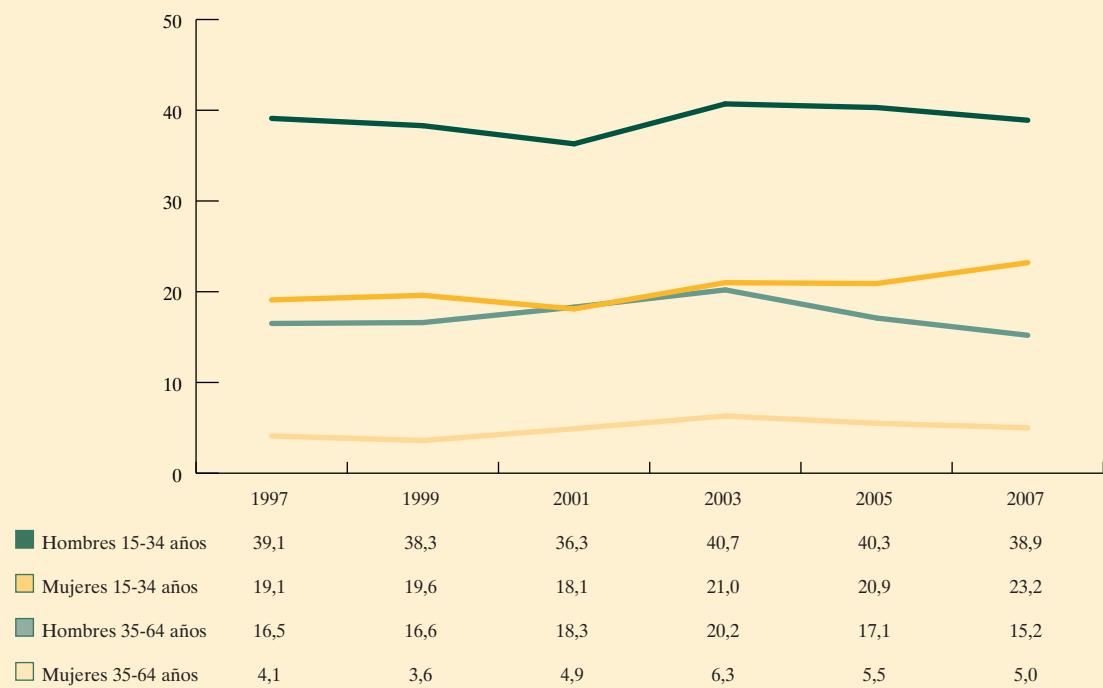
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.14. Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) durante el último año (%). España, 1997-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.15. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 1997-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

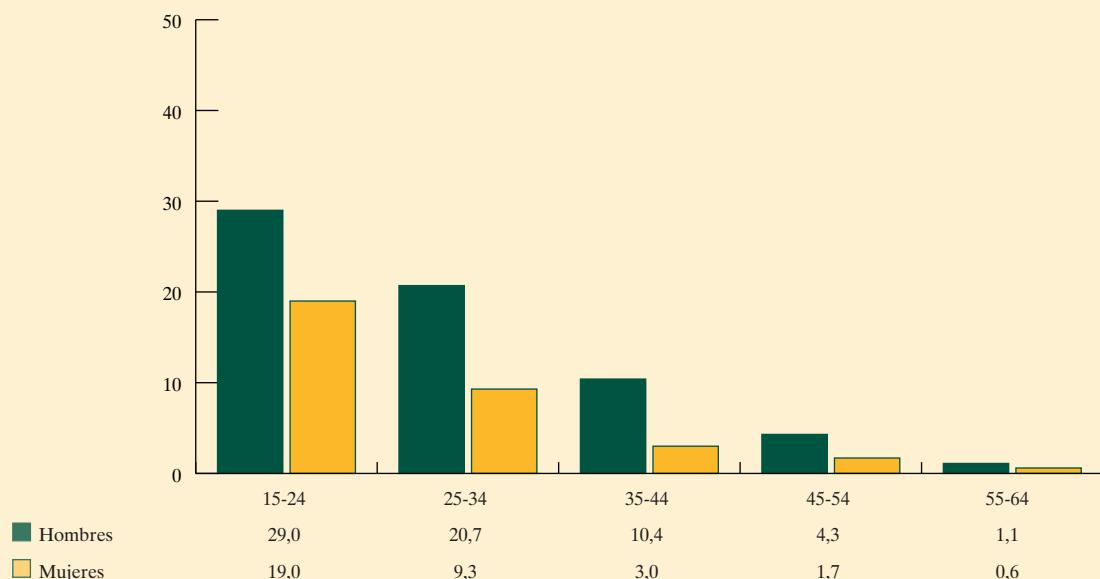
Cannabis

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en España; concretamente, un 27,3% de su población afirma haberla probado alguna vez, un 10,1% lo hizo en el último año, un 7,1% en el último mes y un 1,5% a diario durante este último período.

El consumo está bastante más extendido entre los hombres (13,6% lo había consumido el último año) que entre las mujeres (6,5%) y entre los jóvenes de 15-34 años (18,8%) que entre los mayores de esa edad (4,0%). Las diferencias intersexuales relativas en el consumo de cannabis son mayores para el consumo mensual (10,1% hombres y 4,1% mujeres) y sobre todo para el diario (2,5% hombres y 0,6% mujeres).

Las mayores proporciones de consumidores de cannabis se encuentran en el grupo de los más jóvenes (15-24 años), sobre todo entre los hombres (Figura 1.1.16)

Figura 1.1.16. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). EDADES 2007, España.

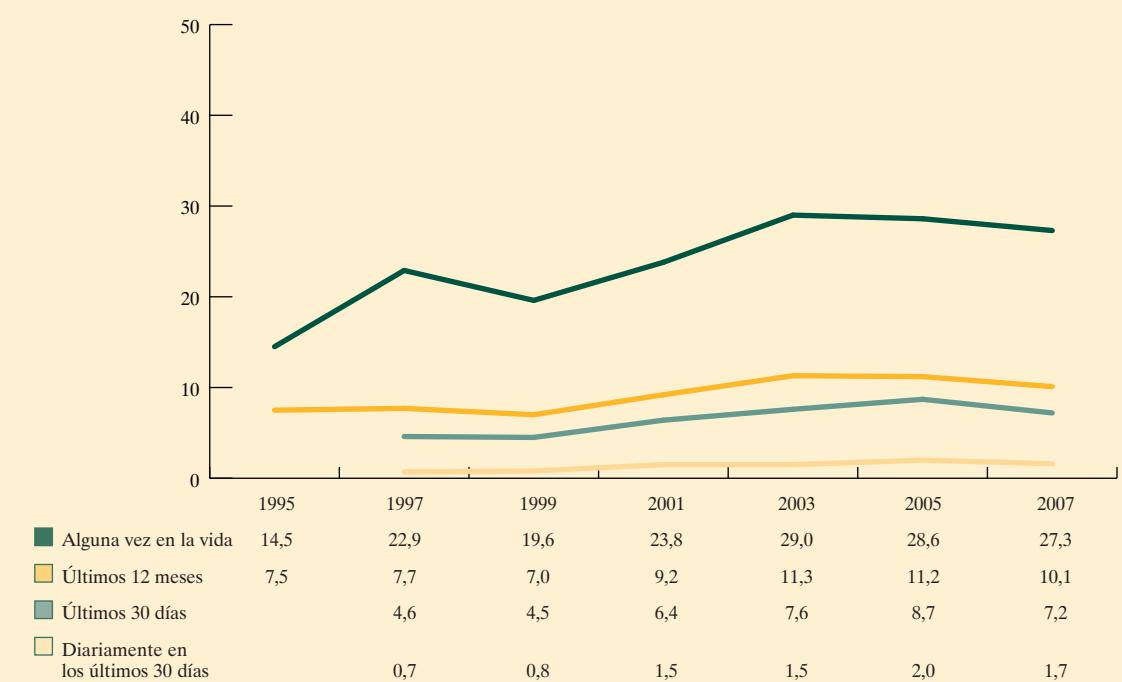


Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

La edad de inicio fue de 18,5 años, muy similar a la edad de años anteriores (18,3 en 2005 y 18,5 años en el año 2003).

Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia que a partir de 2003-2005 se ha invertido la tendencia ascendente de la prevalencia de consumo de cannabis, tanto en lo que se refiere a la experimentación (alguna vez en la vida), como al consumo reciente (alguna vez el último año), actual (último mes) o diario (Figura 1.1.17).

Figura 1.1.17. Proporción de consumidores de cannabis entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

La continuidad en el consumo de cannabis no es elevada. En 2007 poco más de un tercio de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la habían consumido también en los últimos 12 meses; y aproximadamente un cuarto la habían consumido en los últimos 30 días. La continuidad en el consumo se ha mantenido relativamente estable a partir de 1997 (Tabla 1.1.13).

Tabla 1.1.13. Continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años. España, 1995-2007.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,2
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,1
B/A	0,52	0,34	0,36	0,39	0,39	0,39	0,37
C/A		0,20	0,23	0,27	0,26	0,30	0,26

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Cocaína

La cocaína es la segunda droga psicoactiva ilegal en cuanto a prevalencia de consumo en España. En 2007 el 8% de la población de 15-64 años había probado alguna vez cocaína en polvo, el 3,0% lo había hecho durante el último año y un 1,6% el último mes, siendo las cifras bastante menores para el consumo en forma de base (Figura 1.1.18).

La prevalencia de consumo de cocaína durante los últimos 12 meses fue bastante más elevada en hombres (4,7%) que en mujeres (1,6%) y en el grupo de 15-34 años (5,3%) que en el de 35-64 (1,3%). Las proporciones más elevadas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15-34 años (Figura 1.1.19).

En cuanto a la evolución temporal, la tendencia de consumo de cocaína en polvo parece estabilizada. De hecho la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses aumentó entre 1995 (1,8%) y 2005 (3%), y en 2007 continúa en el 3% (Figura 1.1.20).

Desde 1999 y hasta 2005 se había producido un discreto incremento en la prevalencia de consumo de cocaína base alguna vez en la vida, sin embargo en 2007 se ha producido un aumento muy acusado, lo que nos informa de la mayor experimentación de esta forma de consumo. La prevalencia de consumo de cocaína base (*crack*) en los últimos 12 meses también ha aumentado de forma importante, pasando de 0,1% en 2003 a 0,2% en 2005 y 0,5% en 2007.

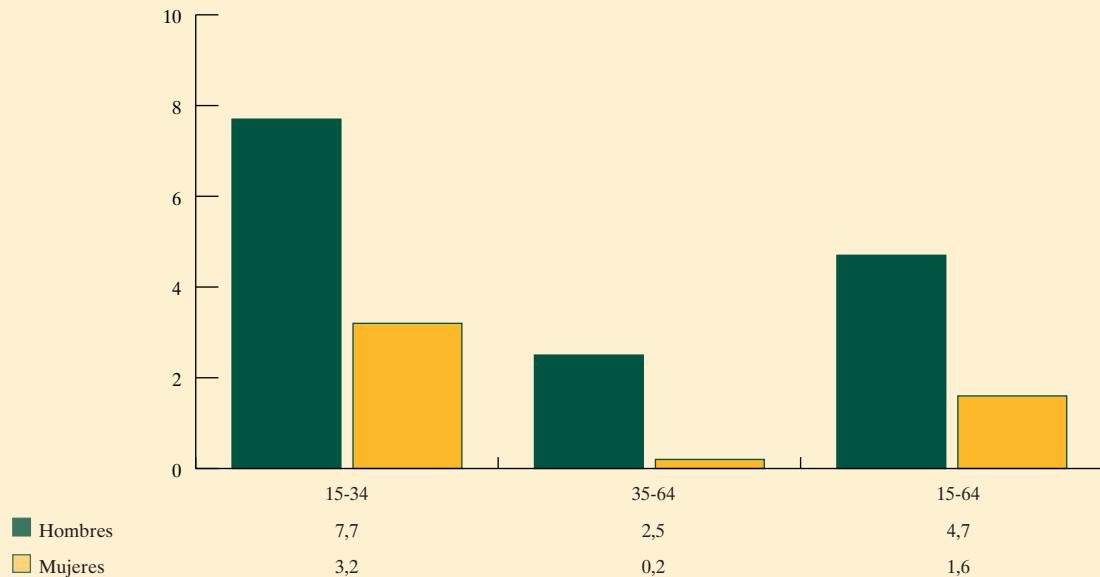
La edad media de primer consumo de esta sustancia se situó en 20,9 años para la cocaína en polvo en 2007. Con respecto a 1999 (21,8 años) se observa un adelanto en la edad media de inicio.

Figura 1.1.18. Prevalencias de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población de 15-64 años. EDADES 2007, España.



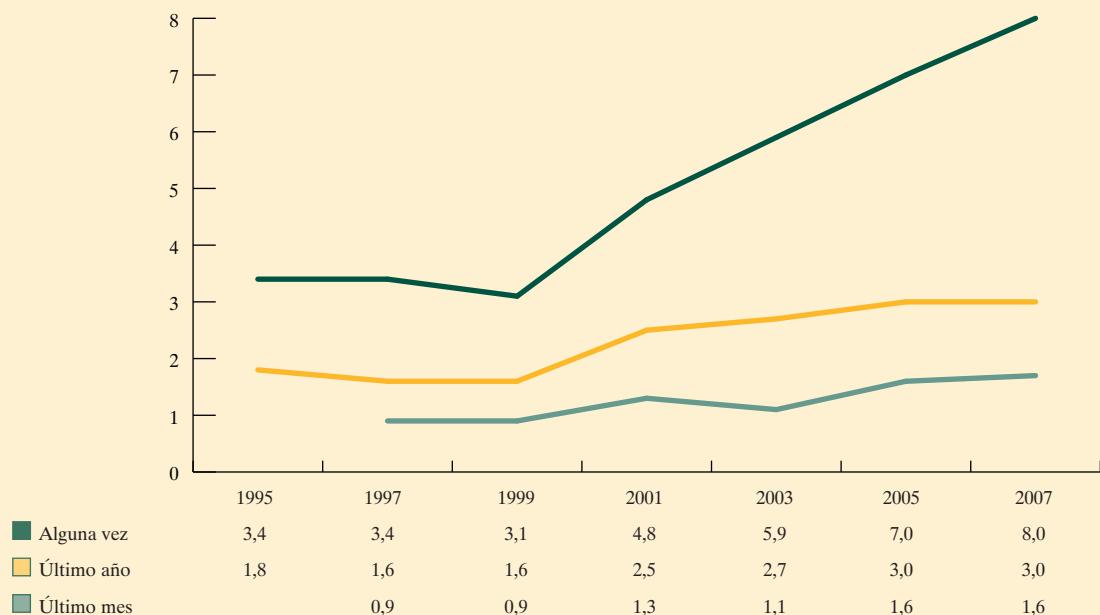
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.19. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.20. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína-polvo en la población española de 15 a 64 años (%). España, 1995-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2007 poco más de un tercio de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la habían consumido en los últimos 12 meses y aproximadamente un quinto la habían consumido en los últimos 30 días.

Como se puede apreciar observando las curvas de prevalencia en los distintos períodos, la continuidad en el consumo ha disminuido en los últimos años (Tabla 1.1.14).

Tabla 1.1.14. Continuidad en el consumo de cocaína en la población de 15-64 años. España, 1995-2007.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7	8
Prevalencia en los últimos 12 meses (%) (B)	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3	3
Prevalencia en últimos 30 días (%) (C)	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	
B/A	0,53	0,47	0,52	0,52	0,46	0,43	0,37
C/A	0,26	0,29	0,27	0,19	0,23	0,20	

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Consumo de éxtasis

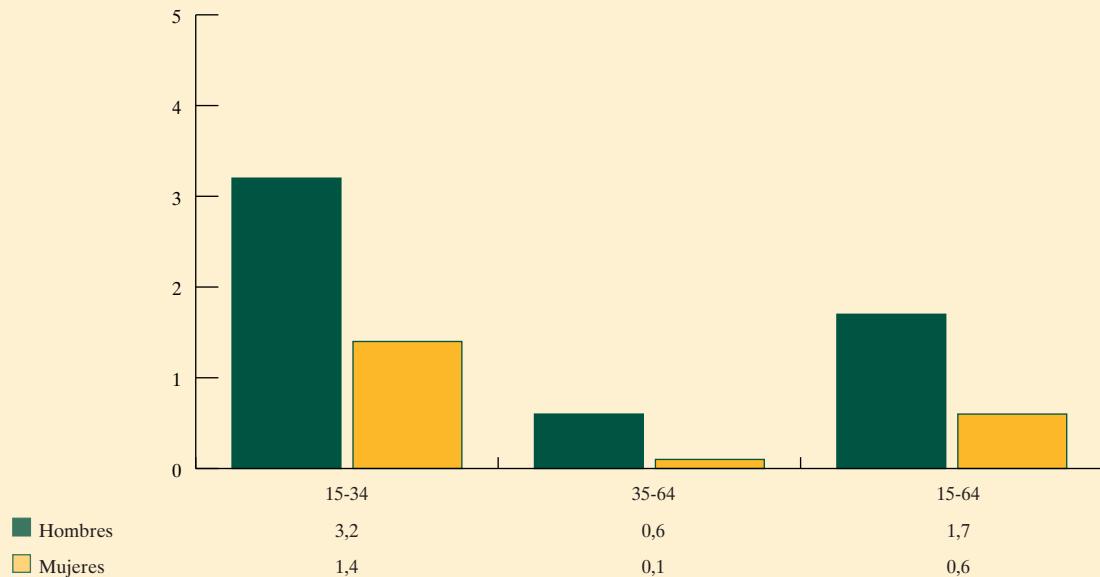
Un 4,3% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez, un 1,2% lo ha consumido el último año y un 0,6% el último mes.

La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,7%) que entre las mujeres (0,6%), y entre la población de 15-34 años (2,3%) que entre la de mayor edad (0,3%). Las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran entre los hombres de 15-34 años (Figura 1.1.21).

Se trata de una droga de consumo muy esporádico. De hecho no se recogen en la muestra consumidores diarios, siendo la prevalencia de consumo semanal casi indetectable (0,1%). La edad media de primer consumo fue de 20,8 años, superior a la edad media de inicio de sustancias como tabaco, alcohol, alucinógenos o anfetaminas.

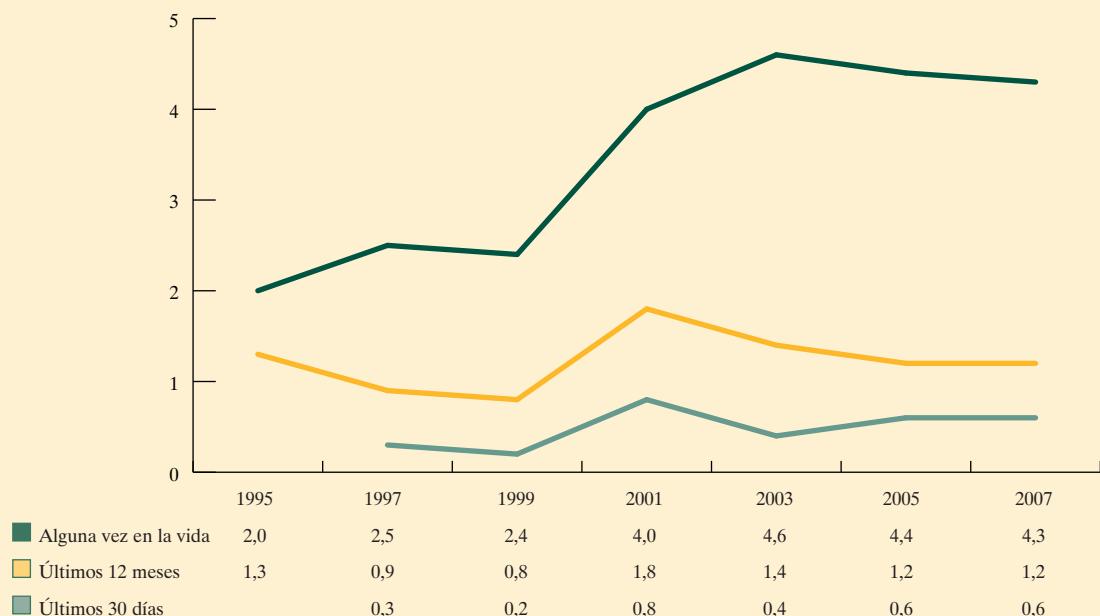
Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia una estabilización a partir de 2001 (Figura 1.1.22).

Figura 1.1.21. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.22. Evolución de la proporción de consumidores de éxtasis entre la población de 15-64 años. España, 1995-2007.



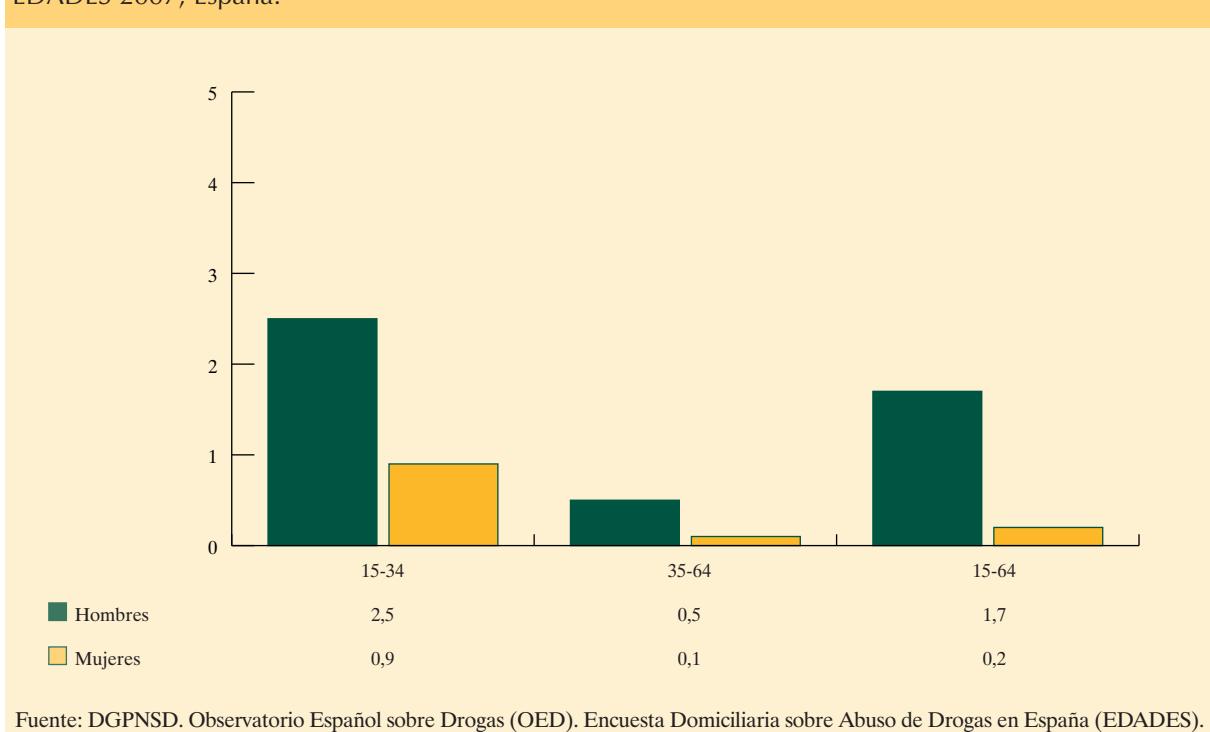
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Anfetaminas

En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de *speed*, anfetaminas, anfetas, metanfetaminas, *ice* o cristal. En 2007 un 3,7% de la población de 15-64 años había probado las anfetaminas alguna vez, un 0,9% las había consumido el último año y un 0,3% el último mes. Como en los casos anteriores, el consumo estaba bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años. Por ejemplo, en la Figura 1.1.23 puede apreciarse que la mayor proporción de consumidores de anfetaminas se da entre los hombres de 15-34 años.

La edad media de primer consumo fue 19,7 años.

Figura 1.1.23. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

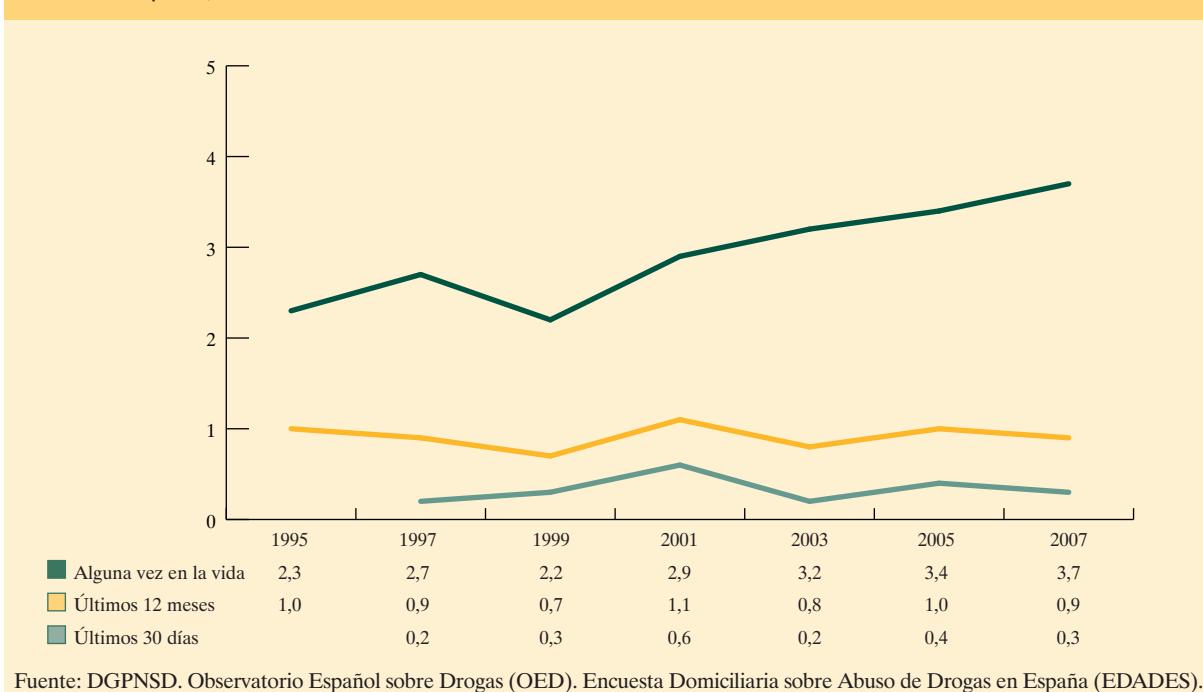
Aunque la baja prevalencia de consumo de esta sustancia haga que sus valores estén expuestos a los caprichos del azar, las tendencias temporales durante los últimos 12 meses nos permiten informar que su consumo parece bastante estabilizado (1% en 1995, 1% en 2005 y 0,9% en 2007) (Figura 1.1.24).

Tranquilizantes o somníferos (hipnosedantes)

Los tranquilizantes (pastillas para tranquilizarse, disminuir los nervios o la ansiedad) y los somníferos son consumidos por proporciones importantes de la población en muchos países, en la mayor parte de los casos prescritos o recetados por los médicos. Generalmente pertenecen al grupo farmacológico de las benzodiazepinas. A menudo estas pastillas tienen tanto la función de tranquilizar como la de inducir o mejorar el sueño, por eso puede ser adecuado referirse a ellas como hipnosedantes.

En 2007 en España un 15,4% de la población de 15-64 años había consumido hipnosedantes con o sin receta médica alguna vez en la vida (13,0% tranquilizantes, y 6,0% somníferos), un 8,6% en los últi-

Figura 1.1.24. Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

mos 12 meses (6,9% tranquilizantes y 3,8% somníferos) y un 5,9% en los últimos 30 días (4,7% tranquilizantes y 2,5% somníferos). Además 3,1% los había consumido diariamente en los últimos 30 días (2,6% tranquilizantes y 1,1% somníferos).

La prevalencia de consumo fue más elevada entre las mujeres y entre la población de 35-64 años (Tabla 1.1.15). La prevalencia (sólo disponible para los últimos 12 meses) de la población que había consumido hipnosedantes sin que hubieran sido prescritos por un facultativo es baja, siendo de 1,4 entre 15 y 34 años y de 1,2 entre 35 y 64 años. En EDADES no empezó a investigarse el consumo de tranqui-

Tabla 1.1.15. Prevalencias de consumo de hipnosedantes, según edad y sexo (%). EDADES 2007, España.

	HOMBRE			MUJER			TOTAL		
	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total
Tranquilizantes									
Alguna vez	6,8	12,4	9,5	11,9	20,7	16,7	8,8	16	13
Últimos 12 meses	3,8	6,3	4,7	6,2	11,6	9,1	4,4	8,4	6,9
Últimos 30 días	1,6	4,4	3,3	3,3	8	6,3	2,5	6,2	4,7
Diario	0,6	2,3	1,6	1,4	5,1	3,6	1,0	3,7	2,6
Somníferos									
Alguna vez	3,3	6,8	5	4,8	9,1	7	3,7	7,6	6
Últimos 12 meses	1,8	4	2,8	2,6	5,8	4,3	1,8	4,6	3,8
Últimos 30 días	0,9	2,8	2	1,3	4,2	3,1	1	3,6	2,5
Diario	0,2	1,1	0,8	0,4	2,2	1,5	0,3	1,7	1,1
Hipnosedantes									
Alguna vez	8	15,3	12,2	13,5	23,9	19,6	10,6	19,6	15,4
Últimos 12 meses	4,5	8,4	6,8	7,2	14,4	11,5	5,8	11,4	8,6
Últimos 30 días	2,1	5,9	4,3	3,7	10,2	7,6	2,8	8,1	5,9
Diario	0,7	2,8	1,9	1,6	6,1	4,2	1,1	4,4	3,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

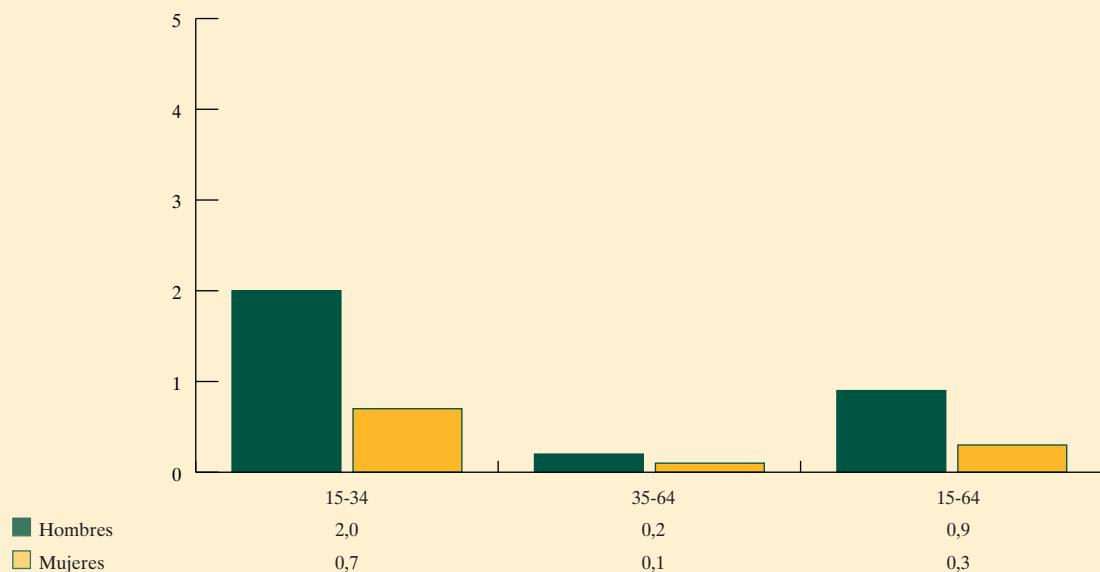
lizantes y somníferos con o sin receta médica hasta la encuesta de 2005. Anteriormente sólo se había preguntado por el consumo de estas sustancias sin receta médica en los últimos 12 meses. Por esta razón, a partir de EDADES no puede todavía estudiarse la evolución del consumo de hipnosedantes en España. No obstante, entre 2005 y 2007 se observó un aumento importante de la prevalencia de consumo de hipnosedantes (con o sin receta médica) durante los últimos 12 meses, pasando de 5,1% en 2005 a 8,6% en 2007. Por lo que respecta al consumo sin receta médica, da la impresión de que se ha producido un descenso de la proporción de consumidores, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 3,1% en 2003 a 1,2% en 2005 y 1,3% en 2007, aunque la introducción de preguntas referidas al consumo con o sin receta puede haber afectado a la respuesta de los encuestados.

Alucinógenos

En 2007 un 3,8% de la población de 15-64 años había probado alucinógenos alguna vez, un 0,6% los había consumido el último año y un 0,1% el último mes. Como en los casos anteriores, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue más elevada en los hombres (0,9%) que en las mujeres (0,3%) y en el grupo de 15-34 años (1,4%) que en el de 35-64 años (0,1%). Por ejemplo, en la Figura 1.1.25 puede apreciarse que la mayor proporción de consumidores de alucinógenos se da entre los hombres de 15-34 años.

La edad de media de inicio en el consumo fue de 19,9 años. La tendencia del consumo en los últimos años se ha mantenido relativamente estable (prevalencia de consumo en los últimos 12 meses: 0,6% en 1999 y 0,6% en 2007).

Figura 1.1.25. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Otras drogas psicoactivas

Las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de inhalables volátiles y heroína fueron más bajas que las de las sustancias anteriormente mencionadas, alcanzando cifras de 1,1% y 0,8%, respectivamente. Por su parte, las prevalencias de consumo durante el último año se situaron en el 0,1%. Hay

que tener en cuenta, no obstante, que las encuestas poblacionales tienen bastantes limitaciones para estimar la prevalencia y las tendencias de consumo de estas sustancias, por su dificultad para incluir a los consumidores más problemáticos.

En cuanto a la edad media de primer consumo, fue de 19,7 en el caso de los inhalables volátiles.

Finalmente, por lo que respecta a las tendencias del consumo, en el caso de la heroína se aprecia una tendencia al descenso de la experimentación con esta sustancia hasta 1999 y a partir de ese año una tendencia a la estabilización o el ascenso (Figura 1.1.26). En el caso de los inhalables volátiles se aprecia también una tendencia al aumento de la experimentación en los últimos años (Figura 1.1.27).

Figura 1.1.26. Prevalencia de consumo de heroína en población de 15-64 años (%). España, 1995-2007.

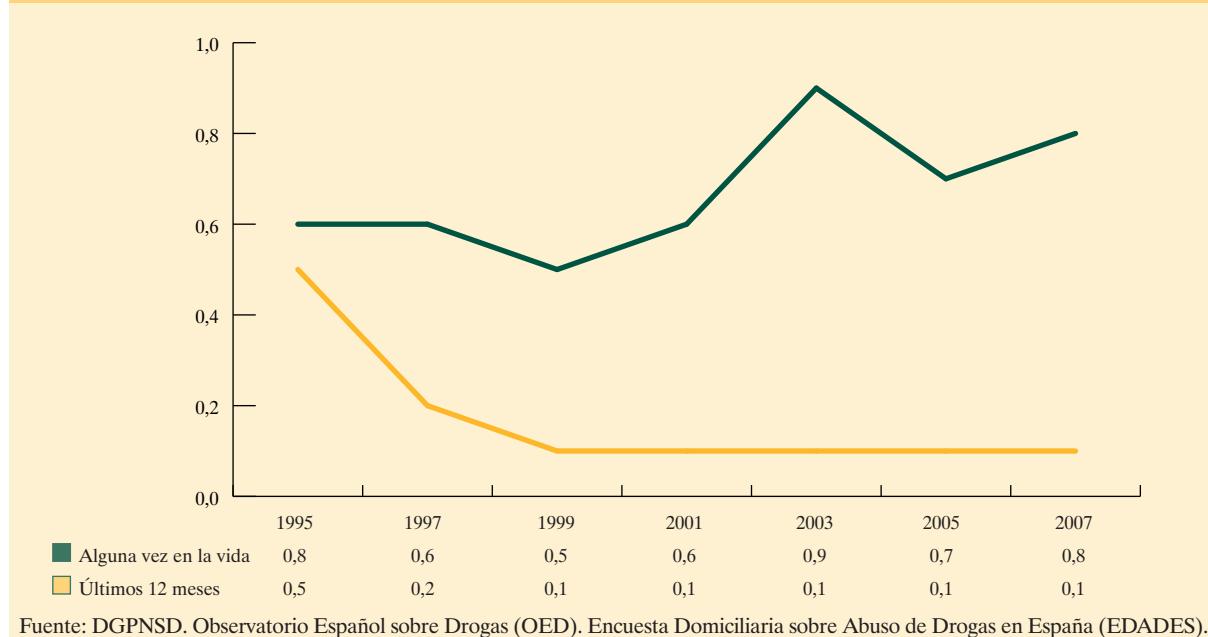
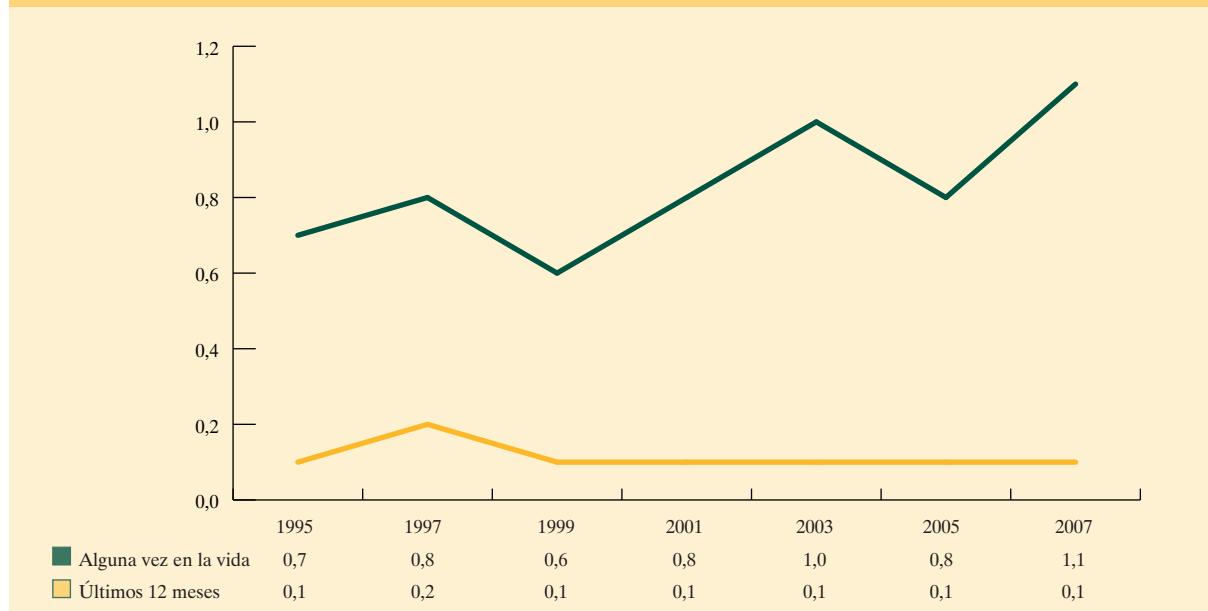


Figura 1.1.27. Prevalencia de consumo de inhalables volátiles (%). España, 1995-2007.



Inyección de drogas

Nuevamente hay que decir que este tipo de encuestas no son un método muy adecuado para estimar la extensión del fenómeno de la inyección de drogas. Se sabe, no obstante, por otros indicadores que es un fenómeno en rápida regresión. Los resultados de esta encuesta indican que en 2007 un 0,3% de la población española de 15-64 años se había inyectado alguna vez en su vida heroína o cocaína (0,5% de los hombres y 0,1% de las mujeres), encontrándose la máxima prevalencia en el grupo 35-44 años (0,8%).

Policonsumo de drogas

En realidad, el consumo de las drogas psicoactivas ilegales se concentra en un subgrupo de personas que a menudo han consumido varias drogas en un período dado. Así, por ejemplo, las personas que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, además de tabaco y bebidas alcohólicas (cuyo consumo está muy generalizado), han consumido en alta proporción en el mismo período cocaína (25,1%), éxtasis (10,2%), anfetaminas (7,5%) o alucinógenos (5,6%) (Tabla 1.1.16).

Por su parte las personas que han consumido cocaína en los últimos 12 meses, además de tabaco y bebidas alcohólicas (cuyo consumo está también generalizado) han consumido igualmente en alta proporción en el mismo período: cannabis (81,1%), éxtasis (28,1%), anfetaminas (20,9%) o alucinógenos (13,5%). Una situación parecida se da entre los consumidores de éxtasis y de heroína. El perfil de policonsumo de los consumidores de anfetaminas y alucinógenos es similar al de los consumidores de éxtasis.

Tabla 1.1.16. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido cannabis, cocaína, éxtasis o heroína en los últimos 12 meses (%). EDADES 2007, España.

	Consumidores de cannabis	Consumidores de cocaína	Consumidores de éxtasis	Consumidores de heroína
Alcohol	93,9	96,3	98,0	77,3
Tabaco	81,0	84,4	85,8	65,2
Cannabis	100,0	81,1	88,7	68,4
Cocaína	25,1	100,0	75,2	64,0
Éxtasis	10,2	28,1	100,0	39,9
Anfetaminas	7,5	20,9	41,6	28,9
Alucinógenos	5,6	13,5	26,6	18,5
Heroína	0,7	2,1	3,4	100,0
Inhalables	1,5	3,8	8,6	14,3
Tranquilizantes	8,6	14,4	17,2	39,2
Somníferos	4,5	9,4	8,8	28,8

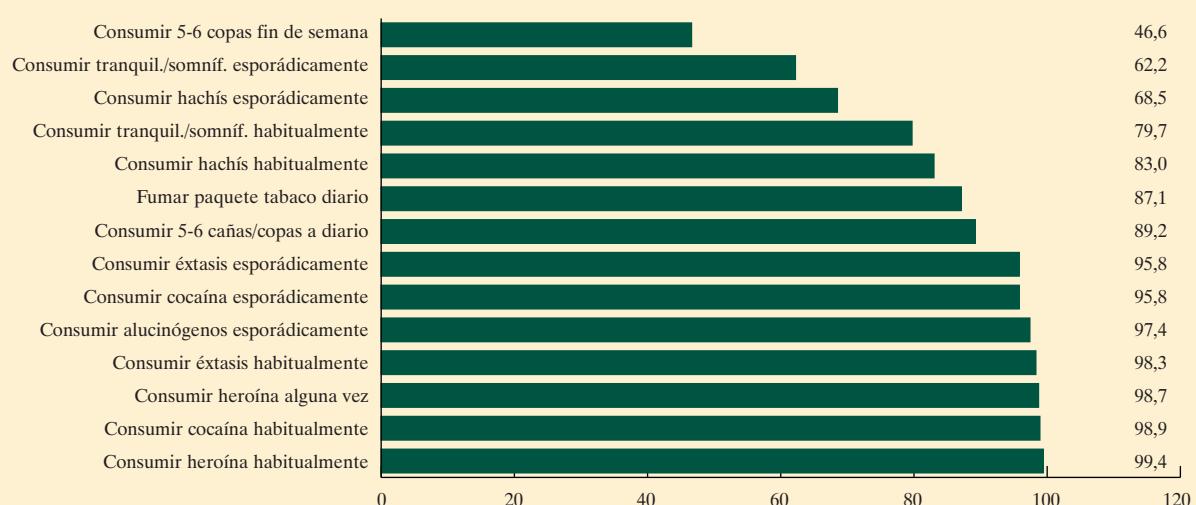
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas podría relacionarse con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo, menor probabilidad de desarrollarla y viceversa. De todas las conductas, las consideradas más peligrosas por parte de los encuestados son el consumo habitual (semanal o con mayor frecuencia).

cia) de heroína, de cocaína y de éxtasis. En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente, considerando esporádico el consumo con una frecuencia mensual o menor, y el consumo esporádico de cannabis. También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis o tranquilizantes/somníferos, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas (Figura 1.1.28).

Figura 1.1.28. Proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (%). EDADES 2007, España.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Entre 1997 y 2007 ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco diario (7,4 puntos), así como el riesgo percibido ante el consumo esporádico de éxtasis (3,3 puntos) o cocaína (2,3 puntos). El riesgo percibido ante otras conductas de consumo ha variado poco, e incluso en algunos casos ha disminuido, como el riesgo percibido ante el consumo habitual de tranquilizantes o somníferos (-1,7 puntos) (Tabla 1.1.17).

Por lo que respecta a las variaciones en los últimos años, entre 2003 y 2007 se aprecia que ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de casi todas las sustancias, especialmente ante el consumo de cannabis esporádico (+6,5 puntos) o habitual (+3,8 puntos), ante el consumo de cinco o seis unidades de alcohol diariamente (+5,9 puntos) o en fin de semana (+4,8 puntos), ante el consumo esporádico de éxtasis (+3,2 puntos) o cocaína (+2,7 puntos) y ante el consumo de un paquete de tabaco diario (+2,5 puntos).

En cambio ha disminuido bastante el riesgo percibido ante el consumo habitual (-5,7 puntos) o esporádico (-3,1 puntos) de tranquilizantes o somníferos. Las variaciones entre 2005 y 2007 en general tienen el mismo signo que las del período 2003-2007/08, aunque hay que destacar el importante aumento de la percepción del riesgo asociado al consumo esporádico de cannabis y al consumo de cinco o seis unidades de alcohol el fin de semana, así como la detención del aumento del riesgo que venía observándose frente al consumo diario de un paquete de cigarrillos (Tabla 1.1.17).

Tabla 1.1.17. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (%). España, 1997-2007.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Consumir heroína habitualmente	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	99,4
Consumir heroína alguna vez	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7
Consumir cocaína habitualmente	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	98,9
Consumir cocaína alguna vez	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8
Consumir éxtasis habitualmente	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	98,3
Consumir éxtasis alguna vez	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8
Consumir alucinógenos alguna vez	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	97,4
Consumir tranquil./sомнíferos habitualmente	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7
Consumir tranquil./sомнíferos alguna vez	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2
Consumir hachís habitualmente	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0
Consumir hachís alguna vez	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5
Consumir 5-6 cañas copas a diario	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2
Consumir 5-6 cañas copas fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Disponibilidad de drogas percibida

En los datos de la encuesta 2007, más del 39% de la población española de 15-64 años considera que es fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las principales drogas de comercio ilegal en un plazo de 24 horas. Aunque las diferencias por droga en la disponibilidad percibida no son grandes, las sustancias con una mayor disponibilidad son el cannabis (59,8% percibe que es fácil o relativamente fácil conseguirlo) y la cocaína (48,9%).

Sin embargo, entre 2005 y 2007 se ha producido un cambio de tendencia y desciende de forma importante la disponibilidad percibida de las cinco sustancias consideradas, correspondiendo los mayores descensos al cannabis (-6,6 puntos) y los menores a la heroína (-3,9 puntos) (Tabla 1.1.18).

Tabla 1.1.18. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2007.

Es fácil/muy fácil obtener esa droga en un plazo de 24 horas	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Hachís/cannabis/marihuana	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,4	59,8
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	48,9
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5
LSD	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8	40,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Percepción sobre la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el uso problemático y la oferta de drogas

En 2007 casi la mitad de la población española de 15-64 años (49,8%) consideraba que las drogas ilegales eran un problema muy importante en el lugar donde vivían, frente al 20,5 % que opinaban todo lo contrario (nada importante). En cuanto a la evolución, la proporción que considera el problema de las drogas ilegales muy importante descendió bastante entre 1997 y 2003 pasando de 46,4% a 36,3%, aumentó mucho en 2005 (55,5%) y ha vuelto a descender en 2007 (49,8%) (Tabla 1.1.19).

En cuanto a la visibilidad de situaciones relacionadas con el uso problemático de drogas con las que la población española se encuentra más frecuentemente en el lugar donde vive, son las referidas a personas esnifando drogas por la nariz y vendedores que le ofrecen drogas (un 11,6% y un 10,2%, respectivamente, de la población de 15-64 años se encontraba frecuentemente o muy frecuentemente con estas situaciones). Señalar que en la encuesta del 2007-08 se ha preguntado por primera vez por la situación relacionada con ver personas esnifando drogas por la nariz en su lugar de residencia, situación que aparece como la más frecuente entre todas las presentadas.

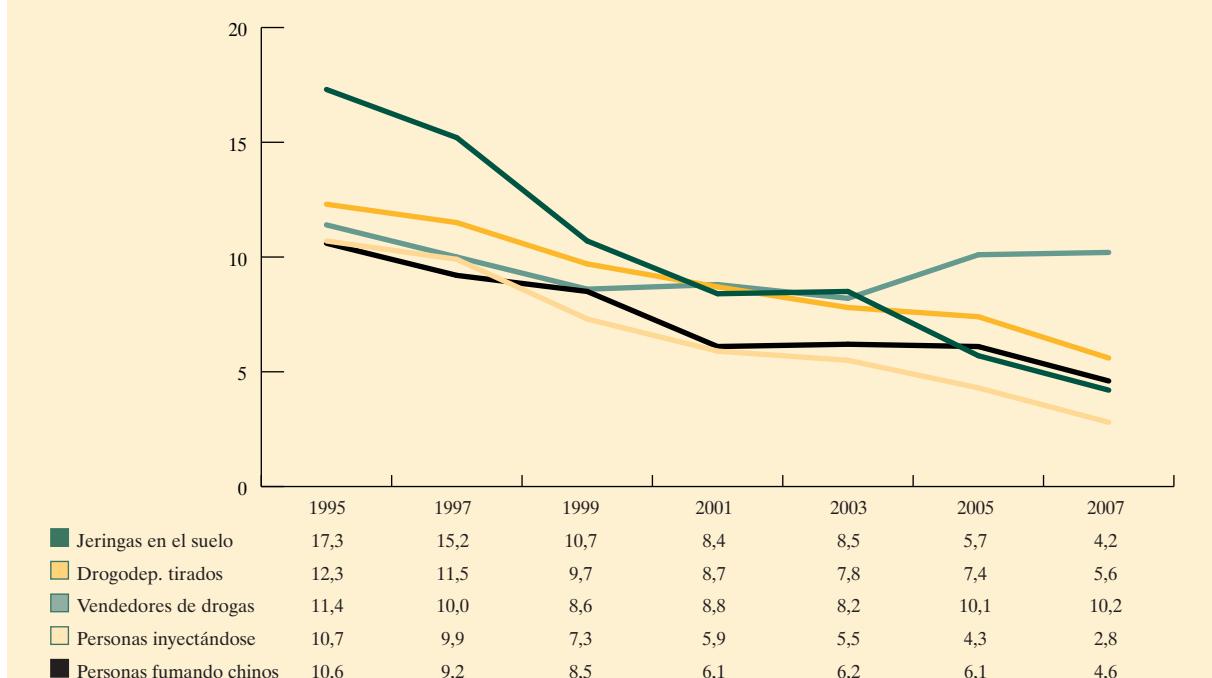
Entre 1995 y 2007 ha disminuido la visibilidad de todas las situaciones exploradas, excepto la de los vendedores que ofrecen drogas, que lo hace apenas (Figura 1.1.29), lo que, pese a los descensos de la

Tabla 1.1.19. Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España 1997-2007.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	29,7	29,7
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	55,5	49,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.29. Visibilidad de situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el barrio o pueblo donde vive). España, 1995-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

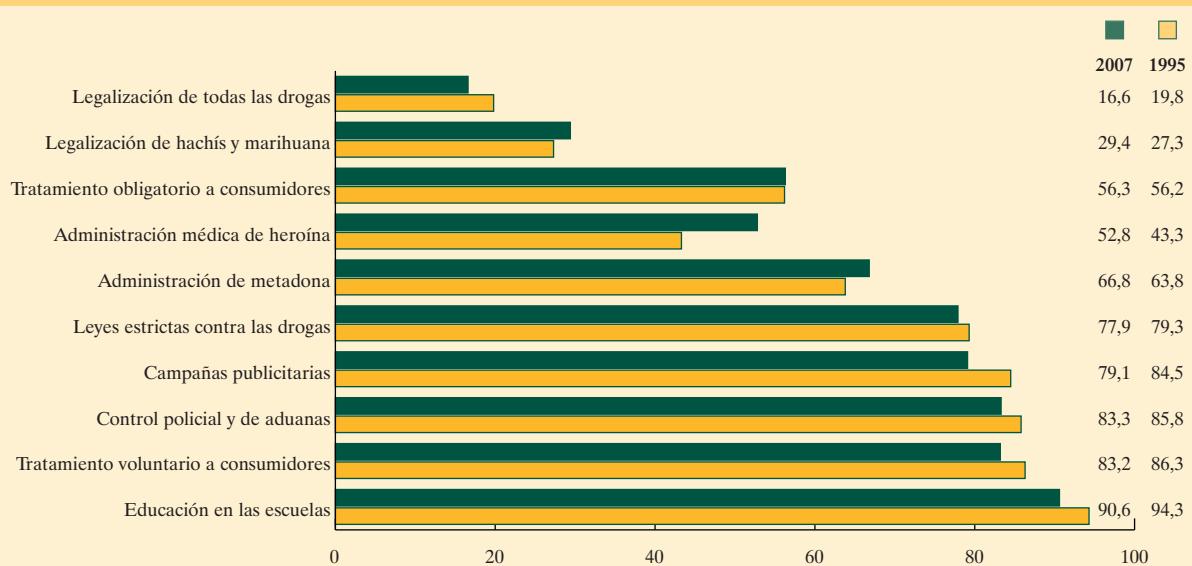
disponibilidad percibida, pone de manifiesto la fortaleza y la presión de la oferta. Los mayores descensos de la visibilidad han correspondido a situaciones relacionadas con el uso inyectado de drogas. De hecho, la proporción de encuestados que encuentran frecuente o muy frecuentemente jeringas tiradas en el suelo ha pasado de 17,3% en 1995 a 4,2% en 2007, y personas inyectándose drogas (de 10,7% a 2,8%). También ha disminuido de forma importante la proporción de población que se encuentra frecuente o muy frecuentemente con personas inhalando drogas en papel de aluminio (de 10,6% a 4,6%) o personas drogadas caídas en el suelo (de 12,3% a 5,6%). Estos descensos seguramente tienen que ver con el descenso del consumo de heroína y de drogas inyectadas que ha tenido lugar en España en los últimos años, aunque también puede estar influyendo en el descenso de la visibilidad el hecho de que el consumo de drogas sea cada vez una conducta más privada o el que los consumidores “se refugien” en espacios alejados de los principales núcleos residenciales.

■ Valoración de las acciones para intentar resolver el problema de las drogas ilegales

En 2007, la población de 15-64 años percibía la educación en las escuelas como la medida más importante para resolver el problema de las drogas ilegales. Esta medida era seguida, en orden descendente, por el control policial y de fronteras, el tratamiento voluntario de los consumidores para que abandonen las drogas, las campañas de publicidad, las leyes estrictas contra las drogas, la administración médica de metadona a los consumidores de heroína, el tratamiento obligatorio para abandonar las drogas y la administración médica de heroína a los consumidores para los que han fallado otras medidas. Las medidas consideradas menos importantes fueron la legalización del cannabis o de todas las drogas (Figura 1.1.30).

La importancia atribuida a las medidas convencionales o medidas que llevan desarrollándose durante largo tiempo, como la educación en las escuelas, las campañas de publicidad, el tratamiento voluntario para abandonar las drogas, el control policial y de fronteras y las leyes estrictas contra las drogas disminuyó entre 1995 y 2003-2005, pero en los últimos años ha vuelto a aumentar. Por su parte, la importancia atribuida a medidas menos convencionales o que llevan desarrollándose menos tiempo, como el tratamiento obligatorio para abandonar las drogas, la administración médica de metadona, la administración médica de heroína cuando otros tratamientos han fallado y la legalización del cannabis o de todas las drogas ilegales aumentó entre 1995 y 2003-2005 y ha disminuido recientemente.

Figura 1.1.30. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad (% que considera muy importante cada acción). España, 1995-2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

1.2. EL ALCOHOL Y LAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL, 2007

Introducción

El consumo de tabaco, alcohol y drogas en el medio laboral puede tener importantes repercusiones para los trabajadores, tanto por afectar a la realización de las tareas que ha de llevar a cabo en su medio de trabajo como por los problemas sociosanitarios que pueden generar en el ámbito familiar e individual. Además, en algunos casos el consumo de estas sustancias puede afectar a terceros, contribuyendo a que se produzcan accidentes laborales o causando exposiciones indeseadas, como el humo del tabaco en los no fumadores. Igualmente, algunas condiciones o características del trabajo o del medio laboral, o el hecho de no tenerlo, pueden comportarse como factores de riesgo o de protección del consumo de drogas.

En España se han realizado varias encuestas específicas dirigidas a conocer la prevalencia de consumo de drogas en el grupo de los trabajadores y de los desempleados. Entre ellas, algunas en el ámbito de las comunidades autónomas y otras en el conjunto del Estado. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se han identificado dos encuestas: *Incidencia de las drogas en el mundo laboral* (FAD, 1996 y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 1998), una en la Comunidad Valenciana (Valencia: Generalitat Valenciana, Dirección General de Drogodependencias; FAD, 1999), otra en Andalucía (Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Drogena, 1999) y otra en Castilla-La Mancha (Universidad de Castilla-La Mancha, 1999). Para el conjunto del Estado se han realizado encuestas en los años 1987, 1996 y 2001.

En el ámbito internacional no se identifican encuestas específicas sobre el consumo en el medio laboral, aprovechándose en general las encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas para incluir una sección sociodemográfica con una clasificación por sectores productivos y ramas de actividad, además de un pequeñísimo módulo sobre existencia de protocolos escritos en la empresa en que trabaja el entrevistado respecto de este tema, programas preventivos en la empresa o, como en el caso de EEUU, sobre las características del sistema de detección de drogas (generalmente en orina) y las consecuencias de los resultados positivos para el trabajador. Luego, en el momento del análisis, generalmente se realiza un análisis desglosado por actividad profesional.

Según la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (encuesta domiciliaria en EEUU), entre 2002 y 2004 un 8,2% de los trabajadores de 18 a 64 años con jornada completa, había consumido drogas ilícitas en el último mes y un 8,8 % había consumido 5 ó más bebidas alcohólicas en menos de 2 horas al menos 5 ó más días en el último mes. Los trabajadores del sector de la alimentación y la hostelería (16,9%) y los trabajadores de la construcción (13,7%) presentaron las tasas más elevadas de consumo de drogas ilícitas en el último mes. Para el consumo problemático de alcohol, los trabajadores de la construcción (15,9%), los trabajadores del mundo del espectáculo (13,6%) y los mineros (13,3%) presentaron las tasas más elevadas para las personas de 18 a 64 años con jornada completa.

En Reino Unido, según la encuesta domiciliaria del año 2007, el grupo de trabajadores de 16 a 64 años que presentó una mayor tasa de consumo de bebidas alcohólicas en la última semana fueron aquellas personas con cargos de directivos y de gerencia (74%), seguido de aquellas personas con una situación intermedia, tales como trabajadores por cuenta propia y empresarios de pequeña y medianas empresas (64%). Y respecto al nivel de ingresos semanal en el hogar, la proporción de personas que consumieron alcohol en la última semana aumentó conforme el nivel de ingresos familiares se incrementaba.

Es evidente que uno de los objetivos principales de una encuesta de consumo realizada en población en edad laboral es el análisis de la prevalencia de consumo de distintas drogas (al menos, agrupadas en ilícitas/alcohol/tabaco/cannabis) para las distintas ramas de actividad.

Uno de los problemas de las encuestas realizadas hasta ahora en España es que presentaban un número de efectivos escaso para realizar una desagregación de los resultados por muchas ramas de actividad, en especial para las drogas ilegales. De hecho, la encuesta estatal de 2001 planteaba 29 ramas de actividad, lo que obligó a agruparlas en el momento del análisis en 9 ramas. Y esto aún era excesivo, teniendo en cuenta que el tamaño muestral era de 2.000 trabajadores ocupados por cuenta ajena y 300 trabajadores en paro. Por esta razón, los resultados de la desagregación de la prevalencia de consumo y otros aspectos según rama de actividad son muy escasos o poco concluyentes.

Tabla 1.2.1. Distribución muestral por rama de actividad, ocupados 2001 (Distribución no proporcional) en la encuesta “*Incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001*”.

Agricultura - Ganadería - Pesca	100
Construcción	300
Minería - Energía - Papel - Química	225
Alimentación - Textil	150
Metal - Eq. Eléctricos - Vehículos	225
Comercio - Hostelería	250
Transporte - Comunicaciones	150
Banca - Servicios a empresas - Admón.	512
Educación - Sanidad	258
TOTAL	2.000

Fuente: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001*.

Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) se realizó un análisis de las encuestas llevadas a cabo hasta ahora en nuestro país en el mundo laboral comprobándose que los objetivos y el universo de las encuestas en población en edad laboral realizadas y la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) eran en buena medida superponibles. La única diferencia recaía en el mayor interés de la primera en algunos detalles sobre la provisión de servicios en relación con la prevención del consumo desde el ámbito laboral o la búsqueda de asociaciones estadísticas entre el consumo de drogas y la exposición a determinados riesgos laborales. De hecho, los cuestionarios de EDADES 2005 y la encuesta *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001* aunque no fácilmente comparables por diferencias en la forma de preguntar, abordan en cuanto a los aspectos de consumo las mismas sustancias y los mismos períodos de referencia. Sería pues muy ineficiente mantener dos sistemas estatales de encuestas, una dirigida a la población con experiencia laboral y otra a la población general de 15-64 años.

Por las razones reseñadas se decidió incluir un módulo laboral en EDADES 2007, una encuesta estatal que presentaba un tamaño muestral suficiente (más de 20.000 encuestados de 15-64 años) como para permitir la desagregación de las prevalencias de consumo y otros aspectos según sector de actividad, rango laboral, tipo de jornada laboral y otras condiciones o características del trabajo o el medio laboral, al menos para las drogas psicoactivas más comunes como alcohol, tabaco y cannabis. Además, al recogerse la información sobre consumo con un cuestionario autocumplimentado en vez de mediante entrevista cara a cara, como se había hecho en las anteriores encuestas específicas sobre drogas en el medio laboral, existen mayores garantías de validez del autoinforme de los encuestados.

Los objetivos de la introducción del módulo laboral en EDADES 2007 fueron:

- Conocer la prevalencia de consumo de distintas drogas (al menos agrupadas en ilícitas/alcohol/tabaco/cannabis) para las distintas ramas de actividad (objetivo principal).
- Conocer la existencia de programas o actividades en su empresa para prevenir el consumo de drogas y alcohol.
- Investigar la asociación entre el consumo de drogas y la exposición a determinados riesgos laborales.

En este informe se recoge un resumen de la metodología de EDADES 2007, así como los principales resultados relacionados con los aspectos laborales.

Metodología

El universo o población de referencia fue la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluyó sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que residía en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vivía en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.) y la población sin techo.

Tabla 1.2.2. Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma. EDADES 2007.

Comunidad Autónoma	Realizadas	Error muestral máximo Población 15-64 años
Andalucía	2.200	2,10%
Aragón	894	3,30%
Asturias	835	3,50%
Baleares	936	3,30%
Canarias	2.540	2,00%
Cantabria	890	3,40%
Castilla-La Mancha	1.305	2,80%
Castilla y León	1.081	3,00%
Cataluña	2.060	2,20%
Com. Valenciana	1.656	2,50%
Extremadura	855	3,50%
Galicia	1.600	2,50%
Madrid	2.279	2,10%
Murcia	1.612	2,50%
Navarra	608	4,10%
País Vasco	1.175	2,90%
La Rioja	750	3,50%
Ceuta	218	6,80%
Melilla	221	6,80%
TOTAL	23.715	0,90%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

El tamaño de la muestra fue de 23.715 personas. Su distribución por comunidad autónoma fue disproporcional a su población para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades financiaron una ampliación de la muestra en su territorio. En la Tabla 1.2.2 se puede observar la distribución de la muestra por comunidad autónoma, así como el error muestral máximo. La distribución por edad fue también disproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años).

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, seleccionando en la primera etapa secciones censales de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Finalmente, en la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar. 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.

El cuestionario constaba de dos partes: una para ser administrada por entrevista cara a cara y otra (que incluye las preguntas sobre consumo de drogas) para ser autocumplimentada por el encuestado con papel y lápiz. Incluía preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas) y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado).

Para que EDADES 2007 cubriera los objetivos relacionados con el medio laboral fue necesario, por una parte, incluir un módulo laboral para la población en edad de trabajar (16-64 años) y, por otra, adaptar la sección sociodemográfica de la encuesta para clasificar mejor a los encuestados. Por ello se constituyó un grupo de trabajo en el que participaron además de técnicos de las CCAA en sistemas de información, representantes de la Comisión Laboral de la DGPNSD, es decir, de los sindicatos mayoritarios (CCOO y UGT) y de la CEOE.

Las variables de clasificación laboral incluidas en la sección sociodemográfica fueron: situación laboral, rama de actividad según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, rango profesional, tipo de jornada laboral, número de trabajadores en el centro laboral y meses transcurridos desde la última semana que trabajó.

Por su parte, en el módulo laboral, aplicado en su totalidad mediante entrevista cara a cara, se incluyeron preguntas sobre:

- Percepción de la importancia del problema del consumo de alcohol y drogas entre los trabajadores y razones para el consumo.
- Información y otras actuaciones realizadas en su empresa frente al consumo de alcohol y drogas.
- Condiciones de trabajo:
 - peligrosidad, calor y frío, otras condiciones de penosidad.
 - jornadas prolongadas, exigencia de alto rendimiento, períodos de poco trabajo.
 - largos desplazamientos o ausencias del hogar.
 - cansancio o agotamiento, tensión o estrés, tareas monótonas o rutinarias, tareas por debajo de la cualificación profesional.
 - satisfacción con el trato de superiores, satisfacción con el trato de compañeros, satisfacción con el trabajo.
 - sentirse mal pagado, perspectivas de promoción, inquietud ante el futuro laboral.
- Exposición al humo del tabaco en el lugar de trabajo.

El trabajo de campo de EDADES 2007 se realizó entre los meses de noviembre de 2007 y marzo de 2008. No se realizaron encuestas en enero, para evitar la influencia de la Navidad en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. La tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,3%. Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar 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.

El análisis de los aspectos laborales se centró en las personas en edad de trabajar o potencialmente activas (16-64) que habían tenido alguna experiencia laboral previa. Por lo tanto, de las 23.715 personas de 15-64 años residentes en hogares familiares que componían la muestra de la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España*, hay que separar a las personas que legalmente no se encuentran en edad laboral (los entrevistados menores de 16 años), con lo que quedarían 23.258 personas potencialmente activas, esto es, con edades comprendidas entre 16 y 64 años. Sin embargo, las preguntas laborales se dirigieron sólo a los que tenían experiencia laboral previa; es decir, a aquéllos que estaban empleados en el momento de la entrevista o que, estando parados y buscando empleo, habían tenido ya un empleo previo, por lo que la muestra final analizada fue de 15.071 personas. Además, para la mayoría de los análisis, el tamaño de la muestra se restringe un poco más debido a la existencia de valores desconocidos. En la Tabla 1.2.3 aparece el tamaño efectivo de la muestra (14.469 personas con experiencia laboral), para el cruce de distintas categorías de situación laboral y sector de actividad.

Todos los resultados que se muestran a continuación se refieren al subgrupo de personas con experiencia laboral previa y ponderados por comunidad autónoma, edad y sexo, con el fin de devolver la proporcionalidad a la muestra. Todos los cálculos se efectuaron excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. En 2007 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja. Las preguntas con mayor proporción de no respuestas fueron las referidas a la disponibilidad de drogas percibidas (dificultad para adquirir las distintas drogas en 24 horas si quisiera), y a la importancia concedida a algunas acciones para resolver el problema de las drogas ilegales.

Tabla 1.2.3. Distribución de las personas con experiencia laboral según situación laboral y sector de actividad (nº absoluto, sin ponderar)

Sector de actividad	Empleado	Desempleado con experiencia laboral	Total personas con experiencia laboral
Agricultura, ganadería, pesca, actividades extractivas	721	159	880
Industria	1.675	218	1.893
Construcción	1.428	255	1.683
Comercio, reparación vehículos de motor y artículos personales	1.965	252	2.217
Hostelería	1.249	232	1.481
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	677	89	766
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	3.945	373	4.318
Otros	1.110	121	1.231
Total	12.770	1.699	14.469

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Principales resultados

■ Descripción general de la muestra

De las personas con experiencia laboral, un 58,6% varones y un 41,4% mujeres; un 88,9% estaban empleadas y un 11,7% paradas en busca de empleo; un 40,8% tenían entre 16 y 34 años (40,0% de los empleados y 46,4% de los parados).

En la Tabla 1.2.4 aparece una distribución más detallada de la muestra por edad y situación laboral.

Según el sector de actividad, el grupo “Otras actividades del sector servicios” con un 40,6% fue el más frecuente tanto entre los empleados como entre los parados. Este grupo incluye actividades de: comercio, reparaciones, transporte, almacenamiento y comunicación, intermediación financiera, actividades inmobiliarias, otras actividades sociales, hogares que empleaban a personal doméstico y organismos extraterritoriales. El sector de la administración pública fue el segundo en importancia (19%).

En cuanto al rango profesional, se observa que el grupo más representado es el de los empleados y trabajadores cualificados, con un 47,1% en el total de la submuestra laboral (Tabla 1.2.5).

Tabla 1.2.4. Distribución de las personas con experiencia laboral según grupo de edad y situación laboral (%)

	Total %	Empleados %	Parados %
16-24 años	10,3	9,6	15,6
25-34 años	30,5	30,4	30,8
35-44 años	28,8	29,1	27,0
45-54 años	21,5	22,0	17,7
55-64 años	8,9	8,9	9,0
Total	100	100	100

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.5. Distribución de las personas con experiencia laboral según rango profesional y situación laboral (%)

	Total %	Empleados %	Parados %
Empresarios con o sin asalariados	10,0	10,9	2,9
Profesionales liberales y asimilados	2,3	2,5	1,1
Directivos o gerentes y cuadros medios	5,9	6,3	2,8
Profesionales, técnicos o asimilados	8,0	8,5	4,2
Empleados y trabajadores cualificados	47,1	47,3	45,4
Empleados y trabajadores no cualificados	26,7	24,5	43,6
Total	100	100	100

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Respecto a su posición en el proceso productivo y de toma de decisiones, un 63,3% eran asalariados del sector privado, un 19,3% asalariados del sector público, y un 14,2% empresarios o trabajadores independientes. Otras posiciones (miembros de cooperativas, ayuda en negocio familiar), sólo representaron el 3,3%.

Un 15,5% de las personas con experiencia laboral eran de nacionalidad extranjera, de los que un 60,7% procedían de Iberoamérica y un 17,4% del Norte de África o del África Subsahariana.

En relación al tipo de jornada laboral, la mayor parte de las personas con experiencia laboral tenían o habían tenido jornada partida de mañana y tarde (45,9%) o jornada continua de mañana (26,3%).

En cuanto al número de trabajadores del centro de trabajo, la mayor parte de las personas con experiencia laboral trabajaban o habían trabajado en centros de 1-10 trabajadores (46,9%), seguido de centros con 20-49 trabajadores (15,4%).

La mayoría de la submuestra laboral (67,6%) tenía un nivel de ingresos mensuales en el hogar que se encontraba el rango de 1.000-2.499 euros.

■ Características y satisfacción con el puesto de trabajo

Los entrevistados manifestaron en elevada proporción (89,9%) sentirse mucho o bastante preparados para desempeñar su trabajo sin que se aprecien diferencias estimables, a este respecto, entre aquellos con empleo (90%) y los desempleados (89,1%).

No obstante, más de la mitad (53%) piensa que sus posibilidades de promoción son pocas o ninguna. En este caso, los que estaban buscando nuevo empleo se muestran más pesimistas (67%) que los que estaban empleados (51,2 %) (Tabla 1.2.6).

Del mismo modo, la mayoría de los encuestados manifestaron encontrarse muy o bastante satisfechos con la función o el trabajo que desempeñaban o habían desempeñado (72,3%), con el trato que recibían de sus superiores (73,7%) y con el trato que recibían de sus compañeros (84,6%).

En este caso, sí se aprecian diferencias en función de la situación laboral, ya que entre los desempleados, aunque también son mayoría los que afirmaron haber estado muy o bastante satisfechos, lo hicieron en proporción menor que aquellos que estaban empleados: el 73,5% de los empleados manifestaron estar muy o bastante satisfechos con la función o el trabajo que desempeñaba, el 75,1 % que

Tabla 1.2.6. Percepción de la preparación para realizar su puesto de trabajo y de las perspectivas de promoción entre las personas con experiencia laboral, según situación laboral (%).

	Total %	Empleados %	Parados %
Percepción de su preparación para realizar su puesto de trabajo			
Mucho/bastante	89,9	90,0	89,1
Algo	6,7	6,7	6,9
Poco/nada	3,4	3,3	4,0
Perspectivas de promoción en su trabajo			
Mucho/bastante	20,8	21,5	14,8
Algo	26,2	27,2	18,2
Poco/nada	53,0	51,2	67,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

lo estaba respecto del trato recibido de sus superiores y el 85,2 % en relación con el trato recibido por sus compañeros, frente al 62%, 63,2% y el 79,9%, respectivamente, de los parados (Tabla 1.2.7).

Tabla 1.2.7. Grado de satisfacción con el puesto de trabajo y con el trato recibido por jefes y compañeros de las personas con experiencia laboral según situación laboral

	Mucho/bastante			Algo			Poco/nada		
	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado
La función o el trabajo que desempeña/ba	72,3	73,5	62,0	18,7	18,2	22,6	9,0	8,2	15,4
El trato que recibe o recibía de sus superiores	73,7	75,1	63,2	16,7	16,3	19,3	9,6	8,6	17,5
El trato que recibe o recibía de sus compañeros de trabajo	84,6	85,2	79,9	10,7	10,3	13,5	4,7	4,5	6,6

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Respecto al grado de peligrosidad de la ejecución del trabajo en el empleo actual o último empleo, la mayoría de los entrevistados (61,8%) lo califican de bajo o nulo, sin que se muestren diferencias, a este respecto, entre los empleados (61,9%) y los parados que buscan nuevo empleo (61,3%) (Tabla 1.2.8).

Una proporción importante de los entrevistados tenía condiciones adversas en su trabajo con alguna frecuencia (respuestas distintas a poca o ninguna), como trabajos a destajo o que le exigían un rendimiento muy alto (47,3%), jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo de descanso (44,8%), largos desplazamientos o ausencias de casa (30,3%), penosidad o incomodidad física (45,7%) o períodos con poco trabajo que realizar (37,6%). Entre los desempleados, estos porcentajes, aunque también mayoritarios, no lo son tanto como entre los empleados, como se puede apreciar en la Tabla 1.2.9.

Por otro lado, son minoritarias las proporciones de los que estimaron que su puesto de trabajo estuviera muy o bastante por debajo de su preparación y conocimientos (29,9%), fuera muy/bastante rutinario o monótono (39,7%) o muy/bastante mal pagado (25,9%). Entre los desempleados dichas proporciones en relación con su último puesto de trabajo, aunque también minoritarias, no lo fueron tanto como entre los empleados (Tabla 1.2.9).

Tabla 1.2.8. Grado de peligrosidad de la ejecución del trabajo actual (o del último que hayan tenido, en caso de los parados)

	Total %	Empleados %	Parados %
Extrema	2,8	2,8	2,8
Alta	12,2	12,0	13,9
Media	23,2	23,4	22,1
Baja	26,1	26,0	27,3
Nula	35,7	35,9	34,0

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.9. Características y condiciones del puesto de trabajo actual (o del último que hayan tenido) (%)

	Mucho/bastante			Algo			Poco/nada		
	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado
Trabajos a destajo o con exigencia de rendimiento muy alto	22,1	21,1	29,8	25,2	25,4	23,6	52,7	53,5	46,6
Jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo de descanso	18,8	18,2	23,7	26	26,2	24,4	55,2	55,6	55,9
Tareas rutinarias y/o monótonas	39,7	38,8	47,2	27	27,5	23	33,3	33,7	29,8
Trabajos en condiciones de calor o frío	26	24,5	38	17	17,2	15,5	57,0	58,3	46,5
Obliga a largos desplazamientos o ausencias de casa	14,1	14	15,6	16,2	16	17,8	69,7	70,0	66,6
El puesto de trabajo está o estaba por debajo de su preparación y conocimientos	29,9	22,3	27,6	20,4	20,4	20,1	56,7	57,3	52,3
Penosidad o incomodidad física de las condiciones del trabajo	22,8	21,7	32	22,9	23	22,4	54,3	55,3	46,5
Periodos con poco trabajo que realizar	8,9	8,2	14,7	28,7	28,9	27	62,3	62,9	58,3
Mal pagado	25,9	24,5	36,9	32	32,4	29,2	42,1	43,1	33,9

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

En cuanto a los efectos negativos de las características del entorno laboral sobre el trabajador, tan sólo una minoría de los encuestados manifestó sentir, o haber sentido, con mucha o bastante frecuencia, sensación de cansancio intenso o agotamiento posterior al trabajo (27,8%) o sentir tensión, agobio o estrés durante el trabajo (19,9%). También en esta ocasión se producen diferencias entre los que mantenían su empleo en el momento de la encuesta y los que lo habían perdido: entre estos últimos, la sensación de haber sentido, en su último empleo, con mucha o bastante frecuencia, sensación de cansancio o agotamiento posterior al trabajo estaba más extendida que entre los empleados (37,9% frente al 26,5%), así como la tensión, el agobio o el estrés durante el trabajo (25,2%, frente al 19,3%) (Tabla 1.2.10).

Pero donde se producen mayores diferencias entre los empleados y los desempleados es en relación al sentimiento de inquietud o inseguridad ante su futuro laboral. Más de la mitad de los empleados (57,5%) decían sentir poca o ninguna inquietud ante su futuro laboral, el 25% alguna inquietud y tan sólo el 17,5% mucha o bastante inquietud. En cambio, entre los desempleados, más de la mitad (52,2%) contestan que sienten mucha o bastante inquietud ante su futuro laboral y tan sólo 3 de cada 10 sienten poca o ninguna inquietud (Tabla 1.2.10).

■ Percepción del consumo de alcohol en el ámbito laboral

El fenómeno del consumo excesivo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral no resulta muy visible para los trabajadores dado que hasta dos terceras partes de los entrevistados (75,8%) afirmaron no conocer, o no haber conocido, ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas, mientras que sólo el 20,7% conocía alguno y un minúsculo 3,4% conocía o había conocido a bastantes (Tabla 1.2.11).

Esta “invisibilidad” del fenómeno es algo mayor entre los empleados (76,6%), las mujeres (83,5%) y entre los que cuentan con edades comprendidas entre los 35 y 64 años (77,4%), y menor entre los parados (69,9%), los varones (70,4%) y entre los que tienen entre 15 y 34 años de edad (73,6%) (Tabla 1.2.11).

Tabla 1.2.10. Frecuencia con la que los entrevistados se encuentran o se han encontrado en las siguientes situaciones

	Mucho/bastante			Algo			Poco/nada		
	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado	Total	Empleado	Parado
Sentir sensación de cansancio intenso o de agotamiento posterior al trabajo	27,8	26,5	37,9	36,5	37	32,2	35,8	36,5	29,9
Sentir tensión, agobio o estrés durante el trabajo	19,9	19,3	25,2	32,4	32,8	29,1	47,7	47,9	45,7
Sentir inquietud o inseguridad ante su futuro laboral	21,4	17,5	52,2	24,4	25	19,9	54,2	57,5	27,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.11. Proporción de casos conocidos de consumo excesivo de alcohol o drogas en su último trabajo (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
No, ninguno	75,8	70,4	83,5	73,6	77,4	76,6	69,9
Sí, alguno	20,7	25,2	14,4	21,9	20,0	20,3	24,4
Sí, bastantes	3,4	4,3	2,1	4,5	2,7	3,1	5,7

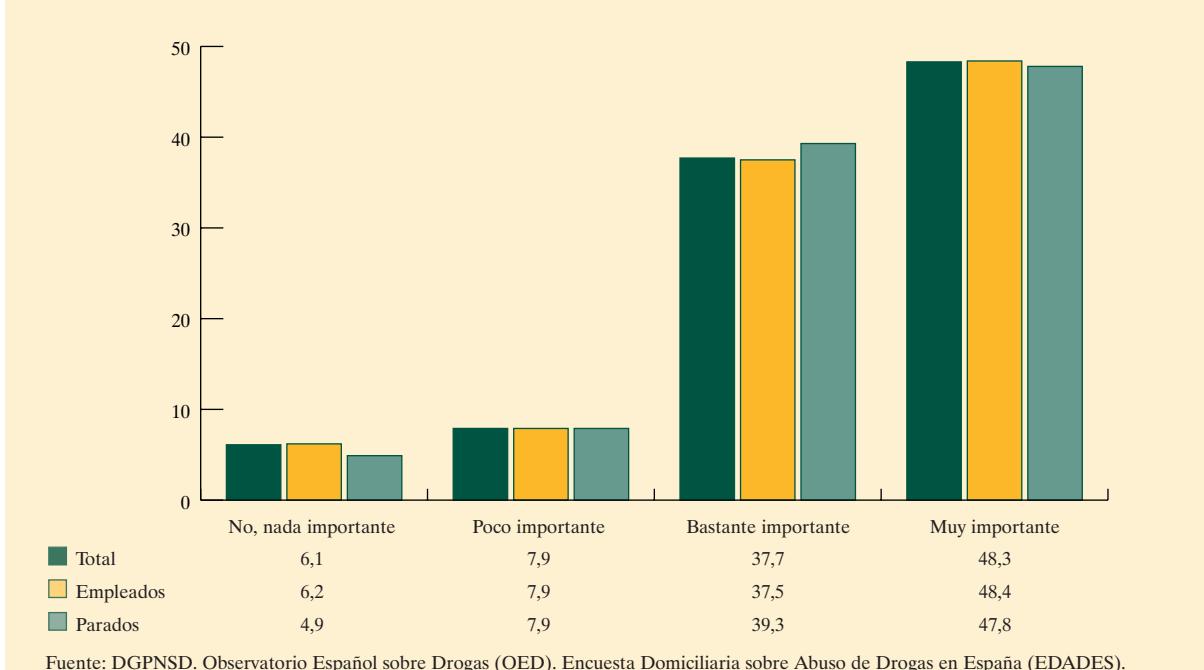
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

En relación con las encuestas realizadas en 1996 y 2001, ha aumentado la proporción de la población ocupada que no conoce ningún compañero de trabajo que beba en exceso o consuma drogas (56,4% en 1996, 63,3% en 2001 y 76,6% en 2007). Esta situación no es coherente con la evolución global del consumo de drogas en España, pero sí puede serlo en el sentido de que ha disminuido el consumo más problemático (consumo inyectado, consumo de heroína) y el resto de las conductas de consumo son seguramente menos “visibles”, al menos en el ámbito laboral. También hay que tener en cuenta que, en la encuesta de 2007, la pregunta (“En su último trabajo, ¿conoce usted o ha conocido algún caso de compañeros que consuman en exceso alcohol u otras drogas?”) está formulada de forma algo diferente a la de las encuestas de 1996 y 2001 (“En su medio o lugar de trabajo, ¿conoce usted algún o algunos casos de compañeros que beban en exceso o tomen alguna otra droga?”). Sin embargo, la pregunta de 1996 o 2001 parece incluso más amplia que la de 2007 por lo que no es probable que las diferencias en la redacción expliquen los resultados.

A pesar de que prácticamente 8 de cada 10 entrevistados no conocían ningún compañero que consumiera en exceso alcohol u otras drogas, casi 9 de cada 10 opinaron que el consumo de alcohol o de otras drogas en el medio laboral era un problema bastante importante o muy importante, sin que, en este caso se encuentren diferencias significativas en función de las variables sexo, situación respecto al empleo (empleados/desempleados) o la edad (Figura 1.2.1).

En comparación con la encuestas de 1996 y 2001 ha crecido la proporción de la población empleada que considera que el consumo de alcohol o drogas es un problema bastante o muy importante en el medio laboral (81,5% en 1996, 71,9% en 2001 y 86,0% en 2007).

Figura 1.2.1. Importancia atribuida al consumo de alcohol y drogas en el medio laboral (%). España, 2007.



En cuanto a las principales razones para considerar el consumo de drogas un problema importante en el mundo laboral, las tres más mencionadas fueron: el hecho de que provoque accidentes laborales (58,3%), disminución de la productividad o el rendimiento (48%) y el que provoque mal ambiente o malas relaciones con los compañeros (41,3%). Aunque existe acuerdo general entre hombres y mujeres, empleados y desempleados en señalar principalmente estas tres razones, y en el mismo orden, las mujeres y los desempleados hacen más hincapié en la disminución de la productividad y el rendimiento (50,5% y 50,7%, respectivamente) y en el mal ambiente o las malas relaciones con los compañeros (45,2% y 43%, respectivamente) que los varones y los empleados. En cambio, no se encuentran diferencias significativas en función de la edad de los entrevistados (Tabla 1.2.12).

Tabla 1.2.12. Razones por las que se cree que las drogas son un problema importante en el trabajo (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Provoca accidentes laborales	58,3	59,7	56,4	58,4	58,2	58,2	58,8
Provoca enfermedades	31,4	29,0	34,8	30,8	31,8	31,1	33,4
Disminución productividad/rendimiento	48,0	46,3	50,5	48,0	48,1	47,6	50,7
Absentismo	36,0	34,3	38,5	34,9	36,8	35,9	36,9
Sanciones o despidos	30,4	29,3	31,9	31,2	29,8	29,7	35,3
Mal ambiente/malas relaciones con compañeros	41,3	38,6	45,2	41,5	41,3	41,1	43,0
Puede tener consecuencias para terceros	33,6	32,3	35,3	32,6	34,2	33,0	37,1
Acaban pagando todos los trabajadores	23,8	22,9	25,2	23,6	24,0	23,2	28,5
Cambia el carácter	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Mala imagen/Mal ejemplo	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
Todos son importantes	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Otras	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Información y actuaciones sobre prevención del consumo de drogas en la empresa

Cabe destacar la no muy elevada proporción de entrevistados que manifiesta haber recibido información en su empresa sobre riesgos y prevención del consumo de drogas: sólo el 13,2% de los empleados en los 12 meses anteriores a la encuesta habían recibido en ese periodo información sobre riesgos o prevención del consumo de drogas.

Los parados en el momento de la encuesta, pero que habían estado empleados en los 12 meses anteriores, recibieron este tipo de información en menor proporción (9%) que los que estaban empleados en el momento de la encuesta (13,7%) (Tabla 1.2.13).

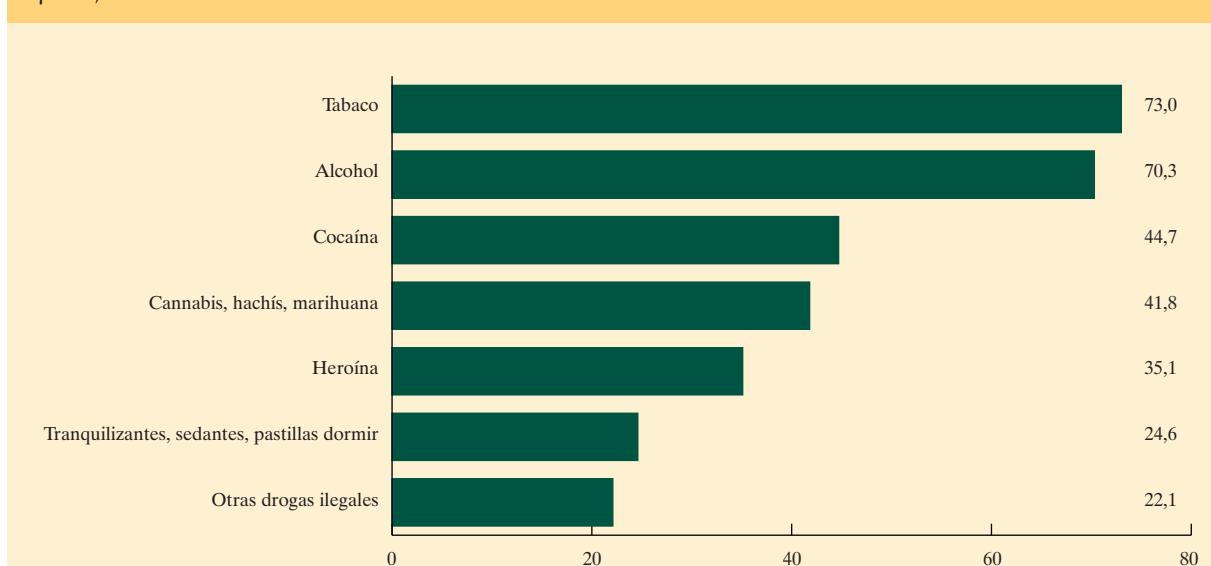
La información recibida por estos trabajadores, en la empresa o centro de trabajo, sobre riesgos y prevención, versaba principalmente sobre tabaco (73%), sobre alcohol (70,3%) y, en menor proporción, sobre cocaína (44,7%) y sobre cannabis (41,8%). Una proporción aún menor había recibido información sobre heroína (35,1%) y otras sustancias, legales o ilegales (<25%)(Figura 1.2.2).

Tabla 1.2.13. Facilitación de información sobre riesgos o prevención del consumo de drogas por parte de la empresa en los últimos 12 meses (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Sí	13,2	13,5	12,7	11,9	14,0	13,7	9,0
No	84,5	84,8	84,1	86,4	83,2	85,7	75,2
No he trabajado en los últimos 12 meses	2,3	1,7	3,2	1,7	2,7	0,6	15,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.2.2. Drogas sobre las que se versaba la información proporcionada (%). España, 2007.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Respecto a las actuaciones en las empresas frente al abuso de alcohol u otras drogas, los entrevistados otorgaron mayor importancia a la información y formación de los trabajadores ante las drogas (56%), a la orientación de los trabajadores con problemas de uso de alcohol o drogas hacia centros especializados (34,9%) y a los servicios de atención socio-sanitaria para consumidores de drogas (27,4%). Los desempleados, en cambio, dieron menor importancia a esta última medida (19,8%) que al asesoramiento a las familias de los trabajadores consumidores de drogas (21,8 %) (Tabla 1.2.14).

Tabla 1.2.14. Actuaciones para realizar en las empresas que se consideran más importantes.

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Información y formación de los trabajadores ante las drogas	56,0	57,2	54,2	55,6	56,3	57,4	45,2
Servicios de atención socio-sanitaria a consumidores de drogas	27,4	27,0	27,9	26,4	28,0	28,4	19,8
Ayudas o asesoramiento a familias de consumidores de drogas	23,9	22,2	26,3	24,5	23,5	24,1	21,8
Hacer análisis para detectar drogas en aire espirado, sangre, cabello u otra muestra orgánica	13,3	13,7	12,8	14,2	12,7	13,2	14,1
Hacer chequeos médicos a los trabajadores con problemas de alcohol o drogas	20,6	21,1	19,9	21,1	20,3	20,7	19,9
Orientar a trabajadores con problemas de uso de alcohol o drogas hacia centros especializados	34,9	34,7	35,2	35,5	34,6	35,8	28,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

En relación con las actuaciones relacionadas con el consumo de drogas llevadas a cabo en sus empresas en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, el 72,2% de los entrevistados afirmó que no se había realizado ninguna. En tanto que en las empresas del resto de entrevistados (27,8%) la más común fue, precisamente, a la que le otorgan mayor importancia: actuación de información y formación de los trabajadores ante las drogas (11,8%). Las otras dos actuaciones que los trabajadores consideran de mayor importancia (orientación de los trabajadores con problemas de alcohol hacia centros especializados y servicios de atención socio sanitaria a consumidores de drogas) sólo se habían realizado en las empresas del 3,5% de los entrevistados.

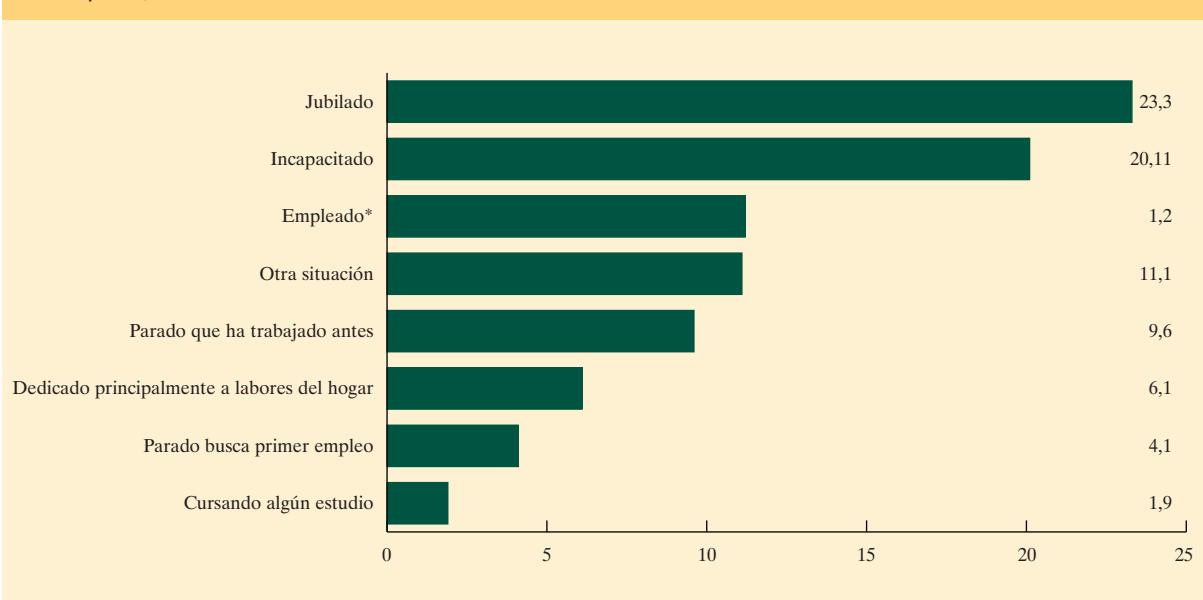
En 2007, la proporción de ocupados en cuyas empresas se había realizado alguna actuación relacionada con el consumo de drogas (27,8%) era muy similar a la de 2001 (27%) y superior a la de 1996 (21,2%). En cuanto a las actuaciones realizadas ha aumentado ligeramente la proporción que cita la información y formación de los trabajadores ante las drogas (7,3% en 1996, 9,1% en 2001 y 11,8% en 2007).

Consumo de sustancias psicoactivas

Alcohol

Analizada la muestra de sujetos entrevistados de 16 a 64 años y su consumo según la situación laboral, se observa que los que tenían empleo presentaron prevalencias de consumo de alcohol más altas en consumo alguna vez en la vida (91%), en los últimos 12 meses (78,6%) y en los últimos 30 días (66,9%); sin embargo, es en los jubilados y los que presentaban situación de incapacidad permanente donde se observan las prevalencias más elevadas en el consumo diario (23,3% y 20,1%, respectivamente, frente al 11,2 % de los empleados y al 9,6% de los parados con empleo previo) (Figura 1.2.3).

Figura 1.2.3. Prevalencia de consumo de alcohol a diario en los últimos 30 días según situación laboral (%). España, 2007.



* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Asimismo, los jubilados también se muestran como el grupo con la prevalencia más elevada de consumo en días laborables en los últimos 30 días (41,8% frente al 35,6% de los empleados), mientras que son los empleados y los estudiantes quienes tienen mayor prevalencia de consumo en fin de semana (64,6%) (Tabla 1.2.15).

Tabla 1.2.15. Prevalencias de consumo de alcohol según situación laboral (%).

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario, en los últimos 30 días	Días laborables, en últimos 30 días	Fin de semana, en últimos 30 días
Empleado*	91,0	78,6	66,9	11,2	35,6	64,6
Parado que ha trabajado antes	87,6	72,1	56,1	9,6	28,9	53,6
Parado que busca primer empleo	82,5	66,3	52,9	4,1	27,5	49,8
Jubilado	89,9	64,2	54,5	23,3	41,8	53,6
Incapacitado permanente	85,2	51,7	44,6	20,1	32,6	42,9
Cursando algún estudio	87,8	80,2	65,6	1,9	18,2	64,6
Dedicado principalmente a labores del hogar	79,2	54,7	38,2	6,1	17,3	36,7
Otra situación	82,7	65,6	56,4	11,1	37,6	53,4

* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Centrándonos en las personas con experiencia laboral (Tablas 1.2.16 y 1.2.17), esto es, en los entrevistados que en el momento de realización de la encuesta estaban empleados y aquellos que estaban en paro pero habían tenido ya un empleo, se comprueba que:

- Al igual que ocurre en la población general, las prevalencias de todos los indicadores de consumo de alcohol son mayores entre los varones que entre las mujeres.
- No hay grandes diferencias en las prevalencias de consumo en la vida, en los 12 meses, en los 30 días o durante los fines de semana según grupo de edad (16-34 y 35-64). Sin embargo, la prevalencia de consumo diario o en días laborables es más elevada en el grupo de mayor edad, y la prevalencia de atracones y borracheras es mayor entre los más jóvenes.
- Las prevalencias de consumo de alcohol de los parados, cualquiera que sea el indicador que se considere, son significativamente inferiores a las de los empleados.

Comparando las prevalencias de consumo de alcohol en la población ocupada entre 2001 y 2007, se observa un descenso importante de la prevalencia de consumo alguna vez en el último mes (83,5% en 2001 y 66,9% en 2007) y de la prevalencia de consumo diario (16,0 en 2001 y 11,2% en 2007) (Figura 1.2.4 y Tabla 1.2.16).

En cuanto al consumo según el sector de actividad se observa que las mayores prevalencias de consumo diario se observan en la construcción y en el sector primario para ambos grupos de edad (16-34 y 35-64) (Tabla 1.2.17).

Tabla 1.2.16. Prevalencias de consumo de alcohol entre los que están empleados o parados que han trabajado antes (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	90,6	92,7	87,6	90,5	90,7	91,0	87,6
Últimos 12 meses	77,8	82,4	71,3	79,4	76,7	78,6	72,1
Últimos 30 días	65,6	74,0	53,8	65,3	65,9	66,9	56,1
A diario en los últimos 30 días	11,0	15,5	4,7	4,9	15,2	11,2	9,6
En días laborables en los últimos 30 días	34,8	44,4	21,1	27,4	39,8	35,6	28,9
En fin de semana en los últimos 30 días	63,3	71,8	51,3	63,8	63,0	64,6	53,6

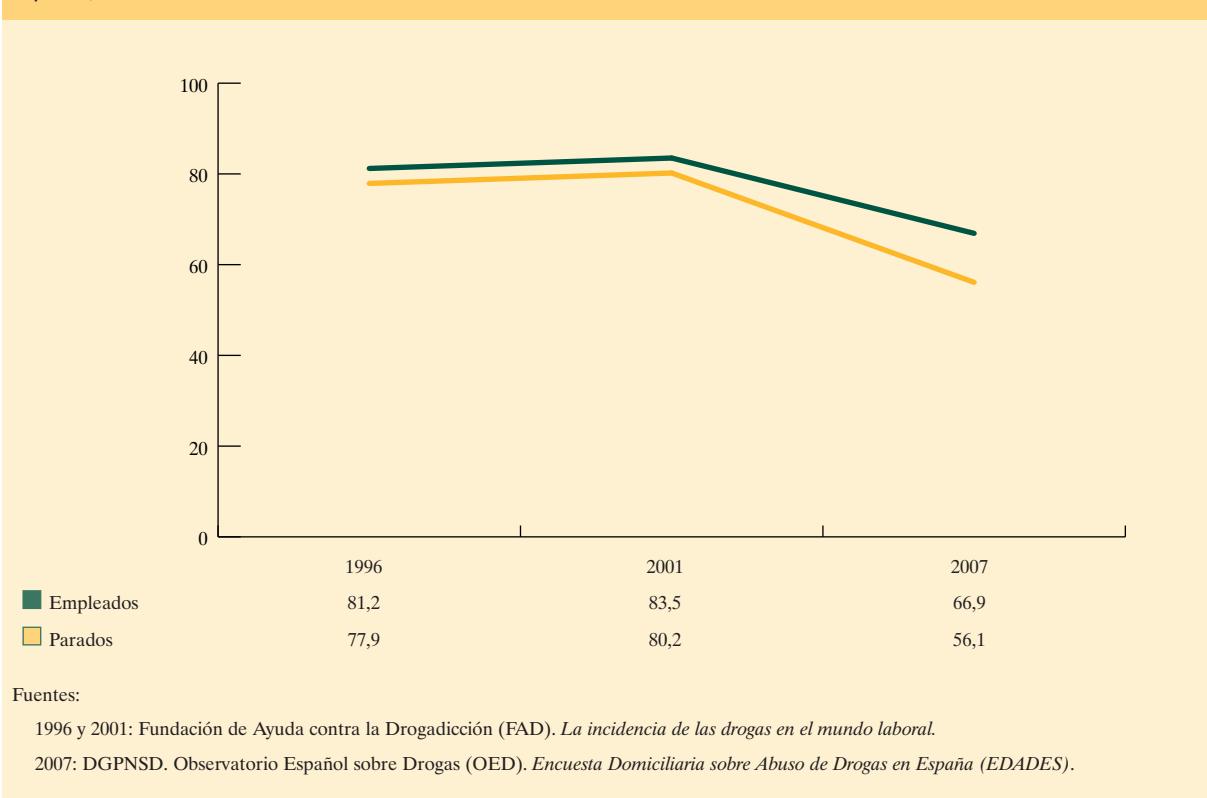
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.17. Prevalencia de consumo diario de alcohol en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	19,7	23,7	8,0	8,8	24,8
Industria	12,9	15,4	5,4	5,4	17,6
Construcción	15,8	16,4	7,0	9,2	22,1
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	8,2	13,2	3,3	4,3	11,5
Hostelería	10,0	16,7	4,5	5,2	14,8
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	10,6	12,5	1,3	4,7	14,5
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	10,0	15,0	5,4	3,4	13,6
Otros	6,6	13,6	3,7	0,6	10,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.2.4. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días en empleados y parados (%). España, 2007.



Entre los jóvenes (16-34 años) las mayores prevalencias de atracones de alcohol se observan en la construcción, la industria y el sector de transportes, almacenamiento y comunicaciones. Sin embargo, en la población de más edad (35-64) las mayores prevalencias se hallan en la construcción y la hostelería (Tabla 1.2.18). Finalmente, las prevalencias más elevadas de borracheras se encuentran en el transporte y construcción en los más jóvenes y en la construcción y hostelería en los mayores de 35 años (Tabla 1.2.19).

Se define el atracón de alcohol o *binge drinking* como el consumo de 5 ó más unidades estándar de alcohol en un intervalo aproximado de dos horas.

La identificación de los factores asociados a los distintos patrones de consumo de alcohol entre la población con experiencia laboral exigiría un análisis más detallado que excede los objetivos de este informe, pero en el análisis bivariado parecen claramente asociados con el consumo diario de alcohol: un nivel bajo de ingresos, bajo nivel de estudios, haber nacido en España (frente a nacer en el extranjero), ser empresario y trabajar en el sector primario o en la construcción. Por su parte, parecen asociados a los atracones de alcohol o las borracheras el trabajar en la construcción y tener jornada de noche.

■ Tabaco

Considerando la muestra de los entrevistados potencialmente activos (16-64 años de edad) y su consumo en función de su situación laboral (Tabla 1.2.20) se observa que es el grupo de los parados con empleo previo, el que ostenta las máximas prevalencias de consumo en los últimos 12 meses (49,7%),

Tabla 1.2.18. Prevalencia de atracones de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	12,2	15,9	1,5	19,6	8,8
Industria	16,3	19,6	6,6	24,0	11,4
Construcción	22,0	23,0	8,7	26,9	17,3
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	14,6	20,1	9,4	18,3	11,5
Hostelería	16,9	26,2	9,2	19,3	14,5
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	16,8	18,2	9,9	24,2	11,9
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	10,8	15,1	6,9	15,4	8,3
Otros	10,2	19,3	6,4	11,9	9,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.19. Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	20,0	24,6	6,6	32,7	14,1
Industria	22,4	26,4	10,6	35,2	14,2
Construcción	29,8	31,1	13,8	39,7	20,3
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	20,7	25,8	15,8	31,1	11,6
Hostelería	24,6	34,1	16,8	34,1	15,3
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	24,7	26,1	18,2	44,5	11,8
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	17,7	22,6	13,2	29,8	11,1
Otros	15,5	19,1	13,9	27,8	7,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

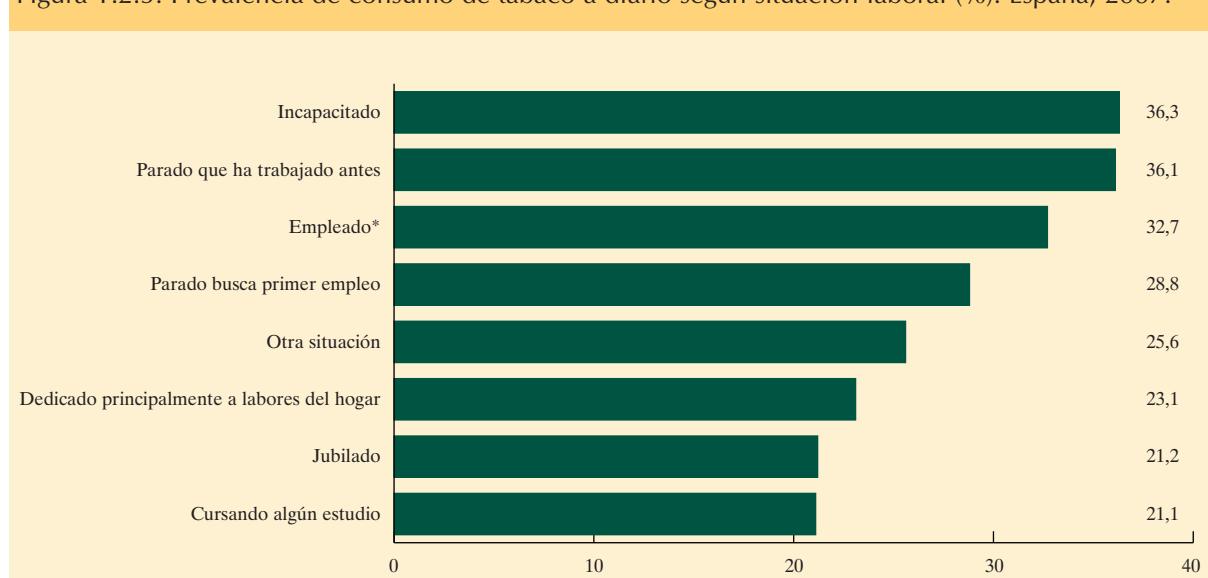
Tabla 1.2.20. Prevalencias de consumo de tabaco según situación laboral (%)

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario, alguna vez	Consumo diario actual
Empleado (trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo)	73,2	45,4	42,6	54,2	32,7
Parado que ha trabajado antes	74,3	49,7	46,8	57,9	36,1
Parado que busca su primer empleo	62,6	41,6	38,2	43,6	28,8
Jubilado	68,4	28,9	26,5	52,8	21,2
Incapacitado permanente	79,5	43,2	42,7	62,6	36,3
Cursando algún estudio	58,3	39,1	33,7	30,5	21,1
Dedicado principalmente a labores del hogar	54,6	29,7	28,1	36,2	23,1
Otra situación	60,1	37,4	35,8	44,9	25,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

en los últimos 30 días (46,8%), a diario alguna vez (57,9%) y, junto con los incapacitados de forma permanente (36,3%), la mayor prevalencia de consumo diario actual (36,1%). El grupo de los empleados es el que tiene la segunda mayor prevalencia de consumo diario actual (32,7%) (Figura 1.2.5).

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de tabaco a diario según situación laboral (%). España, 2007.



* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Si analizamos las personas con experiencia laboral (Tabla 1.2.21) se aprecia que:

- El tabaco es la sustancia con las prevalencias de consumo diario más elevada.
- En todas las frecuencias de consumo los varones presentan mayores prevalencias que las mujeres.
- Los más jóvenes (16-34 años), muestran las prevalencias más altas de consumo en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días que los de más edad (35-64 años).
- Los parados con empleo previo consumieron tabaco, en mayores proporciones que los empleados.

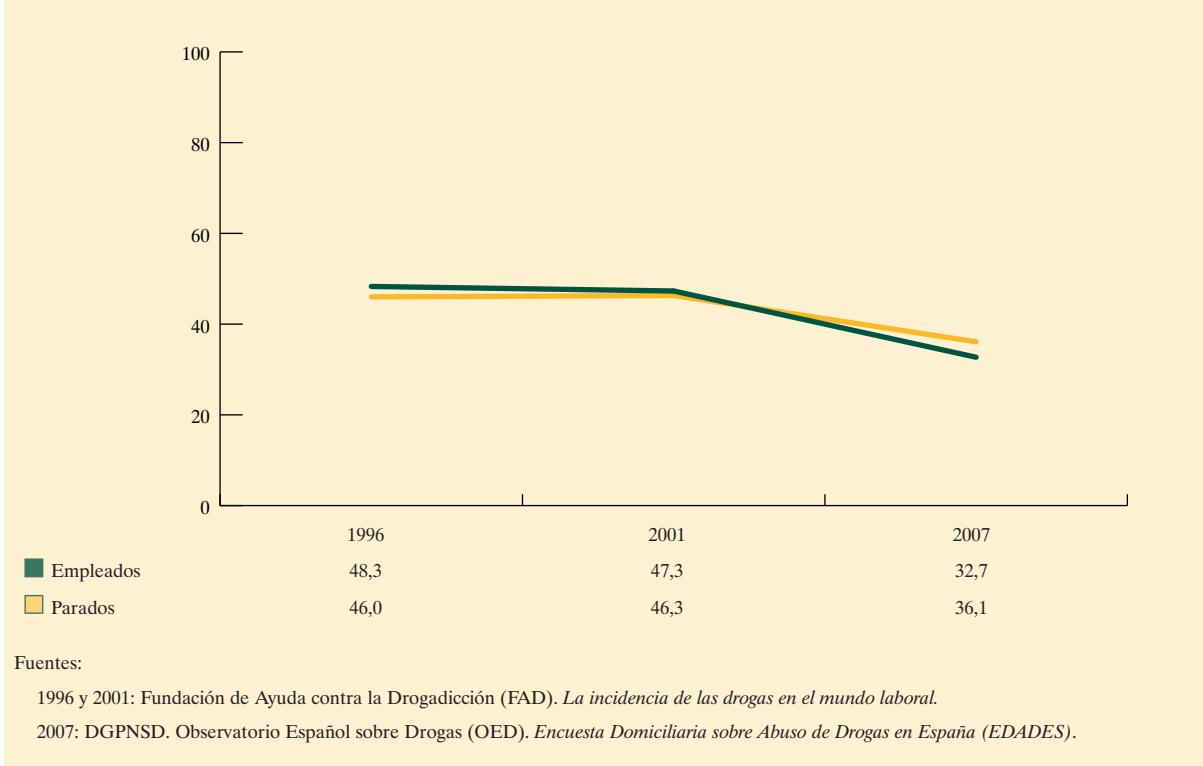
Comparando las prevalencias de fumadores diarios con las que se encontraron en la encuesta de 2001 (47,3% en ocupados) se observa un descenso importante del consumo (Figura 1.2.6).

Tabla 1.2.21. Prevalencias de consumo de tabaco entre los que están empleados, o parados que han trabajado antes (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	73,3	76,2	69,2	71,6	74,4	73,2	74,3
Últimos 12 meses	45,9	48,3	42,5	50,5	42,7	45,4	49,7
Últimos 30 días	43,1	45,4	39,8	47,1	40,3	42,6	46,8
A diario, alguna vez	54,5	57,5	50,7	51,5	56,9	54,2	57,9
A diario en los últimos 30 días	33,1	35,1	30,1	34,8	31,8	32,7	36,1

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.2.6. Prevalencia de consumo de tabaco diario en empleados y parados (%). España, 2007.



Por sectores las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran en la construcción y la hostelería (Tabla 1.2.22).

Como se indicó, la identificación de los factores asociados al consumo diario de tabaco exige un análisis más detallado, pero en el análisis bivariante, aparte del hecho de ser hombre, joven y estar parado, se encontraron asociados con el consumo de tabaco el no tener estudios universitarios, tener bajos ingresos, haber nacido en España (frente a nacer en el extranjero), trabajar en la construcción o la hostelería y tener jornada de noche.

Tabla 1.2.22. Prevalencia de consumo de tabaco diario según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	31,6	33,4	26,5	35,0	30,0
Industria	32,9	33,6	30,8	35,2	31,4
Construcción	43,6	43,8	40,7	43,8	43,4
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	34,7	36,3	33,0	36,9	32,6
Hostelería	39,0	42,2	36,5	40,1	38,0
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	33,3	32,2	38,4	36,5	31,2
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	28,5	28,9	28,1	29,2	28,1
Otros	27,2	32,7	25,0	25,5	28,4

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

En las personas con experiencia laboral se indagó, además del consumo activo de tabaco, el consumo pasivo en el entorno de trabajo. A este respecto, el 26,2% refirió haber respirado humo de tabaco en los últimos 12 meses, bien en toda o en la mayor parte de la jornada (11,9%) o en la mitad o menos del tiempo de la jornada laboral (14,3%) (Tabla 1.2.23).

Aquellos que, en el momento del estudio, estaban parados habían respirado humo proveniente de compañeros o clientes, en mayor porcentaje (34,3%) que los que estaban empleados (25,4%).

Tabla 1.2.23. Prevalencias de consumo pasivo de tabaco en el medio laboral según variables sociodemográficas y laborales (%)

En los últimos 12 meses ha respirado humo de tabaco en su trabajo	Categoría	Durante la mayor parte jornada laboral	Durante la mitad o menos jornada laboral	Total
Sexo	Hombre	13,5	16,4	29,9
	Mujer	9,7	11,3	21,0
Edad (dos grupos)	Entre 15-34 años	13,1	15,9	29,0
	Entre 35-64 años	11,1	13,2	24,3
Edad (5 grupos)	De 16 a 24 años	15,2	18,4	33,6
	De 25 a 34 años	12,4	15,1	27,5
	De 35 a 44 años	11,2	13,3	24,4
	De 45 a 54 años	11,8	13,6	25,4
	De 55 a 64 años	9,2	11,8	21,0
Nacido en España	Sí	11,3	14,0	25,3
	No	15,3	15,9	31,2
Nivel de estudios finalizados	Sin estudios o estudios primarios completos	17,9	15,9	33,8
	Estudios secundarios	12,4	14,9	27,3
	Estudios universitarios	6,3	12,0	18,3
Nivel mensual de ingresos	Hasta 999 euros	16,6	16,5	33,1
	De 1000 a 2499 euros	12,4	14,6	27,0
	Mas de 2500 euros	9,5	13,7	23,3
Sector de actividad	Primario	11,8	14,9	26,7
	Industria	7,7	15,7	23,4
	Construcción	20,6	22,4	42,9
	Hostelería	40,4	17,7	58,1
	Administración pública	4,0	12,0	16,0
	Otras sector servicios	8,1	12,0	20,1
Rango profesional tipo	Empresarios	16,1	12,1	28,2
	Profesionales liberales	10,6	11,4	22,0
	Directivos y cuadros medios	12,1	16,7	28,8
	Profesionales, técnicos	4,9	12,3	17,2
	Trabajadores cualificados	9,8	14,1	23,9
	Trabajadores no cualificados	16,0	15,2	31,2
Tipo de jornada laboral	Partida (mañana y tarde)	12,1	14,2	26,3
	Continua de mañana	10,4	14,2	24,6
	Continua de tarde	13,4	12,5	25,9
	Continua de noche	25,3	17,8	43,1
	Jornada reducida	7,5	9,6	17,1
	Turnos rotatorios excepto el de noche	12,8	14,4	27,2
	Turnos rotatorios con el de noche	11,8	19,4	31,1
	Horario irregular	13,9	14,4	28,3
	Otro Tipo	11,3	13,6	24,9
	NS/NC	11,9	8,8	20,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

La exposición al humo del tabaco fumado por otras personas afectó en mayor proporción a los varones (29,9%), a los trabajadores de 16 a 24 años (33,6%), a los que trabajan en el sector de la hostelería (58,1%) o de la construcción (42,9%), a los trabajadores no cualificados (31,2%), a los trabajadores con jornada continua de noche (43,1%) y a los sometidos a turnos rotatorios con el de noche (31,1%) (Tabla 1.2.23).

■ Tranquilizantes y somníferos

Analizando el consumo de tranquilizantes con o sin receta médica en función de la situación laboral de los entrevistados, se observa que son los incapacitados permanentes los que arrojan las mayores prevalencias. También presentan prevalencias elevadas en relación a los empleados, los parados que han trabajado antes, los dedicados principalmente a labores del hogar y los jubilados. La situación con respecto al consumo de somníferos es similar (Tabla 1.2.24).

Tabla 1.2.24. Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos, con o sin receta médica, según situación laboral (%)

	TRANQUILIZANTES				SOMNÍFEROS			
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Empleado*	12,3	6,1	3,6	1,7	5,6	3,2	1,9	0,7
Parado que ha trabajado antes	19,2	11,2	6,4	3,0	11,1	7,0	3,9	1,7
Parado que busca su primer empleo	8,3	4,8	2,4	1,1	4,1	1,8	0,9	0,1
Jubilado	16,5	10,7	8,5	4,2	10,3	7,3	6,2	2,9
Incapacitado permanente	33,8	25,4	22,0	16,3	22,1	14,2	12,8	9,1
Cursando algún estudio	6,1	3,4	1,5	0,5	1,9	1,0	0,4	0,0
Dedicado principalmente a labores del hogar	17,4	9,2	6,8	5,1	6,7	3,9	3,3	1,8
Otra situación	20,1	13,7	9,6	4,3	8,4	4,7	4,0	2,0

* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Centrándonos en la submuestra laboral, son las mujeres y las personas de mayor edad (35-64 años), como en la población general, quienes manifestaron haber consumido estas sustancias en mayor proporción. La prevalencia de consumo era más elevada entre los parados que entre los empleados, así como en los mayores de 35 años (Tabla 1.2.25).

Si se comparan las prevalencias de consumo de tranquilizantes entre los empleados en 2007 con las de 2001 se observa que, salvo para el indicador de consumo en los últimos 30 días, han aumentado (5,4% en los últimos 12 meses, 4,0% en los últimos 30 días y 1,2% diariamente en 2001). Lo mismo sucede con la prevalencias de consumo de somníferos entre los empleados (2,4%, 1,7% y 0,3% en 2001).

Por sectores de actividad, no se aprecian diferencias claras en las prevalencias de consumo porque varían mucho según la edad y el sexo. Entre los hombres, las prevalencias más elevadas se encuentran en la hostelería y la construcción. Por el contrario, entre las mujeres, aparecen cifras muy elevadas en

el sector primario. Entre la población más joven (16-34 años), las cifras más elevadas corresponden a la industria y los servicios públicos y entre los de 35-64 años en el sector primario y los servicios públicos (Tabla 1.2.26).

Tabla 1.2.25. Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos con o sin receta médica entre las personas con experiencia laboral según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Tranquilizantes							
Alguna vez en la vida	13,1	10,0	17,6	10,4	14,9	12,3	19,2
Últimos 12 meses	6,7	4,9	9,3	5,6	7,5	6,1	11,2
Últimos 30 días	3,9	2,7	5,6	2,6	4,8	3,6	6,4
Diario	1,9	1,2	2,8	0,9	2,5	1,7	3,0
Somníferos							
Alguna vez en la vida	6,2	5,2	7,8	5,0	7,1	5,6	11,1
Últimos 12 meses	3,7	2,9	4,7	2,7	4,3	3,2	7,0
Últimos 30 días	1,9	1,8	2,6	1,3	2,7	1,9	3,9
Diario	0,8	0,6	1,1	0,4	1,1	0,7	1,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.26. Prevalencia de consumo de tranquilizantes o sedantes con o sin receta en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	5,0	2,5	12,4	2,6	6,1
Industria	3,4	2,6	5,7	3,3	3,5
Construcción	3,3	3,1	4,7	1,3	5,2
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	3,3	1,5	5,0	2,1	4,3
Hostelería	3,9	4,5	3,4	2,6	5,2
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	2,5	2,0	5,0	2,5	2,6
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	4,7	2,8	6,5	3,0	5,7
Otros	4,2	3,5	4,6	3,3	4,9

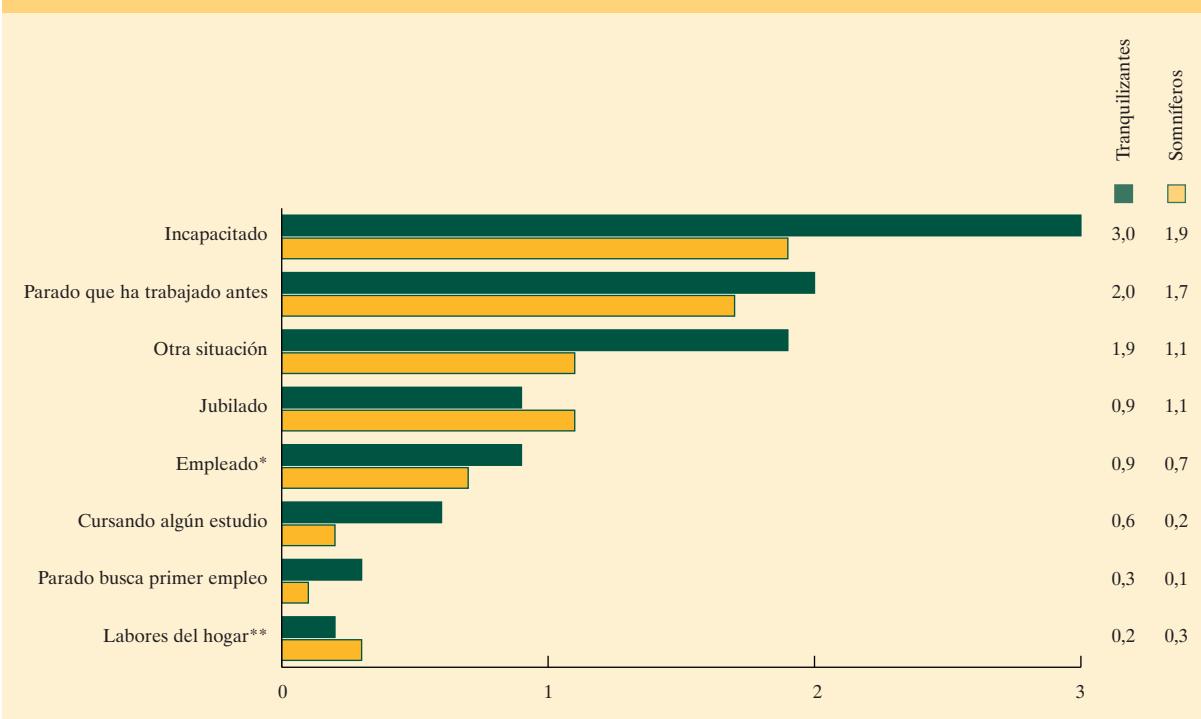
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Al igual que sucedía con el alcohol y el tabaco, la identificación de los factores asociados al consumo de tranquilizantes o somníferos exige un análisis más detallado. En el análisis bivariante, aparte de ser mujer, mayor y estar en paro, aparecen asociados con el consumo diario de estas sustancias: el nivel bajo de estudio o ingresos, haber nacido en España, ser directivo o cuadro medio, trabajar en el sector primario y tener una jornada reducida.

En cuanto al consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta médica, las prevalencias más elevadas aparecen entre los incapacitados permanentes para el trabajo y los parados que han trabajado antes (Figura 1.2.7).

En cuanto a las diferencias por edad, sexo y situación laboral, se aprecia que las prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta médica, aparecen más altas en las mujeres, en la población más joven (16-34 años) y en los parados (Tabla 1.2.27).

Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de tranquilizantes o somníferos, sin receta médica, en los últimos 12 meses según situación laboral (%). España, 2007.



* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

** Se refiere a dedicado principalmente a labores del hogar

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.27. Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta médica en los últimos 12 meses según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Tranquilizantes	1,0	0,9	1,3	1,4	0,8	0,9	2,0
Somníferos	0,8	0,7	1,0	0,9	0,7	0,7	1,7

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

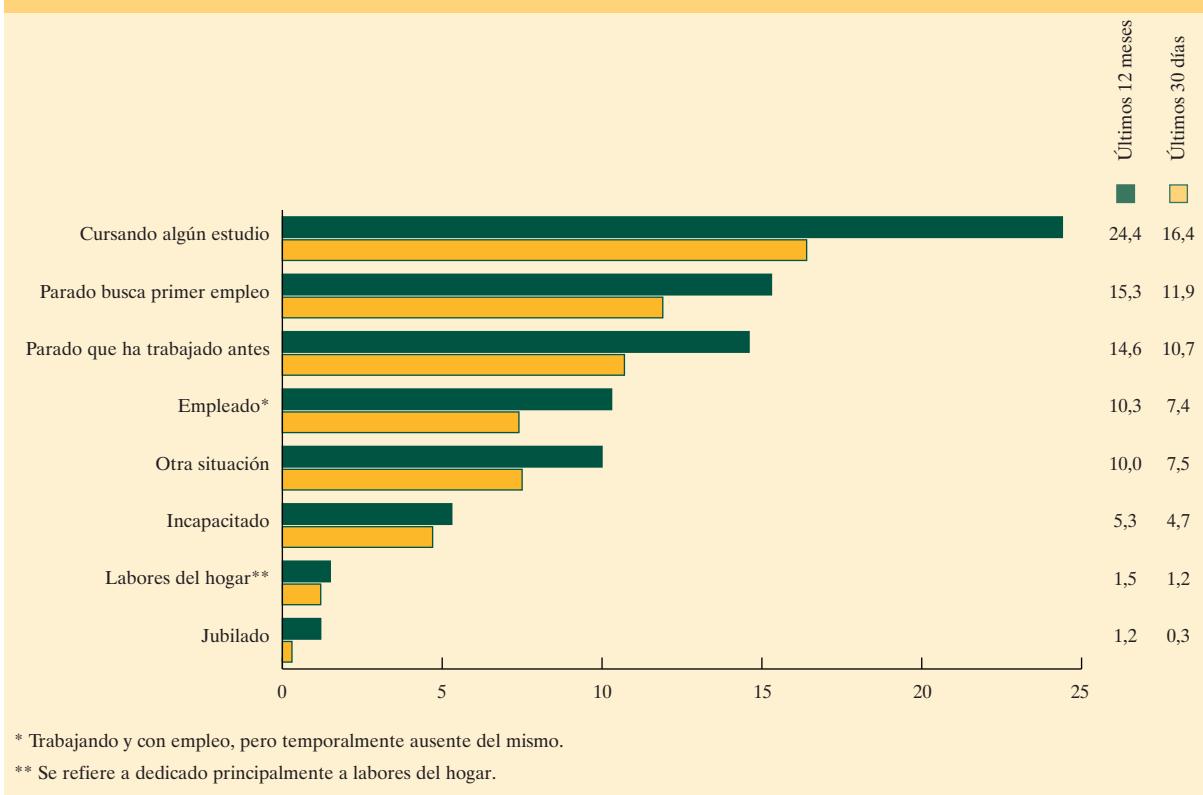
Cannabis

El subgrupo muestral, en función de la situación laboral, donde aparece más extendido el consumo de cannabis es en el de los que estaban cursando algún estudio en el momento de realizar la encuesta (Figura 1.2.8).

Entre éstos, el porcentaje de los que afirmaron haber consumido alguna vez en la vida ascendió al 38,3%, el de los que dijeron haber consumido en los últimos 12 meses anteriores a las entrevista al 24,4%, en los últimos 30 días al 16,4% y a diario al 2,8%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este subgrupo está compuesto mayoritariamente por sujetos muy jóvenes, por lo que se está reconociendo sobre todo el efecto de la edad sobre el consumo.

El segundo subgrupo laboral con mayor extensión del uso de cannabis es el de los parados, tanto los que tuvieron un empleo previo, con prevalencias de consumo alguna vez en la vida del 33,4%, en los últimos 12 meses del 14,6%, en los últimos 30 días del 10,7% y a diario del 2,6%, como los que bus-

Figura 1.2.8. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007.



caban su primer empleo, con prevalencias de consumo alguna vez en la vida del 26,3%, en los últimos 12 meses del 15,3%, en los últimos 30 días del 11,9% y, a diario, del 2,2% (Tabla 1.2.28).

Centrándonos sólo en las personas con experiencia laboral, al igual que en la población general, las prevalencias de consumo de cannabis son mayores entre los varones y entre los más jóvenes. La prevalencia de consumo es igualmente más elevada entre los parados (Tabla 1.2.29).

Comparando las cifras de prevalencia de consumo entre los empleados en 2007 con las de 2001, se aprecia un ligero descenso del consumo. De hecho, en 2001 la prevalencia de consumo de cannabis entre los empleados fue de 12,4% para los últimos 12 meses y de 8,3% para los últimos 30 días (Figura 1.2.9).

Por sectores de actividad, las prevalencias más elevadas de consumo corresponden a la construcción, la hostelería y el sector de transportes, almacenamiento y comunicaciones (Tabla 1.2.30). Los hallazgos son similares si en vez del cannabis se considera el conjunto de las drogas ilegales.

Como se indicó para otras sustancias, la identificación de los factores asociados al consumo de cannabis exige un estudio más detallado, pero en el análisis bivariante, aparte de ser hombre, joven y estar en paro, emergen como factores asociados al uso de cannabis: tener un nivel de estudios mayor que primario, haber nacido en España, trabajar en la construcción o la hostelería y tener jornada continua de noche u horarios irregulares. Igualmente, el consumo de cannabis podría estar relacionado con otras condiciones de trabajo como la peligrosidad en el trabajo, el trabajo a destajo o con altas exigencias, las jornadas prolongadas, el trabajo en condiciones de calor o frío, el cansancio o agotamiento tras el trabajo, la tensión o el estrés durante el trabajo, la penosidad en el trabajo, la inseguridad por el futuro laboral, el sentirse mal pagado, el tener períodos con poco trabajo, y la escasa satisfacción con el trabajo o el trato de los superiores o compañeros.

Tabla 1.2.28. Prevalencias de consumo de cannabis según situación laboral (%)

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Empleado (trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo)	31,1	10,3	7,4	1,7
Parado que ha trabajado antes	33,4	14,6	10,7	2,6
Parado que busca su primer empleo	26,3	15,3	11,9	2,2
Jubilado	9,2	1,2	0,3	0,2
Incapacitado permanente	28,0	5,3	4,7	0,7
Cursando algún estudio	38,3	24,4	16,4	2,8
Dedicado principalmente a labores del hogar	10,0	1,5	1,2	0,1
Otra situación	22,5	10,0	7,5	1,1

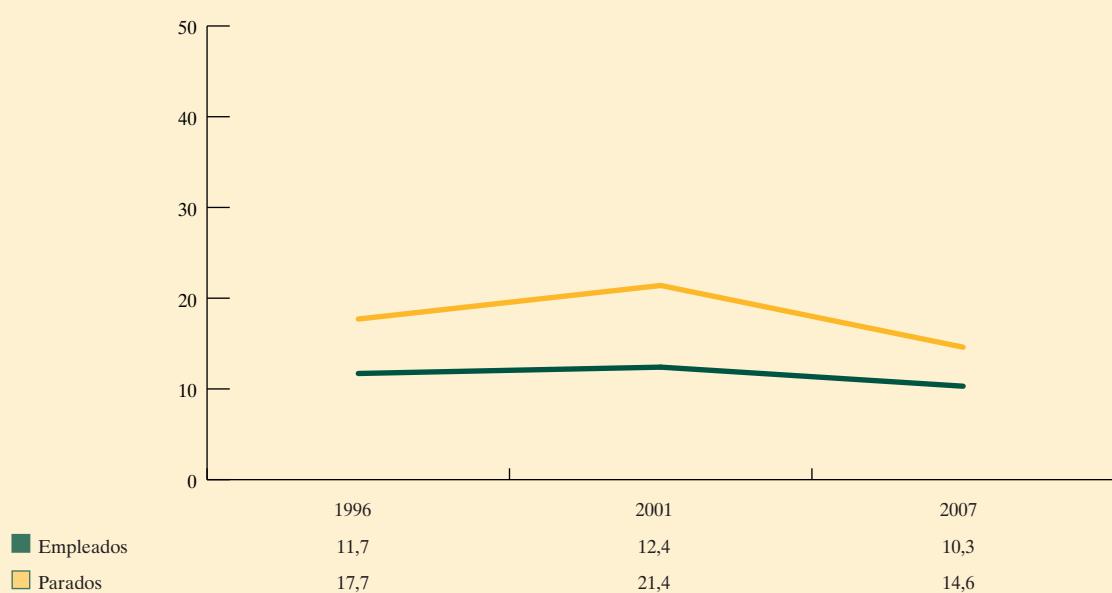
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.29. Prevalencias de consumo de cannabis entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	31,4	36,4	24,3	40,5	25,1	31,1	33,4
Últimos 12 meses	10,8	13,3	7,3	19,1	5,2	10,3	14,6
Últimos 30 días	7,8	10,1	4,5	14,0	3,5	7,4	10,7
Diario	1,8	2,6	0,7	3,3	0,8	1,7	2,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.2.9. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en empleados y parados (%). España, 2007.



Fuentes:

1996 y 2001: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*.

2007: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)*.

Tabla 1.2.30. Prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%).

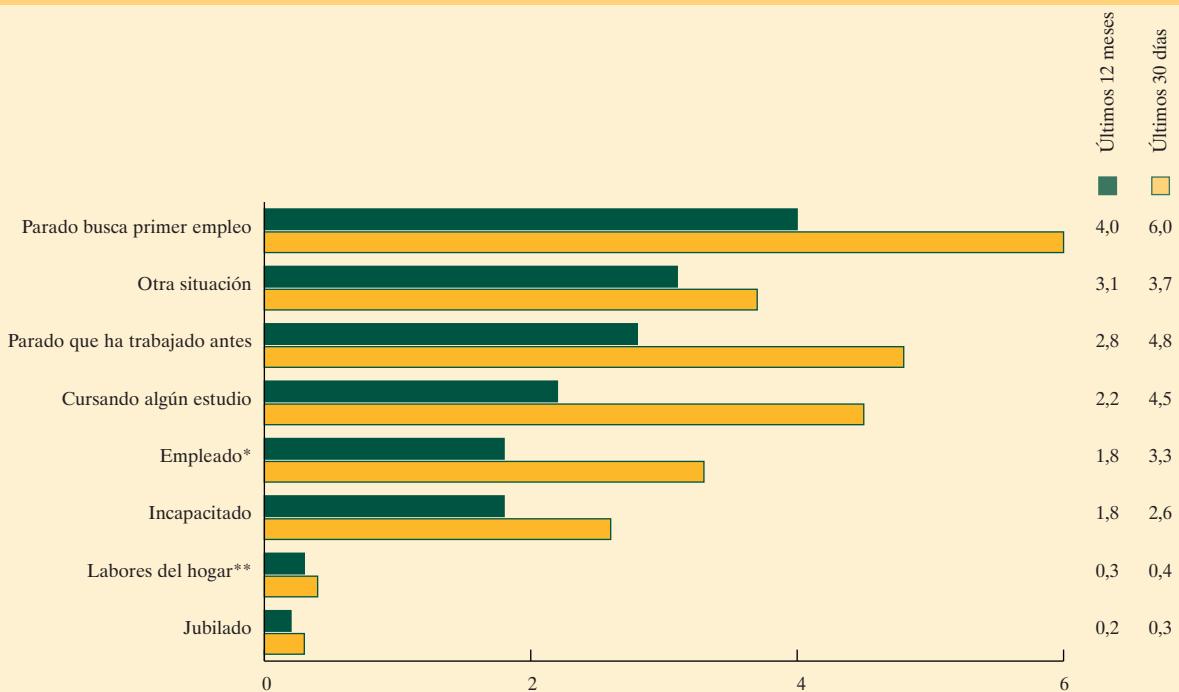
	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	5,4	6,7	1,8	10,4	3,1
Industria	7,6	9,1	3,2	14,9	2,8
Construcción	13,1	13,7	6,0	21,1	5,3
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	7,6	9,4	5,9	11,6	4,1
Hostelería	11,2	15,9	7,4	17,1	5,4
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	9,8	10,6	5,4	17,8	4,5
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	6,3	8,6	4,2	11,9	3,2
Otros	3,4	5,0	2,6	7,6	0,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Cocaína

Analizando los resultados de la encuesta en función de la situación laboral de los entrevistados, es en el grupo de los parados en busca de su primer empleo, donde se detectan las más altas prevalencias de consumo de cocaína, seguidos de los parados que previamente habían tenido empleo y las personas que están cursando estudios (Figura 1.2.10).

Figura 1.2.10. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007.



* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

** Se refiere a dedicado principalmente a labores del hogar.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Centrando el análisis en las personas con experiencia laboral previa, se observa que, como en la población general, las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas entre los varones, en el grupo de edad de 16 a 34 años. Por otra parte, la prevalencia de consumo de cocaína es más elevada entre los parados que entre los empleados para todas las frecuencias medidas (Tabla 1.2.31-A). El sector de la construcción es el sector de actividad que presenta mayor prevalencia de consumo (4,3%) de clohidrato de cocaína (Tabla 1.2.31-B).

Comparando las cifras de consumo de cocaína polvo de los empleados en 2007 con las de 2001, se aprecia una relativa estabilización de la prevalencia de consumo (3,7% y 1,6% para los últimos 12 meses y los últimos 30 días, respectivamente, en 2001). Con respecto a la cocaína base o *crack* se observa un aumento importante del consumo (0,0% en los últimos 12 meses en 2001), aunque en estos resultados puede haber influido la forma de preguntar y el escaso tamaño de la muestra.

Tabla 1.2.31-A. Prevalencias de consumo de cocaína entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Cocaína base							
Alguna vez en la vida	2,3	3,2	1,1	2,8	1,9	2,2	3,5
Últimos 12 meses	0,6	0,8	0,3	1,0	0,3	0,5	1,0
Últimos 30 días	0,3	0,5	0,1	0,6	0,2	0,3	0,7
Cocaína en polvo							
Alguna vez en la vida	10,1	12,8	6,2	14,2	7,3	9,7	13,1
Últimos 12 meses	3,5	4,7	1,8	6,2	1,7	3,3	4,8
Últimos 30 días	1,9	2,6	0,9	3,4	0,9	1,8	2,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.31-B. Prevalencias de consumo de cocaína en polvo en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%).

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	1,0	1,2	0,7	1,9	0,7
Industria	1,9	2,3	0,8	4,4	0,3
Construcción	4,3	4,5	1,6	6,7	1,9
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	1,0	1,5	0,5	1,8	0,3
Hostelería	2,5	3,0	2,2	3,3	1,8
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	2,3	2,5	1,7	5,2	0,5
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	1,5	2,2	0,9	2,6	1,0
Otros	1,0	2,4	0,4	1,9	0,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Extasis y anfetaminas

Las prevalencias de consumo más elevadas aparecen entre los que estaban cursando algún estudio y entre los parados que buscaban su primer empleo (Tabla 1.2.32).

Como en las otras sustancias de comercio ilegal, son mayores las prevalencias de consumo entre los varones, entre los más jóvenes (16-34 años) y entre los parados (Tabla 1.2.33).

Comparando las prevalencias de consumo de éxtasis en empleados entre 2007 y 2001, se aprecia un cierto descenso del consumo (1,8% alguna vez en los últimos 12 meses y 0,8% alguna vez en los últimos 30 días en 2001). También se observa descenso en el consumo de anfetaminas o *speed* (1,8% y 0,6% respectivamente en 2001).

Tabla 1.2.32. Prevalencias de consumo de éxtasis o anfetaminas según situación laboral (%)

	ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO			ANFETAMINAS O SPEED		
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Empleado*	4,9	1,3	0,5	4,6	0,8	0,3
Parado que ha trabajado antes	7,7	1,6	0,5	6,0	1,3	0,5
Parado que busca su primer empleo	4,5	2,4	1,1	4,9	2,3	1,0
Jubilado	0,8	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
Incapacitado permanente	3,7	0,5	0,0	4,2	0,7	0,0
Cursando algún estudio	5,5	2,6	0,9	4,1	2,2	0,5
Dedicado principal. a labores del hogar	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
Otra situación	5,6	2,2	0,7	5,0	2,7	1,0

* Trabajando y con empleo pero temporalmente ausente del mismo.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.33. Prevalencias de consumo de éxtasis o anfetaminas entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Éxtasis o drogas de diseño							
Alguna vez en la vida	5,2	6,7	3,0	8,6	2,9	4,9	7,7
Últimos 12 meses	1,3	1,7	0,8	2,6	0,4	1,3	1,6
Últimos 30 días	0,5	0,6	0,3	0,9	0,2	0,5	0,5
Anfetaminas o speed							
Alguna vez en la vida	4,7	6,2	2,6	6,7	3,3	4,6	6,0
Últimos 12 meses	0,9	1,2	0,4	1,7	0,3	0,8	1,3
Últimos 30 días	0,3	0,4	0,2	0,7	0,1	0,3	0,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Alucinógenos

Las mayores prevalencias de consumo se encuentran entre los que están cursando algún estudio, los parados y los incapacitados permanentes (Figura 1.2.11).

Centrándonos en las personas con experiencia laboral previa, las prevalencias de consumo más elevadas aparecen entre los hombres, los más jóvenes (16-34 años) y los parados (Tabla 1.2.34).

Al comparar las prevalencias de consumo de alucinógenos en empleados entre 2007 y 2001, se aprecia un descenso importante del consumo (1,2% alguna vez en los últimos 12 meses y 0,4% alguna vez en los últimos 30 días en 2001).

Figura 1.2.11. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007.

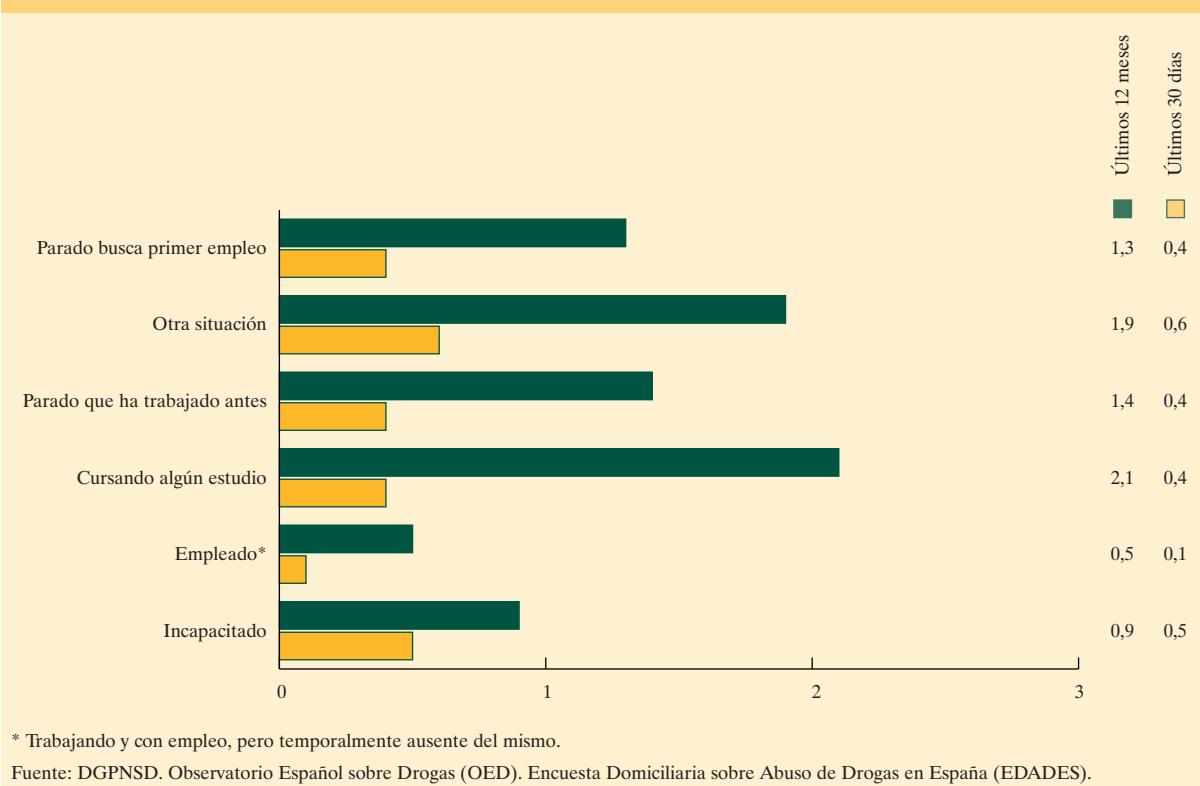


Tabla 1.2.34. Prevalencias de consumo de alucinógenos entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	4,6	6,2	2,5	7,1	2,9	4,4	6,2
Últimos 12 meses	0,6	0,8	0,3	1,4	0,1	0,5	1,4
Últimos 30 días	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,4

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Heroína

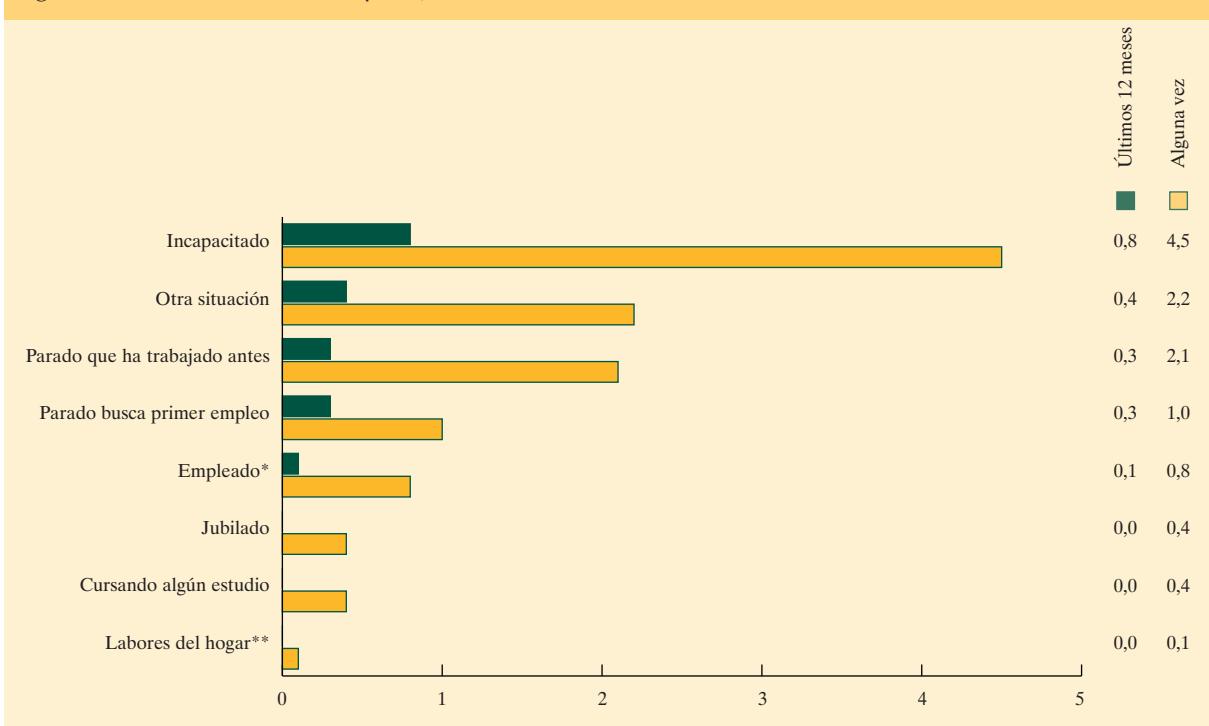
Las prevalencias de consumo más elevadas se hallan entre los incapacitados permanentes para el trabajo y los parados que han trabajado antes (Figura 1.2.12). Si analizamos las personas con experiencia laboral previa, como sucede con otras drogas ilegales, las prevalencias más elevadas aparecen en los hombres y los parados (Tabla 1.2.35).

Tabla 1.2.35. Prevalencias de consumo de heroína entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	1,0	1,5	0,3	0,7	1,2	0,8	2,1
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Figura 1.2.12. Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, según situación laboral (%). España, 2007.



* Trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo.

** Se refiere a dedicado principalmente a labores del hogar.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Inhalables volátiles

El consumo de inhalables en las personas con experiencia laboral, muestra prevalencias más elevadas en los hombres, los más jóvenes (16-34 años) y los parados (Tabla 1.2.36).

Tabla 1.2.36. Prevalencias de consumo de inhalables volátiles entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	1,4	2,0	0,6	2,1	1,0	1,3	2,1
Últimos 12 meses	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	0,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

■ Inyección de drogas

El consumo de drogas por vía intravenosa fue muy bajo en la población general y también en la sub-muestra laboral (el 0,3% refirió haberse inyectado alguna vez).

Las mayores prevalencias de inyección se encuentran entre los parados y los incapacitados permanentes para el trabajo (Tablas 1.2.37 y 1.2.38).

Tabla 1.2.37. Prevalencias de inyección de drogas ilegales según situación laboral (%)

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses
Empleado (trabajando y con empleo, pero temporalmente ausente del mismo)	0,2	0,0
Parado que ha trabajado antes	1,3	0,1
Parado que busca su primer empleo	0,1	0,0
Jubilado	0,2	0,0
Incapacitado permanente	2,3	0,7
Cursando algún estudio	0,1	0,0
Dedicado principalmente a labores del hogar	0,1	0,0
Otra situación	1,3	0,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 1.2.38. Prevalencias de inyección de drogas ilegales entre las personas con experiencia laboral, según situación laboral (%)

	Total	Empleado	Parado
Alguna vez en la vida	0,3	0,2	1,2
Últimos 12 meses	0,1	0,0	0,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL Y LA POBLACIÓN CON EXPERIENCIA LABORAL

No se encuentran grandes diferencias entre las prevalencias de consumo de drogas en la población general de 15-64 años y la población con experiencia laboral de 16-64, aunque la prevalencia de los distintos indicadores de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales tiende a ser ligeramente superior en la población con experiencia laboral. Sin embargo, en la población de 35-64 años, el consumo de tranquilizantes y somníferos es más bajo en la población con experiencia laboral que en la población general (Tabla 1.2.39).

Tabla 1.2.39. Prevalencias de consumo de drogas en la población general y en la población con experiencia laboral según grupo de edad (%)

	Población general		Población con experiencia laboral	
	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco diario	30,7	29,2	34,8	31,8
Alcohol diario	4,0	14,5	4,9	15,2
Atracón de alcohol en últimos 30 días	18,0	8,8	19,3	10,2
Borrachera en últimos 12 meses	31,8	10,1	33,2	12,6
Cannabis últimos 12 meses	18,9	3,9	19,1	5,2
Éxtasis últimos 12 meses	2,4	0,4	2,6	0,4
Alucinógenos últimos 12 meses	1,4	0,1	1,4	0,1
Anfetaminas/speed últimos 12 meses	1,7	0,2	1,7	0,3
Cocaína en polvo últimos 12 meses	5,3	1,3	6,2	1,7
Cocaína base últimos 12 meses	0,6	0,2	1,0	0,3
Heroína últimos 12 meses	0,1	0	0,1	0,1
Inhalables últimos 12 meses	0,2	0	0,3	0,1
Tranquilizantes últimos 12 meses	4,4	8,4	5,6	7,5
Somníferos últimos 12 meses	1,8	4,6	2,7	4,3
Tranquilizantes diario	1,0	3,7	0,9	2,5
Somníferos diario	0,3	1,7	0,4	1,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

CONCLUSIONES

- Las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población general y la población con experiencia laboral son similares, aunque tienden a ser ligeramente superiores en esta última, excepto para los tranquilizantes y somníferos.
- Entre las personas con experiencia laboral, la prevalencia de consumo de tabaco, tranquilizantes, somníferos y otras drogas fue mayor entre los parados que entre los empleados; no así para el consumo de alcohol que era mayor entre los empleados.
- Las prevalencias más altas de consumo diario de tabaco se encuentran en los sectores de la construcción (43,6%) y la hostelería (39,0%).
- Un 26,2% de las personas con experiencia laboral afirmó haber respirado humo de tabaco en los últimos 12 meses en su trabajo. Un 11,9%, durante toda o la mayor parte de la jornada y 14,3% durante menos tiempo.
- Son los trabajadores de la hostelería (58,1%), la construcción (42,9%), los que trabajan en jornada continua de noche (43,1%), los parados (34,3%), los jóvenes de 16-24 años (33,6%) y los trabajadores no cualificados (31,2%) los que manifiestan mayor exposición al humo del tabaco en el medio laboral.
- El sector primario de actividad (agricultura, ganadería, pesca, actividades extractivas) es el que mayor prevalencia de consumo diario de alcohol presenta (19,7%) seguido de la construcción (15,8%) y la industria (12,9%).
- Los episodios de atracones de alcohol o *binge drinking* en los últimos 30 días son más frecuentes entre personas que trabajan en la construcción (22,0%), la hostelería (16,9%), transportes y almacenamiento (16,8%) e industria (16,3%).
- Igualmente ocurre con las borracheras en el último mes, son mas frecuentes entre personas que trabajan en la construcción (29,8%), la hostelería (24,6%), transportes y almacenamiento (24,7%) e industria (22,4%).
- Las prevalencias más elevadas de consumo de cannabis en los últimos 30 días se encuentran en la construcción (13,1%), la hostelería (11,2%) y el sector de transportes, almacenamiento y comunicaciones (9,8%); igualmente ocurre para el resto de drogas ilegales.
- Entre 2001 y 2007 entre la población empleada ha disminuido la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. Se muestra estabilizada la prevalencia de consumo de cocaína en polvo, y ha aumentado la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos al igual que para cocaína base y heroína, aunque para estas últimas los niveles son bajos y poco significativos.
- Un 48,4% de personas con experiencia laboral opina que el consumo de alcohol o de otras drogas en el medio laboral es un problema muy importante, principalmente porque piensan que provoca accidentes laborales, disminución de la productividad o el rendimiento y mal ambiente o malas relaciones con los compañeros. Sin embargo, 3 de cada 4 entrevistados con experiencia laboral (75,8%) afirman no conocer, o no haber conocido a ningún compañero con un consumo excesivo de alcohol u otras drogas.
- Las actuaciones en las empresas frente al abuso de alcohol u otras drogas consideradas más importantes por los entrevistados fueron la información y formación de los trabajadores ante las drogas (56,0%), y la orientación de los trabajadores con problemas de uso de alcohol o drogas hacia centros especializados (34,9%).
- Un 86,3% de los empleados indicaron que en los últimos 12 meses no se había llevado a cabo en su empresa ninguna actuación frente al abuso de alcohol u otras drogas.
- Algunas condiciones laborales, como por ejemplo tener jornada de noche, parecen asociadas con el consumo diario de tabaco, el consumo excesivo de alcohol y el consumo de otras drogas.

1.3. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES), 1994-2008

Introducción

En 2008 se ha realizado una nueva encuesta ESTUDES, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación.

El objetivo general de las mismas es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los participantes, con el fin último de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, dirigidas sobre todo al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras metodologías, como los indicadores de problemas de drogas (admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias o mortalidad relacionada con las drogas), la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) o los indicadores de oferta y control de la oferta.

Aunque ha habido ligeros cambios en el cuestionario y en los procedimientos de obtención de datos a lo largo del período, la metodología ha sido bastante uniforme, por lo que los datos pueden utilizarse para observar tendencias temporales. Por otra parte, el cuestionario y la metodología utilizada son bastante similares a los utilizados en la Unión Europea y Estados Unidos, lo que posibilita las comparaciones internacionales.

Objetivos

El objetivo general de ESTUDES es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional (Ciclos Formativos de Grado Medio), a nivel estatal y autonómico, con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas para prevenir el consumo y los problemas de drogas, dirigidas sobre todo al medio familiar y/o escolar.

Los objetivos específicos de ESTUDES son los siguientes:

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- d) Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo.
- e) Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Metodología

■ Población de referencia y marco muestral

La población de referencia son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. La proporción de jóvenes de 14-18 años que cursó este tipo de enseñanzas en España se situó en un 75%-82% en el período 1994-2008.

La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra, fue la población matriculada en colegios o centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato LOGSE y Ciclos Formativos de grado medio o equivalentes (Formación Profesional II) (Tabla 1.3.1). Este marco condiciona la distribución de la muestra por edad. De hecho quedan fuera de marco, varios grupos; por ejemplo, los estudiantes de 14-18 años que cursaban educación primaria o universitaria, los estudiantes de 14-18 años que no asistieron a clase el día y hora en que se aplicó el cuestionario (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. Es bastante probable que el sesgo introducido por el absentismo y por la proporción de jóvenes de 14-18 años fuera de marco haya permanecido relativamente constante a lo largo del tiempo, por lo que la repercusión de estos sesgos en las tendencias y cambios temporales de la prevalencia y patrones de consumo de drogas es seguramente pequeño.

No obstante, conviene tener en cuenta que en 2004 el trabajo de campo de ESTUDES se realizó en mayo y junio, mientras que el resto de los años se hizo en noviembre y diciembre, lo que ha podido influir en la frecuencia de salidas nocturnas, u otros factores relacionados con el uso de drogas, lo que deberá ser valorado a la hora de comparar los resultados. Por otra parte, los estudiantes de 18 años están subrepresentados en la muestra, por lo que conviene estratificar algunos resultados por edad.

■ Muestra

Se ha utilizado un muestreo por conglomerados bietápico, seleccionando aleatoriamente colegios como unidades de primera etapa, y aulas como unidades de segunda etapa. Posteriormente, han sido incluidos en la muestra todos los estudiantes de las aulas seleccionadas, con el fin de simplificar el diseño muestral, así como la ejecución y análisis de la encuesta.

Los colegios se seleccionaron a partir de listados del Ministerio de Educación y de las Consejerías de Educación. Para ello, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, y a partir de 1996, 19 con Ceuta y Melilla) y titularidad jurídica (dos estratos, para colegios públicos y privados). A partir de 2000 todos los colegios de cada estrato tuvieron la misma probabilidad de estar en la muestra, independientemente de su tamaño. En la Tabla 1.3.2 figura la distribución de la muestra por comunidad autónoma, titularidad del centro y tipo de estudios.

Las aulas se seleccionaron una vez que los colegios habían entregado el listado de aulas o grupos de alumnos de los cursos de interés. La selección de aulas se hizo con probabilidad igual entre el conjunto de aulas del colegio. Por razones económicas se decidió seleccionar dos aulas en cada colegio.

En cada una de las encuestas, se estudió una muestra en torno a 20.000-31.000 estudiantes (30.183 en 2008), 800-1.600 aulas (1.568 en 2008) y 400-800 colegios (784 en 2008) (Tabla 1.3.3). Para garantizar una mínima precisión de las estimaciones por comunidad autónoma se estableció un número mínimo de encuestas válidas en cada una de ellas. Algunas CCAA financian ampliaciones de la muestra.

La proporción de alumnos matriculados que no acudieron a clase el día y hora de la encuesta (ausentes) se situó entre 9% y el 17,1% en las distintas encuestas. En 2008 fue de un 9,3%.

■ Cuestionario y trabajo de campo

Se utiliza un cuestionario estandarizado y anónimo, parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos. Incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas.

Tabla 1.3.1. Distribución de los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio, y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1994-2008.

CCAA	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007-08
Andalucía	471.794 18,4	462.498 19,1	439.486 19,7	402.840 20,8	361.512 20,4	363.862 20,6	326.571 20,5	304.858 20,5
Aragón	69.699 2,7	64.548 2,7	58.208 2,6	49.597 2,6	45.599 2,6	44.849 2,5	40.860 2,6	38.581 2,6
Asturias	73.467 2,9	67.094 2,8	59.379 2,7	48.271 2,5	42.232 2,4	39.752 2,3	33.888 2,1	28.534 1,9
Baleares	39.271 1,5	37.441 1,5	36.613 1,6	34.923 1,8	34.408 1,9	34.804 2,0	31.333 2,0	30.164 2,0
Canarias	113.256 4,4	110.955 4,6	111.340 5,0	96.577 5,0	87.248 4,9	85.592 4,8	74.244 4,7	68.929 4,6
Cantabria	36.909 1,4	34.734 1,4	311.64 1,4	26.253 1,4	23.666 1,3	22.473 1,3	19.609 1,2	17.583 1,2
Castilla y León	160.256 6,3	151.635 6,2	137.270 6,2	117.058 6,0	105.092 5,9	102.177 5,8	89.776 5,6	78.471 5,3
Castilla-La Mancha	90.837 3,5	89.425 3,7	85.693 3,8	79.729 4,1	77.727 4,4	78.397 4,4	73.297 4,6	69.538 4,7
Cataluña	384.125 15,0	354.024 14,6	310.815 14,0	262.519 13,5	248.490 14,0	248.973 14,1	236.139 14,8	234.395 15,8
C. Valenciana	251.506 9,8	234.037 9,6	215.858 9,7	190.873 9,8	178.801 10,1	177.602 10,1	160.648 10,1	154.174 10,4
Extremadura	57.224 2,2	59.242 2,4	58.622 2,6	54.160 2,8	51.426 2,9	50.791 2,9	46.757 2,9	41.203 2,8
Galicia	182.834 7,1	176.703 7,3	163.396 7,3	134.929 7,0	113.916 6,4	112.125 6,4	94.564 5,9	82.464 5,5
Madrid	347.417 13,6	322.791 13,3	292.702 13,1	251.754 13,0	229.324 12,9	231.045 13,1	207.926 13,1	191.834 12,9
Murcia	73.929 2,9	71.706 3,0	66.423 3,0	60.005 3,1	55.246 3,1	56.305 3,2	51.755 3,3	49.721 3,3
Navarra	32.758 1,3	30.589 1,3	26.977 1,2	22.174 1,1	21.103 1,2	20.626 1,2	19.640 1,2	19.061 1,3
País Vasco	151.581 5,9	136.827 5,6	112.596 5,1	90.058 4,6	82.048 4,6	78.790 4,5	67.592 4,2	63.000 4,2
Rioja	17.809 0,7	16.224 0,7	14.249 0,6	11.940 0,6	10.928 0,6	10.723 0,6	9.755 0,6	9.080 0,6
Ceuta	3.379 0,1	3.565 0,1	3.724 0,2	3.611 0,2	3.303 0,2	3.433 0,2	2.797 0,2	2.680 0,2
Melilla	2.961 0,1	3.136 0,1	3.455 0,2	3.197 0,2	3.244 0,2	2.970 0,2	2.791 0,2	2.890 0,2
Titularidad del colegio								
Pública	1.911.828 74,7	1.769.080 72,9	1.626.084 73,0	1.362.588 70,2	1.225.988 69,1	1.241.521 70,3	1.093.906 68,80	1.004.590 67,55
Privada	649.184 25,3	658.094 27,1	601.886 27,0	577.880 29,8	549.325 30,9	5.237.68 29,7	496.036 31,20	482.570 32,45
Tipo de estudios								
ESO	237.115 9,3	515.206 21,2	886.542 39,8	953.021 49,1	935.678 52,7	937.280 53,1	891.860 56,09	845.306 56,84
Bachillerato	1.510.024 59,0	1.261.877 52,0	927.249 41,6	724.972 37,4	614.796 34,6	600.389 34,0	576.960 36,29	520.541 35,0
Formación Profesional	813.873 31,8	650.091 26,8	414.179 18,6	262.475 13,5	224.839 12,7	227.620 12,9	121.122 7,62	121.313 8,16
Total	2.561.012 100,0	2.427.174 100,0	2.227.970 100,0	1.940.468 100,0	1.775.313 100,0	1.765.289 100,0	1.589.942 100,0	1.487.160 100,0

Fuente: Ministerio de Educación.

Tabla 1.3.2. Distribución de los estudiantes de 14 a 18 años en la muestra de ESTUDES según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1996-2008.

CCAA		1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Andalucía		2.075 10,9	1.976 10,9	2.372 11,6	2.552 9,6	2.464 9,7	2.750 10,4	6.143 20,4
Aragón		941 5,0	775 4,3	671 3,3	2.185 8,2	1.757 6,9	1.764 6,7	785 2,6
Asturias		875 4,6	765 4,2	661 3,2	744 2,8	584 2,3	1.737 6,6	627 2,1
Baleares		661 3,5	679 3,8	602 2,9	1.762 6,6	1.795 7,0	622 2,4	599 2,0
Canarias		859 4,5	966 5,3	739 3,6	960 3,6	835 3,3	2.079 7,9	1.398 4,6
Cantabria		575 3,0	722 4,0	1.244 6,1	1.169 4,4	1.478 5,8	1.376 5,2	352 1,2
Castilla y León		1.120 5,9	1.093 6,0	919 4,5	1.140 4,3	983 3,9	1.107 4,2	1.697 5,6
Castilla-La Mancha		982 5,2	943 5,2	1.749 8,6	2.501 9,4	860 3,4	984 3,7	1.359 4,5
Cataluña		1.881 9,9	1.681 9,3	1.552 7,6	1.885 7,1	2.831 11,1	2.177 8,2	4.628 15,3
C. Valenciana		1.466 7,7	1.395 7,7	2.287 11,2	1.685 6,3	1.362 5,3	1.657 6,3	3.119 10,3
Extremadura		659 3,5	718 4,0	443 2,2	796 3,0	1.693 6,6	777 2,9	807 2,7
Galicia		1.436 7,6	1.333 7,4	1.170 5,7	2.108 7,9	1.245 4,9	2.244 8,5	1.799 6,0
Madrid		1.979 10,4	1.853 10,2	2.929 14,3	3.308 12,4	3.033 11,9	3.055 11,5	3.904 12,9
Murcia		818 4,3	813 4,5	727 3,6	1.394 5,2	1.468 5,8	1.601 6,1	998 3,3
Navarra		659 3,5	553 3,1	627 3,1	530 2,0	600 2,4	570 2,2	361 1,2
País Vasco		1.104 5,8	1.021 5,6	852 4,2	806 3,0	990 3,9	884 3,3	1.316 4,4
Rioja		651 3,4	570 3,2	462 2,3	457 1,7	975 3,8	525 2,0	190 0,6
Ceuta		128 0,7	30 0,2	323 1,6	130 0,5	140 0,5	289 1,1	46 0,2
Melilla		97 0,5	199 1,1	121 0,6	464 1,7	428 1,7	256 1,0	57 0,2
Titularidad colegio	Pública	13.716 72,3	12.766 70,6	10.421 51,0	14.445 54,4	14.889 58,3	13.050 49,3	20.720 68,6
	Privada	5.250 27,7	5.319 29,4	10.029 49,0	12.131 45,6	10.632 41,7	13.404 50,7	9.463 31,4
Tipo de estudios	ESO	5.129 27,0	9.560 52,9	13.664 66,8	14.400 54,2	14.415 56,5	15.983 60,4	15.671 51,9
	Bachillerato	10.495 55,3	7.312 40,4	5.869 28,7	10.733 40,4	9.468 37,1	8.468 32,0	10.348 34,3
	FP/Ciclos formativos	3.342 17,6	1.213 6,7	917 4,5	1.443 5,4	1.638 6,4	2.003 7,6	4.164 13,8
	Total	18.966 100,0	18.085 100,0	20.450 100,0	26.576 100,0	25.521 100,0	26.454 100,0	30.183 100,0

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.3. Distribución de las aulas y colegios incluidos en la muestra de la Encuesta Estatal sobre Abuso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma. España, 1994-2008.

CCAA	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Colegios								
Andalucía	45	45	45	54	60	64	70	77
Aragón	19	18	18	17	35	32	33	49
Asturias	19	18	18	17	18	16	29	48
Baleares	12	12	13	15	32	32	15	41
Canarias	22	23	22	21	23	22	33	57
Cantabria	13	12	13	28	29	28	28	39
Castilla y León	18	19	27	25	30	27	32	35
Castilla-La Mancha	25	24	17	44	58	22	25	31
Cataluña	44	38	39	37	43	70	53	56
Comunidad Valenciana	33	33	33	56	37	35	40	46
Extremadura	16	14	16	10	19	31	19	25
Galicia	23	26	29	25	36	30	39	62
Madrid	40	37	40	66	75	71	71	85
Murcia	16	16	16	17	38	25	25	48
Navarra	13	13	15	15	14	14	13	16
País Vasco	26	24	27	21	22	26	28	30
Rioja	11	12	12	12	12	17	12	25
Ceuta	—	5*	1	5	3	5	7	7
Melilla	—	—	3	3	7	6	5	7
	395	389	404	488	591	573	577	784
Aulas								
Andalucía	92	92	90	108	119	128	139	154
Aragón	38	36	38	31	101	95	92	98
Asturias	42	36	36	30	35	32	84	96
Baleares	29	28	27	24	84	93	30	82
Canarias	44	46	44	41	46	44	98	114
Cantabria	28	28	28	48	58	84	81	78
Castilla y León	38	40	40	47	58	54	64	70
Castilla-La Mancha	54	55	55	69	116	44	50	62
Cataluña	88	78	78	74	87	140	103	112
Comunidad Valenciana	68	65	69	90	72	70	80	92
Extremadura	34	32	53	19	37	92	38	50
Galicia	56	55	33	43	102	60	116	124
Madrid	85	80	58	119	144	142	142	170
Murcia	34	36	79	29	72	74	75	96
Navarra	30	28	26	22	26	28	26	32
País Vasco	52	52	33	40	44	51	56	60
Rioja	25	29	29	20	22	50	24	50
Ceuta	—	10*	2	15	6	10	14	14
Melilla	—	—	8	6	22	24	10	14
	837	826	826	875	1.251	1.315	1.322	1.568

* Corresponden a Ceuta y Melilla

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

El cuestionario utilizado entre 1994 y 2004 fue casi idéntico a lo largo del período. En 2006 se modificó bastante su formato para converger más hacia los cuestionarios internacionales, sin embargo tras las comprobaciones realizadas, se ha concluido que la comparabilidad en los aspectos esenciales (prevalencias y patrones de consumo, y disponibilidad percibida) no se ha resentido. Entre otras, en 2006 se introdujeron preguntas sobre consumo de GHB y sobre consumo de cocaína base y cocaína en polvo por separado, que no existían en cuestionarios anteriores.

Para tener en cuenta las peculiaridades lingüísticas de las distintas Comunidades Autónomas se han utilizado versiones del cuestionario en castellano, gallego, vasco, catalán y valenciano.

El cuestionario se cumplimenta por escrito (papel y lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos), con la presencia del profesor, que se mantiene permanentemente en el estrado.

Salvo en 2004 que se hizo en primavera, el trabajo de campo de todas las encuestas se ha hecho en otoño (generalmente noviembre y diciembre), aunque algunos años ha habido que retrasar parte de la encuesta a febrero del año siguiente.

La colaboración de los colegios ha sido buena. En 2008 la proporción de centros sustituidos fue de 7,7%. Algunos de los motivos de las sustituciones fueron: por negarse a colaborar, por tratarse de centros en los que la mayoría de los alumnos de todos los grupos existentes eran mayores de 18 años, por encontrarse cerrados de forma definitiva o por inaccesibilidad debido al mal tiempo.

Por otra parte, el grado de colaboración de los directores, jefes de estudios y docentes de los centros fue excelente en todas las encuestas. La proporción de estudiantes que se negó cumplimentar el cuestionario fue irrelevante, así como los cuestionarios eliminados por estar en blanco.

En el periodo 1994-1998 la selección de la muestra y el trabajo de campo fueron realizados por la empresa CUANTER, SA y desde 2000 a 2008 por IPD, SA.

■ Análisis

Se han ponderado los resultados por comunidad autónoma, titularidad del centro (público/privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Formación Profesional/Ciclos Formativos), para corregir la desproporción de la muestra con respecto al universo. La información sobre la distribución del universo según las tres variables de ponderación se obtuvo del Ministerio de Educación.

Hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable sobre las prevalencias de consumo de drogas en el conjunto de España, pero no en las CCAA. Por lo tanto, salvo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias estimadas para las CCAA tienen unos intervalos de confianza demasiado amplios, sobre todo en las comunidades con menos población, lo que significa que están muy afectadas por el azar y al representar las series temporales pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas. Por esta razón, en este informe sólo se incluyen cifras por CCAA para las tres drogas mencionadas.

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

Al igual que en años anteriores, en 2008 las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir. Un 81,2% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 44,6% tabaco, un 35,2% cannabis y un 17,3% tranquilizantes o pastillas para dormir. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir, aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la encuesta, fue de 58,5%, 32,4%, 20,1% y 5,1% respectivamente.

El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, etc.) estaba menos extendido, situándose la prevalencia del consumo alguna vez en la vida entre el 1% y el 6% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2% (Tabla 1.3.4).

Si se comparan estos resultados con los de las encuestas precedentes, se observa una reducción importante del consumo de cocaína y éxtasis, un descenso ligero del consumo de inhalables volátiles, una estabilización del consumo de alcohol, tabaco, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, y un aumento importante del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (Tabla 1.3.4).

Tabla 1.3.4 Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida								
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2
Tranquilizantes*							12,6	17,3
Tranquilizantes sin**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7
GHB								1,1
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses								
Tabaco							34,0	38,1
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9
Tranquilizantes*							7,4	10,1
Tranquilizantes sin**	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6
GHB								0,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días								
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5
Tranquilizantes*							3,6	5,1
Tranquilizantes sin**	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,1
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,2
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9
GHB								0,5
Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días								
tabaco en los últimos 30 días	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8

* Tranquilizantes o pastillas para dormir.

** Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2008 las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría) y cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen la heroína, los tranquilizantes o pastillas para dormir y el cannabis (14,3, 14,3 y 14,6 años, respectivamente). El éxtasis, la cocaína, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las sustancias que se empezaron consumir a una edad más tardía (15,2, 15,3, 15,4 y 15,4 años, respectivamente). No se observaron variaciones importantes de la edad de inicio por sexo ni con respecto a años anteriores, si bien en 2008 para hipnosedantes, heroína y cocaína se ha adelantado algo, y para tabaco y consumo semanal de alcohol se ha retrasado (Tabla 1.3.5).

■ Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. Para las bebidas alcohólicas la prevalencia era similar en ambos sexos. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de tabaco o alcohol era mayor en los varones que en las mujeres.

En el caso de las drogas ilegales, se observa que las diferencias en las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo. De hecho, en general, el cociente entre la prevalencia de los hombres y de las mujeres es algo mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida, fenómeno que ya se había observado en encuestas precedentes (Tabla 1.3.6).

Tabla 1.3.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (años). España, 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4	15,3
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.6. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2008.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Consumo alguna vez en la vida																
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0
Alcohol	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7
Tranquilizantes*															14,2	20,4
Tranquilizantes sin**	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0
Cannabis	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8
Éxtasis	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0
Alucinógenos	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6
Anfetaminas	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,5	2,7
Cocaína	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8
Heroína	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4
I.Volátiles	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0	3,6	1,8
GHB															1,6	0,7
Consumo en los 12 últimos meses																
Tabaco															36,0	40,1
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2
Tranquilizantes*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	8,1	12,1
Tranquilizantes sin**															4,6	6,8
Cannabis	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5
Éxtasis	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,3	1,6	2,6	1,3
Alucinógenos	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7
Anfetaminas	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,2	1,8
Cocaína	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4
Heroína	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4
I.Volátiles	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1	2,3	1,0
GHB															1,2	0,4
Consumo en los últimos 30 días																
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6	30,9	33,8
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4
Tranquilizantes*															4,0	6,1
Tranquilizantes sin**	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2
Éxtasis	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6
Alucinógenos	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,5	0,8
Cocaína	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2
Heroína	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3
I.Volátiles	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5
GHB															0,8	0,3

* Tranquilizantes o pastillas para dormir.

** Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta.

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Diferencias en el consumo por edad

La edad es la variable que más influencia la extensión del consumo de drogas en los estudiantes. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, de forma que el consumo alcanza su máximo a los 17 y 18 años.

Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 15 años, mientras que para la cocaína, por ejemplo, se produce entre los 17 y los 18 años. Ello, como es lógico, tiene que ver con la edad en que se comienza a consumir, muy posterior en el caso de la cocaína (Tabla 1.3.7).

Tabla 1.3.7. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2008.

Edad (años)	14	15	16	17	18
Consumo alguna vez en la vida					
Tabaco	28,4	40,6	47,5	54,2	60,4
Alcohol	62,6	78,7	86,2	90,5	92,3
Tranquilizantes o pastillas para dormir	14,1	15,2	17,5	20,3	22,5
Tranquilizantes... sin receta médica	7,1	8,3	10,2	10,5	12,5
Cannabis	16,4	29,2	37,8	48,0	55,2
Éxtasis	1,3	2,1	2,6	3,6	5,8
Alucinógenos	2,0	2,9	3,9	5,7	8,9
Anfetaminas	1,1	2,0	3,9	5,4	8,7
Cocaína	2,0	3,8	4,9	6,6	12,5
Heroína	1,0	0,9	1,0	0,9	0,5
Inhalables volátiles	1,8	2,2	2,4	3,7	4,9
GHB	0,9	0,9	1,2	1,1	2,0
Consumo en los últimos 12 meses					
Tabaco	23,0	34,5	40,7	47,1	52,1
Alcohol	53,1	69,6	77,6	84,1	84,2
Tranquilizantes o pastillas para dormir	7,3	8,7	10,9	11,9	13,9
Tranquilizantes... sin receta médica	4,1	4,8	6,7	6,3	7,4
Cannabis	14,4	25,8	33,6	39,9	46,9
Éxtasis	0,9	1,5	1,7	2,7	4,4
Alucinógenos	1,2	2,0	2,8	4,0	5,0
Anfetaminas	0,8	1,5	2,6	4,0	5,5
Cocaína	1,4	2,6	3,6	4,9	8,7
Heroína	0,6	0,7	0,8	0,7	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,5	1,4	2,3	2,4
GHB	0,6	0,7	0,9	0,8	1,5
Consumo en los últimos 30 días					
Tabaco	18,2	28,8	34,1	40,7	48,3
Alcohol	36,2	52,9	63,8	71,9	75,1
Tranquilizantes o pastillas para dormir	3,6	4,5	5,6	5,4	7,7
Tranquilizantes... sin receta médica	2,0	2,7	3,4	2,8	3,9
Cannabis	8,5	16,9	22,1	27,3	31,1
Éxtasis	0,6	1,0	0,9	1,4	1,8
Alucinógenos	0,9	0,9	1,2	1,5	1,8
Anfetaminas	0,5	0,8	1,1	1,6	2,8
Cocaína	0,9	1,7	1,8	2,4	4,5
Heroína	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3
Inhalables volátiles	0,7	0,8	1,0	1,2	1,1
GHB	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Si se comparan las prevalencias de consumo reciente o actual (últimos 12 meses y últimos 30 días) por edad con las de 2006 se puede observar que:

- el consumo de tabaco y tranquilizantes o pastillas para dormir ha aumentado en todos los grupos de edad,
- el consumo de alcohol ha disminuido en los de 16-18 años, pero no en los de 14-15 años,
- el consumo del resto de las sustancias ha tendido a disminuir en todas las edades, excepto entre los de 14 años. De hecho, en este último grupo de edad aumenta el consumo de todas las drogas.

Diferencias en el consumo de drogas por comunidad autónoma

Como se indicó, ESTUDES no está diseñada para obtener estimaciones de las prevalencias de consumo de las drogas menos extendidas con una precisión aceptable para áreas pequeñas. Sin embargo, sí permite sacar algunas conclusiones sobre las diferencias interautonómicas con respecto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

En 2008 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que fumaban tabaco diariamente, variando las cifras entre 1,8% en Melilla y 23,1% en Aragón (14,8% para el conjunto de España). La mayoría de las comunidades se situaban entre el 10% y el 20%. Aragón, País Vasco y Castilla-La Mancha tienen una proporción superior a la media estatal, y Melilla, Ceuta y Canarias inferior (Tabla 1.3.8).

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 19,6% en Melilla y 71,5% en Castilla y León (58,5% en el conjunto de España).

La mayoría de las comunidades, no obstante, se situaban entre el 50% y el 70%. Las comunidades con una proporción de bebedores significativamente superior a la estatal fueron: Castilla y León, Aragón, Navarra, Asturias y País Vasco, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla y Canarias (Tabla 1.3.9).

La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días varía entre el 7% en Melilla y el 44,1% en Aragón (29,1% en el conjunto de España). Las comunidades con mayor prevalencia fueron Aragón, Cantabria, Castilla y León, Navarra y País Vasco, y las comunidades con menor prevalencia Melilla, Ceuta, Canarias y Baleares (Tabla 1.3.10).

También se aprecian diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre un 1,8% en Melilla y 33,0% en País Vasco (20,1% en el conjunto de España). La mayoría de las comunidades, no obstante, se sitúan entre el 10% y el 25%.

Las comunidades con una mayor proporción de consumidores de cannabis fueron: País Vasco, Aragón, Navarra, Comunidad Valenciana y Cantabria, y aquéllas con menor proporción, Ceuta, Melilla, Canarias, Extremadura, Andalucía, Asturias, Galicia y Castilla y León (Tabla 1.3.11).

Tabla 1.3.8. Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%). España, 2008.

CCAA	Alguna vez en la vida				Últimos 12 meses				Últimos 30 días				A diario en los últimos 30 días			
	N	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	6.143	42,4	41,1	43,6	35,4	34,2	36,6	29,9	28,8	31,1	13,4	12,5	14,3			
Aragón	785	53,1	49,6	56,6	47,9	44,4	51,4	41,0	37,5	44,4	23,1	20,2	26,0			
Asturias	627	43,7	39,8	47,6	37,7	33,9	41,5	30,8	27,2	34,4	13,2	10,6	15,8			
Baleares	599	42,5	38,5	46,4	35,8	31,9	39,6	28,7	25,1	32,3	10,2	7,8	12,6			
Canarias	1.398	28,8	26,4	31,1	21,5	19,3	23,6	15,8	13,9	17,7	5,2	4,0	6,4			
Cantabria	352	46,0	40,8	51,2	39,9	34,8	45,1	36,3	31,2	41,3	14,8	11,1	18,5			
C.-La Mancha	1.359	44,3	41,6	46,9	37,9	35,3	40,5	33,0	30,5	35,5	18,3	16,2	20,4			
C. y León	1.697	47,2	44,9	49,6	41,5	39,1	43,8	37,1	34,8	39,4	16,4	14,6	18,2			
Cataluña	4.628	51,0	49,5	52,4	43,3	41,9	44,8	37,3	35,9	38,7	15,8	14,7	16,9			
C. Valenciana	3.119	45,8	44,0	47,5	39,6	37,9	41,3	31,7	30,1	33,3	14,7	13,5	15,9			
Extremadura	807	41,4	38,0	44,8	36,3	33,0	39,6	33,1	29,9	36,4	16,0	13,5	18,5			
Galicia	1.799	43,2	40,9	45,5	36,6	34,4	38,9	31,1	29,0	33,2	15,2	13,5	16,9			
Madrid	3.904	44,1	42,5	45,6	38,0	36,5	39,5	32,8	31,3	34,3	14,5	13,4	15,6			
Murcia	998	43,7	40,6	46,8	38,0	35,0	41,0	31,8	28,9	34,7	15,7	13,4	18,0			
Navarra	361	43,5	38,4	48,6	38,8	33,8	43,8	32,4	27,6	37,2	15,8	12,0	19,6			
País Vasco	1.316	49,6	46,9	52,3	42,9	40,2	45,6	37,2	34,6	39,8	20,1	17,9	22,3			
La Rioja	190	42,6	35,6	49,7	37,0	30,2	43,9	32,6	26,0	39,3	14,8	9,8	19,8			
Ceuta	46	17,8	6,6	28,9	15,6	5,0	26,1	11,1	2,0	20,3	4,4	0,0	10,3			
Melilla	57	15,8	6,3	25,3	8,9	1,5	16,4	7,1	0,4	13,9	1,8	0,0	5,3			
Total	30.183	44,6	44,1	45,2	38,1	37,6	38,7	32,4	31,8	32,9	14,8	14,4	15,2			

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

Tienen una prevalencia de consumo alguna vez en la vida superior al conjunto nacional Aragón, Cataluña, País Vasco y Castilla y León, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias y Extremadura.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional Aragón, Cataluña y País Vasco, e inferior Ceuta, Melilla y Canarias.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al conjunto nacional Aragón, Cataluña y País Vasco, e inferior Ceuta, Melilla y Canarias.

Tienen una prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días superior al conjunto nacional Aragón, País vasco y Castilla la Mancha, e inferior Ceuta, Melilla y Canarias.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.9. Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	6.143	80,9	80,0	81,9	71,8	70,6	72,9	56,4	55,2	57,6
Aragón	785	84,7	82,2	87,2	79,9	77,1	82,7	70,2	67,0	73,4
Asturias	627	83,6	80,7	86,5	77,0	73,7	80,3	68,1	64,5	71,7
Baleares	599	80,3	77,1	83,5	71,2	67,6	74,9	54,1	50,1	58,1
Canarias	1.398	76,0	73,7	78,2	66,4	63,9	68,9	45,5	42,9	48,1
Cantabría	352	84,4	80,6	88,2	76,2	71,8	80,6	66,2	61,3	71,1
C. La Mancha	1.359	82,8	80,8	84,8	75,3	73,0	77,6	63,6	61,0	66,2
C. y León	1.697	87,2	85,6	88,8	82,8	81,0	84,6	71,5	69,4	73,6
Cataluña	4.628	80,0	78,9	81,2	70,1	68,8	71,5	55,1	53,7	56,5
C. Valenciana	3.119	84,4	83,2	85,7	76,9	75,4	78,3	65	63,3	66,7
Extremadura	807	80,5	77,8	83,3	72,0	68,9	75,1	59,4	56,0	62,8
Galicia	1.799	78,5	76,6	80,4	70,5	68,4	72,6	55,6	53,3	57,9
Madrid	3.904	77,8	76,5	79,1	68,7	67,3	70,2	52,1	50,5	53,7
Murcia	998	81,4	78,9	83,8	73,0	70,3	75,8	59,7	56,7	62,7
Navarra	361	87,8	84,4	91,2	83,1	79,2	87,0	70,1	65,4	74,8
País Vasco	1.316	87,6	85,8	89,4	79,3	77,1	81,5	66,4	63,8	69,0
Rioja	190	83,6	78,3	88,9	76,8	70,8	82,8	64,7	57,9	71,5
Ceuta	46	44,4	30,0	58,9	41,3	27,0	55,7	28,3	15,3	41,3
Melilla	57	33,9	21,6	46,3	28,1	16,3	39,8	19,6	9,3	29,9
Total	30.183	81,2	80,8	81,7	72,9	72,4	73,4	58,5	57,9	59,1

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

En estas circunstancias tienen una prevalencia de consumo alguna vez en la vida superior al conjunto nacional País vasco, Navarra y Castilla y León, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias, Madrid y Galicia.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional Navarra, Castilla y león, Aragón, País vasco, Asturias y Comunidad valenciana e inferior las Ceuta, Melilla, Canarias, Madrid, Cataluña y Galicia.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al conjunto Castilla y León, Aragón, Navarra, Asturias, País Vasco y Cantabria, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias, Madrid, Baleares, Cataluña y Galicia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.10. Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	6.143	50,8	49,5	52,0	40,7	39,5	42,0	24,0	22,9	25,1
Aragón	785	67,1	63,8	70,4	60,5	57,1	63,9	44,1	40,6	47,6
Asturias	627	57,2	53,3	61,1	50,4	46,5	54,3	31,2	27,6	34,8
Baleares	599	58,0	54,1	62,0	47,3	43,3	51,3	25,3	21,8	28,8
Canarias	1.398	45,4	42,7	48,0	36,0	33,5	38,5	19,5	17,4	21,6
Cantabría	352	60,2	55,1	65,3	53,0	47,8	58,2	40,6	35,5	45,7
C. La Mancha	1.359	58,9	56,3	61,5	51,8	49,1	54,4	34,4	31,9	36,9
C. y León	1.697	66,8	64,6	69,0	58,1	55,7	60,4	39,6	37,3	41,9
Cataluña	4.628	56,6	55,2	58,1	47,7	46,3	49,1	28,9	27,6	30,2
C.Valenciana	3.119	62,4	60,7	64,1	51,8	50,0	53,5	31,8	30,2	33,4
Extremadura	807	53,0	49,5	56,4	43,9	40,5	47,3	27,8	24,7	30,9
Galicia	1.799	51,6	49,3	53,9	43,6	41,3	45,9	25,7	23,7	27,7
Madrid	3.904	54,2	52,6	55,7	45,4	43,9	47,0	27,8	26,4	29,2
Murcia	998	54,0	50,9	57,1	45,2	42,1	48,3	27,9	25,1	30,7
Navarra	361	67,0	62,2	71,9	60,0	54,9	65,1	35,7	30,8	40,6
País Vasco	1.316	65,6	63,0	68,1	55,2	52,5	57,9	35,8	33,2	38,4
Rioja	190	63,5	56,6	70,3	55,3	48,2	62,3	34,9	28,1	41,7
Ceuta	46	24,4	11,9	37,0	22,2	10,1	34,3	13,3	3,5	23,1
Melilla	57	16,1	6,5	25,7	12,5	3,9	21,1	7,0	0,4	13,6
Total	30.183	56,2	55,6	56,7	47,1	46,5	47,6	29,1	28,6	29,6

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

En estas circunstancias tienen una prevalencia de borracheras alguna vez en la vida superior al conjunto nacional Aragón, Navarra, Castilla y León, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana , e inferior Ceuta, Melilla, , Canarias, Andalucía, Galicia, Extremadura y Madrid.

Tienen una prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional Aragón, Navarra, Castilla y León, La Rioja, País Vasco y Comunidad Valenciana e inferior Melilla, Ceuta, Canarias, Galicia y Extremadura.

Tienen una prevalencia de borracheras en los últimos 30 días superior al conjunto nacional Aragón, Cantabria, Castilla y León, Navarra y País Vasco, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias y Baleares.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.11. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008.

CCAA	N	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Est puntual %	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	6.143	30,0	28,8	31,1	24,5	23,5	25,6	14,5	13,6	15,4
Aragón	785	46,1	42,6	49,5	40,9	37,5	44,3	29,6	26,4	32,8
Asturias	627	28,9	25,3	32,4	25,7	22,3	29,1	15,2	12,4	18,0
Baleares	599	38,5	34,6	42,4	33,1	29,3	36,8	22,7	19,3	26,1
Canarias	1.398	23,7	21,5	26,0	18,9	16,8	20,9	9,4	7,9	10,9
Cantabría	352	38,2	33,2	43,3	34,7	29,7	39,6	24,9	20,4	29,4
C. La Mancha	1.359	35,3	32,8	37,9	30,3	27,9	32,8	21,3	19,1	23,5
C. y León	1.697	35,5	33,3	37,8	30,2	28,0	32,4	18,3	16,5	20,1
Cataluña	4.628	39,5	38,1	40,9	34,7	33,3	36,1	23,1	21,9	24,3
C. Valenciana	3.119	41,6	39,9	43,4	36,7	35,0	38,4	25,4	23,9	26,9
Extremadura	807	25,6	22,5	28,6	22,5	19,6	25,3	14,3	11,9	16,7
Galicia	1.799	30,1	28,0	32,3	26,6	24,5	28,6	16,9	15,2	18,6
Madrid	3.904	35,8	34,3	37,3	31,7	30,2	33,1	21,7	20,4	23,0
Murcia	998	33,8	30,8	36,7	29,2	26,3	32,0	18,8	16,4	21,2
Navarra	361	37,4	32,4	42,4	34,3	29,5	39,2	26,6	22,0	31,2
País Vasco	1.316	49,3	46,6	52,0	42,9	40,2	45,5	33,0	30,5	35,5
Rioja	190	36,3	29,5	43,2	31,6	25,0	38,2	22,1	16,2	28,0
Ceuta	46	10,9	1,8	19,9	8,9	0,6	17,2	2,2	0,0	6,4
Melilla	57	8,9	1,5	16,4	8,9	1,5	16,4	1,8	0,0	5,3
Total	30.183	35,2	34,7	35,8	30,5	29,9	31,0	20,1	19,6	20,6

Se considera que una comunidad autónoma tiene una prevalencia de consumo inferior al conjunto nacional cuando la estimación puntual de la prevalencia en esa comunidad lo es y además los intervalos de confianza al 95% del conjunto nacional y de esa comunidad no se solapan.

En estas circunstancias tienen una prevalencia de consumo alguna vez en la vida superior al conjunto nacional País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Cataluña, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias, Extremadura.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 12 meses superior al conjunto nacional País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Cataluña, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias, Extremadura, Andalucía, Asturias y Galicia.

Tienen una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al conjunto nacional País Vasco, Aragón, Navarra, Comunidad Valenciana y Cantabria, e inferior Ceuta, Melilla, Canarias, Extremadura, Andalucía, Asturias, Galicia y Castilla León.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de tabaco

El consumo de tabaco estaba bastante extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo la segunda sustancia más consumida. En 2008 un 44,6% de los estudiantes de 14-18 años afirmaba haber fumado tabaco alguna vez en la vida y un 32,4% afirmaba haber fumado en los últimos 30 días (Tabla 1.3.4). El porcentaje de estudiantes que fumaba diariamente era de un 14,8%, porcentaje que llegaba al 31,7% entre los estudiantes de 18 años.

El consumo aumenta con la edad y está más extendido entre las chicas que entre los chicos (Tabla 1.3.12, Tabla 1.3.13 y Figura 1.3.1) en todas las edades.

La edad media de inicio fue la más temprana de todas las drogas consideradas (13,3 años) y se ha mantenido más o menos estabilizada en los últimos 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se produce un año más tarde (14,3 años).

Entre los consumidores de tabaco en el último mes, el consumo medio de cigarrillos al día era de 5,0, cifra inferior a la de 2004 (7,7 cigarrillos) y 2006 (5,5), siendo similar en chicos y chicas.

Los datos del 2008 nos muestran una estabilización del consumo de tabaco tras el importante descenso experimentado en 2006. De hecho, la proporción de consumidores diarios ha pasado de 21,5% en 2004 a 14,8% en el 2006 y 14,8% en 2008.

La gran mayoría de los estudiantes que fumaban se había planteado dejar de fumar en alguna ocasión (68,7%), aunque los que afirman haberlo intentado son bastantes menos (36,7%). La intención de dejar de fumar se hace más patente en las chicas (73,1%) que en los chicos (63,7%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (38,7 % frente al 33,5%).

Tabla 1.3.12. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Número de encuestados																
10415	10374	8867	9668	8224	9341	10147	9777	12964	13946	12864	13076	12598	13856	14951	15232	
Prevalencia consumo tabaco alguna vez en la vida																
56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0	
Edad media e inicio del consumo de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)																
13,7	14,1	13,1	13,5	13,0	13,4	12,9	13,2	13,0	13,1	13,1	13,2	13,0	13,1	13,2	13,4	
Prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días																
26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	
Prevalencia de consumo diario de tabaco																
17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	
Edad media de inicio en el consumo diario de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)																
-	-	14,5	14,6	14,6	14,5	14,4	14,3	14,4	14,3	14,5	14,4	14,3	14,2	14,3	14,3	
Nº cigarrillos diarios consumidos diariamente																
1-5	37,7	47,3	41,8	50,3	43,8	49,5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5	61,9	63,0	42,9	49,5
6-10	33,8	36,8	33,9	34,8	35,2	34,9	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5	22,7	27,2	21,4	25,5
>10	28,5	15,9	24,3	14,8	20,9	15,6	20,8	15,8	21,8	17,5	22,7	20,0	15,3	9,8	12,1	9,8
Nº medio de cigarrillos diarios																
9,1	7,2	8,3	6,9	7,9	7,0	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5	5,8	5,3	5,1	5,0	

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

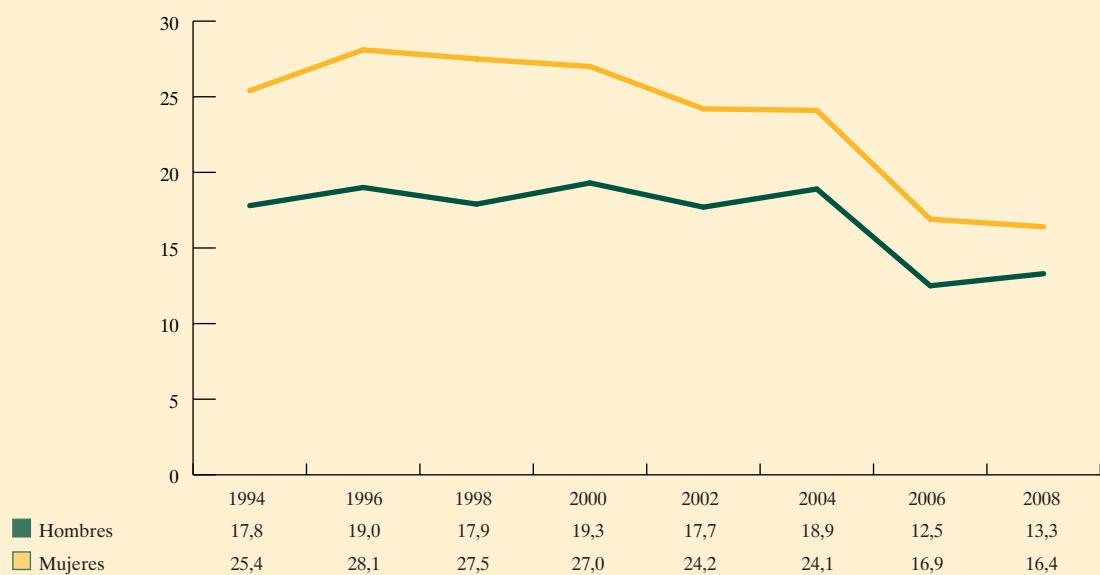
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.13. Prevalencias del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
ALGUNA VEZ EN LA VIDA								
Total	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6
Sexo								
Hombre	56,0	58,9	57,4	57,1	54,6	56,6	42,0	42,2
Mujer	65,1	69,4	68,5	66,7	64,7	64,1	49,8	47,0
Edad								
14 años	44,5	49,8	51,3	45,8	43,8	42,1	28,4	28,4
15 años	58,3	60,1	58,6	58,8	55,5	54,7	41,5	40,6
16 años	63,9	69,1	65,7	62,7	63,0	62,3	50,7	47,5
17 años	68,5	69,9	69,5	68,6	67,2	70,0	55,1	54,2
18 años	72,7	76,7	76,9	78,6	73,2	77,3	61,8	60,4
ÚLTIMOS 30 DÍAS								
Total	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	28,7	27,8	32,4
Sexo								
Hombre	26,0	26,2	25,5	27,3	25,0	25,1	24,8	30,9
Mujer	36,3	38,1	37,6	37,1	33,4	32,4	30,6	33,8
Edad								
14 años	18,0	18,5	19,0	17,2	13,4	14,0	13,8	18,2
15 años	28,4	27,7	27,7	28,1	23,6	24,3	24,1	28,8
16 años	33,9	35,9	33,0	32,2	32,0	29,0	30,6	34,1
17 años	37,0	36,4	37,8	38,8	37,6	40,4	35,5	40,7
18 años	44,4	50,3	49,7	51,6	46,4	48,2	42,1	48,3

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2008.



Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En 2008 el 54,2% de los estudiantes que fumaban estaban pensando seriamente en dejar de fumar, siendo pequeña la diferencia entre hombres (53,7%) y mujeres (54,8%). Habían decidido dejar de fumar en los próximos 30 días un 37,1% de los alumnos de 14 años, mientras que sólo un 19,2% de los de 17 años pensaban así. En un 52,9% de los hogares en que viven los estudiantes fuma alguna persona diariamente (47,7% en 2006).

Respecto al permiso de los padres sobre el consumo de tabaco de los hijos, el 62,1% de las madres y el 62,3% de los padres no lo permitirían. Este porcentaje disminuye considerablemente a medida que aumenta la edad (en el caso de la madre 79,8% a los 14 años y 33,3% a los 18).

Un 24,5% había visto fumar más de la mitad de los días en los 30 días previos a la encuesta a profesores dentro del recinto del centro educativo, cifra que va desde el 18,7% a los 14 años a 32,4% a los 18. La proporción era bastante más elevada en la enseñanza pública (28,7%) que en la privada (15,6%).

Un 52,6% había visto fumar más de la mitad de los días en los 30 días previos a la encuesta a estudiantes dentro del recinto del centro educativo, cifra que va desde el 41,6% a los 14 años al 59,9% a los 18. La proporción era más elevada en la enseñanza pública (57,4%) que en la privada (41,9%).

■ Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol era la sustancia cuyo consumo está más extendido en 2008 entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 81,2% lo había probado alguna vez, un 72,9% lo había consumido en el último año y el 58,5% en el último mes (Tabla 1.3.4). Se observó un consumo ligeramente más elevado para las mujeres que para los hombres (Tabla 1.3.14). A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebía aumentaba, de esta manera el porcentaje de estudiantes de 18 años que había consumido alcohol en los últimos 30 días era de un 75,1% (Tabla 1.3.7).

El consumo de alcohol entre los estudiantes se concentra en el fin de semana. Del 58,5% que había consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, casi todos (99,8%) habían bebido en fin de semana, mientras que sólo un 39,3% lo había hecho en días laborables. En cuanto a la frecuencia, un 23% de los estudiantes había bebido todos los fines de semana.

Con respecto al consumo intensivo o problemático, se investigaron las borracheras y el consumo de cinco o más vasos o copas en la misma ocasión, entendiendo por “ocasión” el tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas. En 2008 un 56,2% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 29,1% lo había hecho en el último mes (29,4% chicos, 28,7% chicas) (Tabla 1.3.15).

Por edad, la prevalencia de borracheras durante el último mes variaba desde el 13,4% a los 14 años hasta el 45,2% a los 18 años (Tabla 1.3.14). De los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días un 49,6% se había emborrachado alguna vez en ese período.

Por otra parte, un 41,4% de los estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días (38,3% chicas y 44,7% chicos), habían tomado algún día en ese período 5 ó más vasos/cañas o copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión o en un intervalo aproximado de 2 horas. El 15,2% lo había hecho más de 4 días el último mes.

En 2008 los estudiantes consumían alcohol sobre todo en bares o pubs (66,3% de los consumidores en los últimos 30 días), en espacios abiertos, como calles, plazas o parques (65,3%) o en discotecas (56,7%). Globalmente, la bebida más consumida eran los combinados/cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante era la cerveza (Tabla 1.3.16). Los lugares donde los estudiantes conseguían con más frecuencia bebidas alcohólicas eran bares o pubs (64,8%), discotecas (54,7%) y supermercados (52,2%).

Tabla 1.3.14. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España 1994-2008

1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Número de encuestados																
10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida																
84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7	
Edad media de inicio del consumo (años)																
13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9	13,7	13,8	13,6	13,8	
Edad media de inicio del consumo de alcohol semanal (años)																
-	-	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9	14,9	14,8	
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses																
82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días																
75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4	
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana en los últimos 30 días																
-	-	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5	57,7	57,7	61,2	61,3	
Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables los últimos 30 días																
-	-	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1	24,2	13,9	28,4	17,8	
Frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes que han consumido alcohol en ese periodo																
Nunca	77,7	79,5	75,2	78,8	75,2	76,4	62,1	66,6	62,1	65,8	55,3	59,4	54,4	57,2	49,4	52,1
1-2 días	14,7	15,2	15,4	16,5	16,4	17,8	23,9	23,7	24,3	24,9	25,6	28,3	28,9	30,7	30,2	32,4
3-5 días	4,9	4,2	6,8	4,0	5,8	4,9	10,5	7,7	9,8	7,3	12,9	9,8	12,6	10,3	13,9	11,9
>5 días	2,6	1,2	2,6	0,8	2,6	0,9	3,5	2,0	3,9	2,0	6,2	2,5	4,1	2,3	6,5	3,6

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.15. Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje), según sexo y edad. España, 2008.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	56,2	47,1	29,1
Sexo			
Hombres	54,8	46,5	29,4
Mujeres	57,5	47,7	28,7
Edad			
14 años	30,4	24,5	13,4
15 años	48,5	41,0	24,2
16 años	62,2	53,0	31,7
17 años	72,6	59,7	39,0
18 años	76,9	65,8	45,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.16. Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2008.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
CONSUMO EN DÍAS LABORABLES							
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días							
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3	5,8
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8	15,0
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0	4,1
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4	10,6
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5	5,5
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6	6,6
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días							
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2	0,4
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8	1,7
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4	1,2
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,7
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2	0,6
CONSUMO FIN DE SEMANA							
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días							
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8	17,0
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9	28,6
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3	8,4
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6	54,0
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0	25,1
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6	20,8
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días							
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5	4,6
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6	13,4
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5	2,9
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8	28,1
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5	9,3
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8	5,5

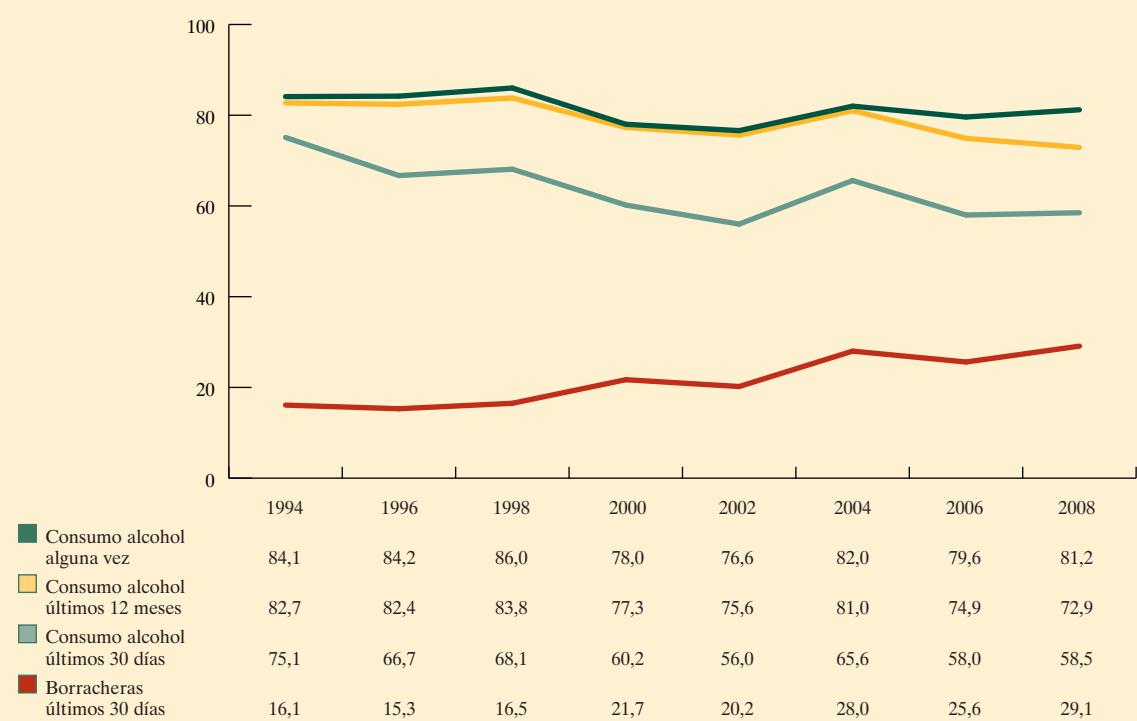
Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Como riesgo asociado al consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes adquiere relevancia la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol. En 2008 un 24,6% de los estudiantes de 14-18 años (34,5% de los de 18) reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. Además, un 9,5% de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que ascendía a un 12,5% en los estudiantes de 18 años.

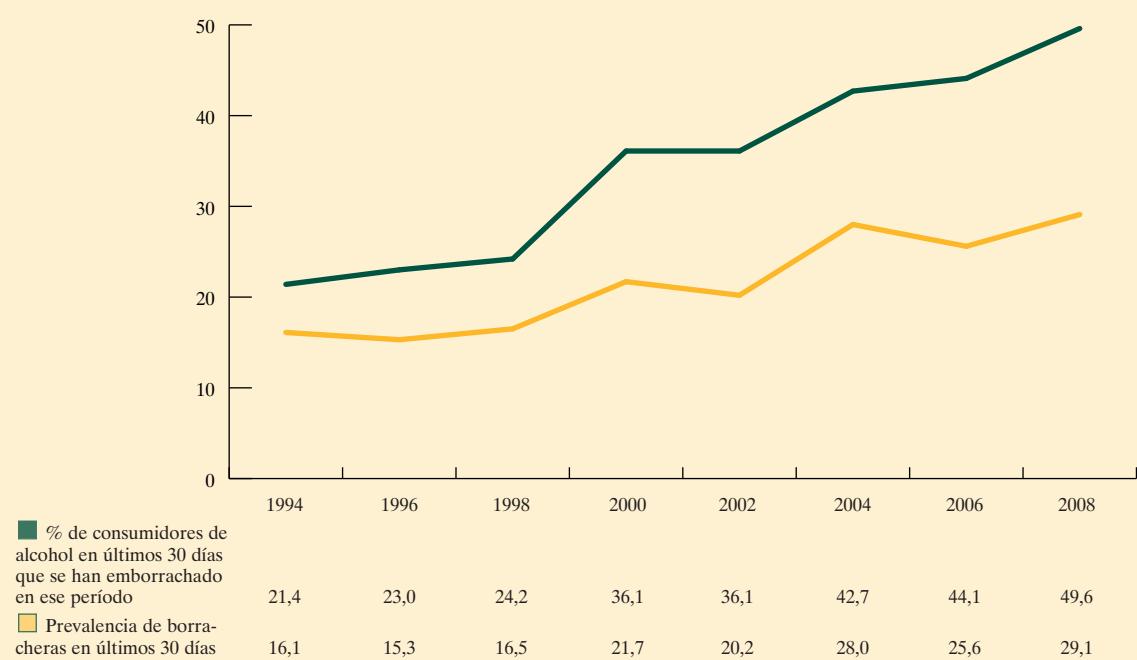
La proporción de consumidores actuales de alcohol (alguna vez en los últimos 30 días) está estabilizada con respecto a 2006 y ha sufrido un importante descenso desde 1994 (75,1%) hasta 2006 (58%) y 2008 (58,5%) (Tabla 1.3.17). Sin embargo, la prevalencia de borracheras (29,1% en 2008), ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004 (28%), tras el descenso experimentado en 2006 (25,6%), lo que confirma la tendencia ascendente observada desde 1994 (Figuras 1.3.2 y 1.3.3). Por lo tanto, aunque se mantiene estable la extensión del consumo de alcohol, parece que aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los que beben.

Figura 1.3.2. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.3. Prevalencia de borracheras el último mes y proporción de personas que se han emborrachado entre los han consumido alcohol en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.17. Prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
ALGUNA VEZ EN LA VIDA								
Total	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2
Sexo								
Hombre	84,3	84,3	85,5	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8
Mujer	84,0	84,1	86,4	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7
Edad								
14 años	69,6	67,6	71,5	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6
15 años	81,8	81,7	82,5	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7
16 años	88,0	88,7	89,7	83,1	81,7	86,9	86,0	86,2
17 años	91,9	91,3	92,8	89,6	89,0	91,9	91,2	90,5
18 años	92,5	93,4	96,2	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3
ÚLTIMOS 12 MESES								
Total	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9
Sexo								
Hombre	82,8	82,3	83	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5
Mujer	82,7	82,5	84,5	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2
Edad								
14 años	67,7	64,3	67,9	51,5	52	57,9	50,9	53,1
15 años	80,4	79,7	80,5	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6
16 años	86,7	87,4	88	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6
17 años	90,7	89,9	90,9	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1
18 años	91,1	92,4	94,1	93,3	91,2	93	88,2	84,2
ÚLTIMOS 30 DÍAS								
Total	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5
Sexo								
Hombre	75,3	66,8	67,5	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7
Mujer	74,9	66,7	68,5	59,9	55,4	65,7	58	59,4
Edad								
14 años	56,7	40,1	43,2	32,1	27,7	38	31,7	36,2
15 años	71,8	60,1	62,2	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9
16 años	80	74,1	73,4	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8
17 años	85,1	79,4	81,1	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9
18 años	86,2	84,1	85	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de tranquilizantes

En el cuestionario se denominan tranquilizantes o pastillas para dormir a un grupo de medicamentos entre los que se incluyen los hipnóticos (somníferos) y los sedantes, entre ellos las benzodiazepinas y los barbitúricos. En 2006 se incluyó por primera vez una pregunta relacionada con el consumo de estas sustancias sin hacer ninguna especificación con respecto a la existencia o no de prescripción médica, pregunta que no existía en los cuestionarios precedentes. No obstante, para mantener la comparabilidad se mantuvo la que ya existía, relativa al consumo de hipnosedantes sin receta médica. Además, en otro apartado del cuestionario se preguntó por el consumo con receta médica alguna vez en la vida y por la edad de inicio en el consumo.

En 2008 un 17,3% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o somníferos con o sin receta alguna vez en la vida, un 10,1% en el último año y un 5,1% en el último mes. La prevalencia de con-

sumo sin receta fue inferior, con cifras de 9,4%, 5,7% y 2,9%, respectivamente. Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos (Tabla 1.3.18).

La edad media en que los estudiantes comienzan a consumir tranquilizantes o somníferos con o sin receta médica fue de 14 años (13,6 para los chicos y 14,3 para las chicas). La frecuencia de consumo era esporádica: más de la mitad del los que habían consumido alguna vez en los últimos 30 días lo había hecho uno o dos días (Tabla 1.3.18).

En cuanto a la evolución del consumo respecto a años precedentes, se observa un incremento importante con respecto a la encuesta de 2006 en el consumo alguna vez en la vida y el consumo en los últimos 12 meses. El consumo actual (últimos 30 días) muestra un comportamiento más estable (Figura 1.3.4). Esta evolución es similar para ambos sexos (Tabla 1.3.18).

Tabla 1.3.18. Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

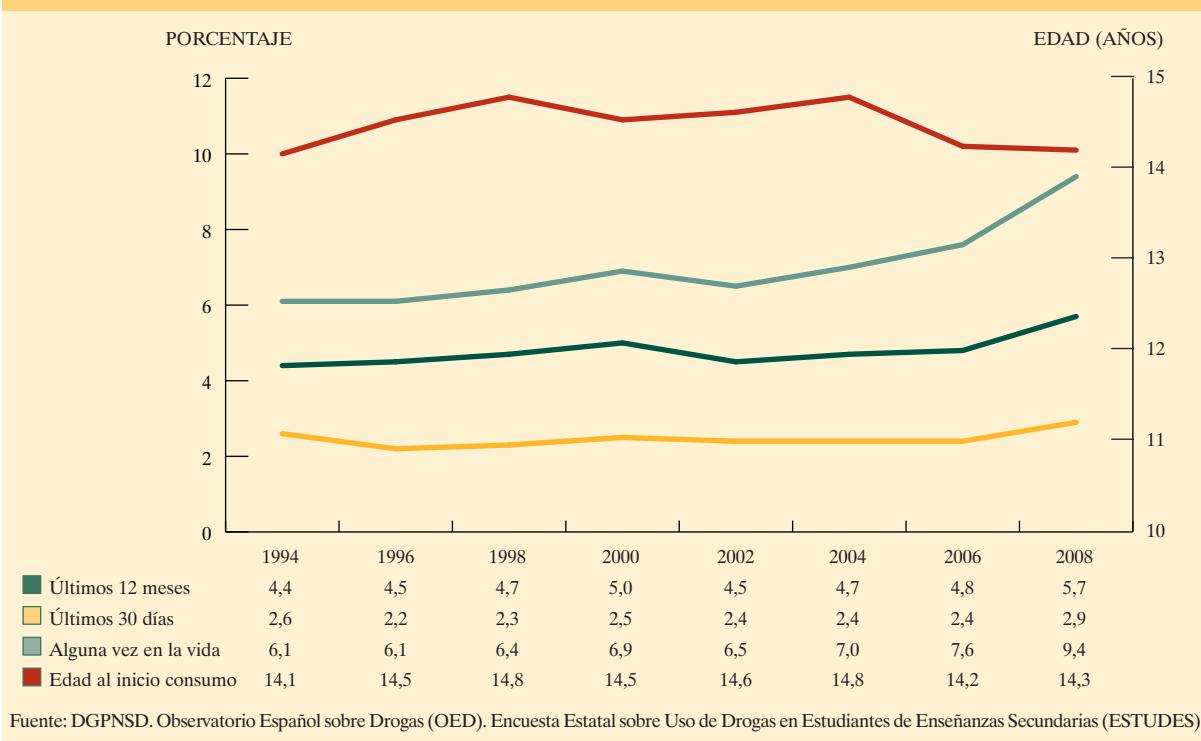
1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Número de encuestados																
10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	
Prevalencia uso hipnosedantes con receta alguna vez en la vida																
5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	9,3	13,6	14,2	20,4	
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida																
4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	
Edad media al inicio del consumo de hipnosedantes (años)																
13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,6	14,3	
Prevalencia uso de hipnosedantes sin receta últimos 12 meses																
3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	
Prevalencia uso hipnosedantes sin recetas en últimos 30 días																
1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	
Frecuencia uso hipnosedantes sin recetas en últimos 30 días																
Nunca	98,1	96,7	98,5	97,1	98,5	97,0	98,3	96,6	98,3	96,9	98,2	97,0	98,0	97,1	95,9	93,8
1 a 2 días	1,3	2,1	1,1	1,9	1,0	2,1	1,0	2,2	1,1	2,0	1,0	2,0	1,2	2,0	2,2	3,6
3 a 5 días	0,3	0,7	0,2	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,3	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,8	1,2
6 a 9 días	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4
10 a 19 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,7	0,5

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

* Tranquilizantes o pastillas para dormir.

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.4. Prevalencia de consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de cannabis

En el cuestionario se hace referencia al cannabis incluyendo otras denominaciones tales como "hachís", "marihuana", "herba", "chocolate", "porro", "costo" y "aceite de hachís".

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2008 un 35,2% lo había consumido alguna vez en la vida, un 30,5% en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días. El consumo estaba más extendido entre los chicos en todos los indicadores, si bien esta diferencia no era tan acusada como para otras drogas ilegales, aunque las diferencias intersexuales aumentaban al hacerlo la frecuencia o la intensidad del consumo. La prevalencia de consumo diario era de un 3,2% (4,5% en chicos y 1,9% en chicas) (Tabla 1.3.19).

El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años era de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas respecto a años anteriores.

La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se incrementa con la edad, desde los 14 a los 18 años (Tabla 1.3.7). El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años. En 2008 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes y un 11,6% lo había hecho más de 10 días en ese período (Tabla 1.3.20).

La prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida ha disminuido en esta última encuesta, aunque en menor proporción que en 2006, sin embargo en la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses podemos ver que ha aumentado con respecto a 2006 y en últimos 30 días se mantiene igual (Figura 1.3.5).

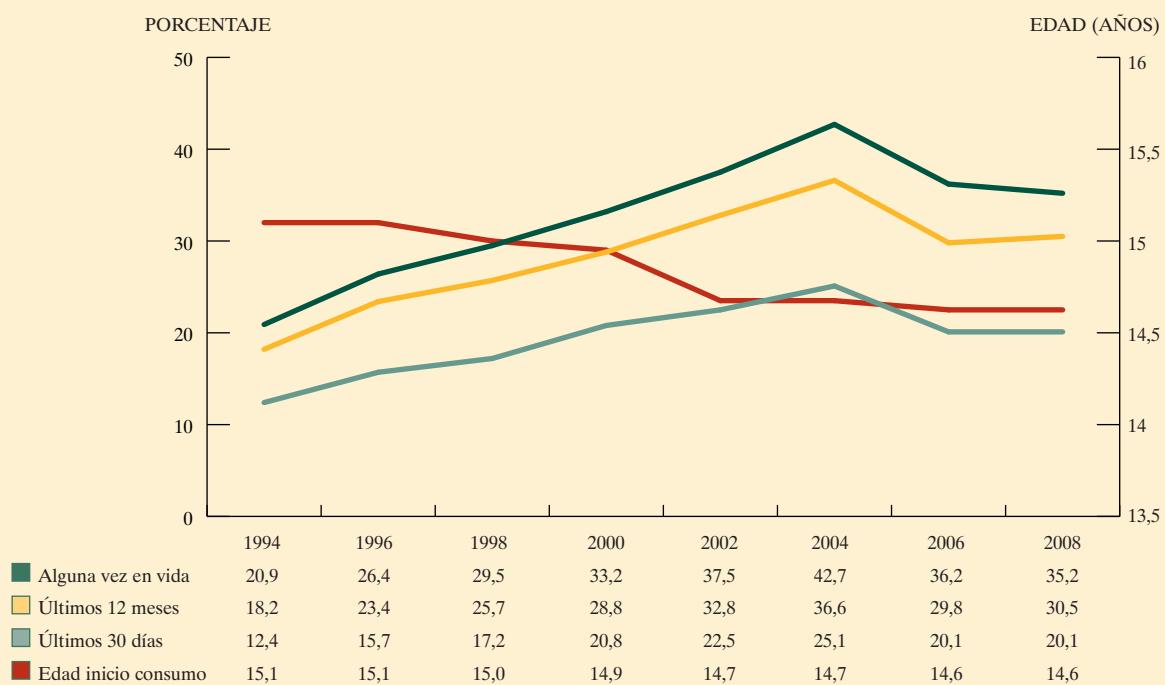
Tabla 1.3.19. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.5. Prevalencia de consumo de cannabis (porcentaje) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.20. Frecuencia en consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (porcentajes).
España, 2008.

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más
Total	79,5	4,6	2,9	2,4	2,4	2,2	2,8	3,2
Sexo								
Hombres	76,5	4,8	3,1	2,4	2,6	2,6	3,6	4,5
Mujeres	82,5	4,4	2,8	2,4	2,2	1,8	2,0	1,9
Edad								
14 años	91,3	2,3	1,4	1,3	1,2	0,8	0,8	0,8
15 años	82,8	4,5	2,7	2,1	2,0	1,9	1,8	2,1
16 años	77,5	5,2	2,9	2,8	2,3	2,5	3,3	3,3
17 años	72,1	5,5	4,0	2,9	3,4	2,9	4,3	4,8
18 años	68,1	5,7	4,3	3,3	3,5	3,5	4,4	7,2

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de cocaína

En el cuestionario se hace referencia a la cocaína en polvo incluyendo otras denominaciones tales como “perico”, “farlopa” y “clorhidrato de cocaína”.

La cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes. Un 5,1% la había consumido alguna vez en la vida, un 3,6% en los últimos 12 meses y un 2,0% en el último mes. Se trata fundamentalmente de un consumo esporádico. De hecho, más de la mitad de los que lo habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días (Tabla 1.3.21).

La forma de consumo más extendida, con diferencia, entre los estudiantes es la cocaína en polvo. Sin embargo, los datos que se presentan a continuación incluyen tanto una u otra forma bajo la rúbrica “cocaína”, con el fin de simplificar y comparar con años anteriores.

En 2008 el consumo fue muy superior en hombres que en mujeres en los tres indicadores de consumo (Tabla 1.3.21), y en todas las edades, a excepción de los 14 años que es similar en ambos sexos. La expansión del consumo se produjo sobre todo a los 17-18 años. La edad media de inicio en el consumo fue 15,3 años, un poco antes que en encuestas precedentes (Figura 1.3.6).

Los datos de 2008 nos muestran que se ha producido un descenso acusado del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años, respecto a la última encuesta del año 2006, rompiendo con la tendencia creciente hasta el año 2004 (Figura 1.3.6). Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que se había incrementado mucho su consumo en 2004.

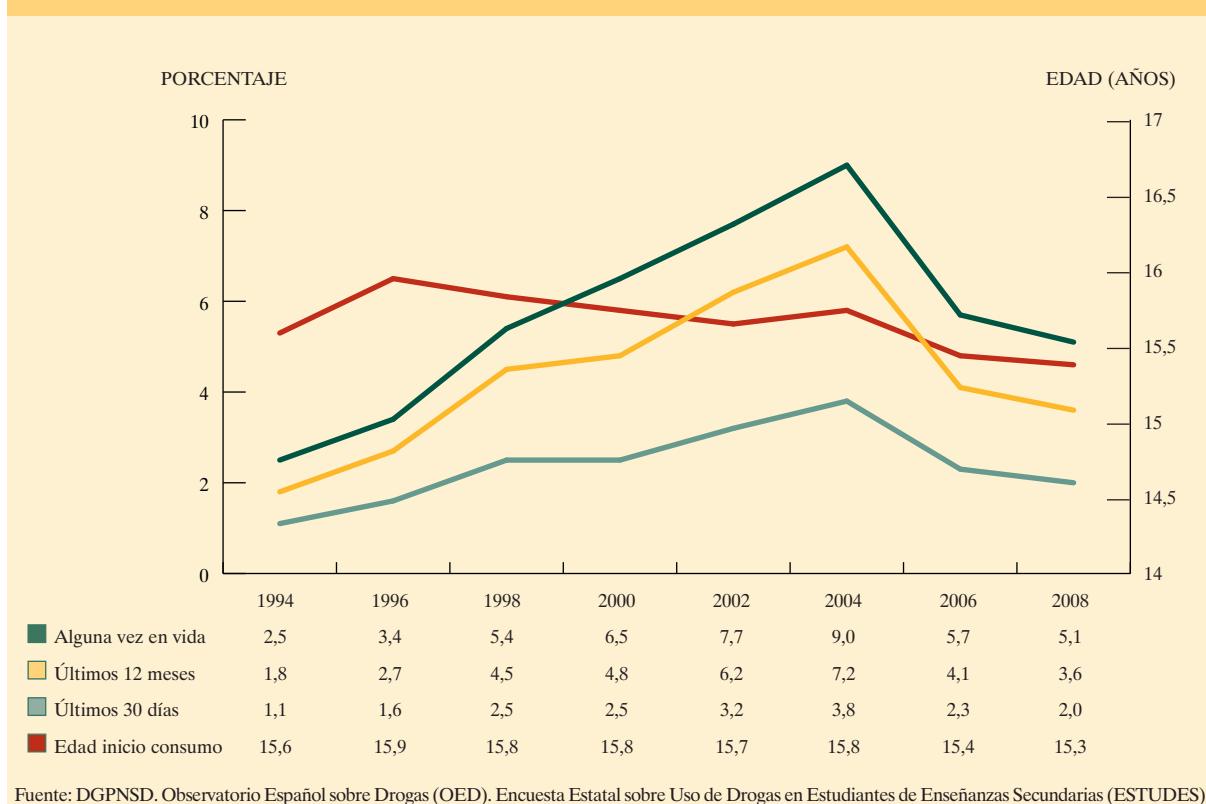
Tabla 1.3.21. Características generales del consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.6. Prevalencia de consumo de cocaína (porcentajes) y edad medio al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de éxtasis

El “éxtasis” es una denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina. En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con los nombres de “éxtasis”, “pastis” o pirulas”.

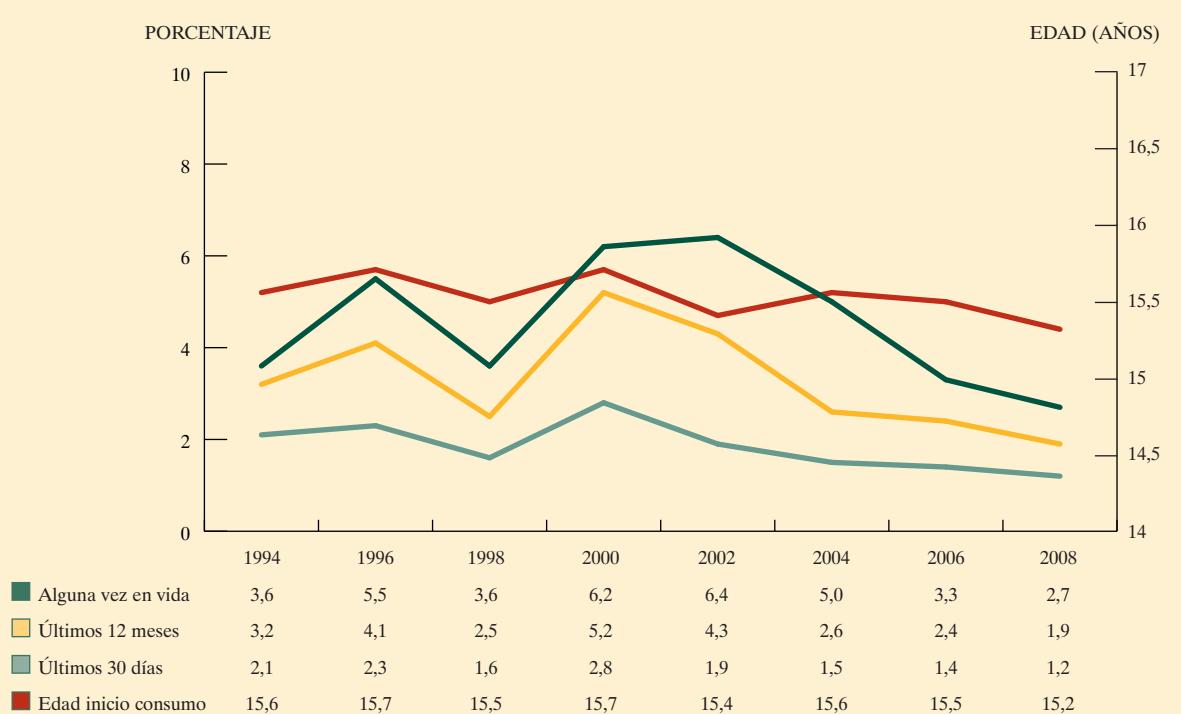
En 2008 un 2,7% de los estudiantes había consumido estas sustancias alguna vez en la vida, un 1,9% en el último año y un 1,1% en el último mes. Como en el caso de las demás drogas ilegales, la proporción de consumidores masculinos era muy superior a la femenina (Tabla 1.3.22). En los últimos 30 días el porcentaje de chicos que había consumido éxtasis era de un 1,5% frente a un 0,6 % de chicas.

Como sucedía con la cocaína, otros psicoestimulantes y alucinógenos, se trata de un consumo generalmente esporádico, de forma que la mayoría de los que habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días en ese periodo.

El consumo aumenta con la edad, situándose el mayor aumento entre los 16 y 17 años (Tabla 1.3.23). La edad media de inicio en el consumo se situaba en los 15,2 años y no se observaron variaciones significativas ni en la edad de inicio con respecto a años anteriores (Figura 1.3.7) ni entre hombres y mujeres.

En el 2008 la prevalencia de consumo de estas sustancias continuó descendiendo suavemente, especialmente la prevalencia alguna vez en la vida, tanto en chicos como en chicas.

Figura 1.3.7. Prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.22. Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

* Éxtasis u otras drogas de diseño.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.23. Prevalencias del consumo de GHB y éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008.

GBH		14	15	16	17	18
Hombres						
Consumo alguna vez		1,2	1,2	1,8	1,5	3,4
Consumo últimos 12 meses		0,9	0,8	1,4	1,2	2,5
Consumo últimos 30 días		0,8	0,6	0,8	0,9	1,2
Mujeres						
Consumo alguna vez		0,5	0,7	0,7	0,8	0,6
Consumo últimos 12 meses		0,4	0,6	0,4	0,4	0,5
Consumo últimos 30 días		0,3	0,4	0,3	0,1	0,0
ÉXTASIS						
Hombres						
Consumo alguna vez		2,0	2,7	2,9	4,8	7,3
Consumo últimos 12 meses		1,4	1,9	2,0	4,1	5,9
Consumo últimos 30 días		1,0	1,3	1,2	2,3	2,6
Mujeres						
Consumo alguna vez		0,7	1,6	2,2	2,3	4,4
Consumo últimos 12 meses		0,5	1,2	1,4	1,3	2,9
Consumo algunos días		0,3	0,7	0,6	0,4	1,1

* Éxtasis u otras drogas de diseño.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de anfetaminas

Bajo esta denominación se recoge la anfetamina y la metanfetamina, tanto en forma de base como en forma de sal, y tanto en polvo como en comprimidos. En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de “speed” “anfetaminas”, “anfetas”, “metanfetamina”, “ice”, “crystal”.

La extensión del consumo de estos psicoestimulantes en 2008 fue similar a la de éxtasis. Un 3,6% de los estudiantes de 14 a 18 años las había consumido alguna vez en la vida, un 2,5% en el último año y un 1,2% en el último mes. El consumo estaba más extendido en los varones, y se incrementaba con la edad. El mayor aumento de la prevalencia de consumo se produjo entre los 17 y los 18 años (Tabla 1.3.7). Se trataba también de un consumo generalmente esporádico.

La edad de inicio en el consumo se situó en los 15,4 años, siendo similar en ambos性os y mostrándose relativamente estable en los últimos años.

El consumo experimental de anfetaminas aumentó discretamente respecto a la encuesta de 2006, mientras que el consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses y 30 días, ha disminuido, obteniéndose en la encuesta de 2008 la prevalencia más baja desde 1994 (Tabla 1.3.24).

Tabla 1.3.24. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de alucinógenos

En el cuestionario se hace referencia a los alucinógenos, incluyendo bajo esta denominación los alucinógenos propiamente dichos, como “LSD” “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, y también drogas disociativas, como “ketamina”, “special-K”, “ketolar” e “imalgene”.

En 2008 un 4,1% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias los había consumido alguna vez en la vida, un 2,7% en el último año y un 1,2% en los últimos 30 días. El consumo estaba mucho más extendido en los chicos llegando a duplicar los valores de las chicas (Tabla 1.3.25). Como ocurre con el resto de sustancias, la prevalencia de consumo aumentaba con la edad. La tendencia del consumo en los últimos años parece decreciente, aunque no se ha producido ningún cambio significativo respecto a la campaña anterior.

Tabla 1.3.25. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de heroína

En el cuestionario se hace referencia a la heroína, incluyendo denominaciones como “caballo” y “jaco”. El consumo de heroína está menos extendido que el de otras drogas ilegales, aunque hay que señalar que las encuestas poblacionales o escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga, y generalmente se considera que lo subestiman. En 2008 un 0,9% de los estudiantes había consumido heroína alguna vez en la vida, un 0,7% en los últimos 12 meses y un 0,6% en el último mes (Tabla 1.3.4).

El consumo de los chicos fue muy superior al de las chicas (un 1,1% de los chicos la ha consumido en los últimos 12 meses frente a 0,4% de chicas) (Tabla 1.3.26).

La edad media de inicio en el consumo se situó en los 14,3 años. La edad de inicio en el consumo de heroína se sigue manteniendo por debajo de las de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) y es parecida a la del cannabis (14,6 años) (Tabla 1.3.5).

En la encuesta de 2008 se observa un descenso en la prevalencia de consumo experimental y en los últimos 12 meses. Sin embargo, se ha incrementado la prevalencia de consumo en los últimos 30 días (Tabla 1.3.26).

Tabla 1.3.26. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo.
España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de inhalables volátiles

En el cuestionario se incluyen bajo esta denominación: “cola”, “pegamento”, “disolvente”, “poppers”, “nitritos” y “gasolina”. Su consumo es reducido entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias. En 2008 un 2,8% los había consumido alguna vez en la vida, un 1,6% en el último año y un 0,9% en el último mes (Tabla 1.3.4).

El consumo es mayoritariamente masculino y va creciendo progresivamente con la edad (Tabla 1.3.7). Es un consumo generalmente esporádico, cuya edad de inicio en el 2008 se situó en los 13,8 años, la edad más temprana de inicio en el consumo de drogas después del tabaco y el alcohol.

El consumo de inhalables volátiles ha descendido en la última encuesta tanto en hombres como en mujeres, obteniéndose los valores más bajos de la serie histórica (Tabla 1.3.27).

Tabla 1.3.27. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008.

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

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

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

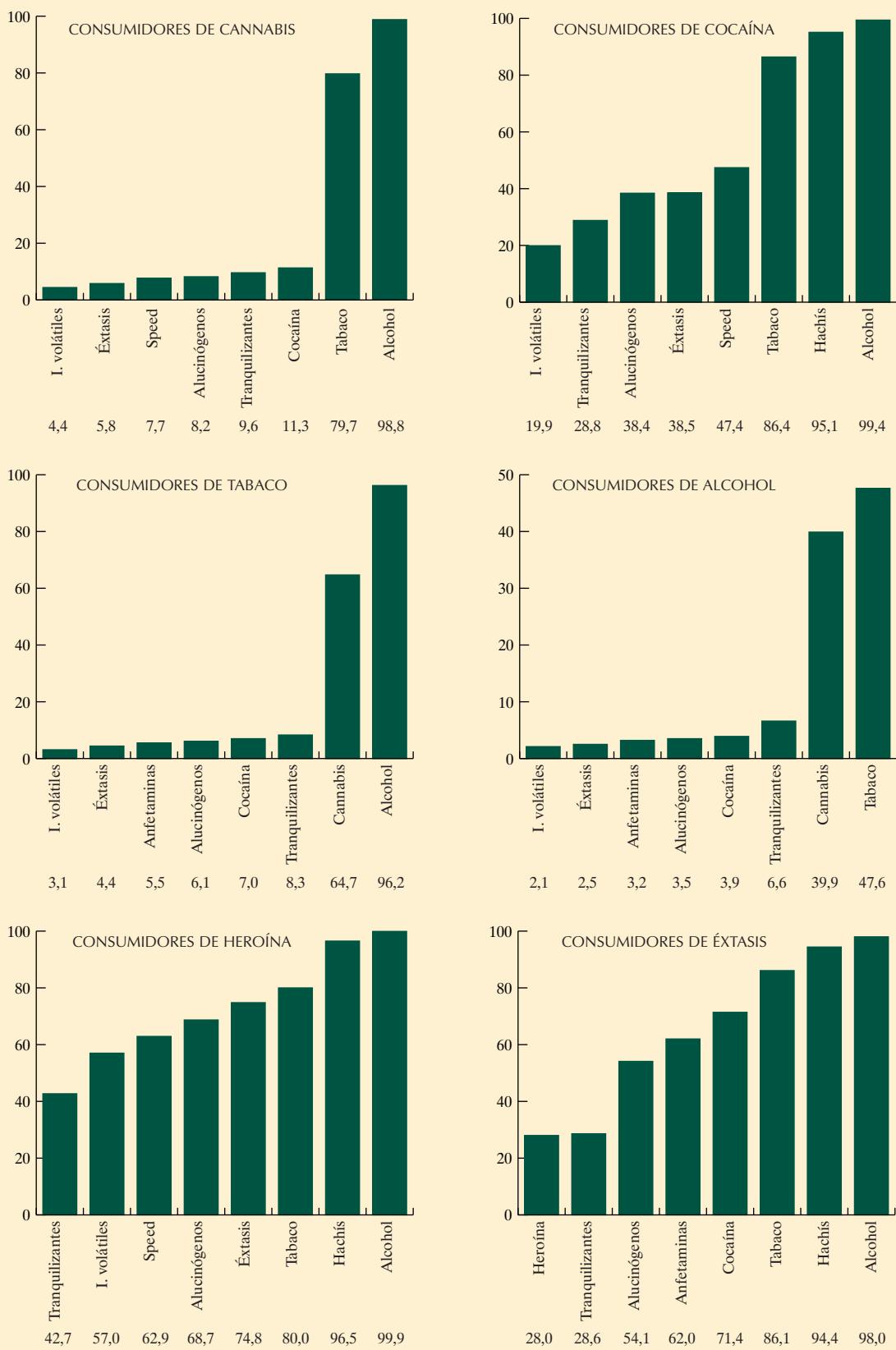
■ Policonsumo de sustancias psicoactivas

Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Este hecho lo podemos comprobar en la Tabla 1.3.28, donde se muestra qué proporción de los que han consumido una determinada droga en los últimos 30 días han consumido también otras drogas en el mismo período, y en la Figura 1.3.8, donde se muestra el consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes que habían consumido en ese periodo alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, cocaína y heroína.

Existe una estrecha asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En 2008 un 96,2% de los que habían consumido tabaco en el último año había consumido en el mismo periodo alcohol y un 64,7% cannabis.

Entre los consumidores anuales de cannabis un 79,7% había consumido tabaco en el mismo periodo, un 98,8% alcohol y un 11,3% cocaína.

Figura 1.3.8. Proporción de consumidores de drogas en los últimos 12 meses que han consumido otras drogas en el mismo periodo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2008.



Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.28. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido en el mismo período cada una de las drogas consideradas en la cabecera de cada columna (porcentaje de consumidores de la sustancia [fila] que también consumen la sustancia [columna]). España, 2008.

Prevalencia de consumo	Tabaco	Alcohol	Hachís	Éxtasis	Alucinógenos	Speed	Coca Base	Coca Polvo	Coca (B/P)	Heroína	I. volátiles	GHB	Tranquilizantes	Tranquil. sin
Tabaco	100	89,6	51,1	2,6	2,9	2,9	2,5	4,1	4,9	1,2	1,9	1,1	7,3	4,2
Alcohol	46,3	100	30,8	1,6	1,8	1,8	1,6	2,5	3,0	0,8	1,3	0,8	6,0	3,5
Hachís	80,8	94,0	100	4,4	5,1	4,8	4,3	6,9	7,9	2,0	3,2	2,2	8,2	5,6
Éxtasis	78,1	96,2	86,1	100	54,3	57,9	49,2	66,1	73,2	39,1	30,8	35,8	34,0	26,4
Alucinógenos	81,1	96,7	89,0	48,6	100	43,5	34,7	49,1	52,7	29,7	35,4	30,8	27,9	24,1
Speed	81,3	96,9	84,9	52,5	44,2	100	38,2	62,8	68,5	27,3	25,9	31,2	28,3	22,1
Coca Base	77,2	96,8	84,5	53,8	42,5	44,9	100	72,4	100,0	35,0	34,9	38,1	41,2	32,9
Coca Polvo	82,1	98,9	87,5	44,4	36,7	45,9	44,4	100	100,0	22,5	22,4	25,9	24,6	20,2
Coca (B/P)	82,3	97,7	83,9	42,0	33,4	42,8	53,5	85,6	100	20,9	20,6	23,5	26,2	20,2
Heroína	67,9	95,2	79,3	73,6	64,2	57,2	62,2	65,0	70,5	100	54,7	55,7	42,8	39,7
I. volátiles	64,9	92,9	69,2	34,4	44,6	31,8	37,2	38,2	41,6	31,9	100	28,8	29,3	26,7
GHB	70,8	97,0	90,7	74,5	73,3	70,4	72,6	80,8	84,8	60,5	53,0	100	47,7	43,9
Tranquiliz.	46,2	73,0	32,7	7,1	6,5	6,5	8,2	7,9	10,0	4,6	5,4	4,8	100	57,1
Tranquil. sin	48,2	76,9	39,6	10,0	10,1	9,1	11,9	11,7	13,8	7,7	8,9	8,1	100,0	100

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

También existe asociación entre el consumo de los distintos psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) y alucinógenos. Así, por ejemplo, entre los que habían consumido éxtasis en el último año un 71,4% había consumido también cocaína, un 62,0% anfetaminas, y un 54,1% alucinógenos. Por lo que respecta a los consumidores anuales de cocaína, un 38,5% había consumido también éxtasis y un 38,4% alucinógenos.

■ Riesgo percibido ante el consumo de drogas

En ESTUDES se incluyen preguntas sobre los problemas que a juicio de los estudiantes puede ocasionar el consumo de las diferentes sustancias. Estas preguntas permiten sondar el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, lo que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo y viceversa. Por ello, se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas).

En 2008 las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente. Por el contrario, las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína (Figura 1.3.9 y Tabla 1.3.29). También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas, y en general consumir cualquier droga de comercio ilegal.

Figura 1.3.9. Evolución del riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008.



Riesgo percibido: Proporción de encuestados que piensa que el consumo de 5 ó 6 caña/copas en fin de semana o de 1 ó 2 cañas/copas diariamente puede producir muchos o bastantes problemas.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Con respecto a las diferencias sexuales, se aprecia que en 2008 el riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de cannabis (Tabla 1.3.30).

A la hora de evaluar las tendencias temporales del riesgo percibido hay que tener en cuenta que los datos de 2006, especialmente los referidos al consumo esporádico, no son valorables, por la existencia de un problema metodológico, que se detalla en el Informe OED del año 2007. Por esta razón es preferible comparar los datos de ESTUDES 2008 con los de 2004.

En estas circunstancias se observa un aumento generalizado del riesgo percibido ante el consumo esporádico y en el caso del consumo habitual un aumento marcado para tabaco, alcohol y cannabis, y un descenso ligero para tranquilizantes, éxtasis, cocaína y heroína (Tabla 1.3.29).

Tabla 1.3.29. Evolución de la percepción del riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas).
España, 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Consumir tabaco diariamente (un paquete diario)	76,9	75,2	78,0	77,3	78,9	80,3	*	88,8
Consumir alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin semana)	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,4	*	47,2
Consumir alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	50,5	48,5	45,9	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9
Consumir cannabis habitualmente	91,9	87,7	85,9	82,8	71,7	83,7	89,0	88,3
Consumir tranquilizantes habitualmente	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6
Consumir éxtasis habitualmente	97,2	97,1	97,0	95,5	96,7	97,2	97,0	96,1
Consumir cocaína en polvo habitualmente	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0
Consumir heroína habitualmente	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
“Habitualmente”: Una vez por semana o más frecuentemente.
* Datos no comparables por discrepancias metodológicas.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

Se denomina disponibilidad percibida al grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas percibido por los encuestados. Se trata de un factor que suele estar relacionado con el consumo, de forma que las sustancias más disponibles suelen ser las más consumidas y viceversa.

El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada en 24 horas es relativamente fácil o muy fácil.

Tabla 1.3.30. Evolución de la percepción del riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2008.

1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados															
10.416	10.495	9.174	9.738	8.509	9.503	9.949	10.477	12.795	13.781	12.568	12.953	12.598	13.856	14.951	15.232
Fumar tabaco a diario*															
74,7	79,1	72,8	77,4	75,7	79,9	75,1	79,5	76,7	80,8	78,2	82,3	84,9	89,3	86,5	91,0
Beber alcohol en fin de semana															
39,8	47,7	40,6	49,4	40,3	48,7	41,5	48,3	41,1	48,1	36,8	45,7	48,7	53,6	45,1	49,2
Consumir alcohol a diario**															
46,3	54,6	43,7	52,9	41,7	49,4	39,4	48,4	38,7	47,9	36,8	45,7	52,3	61,9	52,7	62,9
Fumar hachís habitualmente															
89,8	93,9	84,9	90,2	82,4	88,8	79,4	86,1	77,5	85,4	81,1	86,2	85,7	91,7	84,5	91,8
Tomar tranquilizantes/somníferos habitualmente															
89,9	91,3	87,8	89,4	87,5	89,2	86,9	87,9	88,3	89,1	89,8	89,6	86,1	88,6	84,6	88,4
Consumir éxtasis habitualmente															
96,6	97,9	96,2	97,9	96,3	97,5	95,0	95,9	96,4	97,1	97,1	97,3	95,8	98,0	94,1	97,8
Consumir cocaína habitualmente															
98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1	95,6	97,9	94,0	97,8
Consumir heroína habitualmente															
98,4	99,3	97,4	98,8	97,5	98,7	97,6	98,8	98,4	98,8	98,5	99,1	95,8	98,1	94,3	98,0

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

* Fumar un paquete de tabaco diario

** Tomar una o dos cañas/copas cada día

“Habitualmente”: Una vez por semana o más frecuentemente

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En 2008 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 90,8% de los estudiantes pensaba que le sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisiera, un 55,6% tranquilizantes o somníferos y un 63,6% cannabis (Tabla 1.3.31).

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2008 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas (Figura 1.3.10). En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994 (Figuras 1.3.11 y 1.3.12). En el caso de otras drogas, como heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004. El menor descenso en la disponibilidad percibida afecta al alcohol (Tabla 1.3.31).

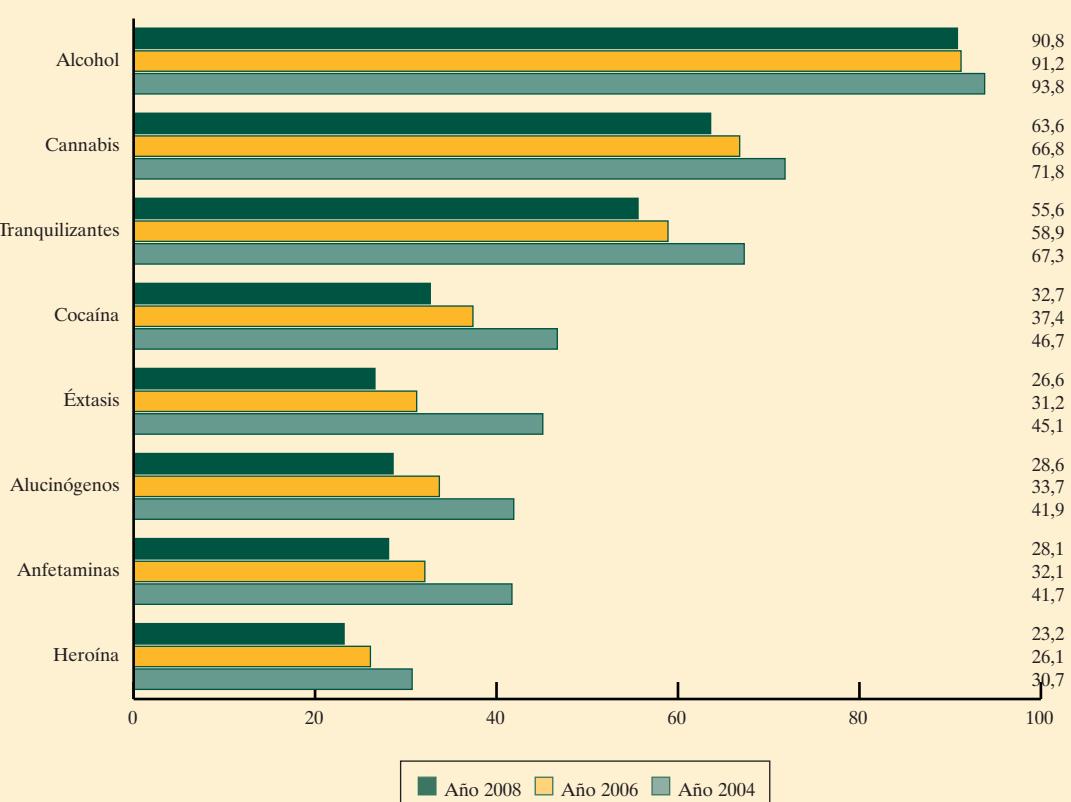
Tabla 1.3.31. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Número de encuestados	20.789	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183
Porcentaje que piensa que es fácil/muy fácil conseguir cada droga								
Bebidas alcohólicas	93,8	89,0	90,5	91,3	92,0	93,8	91,2	90,8
Tranquilizantes/pastillas para dormir	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6
Hachís/marihuana	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6
Cocaína	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	—	—

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

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.10. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran (porcentaje). España 2004-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

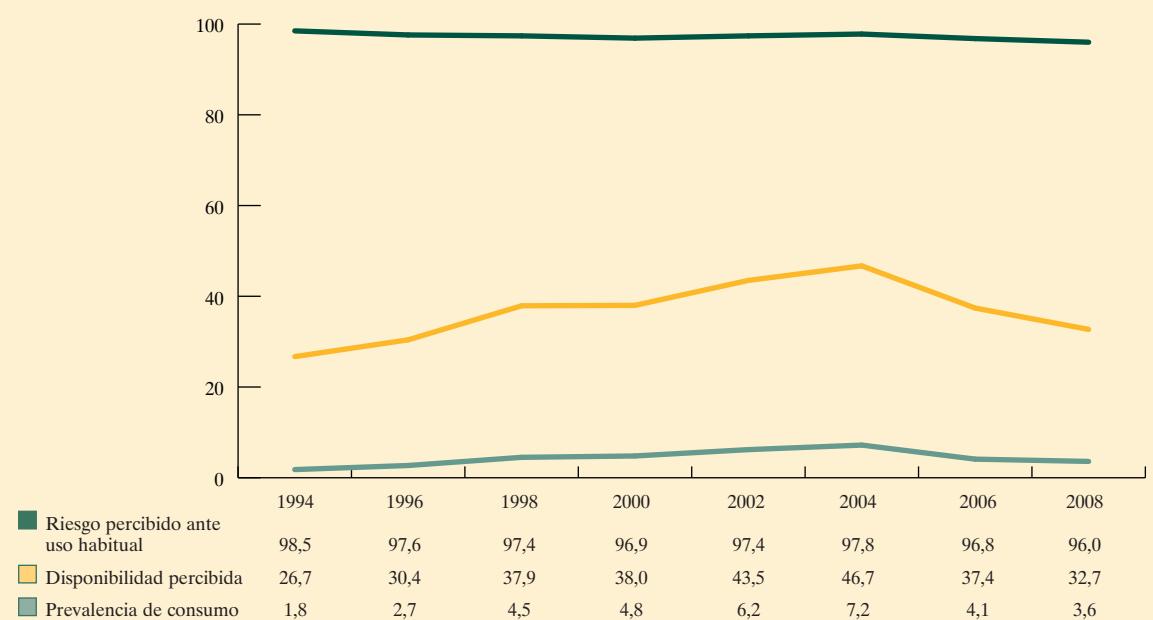
Figura 1.3.11. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual y de la disponibilidad percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008.



Riesgo percibido: Proporción de encuestados que piensa que el consumo habitual de cannabis puede producir muchos o bastantes problemas.
Disponibilidad percibida: Proporción de encuestados que piensa que sería fácil o muy fácil conseguir cannabis si quisiera

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.3.12. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual y de la disponibilidad percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008.



Riesgo percibido: Proporción de encuestados que piensa que el consumo habitual de cocaína puede producir muchos o bastantes problemas.
Disponibilidad percibida: Proporción de encuestados que piensa que sería fácil o muy fácil conseguir cocaína si quisiera

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

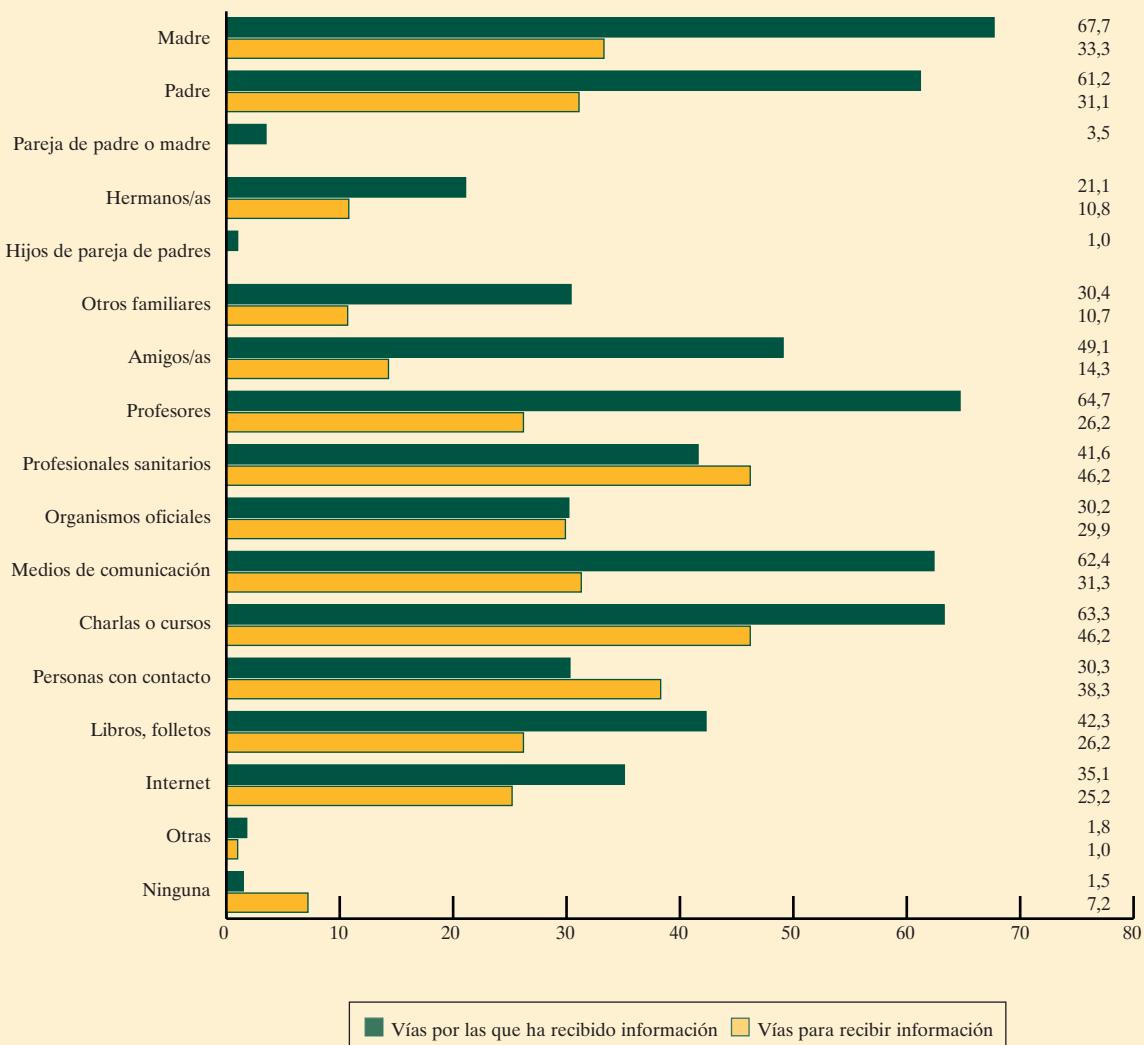
■ Información sobre drogas recibida

En 2008 una amplia mayoría de los estudiantes (85,7%) se consideraba suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados (Tabla 1.3.32). Las principales vías por las que los estudiantes recibían información eran las madres (67,7%), los profesores (64,7%) y las charlas o cursos (63,3%) (Figura 1.3.13).

En este mismo año aumentó la proporción de los estudiantes que declaraba haber recibido información por parte de padres y hermanos, y de profesores, con respecto a años anteriores.

En cuanto a las vías preferentes por las que los estudiantes deseaban recibir información sobre drogas en 2008 destacaban los profesionales sanitarios (46,2%), las charlas y cursos sobre el tema (46,2%) y las personas que habían tenido contacto con las drogas (38,3%).

Figura 1.3.13. Principales vías de información por las que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han recibido información sobre drogas y vías por las que prefieren recibir información sobre drogas. España, 2008.



Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.32. Autovaloración de la información recibida sobre drogas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Perfectamente informado	23,7	33,1	35,5	39,9	45,4	48,4	47,5	46,1
Suficientemente informado	44,0	42,8	41,8	42,4	40,5	40,3	39,0	39,6
Informado a medias	27,5	20,4	18,9	14,9	12,1	9,8	11,0	11,5
Mal informado	4,8	3,8	3,8	2,7	2,0	1,6	2,4	2,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de drogas en el grupo de iguales

Respecto al consumo de drogas en el entorno social de los estudiantes y en su grupo de iguales, los resultados de la presente encuesta muestran que en los últimos 30 días, algo más de un tercio de los jóvenes (35,5%) afirma que todos o la mayoría de sus amigos han consumido tabaco. Sin embargo, la sustancia de consumo más generalizado entre los jóvenes sigue siendo el alcohol, con más de la mitad de los jóvenes que declaran que todos o la mayoría de sus amigos y compañeros con los que se relacionan han tomado bebidas alcohólicas (58,8%) en los últimos 30 días. El consumo de alcohol en el grupo de amigos no sólo se muestra frecuente, sino también intenso, ya que el 23,8% de los estudiantes encuestados declararon que todos o la mayoría de los componentes de su grupo se habían embrorrachado alguna vez en los últimos 30 días.

Entre las drogas ilegales, tan sólo el consumo de cannabis parece estar extendido en los grupos de amistades, ya que el 14,4% de los entrevistados declararon que todos o la mayoría de sus amigos o compañeros habían consumido esta sustancia durante el último mes, cifra muy parecida a la obtenida en el estudio realizado el año 2006, que fue del 14,7%.

Como menos extendidos están el resto de las drogas, sin sobrepasar ninguna de ellas el 2% de jóvenes que declaran que todos o la mayoría de sus amigos las han consumido en su presencia.

■ Dinero disponible semanalmente por término medio y hora de regreso a casa

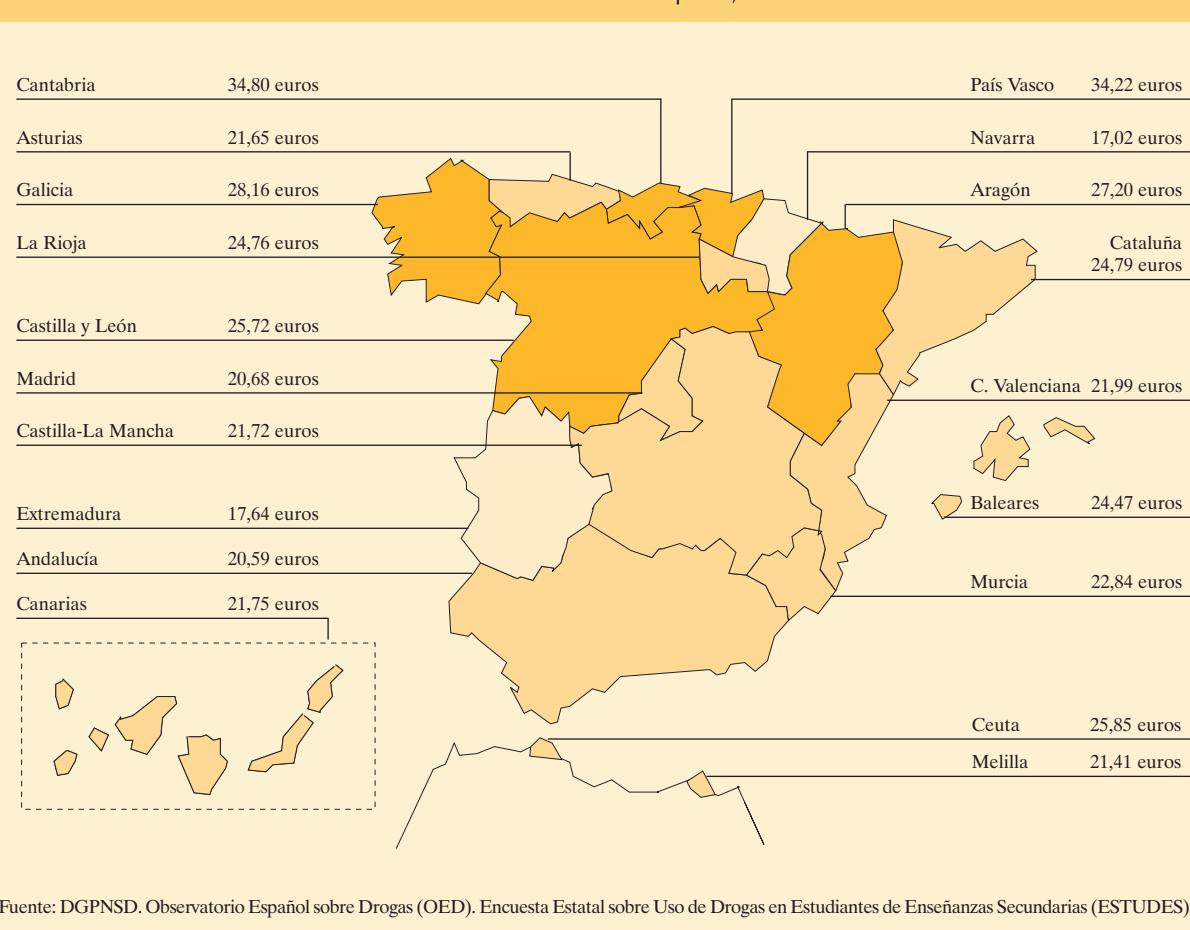
La cantidad de dinero de la que los estudiantes disponen a la semana, por término medio, para satisfacer sus gastos personales se sitúa en 23,2 euros. La cantidad de dinero que disponen aumenta con la edad, los de 14 años son los que tienen menos dinero (16,9 euros), mientras que los de 18 años son los que tienen más (42,7 euros). Los chicos son los que disponen de mayor cantidad de dinero a la semana (27,1 euros frente a los 19,4 de las chicas). Por comunidades autónomas, como podemos ver en la Figura 1.3.14, en Cantabria, País Vasco y Galicia es donde declararon los estudiantes disponer de mayor cantidad de dinero (34,8 euros, 34,2 euros y 28,2 euros, respectivamente). En Navarra, Extremadura y Andalucía es donde declararon disponer de menor cantidad de dinero (17,0 euros, 17,6 euros y 20,6 euros, respectivamente).

Esta cantidad de dinero ha disminuido sustancialmente en el último año. La cantidad de dinero medio que se registró en el 2006 fue de 35,3 euros. Sin embargo, esta situación no ha implicado un adelanto en la hora media de llegar a casa.

La hora de regreso a casa más frecuente durante la última salida en fin de semana estuvo entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana, con un 20,3%. Este resultado es parecido al obtenido en el año

2006. Como era esperable, la hora de regreso a casa depende de la edad: los regresos antes de la 1 de la noche, son mayoritarios entre los estudiantes de 14 y 15 años mientras que los regresos posteriores a las 4 de la madrugada, son fundamentalmente, de alumnos de 18, 17 y 16 años (Tabla 1.3.33).

Figura 1.3.14. Dinero disponible semanalmente por término medio, para los gastos personales de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.33. Hora de regreso a casa la última salida en fin de semana por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes) por edad. España, 2008.

	14	15	16	17	18	Total
Antes de las 12	32,1	19,6	10,4	5,3	2,8	14,5
Entre las 12 y la 1	25,1	20,6	14,4	8,9	5,6	15,7
Entre la 1 y las 2	15,5	17,1	14,3	11,2	6,5	13,8
Entre las 2 y las 3	11,5	15,2	16,5	15,7	10,9	14,6
Entre las 3 y las 4	7,0	12,5	18,1	19,8	17,9	15,3
Entre las 4 y las 8	5,8	10,6	20,3	31,6	45,0	20,3
Después de las 8	2,9	4,4	6,0	7,4	11,4	5,9

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

1.4. ESTIMACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE HEROÍNA Y COCAÍNA EN ESPAÑA

El conocimiento de la prevalencia y la incidencia del consumo problemático de heroína y cocaína es muy útil para el diseño y evaluación de programas de salud. Sin embargo, hay muchas limitaciones metodológicas para obtener directamente esta información a partir de encuestas poblacionales. Una alternativa es realizar estimaciones a partir de indicadores de problemas de drogas basados generalmente en los consumidores atendidos en determinados servicios. En este sentido, en Europa existe un interés creciente por estimar las tendencias de la incidencia de consumo problemático de heroína y cocaína (nuevos consumidores), porque permite conocer la dinámica de las epidemias de consumo y evaluar la adecuación de las intervenciones desarrolladas, aunque sea en un contexto histórico. Por este motivo se decidió emprender esta tarea en España. El trabajo que ahora se presenta surgió tras el publicado recientemente en la revista *Addiction*¹ y fue realizado con una metodología similar. Su objetivo fue estimar la evolución de la incidencia de consumo problemático de heroína en España entre 1971 y 2006, y la incidencia del consumo problemático de cocaína entre 1978 y 2006, basándose en el indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, que desde 1991 diferencia entre las personas admitidas a tratamiento por primera vez en la vida (primeros tratamientos) y las personas con tratamiento previo. Se seleccionaron 169.682 personas de 15-54 años que iniciaron su primer tratamiento por abuso o dependencia de heroína entre 1991 y 2006 y 89.760 personas de 15-59 años que lo iniciaron por cocaína (Tabla 1.4.1).

Tabla 1.4.1 Restricciones establecidas para el análisis de los admitidos a tratamiento por heroína o cocaína con objeto de estimar la evolución de la incidencia del consumo problemático de estas drogas en España.

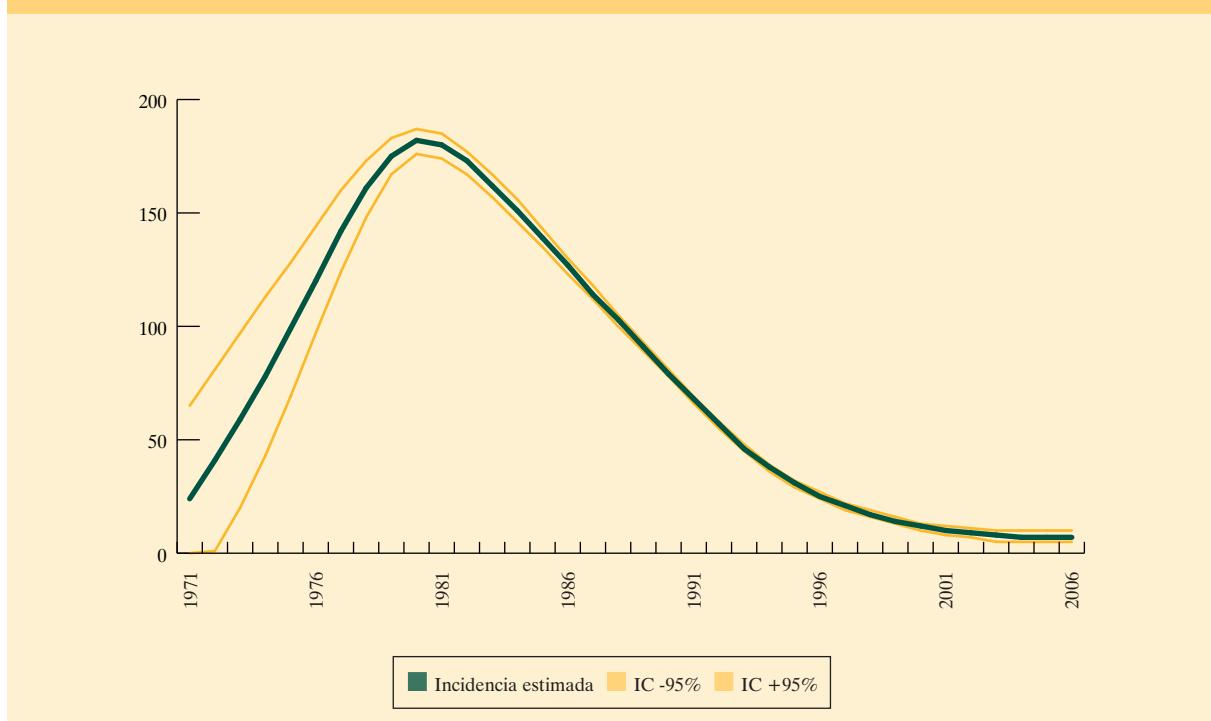
	Heroína	Cocaína
Año de primer consumo conocido	1971-2006	1978-2008
Edad de primer consumo	10-44 años	10-54 años
Edad de primer tratamiento por esa droga	15-54 años	15-59 años
N	169.682	89.760

Se clasificó a cada persona en una tabla de contingencia según el año de inicio en el consumo de heroína o cocaína y el período de latencia o tiempo que había tardado en iniciar su primer tratamiento desde el inicio del consumo. Esta tabla era incompleta debido a los truncamientos causados por los datos (a la izquierda debido a las personas que efectuaron su primer tratamiento antes de 1991, el primer año observado, y a la derecha debido a las personas que todavía no habían sido admitidas a tratamiento en 2006). Por esta razón se reconstruyó la tabla mediante un modelo log-lineal cuasi independiente ajustado a los datos observados. Los totales (marginales) de fila de la nueva tabla constituyen la incidencia estimada para cada año. A partir de los parámetros estimados en el modelo se obtuvo también la distribución del período de latencia.

Estratificando la tabla por comunidades autónomas, se pueden obtener sus respectivas incidencias de consumo y períodos de latencia. Los resultados muestran que se produjo un rápido aumento de la incidencia durante la década de 1970, pasando de un número muy bajo de consumidores por 100.000 habitantes en 1971 a 182/100.000 en 1980. Despues la incidencia descendió abruptamente hasta mediados de los noventa, llegando a tasas de 31/100000 en 1995, y bastante más lentamente a partir de entonces hasta situarse en tasas aproximadas de 7/100.000 en 2006 (Figura 1.4.1).

1. Sánchez-Niubó A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction* 2009; 104(2):248-255.

Figura 1.4.1. Estimación de la incidencia de consumo problemático de heroína, según año de inicio en el consumo. Tasas suavizadas de nuevos consumidores por 100.000 habitantes de 15-44 años e intervalos de confianza al 95%. España, 1971-2006.



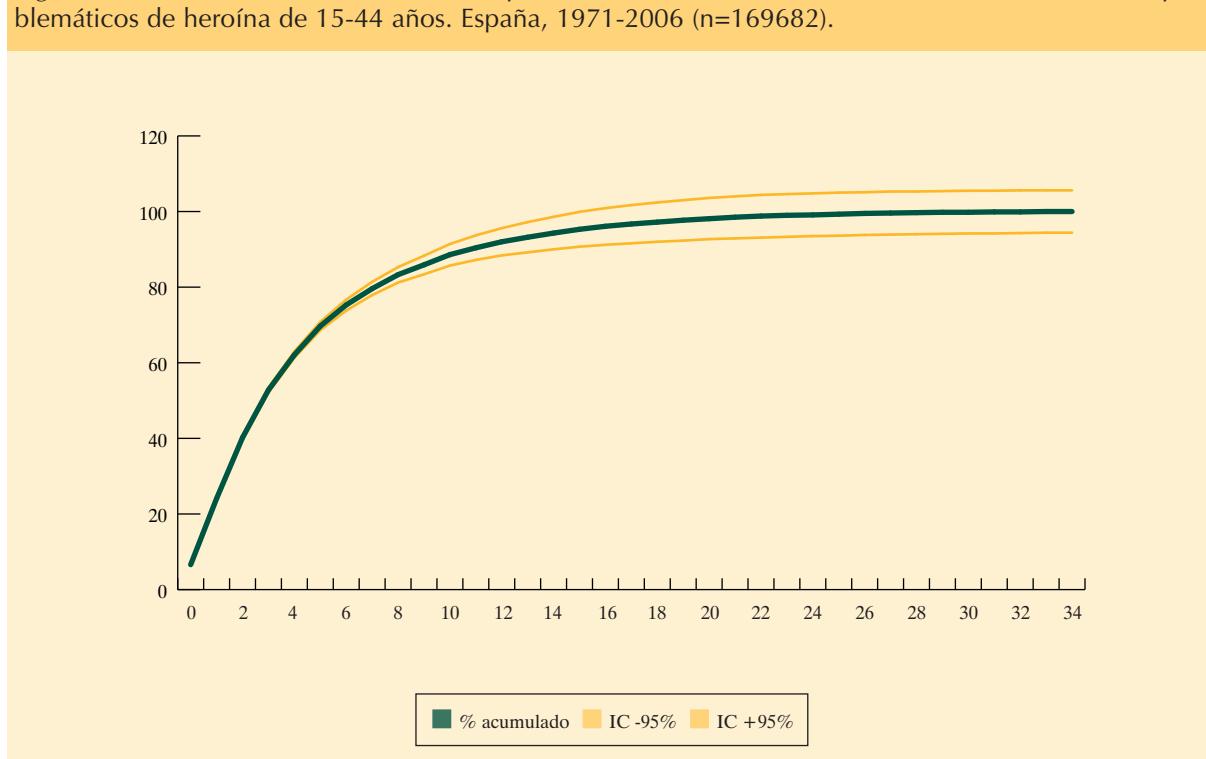
Por otra parte, la incidencia fue por término medio 5,7 veces más alta en hombres que en mujeres. El análisis según vía de administración tiene más limitaciones porque se asume que la vía de inicio fue la vía principal de consumo en el momento de la admisión a tratamiento (y esto no es necesariamente así, ya que con relativa frecuencia se producen cambios de vía). En cualquier caso, los resultados muestran que la máxima incidencia de consumo problemático de heroína por vía inyectada pudo producirse hacia 1980, con un descenso rápido posterior, mientras que la incidencia de consumo por vía pulmonar (fumada) no llegó a alcanzar cifras tan altas como el consumo por vía inyectada y se mantuvo en su máximo nivel (meseta) durante toda la década de los ochenta, para comenzar a descender a principios de los noventa.

La distribución del período de latencia global para los consumidores problemáticos de heroína estimados puso de manifiesto que el 50% de las personas tardó algo menos de 3 años en iniciar su primer tratamiento por esta droga (Figura 1.4.2).

En cuanto a la distribución del período de latencia por CCAA, globalmente se observaron diferencias, siendo Asturias donde en el conjunto del período se tardó menos en iniciar un primer tratamiento (el 50% tardó aproximadamente 1,5 años), mientras que en Madrid fue donde se tardó más (el 50% tardó aproximadamente 6 años).

El trabajo confirma el descenso del consumo problemático de heroína sugerido por los indicadores indirectos (urgencias, tratamiento, mortalidad) desde principios de la década de los noventa. Indica también que dicho descenso comenzó diez años antes de lo que revelan dichos indicadores y que actualmente la incidencia de nuevos consumidores problemáticos de heroína en España probable-

Figura 1.4.2. Distribución acumulada del período de latencia (años) de los nuevos consumidores problemáticos de heroína de 15-44 años. España, 1971-2006 (n=169682).



mente está estabilizada y es menor que a principios de los años 70, y aproximadamente 25 veces más baja que en el período 1979-1982, momento en que fue máxima. Las causas del descenso abrupto del inicio en el consumo de heroína son seguramente complejas, y no pueden centrarse sólo en la percepción del riesgo y los daños causados por la infección por VIH, porque parece claro que tanto el descenso de la incidencia de consumo problemático de heroína como el descenso del consumo por vía inyectada comenzó antes de que hubiera conciencia de dichos riesgos entre los profesionales y los consumidores. Es más, el descenso de la incidencia de consumo comenzó antes de que se tuviera conciencia de la gravedad de la epidemia de consumo de heroína, y por tanto antes de que se realizara ninguna acción sanitaria o política al respecto.

Aunque los modelos han de ser aún depurados, la misma metodología aplicada a los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por cocaína muestra que la incidencia de consumo problemático de esta droga se mantenía todavía a niveles muy bajos en 1978 (cuando la incidencia de consumo problemático de heroína estaba en plena explosión), aumentó lentamente hasta 1993 y posteriormente se disparó hasta llegar a superar los 100.000 nuevos consumidores problemáticos anuales en torno a 2002-2004, para mostrar signos de descenso a partir de esos años. Por otra parte, el período de latencia para cocaína ha sido mucho más largo que para heroína. De hecho, el 50% de los consumidores problemáticos tardaría aproximadamente 20 años en iniciar el primer tratamiento por abuso o dependencia de cocaína.

A la hora de interpretar los resultados hay que tener en cuenta que la incidencia estimada se refiere sólo a consumidores de heroína o cocaína que llegaron o llegarán a tratarse en un centro ambulatorio público o financiado con fondos públicos. Aún así, marca la evolución de la incidencia global asumiendo que la proporción de consumidores no observados es constante. La magnitud de la inciden-

cia estimada puede estar sesgada porque el modelo empleado requiere que el período de latencia sea estable en todos los años de estudio y en el caso de la heroína la ampliación de los programas de mantenimiento con metadona a principios de los noventa debió provocar cambios en las pautas de solicitud de tratamiento. Además, cuando se comparan las tasas entre comunidades autónomas, debemos suponer que los registros de información son consistentes entre las mismas, lo que en algunos casos puede no ser cierto. Será necesario continuar realizando estas estimaciones en el futuro con un mayor volumen de casos para conocer mejor la evolución del fenómeno.

En cuanto a la prevalencia de consumo problemático de heroína y cocaína (suma de los consumidores nuevos y de los ya existentes hasta que lo dejan de ser) las estimaciones indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores, y que posteriormente ha descendido.

Las últimas estimaciones del consumo problemático de estas drogas publicadas hasta ahora datan de 2002; se realizaron con el método multiplicador de tratamiento y el método demográfico, y situaban la cifra de consumidores problemáticos de heroína entre 70.000 y 120.000, y la de consumidores problemáticos de cocaína entre 120.000 y 170.000.

Posteriormente se han intentado nuevas estimaciones, utilizando distintas fuentes de información, pero se ha tropezado con dificultades. Debido al bajo número de consumidores de heroína captados en las muestras es prácticamente imposible obtener directamente de las encuestas poblacionales estimaciones fiables de la proporción de consumidores que han iniciado tratamiento para aplicar el método multiplicador de tratamiento.

No obstante, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2007 se intentó aplicar el método nominativo, una variante del anterior. Para ello se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína, y para cada uno de los conocidos, si sabían si habían iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año. Sólo se obtuvieron respuestas válidas de 1.268 consumidores nominados, de los que según los entrevistados 581 (46%) habían iniciado un tratamiento por dependencia. Aplicando este multiplicador a los 18.904 admitidos a tratamiento por heroína en 2007, se obtuvo una cifra de 41.037 consumidores problemáticos de heroína. Esta cifra puede parecer baja, pero si se admite que corresponde a los consumidores de heroína que no estaban en mantenimiento con opioides (TMO) y que en 2007 había en España, según la Memoria anual del Plan Nacional sobre drogas, 81.724 personas en TMO (de los cuales es razonable pensar que el 40% había consumido alguna vez heroína en los últimos 12 meses) la estimación total del número de consumidores problemáticos de heroína en España en 2007 pasa a ser de 73.727.

Es probable que esta cifra esté aún infraestimada porque los entrevistados pudieron confundir “iniciar tratamiento” con “estar en tratamiento” y por ser más visibles y conocidos los consumidores de heroína en tratamiento que el resto. Por ello se aplicó también el multiplicador al número estimado de consumidores de heroína que realizó algún tratamiento por abuso o dependencia de esta droga en 2007 (29.555 personas) con lo que se obtuvo una estimación de 96.940 consumidores problemáticos de heroína.

Por lo que respecta a la estimación del número de inyectadores de drogas, en EDADES 2007 se obtuvieron respuestas válidas de 1.407 inyectadores nominados, de los que, según los entrevistados, 605 (43%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas; lo que aplicado a los 4.892 inyectadores admitidos a tratamiento en España en 2007 condujo a una estimación de 11.377 inyectadores de drogas recientes que no estarían en TMO. Si se añaden 13.076 inyectadores correspondientes a las personas en TMO (asumiendo que en esta población un 40% de los que han consumido heroína en los últimos 12 meses han utilizado la vía inyectada) la estimación sería de 24.443 inyectadores de drogas recientes.

Cuando en vez de utilizar el número de inyectadores admitidos a tratamiento se utilizó el número estimado de inyectadores que realizaron algún tratamiento por abuso o dependencia drogas en 2007 (7.902 personas), se obtuvo una estimación de 29.754 inyectadores recientes.

También se pueden realizar estimaciones de la prevalencia de inyectadores VIH negativos en España utilizando como referencia el número anual de nuevos diagnósticos VIH en inyectadores de drogas y como multiplicador la incidencia anual de infección por VIH en inyectadores. En este caso los nuevos diagnósticos VIH en inyectadores de drogas se estimaron extrapolando a partir de los datos promedio de 2006-2007 de los registros de VIH de ocho comunidades autónomas, que en conjunto tienen una población de algo más de 14 millones de habitantes (ver capítulo 2.3), con lo que se obtuvo una cifra de 337 para el conjunto de España en 2007.

Por otra parte, el multiplicador (incidencia anual de infección por VIH en inyectadores) se estimó teniendo en cuenta los datos de varios estudios publicados: 4,5% en 2001-2003 en la cohorte *Itinere*, 4,4% en 2002 en la cohorte del Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia², aproximadamente 2% en hombres y 4% en mujeres en la misma cohorte de Valencia para 2005³. Con incidencias anuales del 4%, 3%, 2% y 1% tendríamos estimaciones del número de inyectadores de drogas recientes VIH negativos para España en 2007 de 8.430, 11.240, 16.861 y 33.721, respectivamente. Teniendo en cuenta la evolución de la incidencia en la cohorte de Valencia, puede ser razonable asumir una tasa del 2,5% para 2007, con lo que el número estimado de inyectadores de drogas recientes VIH negativos para el conjunto de España en dicho año estaría en torno a 13.500. En cualquier caso las cifras totales de inyectadores para 2007 serían mucho más bajas que la estimada en la segunda mitad de la década de los noventa, cuando la prevalencia se cifraba en más de 80.000⁴.

En cuanto a la cocaína en EDADES 2007 se obtuvieron respuestas válidas de 810 consumidores nombrados, de los que según los entrevistados 25 (3%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de esta droga en los últimos 12 meses, lo que aplicado a los 23.037 admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína en España en 2007 conduce a una cifra de consumidores problemáticos muy elevada, que seguramente sobreestima mucho la cifra real. La razón está probablemente en que en el caso de la cocaína transcurre mucho tiempo entre el inicio del consumo y el inicio del tratamiento (por término medio 20 años), por lo que no sería correcto aplicar la tasa anual de tratamiento de un 3% a los consumidores de 2007. Sin embargo, en este caso pueden realizarse distintas estimaciones por el método directo a partir de EDADES 2007 (extrapolación directa de las cifras de prevalencia), con lo que se obtienen cifras más bajas, que aunque puedan estar subestimadas por una cierta ocultación de los consumos más intensivos, al menos se puede considerar que representan un mínimo. Estas estimaciones por el método directo indican que en 2007 había en España: 208.504 consumidores de cocaína que habían consumido esta droga más de 30 días en los últimos 12 meses, 186.488 que la habían consumido 4 días o más en los últimos 30 días y 64.753 que la habían consumido 10 días o más en los últimos 30 días (grupos que no son mutuamente excluyentes).

Considerando las limitaciones de los métodos utilizados para realizar las estimaciones referidas a la prevalencia, y las numerosas asunciones que hay que realizar ante la falta de información básica y actualizada para aplicar los distintos métodos, los resultados de los ejercicios anteriores han de tomarse y utilizarse con mucha cautela.

2. Hurtado I, Alastrue I, Ferreros I, Del Amo J, Santos C, Tasa T et al. Trends in HIV testing, serial HIV prevalence and HIV incidence among people attending a Center for AIDS Prevention from 1988 to 2003. *Sex Transm Infect* 2007; 83(1):23-28.

3. Hurtado N, I, Alastrue I, Del Amo J, Santos C, Ferreros I, Tasa T et al. Differences between women and men in serial HIV prevalence and incidence trends. *Eur J Epidemiol* 2008; 23(6):435-440.

4. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiesing L, Hickman M, Strathdee SA et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372(9651):1733-1745.

2

Problemas relacionados con las drogas

2.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS, 1987-2007

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del “indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”, cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar los centros que participan en la notificación, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información y sobre la cobertura del indicador.

El indicador admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España, y que existe desde 1987. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el indicador urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el indicador mortalidad por reacción aguda a drogas. Este subsistema de información, que en su origen se denominó Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), y que después ha recibido distintas denominaciones, nació con el propósito de monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas, especialmente de aquéllas que como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en un anexo del protocolo en una comunidad autónoma y en un año dado. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año, separando en el ámbito autonómico los episodios repetidos con ayuda de un código de identificación personal (CIP) formado por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha y provincia de nacimiento y el sexo. El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las comunidades autónomas, pero como los CIP no se transmiten al nivel estatal, no se pueden separar los episodios repetidos de admisiones de la misma persona durante el mismo año en dos o más comunidades autónomas diferentes. Aunque la información disponible indica que esta situación es poco frecuente, puede dar lugar a una pequeña sobreestimación del indicador a nivel estatal. Se considera tratamiento, cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su

intensidad. Se consideran ambulatorios, aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro o los realizados en servicios de tratamiento de drogodependencias de prisiones. Hay que tener en cuenta que algunos centros notificadores, además de tratamientos ambulatorios, pueden realizar tratamientos con internamiento o modalidades mixtas. Sin embargo, a efectos de este indicador, sólo se notifican los tratamientos ambulatorios. Los criterios diagnósticos de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque debe tenderse a aplicar los de las dos principales clasificaciones internacionales en vigor (DSM-IV o CIE-10).

Se notifican como episodios de admisión a tratamiento cualquiera de las situaciones siguientes: 1) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez, considerando se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica (médica, social o psicológica) en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador. Se notifican las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas opioides, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento. En el caso de los tratamientos con sustitutivos, no se considera como droga principal la que se ha utilizado terapéuticamente en el programa de mantenimiento (por ejemplo, metadona), sino la sustancia cuyo abuso o dependencia motivó el primer tratamiento (generalmente la heroína). El paso de un programa de mantenimiento con sustitutivos a otro “libre de drogas” sin interrupción temporal del tratamiento se considera como un sólo tratamiento. 2) La readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando readmisión una admisión a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono. Los criterios de alta terapéutica, expulsión y abandono se describen en el protocolo del indicador. Se considerará que el paciente ha abandonado el tratamiento cuando el paciente está 6 meses sin contactar físicamente con el centro sin indicación expresa de los profesionales. 3) La continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que posteriormente acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento. 4) La admisión a un tratamiento afectado por una situación judicial o administrativa (remisión condicional de la pena, excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento, tratamiento en sustitución de sanción administrativa o tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario).

No se notifican como admisiones a tratamiento: 1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento ni las demandas que pasan a la lista de espera. 2) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales. 3) Los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas; por ejemplo, el tratamiento de una sobredosis, un síndrome de abstinencia o una infección. 4) Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros. 5) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

Aunque sería deseable que notificaran todos los dispositivos que potencialmente pueden realizar en España tratamientos del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, la inclusión de todos (centros de atención primaria de salud, hospitales, clínicas privadas, etc.) es muy difícil y costosa. Por eso, en la práctica se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias (ya sean centros independientes, ya estén integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros), programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que incluyen

una fase ambulatoria o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería. En general, no se incluyen como centros notificadores aquéllos que realizan únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento (unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, algunos hospitales o servicios psiquiátricos), porque se piensa que la mayoría de los dependientes tratados en estos centros han sido derivados desde centros ambulatorios notificadores. No obstante, este criterio podría ser reconsiderado en el futuro. La cobertura del Indicador Tratamiento con respecto a los centros públicos o privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas ha sido prácticamente total desde la puesta en marcha del indicador y, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario en España, es difícil que una parte significativa de tratamientos por drogas psicoactivas se realice en centros exclusivamente privados, aunque la proporción podría ser mayor en el caso de la cocaína y el cannabis que en el caso de los opioides.

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico, en las unidades autonómicas se validan y depuran los datos y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, y se tabula y analiza la información.

Se dispone de un programa informático del indicador que usan la mayoría de las comunidades autónomas y permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos, y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que, aunque en sus elementos básicos han permanecido estables a lo largo de su andadura, y por lo tanto se pueden elaborar estadísticos comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal (la que motiva el tratamiento) o era su primer tratamiento en la vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga. Por ello, en 1991 se introdujeron algunas modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones, y en 1996 entraron en vigor otras consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco) y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva y el estado serológico frente a VIH. Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador admisiones a tratamiento, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI promovido por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) y para corregir algunas disfunciones observadas. Las principales modificaciones fueron las siguientes: 1) Se incluyeron cinco variables del TDI que no existían en el indicador español (nacionalidad y, referidas a los 30 días previos a la admisión a tratamiento, frecuencia de consumo de la droga principal, persona o servicio que refirió al paciente a tratamiento, tipo de convivientes y tipo de alojamiento). 2) Se asignaron códigos específicos al consumo de la mezcla de heroína+corhidrato de cocaína, de heroína+base o crack y de heroína+cocaína en las variables droga principal y drogas secundarias, y se tomó la decisión de clasificar estas categorías como heroína en el momento del análisis. 3) Se modificaron las categorías de la variable vía de administración, agrupando en una sola las dos categorías referidas a vía pulmonar: “fumada en cigarrillos o pipa” e “inhalada (incluyendo chinos o papel de plata)” y quedando etiquetada la nueva categoría como “pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)”. La modificación se planteó para eliminar el término “inhalar” que es ambiguo con respecto a la vía de absorción y era interpretado de forma diferencial por los distintos notificadores, para unos como “esnifar

polvo, vía intranasal” y para otros como “aspirar gases o vapores, vía pulmonar”. 4) Se modificaron las categorías de la variable “máximo nivel de estudios completado”, pasando de 9 categorías de la versión anterior a 8 en la nueva versión, que es una combinación de la Clasificación Nacional de Educación 2000 y de la clasificación del Censo de Población y Viviendas 2001. 5) Se modificaron las categorías del “país de nacimiento”, asignando un código a cada país, de acuerdo con el sistema utilizado por el Instituto Nacional de Estadística. En la versión anterior sólo se individualizaban grupos de países. Además de estas modificaciones, se reafirmó la decisión previa de no registrar la metadona ni otros sustitutivos opioides prescritos en el marco de programas terapéuticos ni como droga principal ni como secundaria. En este punto el indicador español se aparta del criterio TDI, que establece que los sustitutos opioides han de registrarse como droga principal si son las drogas más consumidas por el sujeto, ya sea de forma incontrolada o controlada, diferenciándose esta última circunstancia *a posteriori* mediante una nueva variable que indica si en el momento de la notificación el paciente está o no en tratamiento con sustitutivos. La adopción en España del criterio TDI hubiera obligado a cambiar profundamente el funcionamiento tradicional del indicador, puesto que en el momento en que en teoría hay que notificar (cuando se abre historia clínica o se readmite al paciente a tratamiento) muchas veces no se sabe a qué modalidad terapéutica va a ser asignado el paciente. El criterio TDI exige esperar un tiempo para notificar, lo que puede comportar un riesgo importante de retraso u olvido de la notificación, y desde luego obligaría de alguna forma a las comunidades que no tienen implantado un sistema con seguimiento individual a realizar este seguimiento, al menos durante unos meses.

Resultados

■ Admisiones a tratamiento por abuso/dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco)

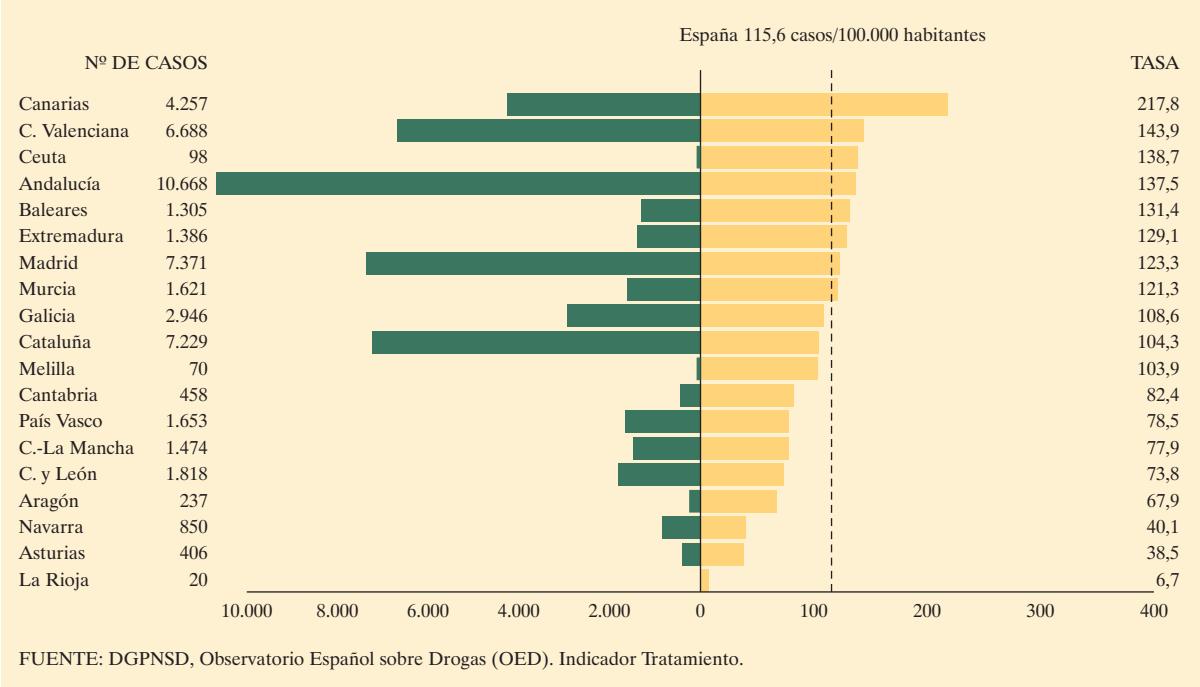
En 2007 se notificaron 50.555 admisiones a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco), procedentes de 506 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas fue similar al de los últimos años (49.012 en 2003, 52.128 en 2004, 50.630 en 2005 y 49.283 en 2006). Si se observan los datos a más largo plazo, puede observarse que entre 1987 y 1996 se produjo un aumento ininterrumpido del número global de admisiones a tratamiento en España, y a partir de entonces con algunos altibajos se han mantenido relativamente estable. Esta relativa estabilidad es una combinación del efecto de varios factores como son el descenso del consumo de heroína y el impacto de los tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opioides que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales) que actuarían disminuyendo el número de admisiones; así como del aumento reciente del consumo de cocaína y de cannabis, que actuarían aumentándolo.

En 2007 la tasa global de admisiones para el conjunto de España fue de 115,6 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades con mayores tasas poblacionales fueron Canarias, Comunidad Valenciana, Ceuta y Andalucía, y las comunidades con tasas más bajas La Rioja, Asturias, Navarra y Aragón (Figura 2.1.1). Las diferencias interautonómicas pueden responder tanto a diferencias de base en el consumo problemático de drogas, como a desigualdades en la oferta y utilización de servicios, e incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Una de cada seis admisiones a tratamiento se produjeron en mujeres (15,3%) y aproximadamente la mitad (47,6%) correspondieron a personas admitidas por primera vez en la vida (Tabla 2.1.1).

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento para ceder el puesto a la cocaína. De hecho, esta última motivó 23.037

Figura 2.1.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2007.



(45,6%) admisiones a tratamiento, frente a 18.904 (37,4%) motivadas por heroína. A continuación se situó el cannabis con 5.936 admisiones (11,7%). La proporción de admisiones a tratamientos por otras sustancias psicoactivas fue muy baja: opioides distintos a heroína o sin especificar (1,9%), hipnosedantes (1,6%), anfetaminas (0,8%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,4%), alucinógenos (0,1%) y sustancias volátiles (0,1%) (Tabla 2.1.2).

No obstante, el peso de las distintas drogas varió mucho según fueran o no casos con tratamiento previo (Tabla 2.1.2). Si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo (tratados por primera vez en la vida), el peso de drogas como la cocaína o el cannabis, es mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor. De hecho, en este subgrupo la cocaína fue con mucha diferencia la droga que causó una mayor proporción de admisiones (58,3%), seguida del cannabis (20,1%) y la heroína (15,9%). Las anfetaminas y el éxtasis tenían también un peso muy bajo entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, con 1,2% y 0,6%, respectivamente, del conjunto de primeras admisiones.

Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante en los últimos años, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida a partir de 1992. A partir de 2002, no obstante, se ha ralentizado mucho el ritmo de descenso de las primeras admisiones por heroína, e incluso en 2007 el número de tratados (3.672) ha aumentado con respecto a 2006 (3.318). Por su parte, las admisiones a tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir de 1998, estabilizándose el número de admisiones a partir de 2005 (Figura 2.1.2). Entre 1996 y 2005 se produjo un fuerte aumento de las admisiones a tratamiento por cocaína, llegándose a multiplicar por ocho el número de admisiones a tratamiento, y afectando el aumento tanto a los tratados por primera vez en la vida como a los tratados previamente (Figura 2.1.3). Sin embargo, a partir de 2005 se aprecian signos de estabilización o descenso del número de tratados por primera vez en la vida (15.258 en 2005, 13.463 en 2006 y 13.429 en 2007), mientras continúa aumentando el número de personas tratadas por cocaína que ya habían sido tratadas previamente por la misma droga (Figura 2.1.3). La forma de cocaína predominante sigue siendo el clorhidrato de cocaí-

Tabla 2.1.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2007.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	50555	25392	23034	42715	7687
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	47,6	-	-	47,0	50,7
Edad media (años)	33,0	35,5	30,2	33,0	32,8
Mujeres (%)	15,3	14,3	16,2	-	-
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,5	1,1	1,3	1,5
Enseñanza primaria	44,7	46,8	42,1	45,6	39,3
Enseñanzas secundarias	49,3	48,0	51,0	48,8	52,1
Estudios Universitarios	3,8	3,0	4,8	3,5	5,9
Otros	0,9	0,8	1,0	0,8	1,2
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	44,9	38,5	52,0	47,2	31,8
Parado no habiendo trabajado	7,0	7,4	6,5	6,6	9,2
Parado habiendo trabajado	26,4	31,1	21,5	26,0	28,7
Otras	21,7	22,9	20,1	20,1	30,3
Nacidos fuera de España (%)	6,4	5,4	7,4	6,3	7,3
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	14,5	19,0	9,4	13,9	17,9
Médicos generales, atención primaria de salud	12,5	7,9	17,3	12,4	13,6
Hospitales u otros servicios de salud	6,0	6,8	5,1	5,5	8,9
Servicios sociales	2,2	1,8	2,6	1,8	4,4
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	8,5	9,8	7,0	8,9	6,0
Servicios legales o policiales	5,6	3,8	7,8	6,0	3,7
Empresas o empleadores	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Familiares o amigos/as	14,7	9,3	20,5	15,0	13,4
Iniciativa propia	33,3	39,3	27,3	34,0	29,3
Otras	2,4	2,1	2,7	2,4	2,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	15,2	17,3	12,9	15,6	13,2
Unicamente con pareja	11,1	11,5	10,8	10,2	16,6
Unicamente con hijos	6,2	5,7	6,6	5,4	11,0
Con pareja e hijos/as	17,5	16,9	18,1	17,3	18,2
Con padres o familia de origen	42,5	40,0	45,3	44,2	32,4
Con amigos	3,9	4,0	3,7	3,6	5,2
Otros	3,7	4,6	2,6	3,7	3,5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	84,4	80,3	89,2	83,9	87,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	7,7	10,0	5,1	8,5	3,4
Otras instituciones	2,1	2,3	1,9	2,0	2,4
Pensiones, hoteles, hostales	0,9	1,1	0,7	0,9	1,2
Alojamientos inestables/precarios	2,4	3,1	1,7	2,4	2,8
Otros lugares	2,4	3,2	1,4	2,3	2,6

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

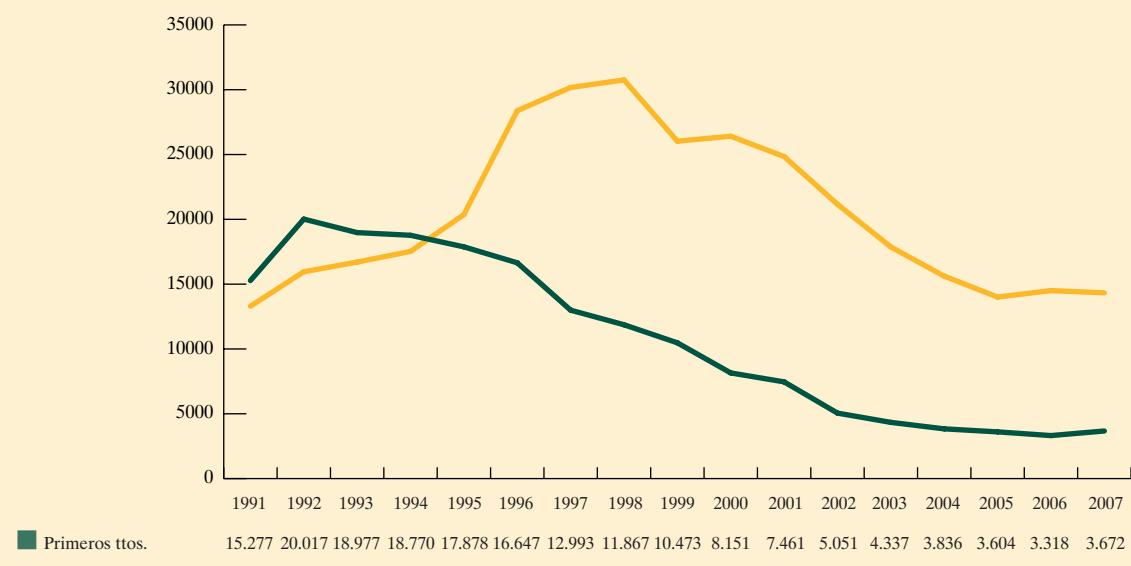
Tabla 2.1.2. Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2007.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	50555	25392	23034	42715	7687
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	39,3	59,1	16,9	39,2	39,5
Heroína	37,4	56,4	15,9	37,5	36,5
Metadona	1,1	1,7	0,4	1,1	1,4
Otros Opioides	0,8	1,0	0,6	0,7	1,5
Cocaína	45,6	34,5	58,3	46,2	42,2
Cocaína CLH	43,6	32,5	56,2	44,2	40,5
Cocaína base	2,0	1,9	2,1	2,0	1,7
Otros estimulantes	1,3	0,7	1,9	1,2	1,8
Anfetaminas	0,8	0,5	1,2	0,8	1,1
MDMA y derivados	0,4	0,1	0,6	0,4	0,4
Otros estimulantes	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
Hipnosedantes	1,6	1,0	2,2	1,1	4,2
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Benzodiazepinas	1,4	1,0	2,0	1,0	3,7
Otros hipnosedantes	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4
Alucinógenos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Cannabis	11,7	4,4	20,1	11,8	11,6
Otras sustancias	0,3	0,2	0,4	0,3	0,6
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,7	20,5	20,9	20,5	21,9
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	42,8	45,2	40,2	42,3	45,1
4-6 días/semana	8,1	6,4	9,7	8,2	7,1
2-3 días/semana	15,1	10,5	20,2	15,4	13,4
1 día/semana	6,0	4,3	7,9	6,0	5,8
Menos de 1 día/semana	6,5	6,2	6,8	6,5	6,5
No consumió	21,6	27,5	15,2	21,5	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	4,7	4,4	4,8	4,0	8,5
Pulmonar	45,5	51,2	39,6	45,6	44,8
Intranasal	41,1	30,5	52,6	41,6	38,6
Parenteral	8,1	13,3	2,7	8,3	7,5
Otras	0,5	0,7	0,3	0,5	0,5
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	24,7	39,4	9,0	24,9	23,4
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	10,0	15,1	4,6	10,2	9,1
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	7,8	12,8	2,3	7,4	10,2
Negativo (análisis últimos 6 meses)	22,9	25,0	20,9	22,8	23,1
Negativo (sin fecha de análisis)	21,6	27,7	15,2	21,8	20,8
Sin análisis o resultado desconocido	47,7	34,5	61,6	48,0	45,9

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos.

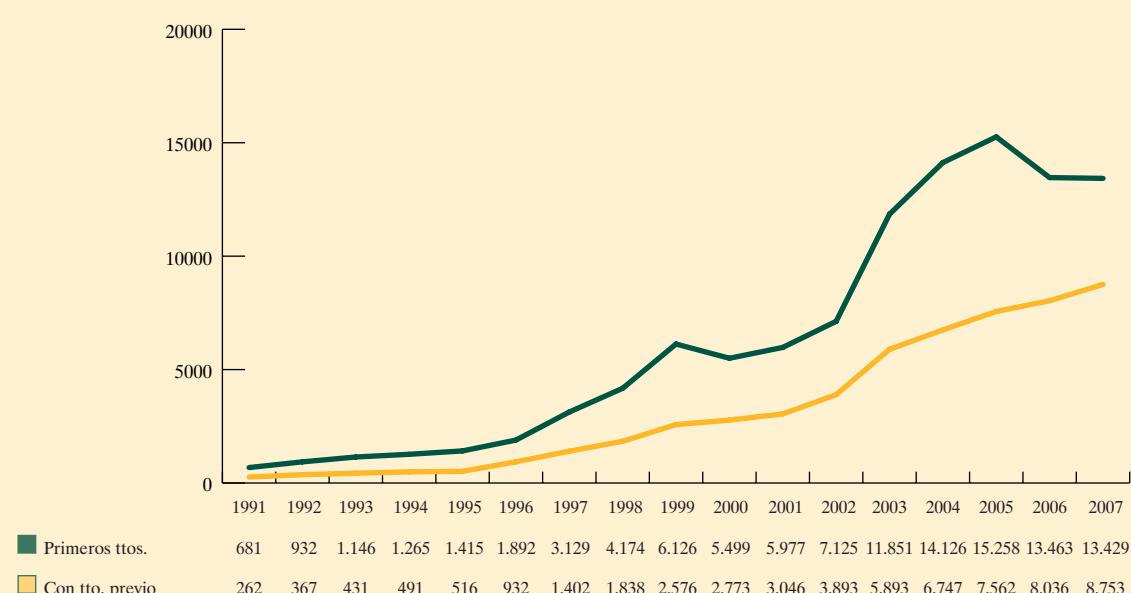
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 2.1.2. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

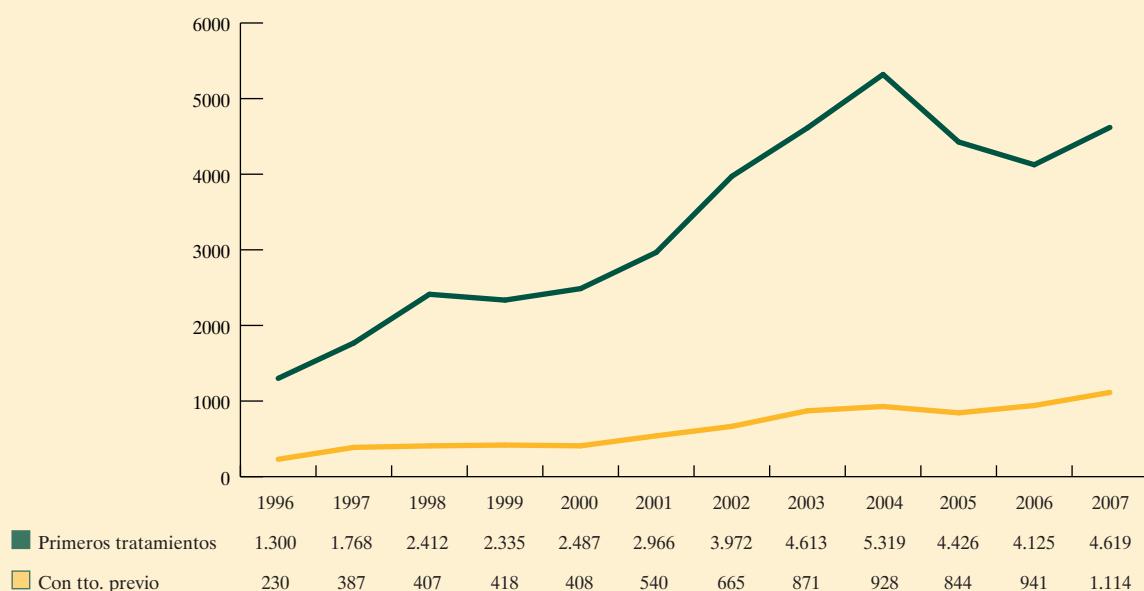
na que en 2007 causó el 43,6% del conjunto de admisiones a tratamiento por drogas frente a sólo 2,0% la cocaína base. La proporción de admisiones por cocaína base ha aumentado ligeramente desde 2002 (1,2% en 2002, 1,7% en 2004, 1,7% en 2005 y 2,0% en 2007).

El número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis aumentó bastante entre 1996 y 2005, pasando de 1.300 a 5.319. Sin embargo, a partir de 2005 se aprecian signos de descenso o estabilización del número de tratamientos por primera vez en la vida (4.426 en 2005, 4.125 en 2006 y 4.619 en 2007), mientras sigue aumentando lentamente el número de personas tratadas por cannabis que ya habían sido tratadas previamente por la misma droga (Figura 2.1.4).

El número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes ha aumentado de forma importante entre 1996 y 2007, pasando de 109 casos a 503 para los tratamiento por primera vez en la vida y de 77 a 261 para los previamente tratados por la misma droga (Figura 2.1.5). Por lo que respecta a las admisiones a tratamiento por éxtasis, anfetaminas o alucinógenos, se observa una tendencia a la disminución del número de admisiones por éxtasis desde 2002, al aumento de las admisiones por anfetaminas desde 2003 y una relativa estabilización de las admisiones por alucinógenos (Figura 2.1.6).

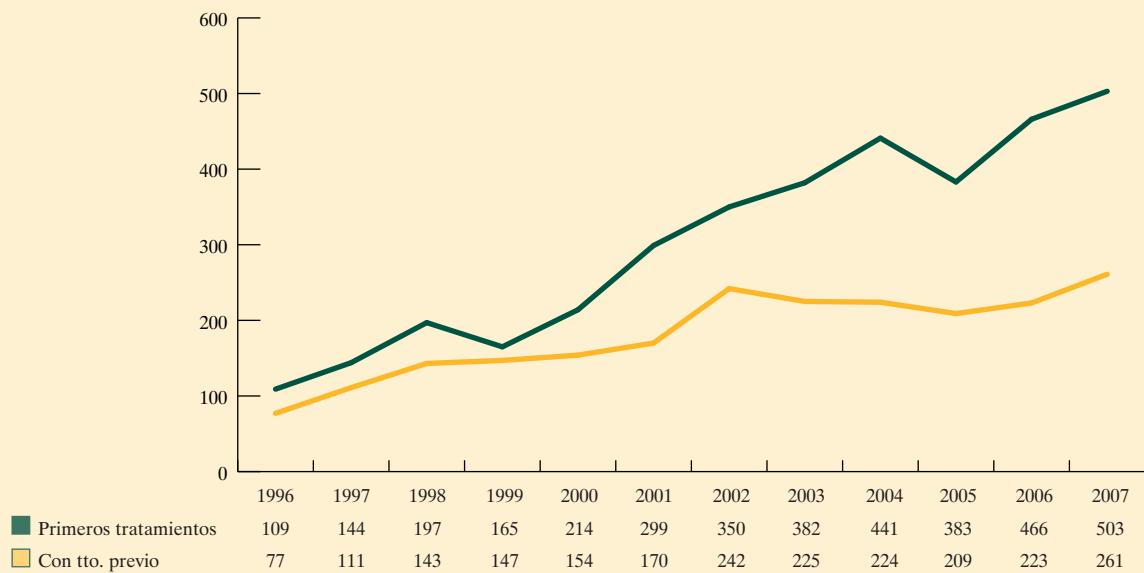
La gran mayoría (84,7%) de los admitidos a tratamiento en 2007 fueron varones. La proporción más alta de mujeres se observó entre los tratados por hipnosedantes (40,3%) y la más baja entre los tratados por inhalables volátiles(12,0%) y cocaína base (12,7%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Figura 2.1.4. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.5. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.3A. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007 (Continúa)

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	19880	18904	566	407	23037	22032	999
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	20,6	20,4	18,0	34,0	60,5	61,0	49,4
Edad media (años)	36,9	36,8	38,5	38,9	31,7	31,6	33,3
Mujeres (%)	15,3	14,9	19,6	29,2	14,1	14,2	12,7
Máximo nivel de estudios completado (%)							
Sin estudios	2,2	2,2	2,0	1,4	0,8	0,8	1,4
Enseñanza primaria	52,1	52,1	59,2	39,7	38,7	38,0	55,1
Enseñanzas secundarias	42,6	42,8	34,7	45,5	54,9	55,5	41,7
Estudios Universitarios	2,5	2,3	3,2	10,7	4,6	4,8	1,8
Otros	0,6	0,6	0,8	2,7	1,0	1,0	0,0
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	32,4	32,1	33,6	43,5	57,6	58,6	35,4
Parado no habiendo trabajado	8,8	8,6	15,2	6,6	5,1	5,0	6,3
Parado habiendo trabajado	35,3	35,9	22,5	22,5	20,7	19,5	46,4
Otras	23,6	23,4	28,7	27,3	16,6	16,8	11,8
Nacidos fuera de España (%)	7,4	7,4	5,5	7,4	5,6	5,5	5,9
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)							
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	19,1	19,0	15,8	28,0	13,2	13,7	4,4
Médicos generales, atención primaria de salud	6,7	6,4	8,5	17,0	16,1	16,7	5,4
Hospitales u otros servicios de salud	6,2	5,2	31,8	12,2	5,3	5,4	3,6
Servicios sociales	1,7	1,7	1,9	0,9	1,9	1,9	2,1
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	11,5	11,6	10,9	8,0	6,0	5,9	7,9
Servicios legales o policiales	2,5	2,5	1,7	3,3	5,6	5,7	3,9
Empresas o empleadores	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2	0,2	0,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Familiares o amigos/as	8,6	8,7	6,0	6,8	18,3	18,3	18,0
Iniciativa propia	41,7	42,9	21,6	21,7	31,2	30,0	51,9
Otras	1,9	1,9	1,9	1,8	2,2	2,2	2,4
Solo/a	19,3	18,8	30,3	23,7	13,5	13,2	18,1
Únicamente con pareja	12,2	12,3	9,2	12,9	11,3	11,3	11,5
Únicamente con hijos	4,4	4,2	6,7	9,8	7,3	7,6	1,7
Con pareja e hijos/as	16,4	16,3	18,9	20,3	20,4	20,4	21,4
Con padres o familia de origen	37,3	38,0	25,4	26,8	41,3	41,2	41,7
Con amigos	5,2	5,1	8,3	5,4	2,9	2,9	3,7
Otros	5,1	5,4	1,1	1,0	3,2	3,3	1,9
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Casas, pisos, apartamentos	76,4	76,6	68,3	80,4	89,5	89,9	82,8
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	12,2	12,4	10,0	5,1	5,1	4,8	10,5
Otras instituciones	2,3	2,2	4,0	5,5	1,7	1,7	1,5
Pensiones, hoteles, hostales	1,3	1,2	4,8	1,6	0,8	0,8	0,3
Alojamientos inestables/precarios	4,3	4,3	5,2	3,9	1,2	1,1	2,7
Otros lugares	3,5	3,4	7,7	3,5	1,6	1,6	2,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Tabla 2.1.3B. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007 (Continúa)

	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiazepinas
Nº de casos	647	422	182	795	722
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	70,6	66,7	79,7	65,8	65,2
Edad media (años)	28,4	29,2	25,8	37,2	36,9
Mujeres (%)	21,1	20,9	17,0	40,3	39,1
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	0,3	0,2	0,6	1,2	1,0
Enseñanza primaria	33,9	33,6	32,8	48,0	48,7
Enseñanzas secundarias	58,2	58,2	61,6	42,4	42,0
Estudios Universitarios	6,6	7,2	4,5	7,2	7,0
Otros	0,9	0,7	0,6	1,2	1,3
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	51,0	51,9	50,0	25,1	24,7
Parado no habiendo trabajado	6,1	5,0	8,4	10,4	11,2
Parado habiendo trabajado	26,5	28,3	23,0	32,3	32,9
Otras	16,4	14,8	18,5	32,2	31,2
Nacidos fuera de España (%)	4,8	4,1	7,3	3,4	3,5
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento					
de drogodependencias	8,9	8,8	8,9	8,2	8,3
Médicos generales, atención primaria de salud	15,3	15,2	11,6	25,5	24,2
Hospitales u otros servicios de salud	9,2	10,6	3,4	14,5	14,3
Servicios sociales	2,1	2,8	0,7	3,3	3,3
Prisiones, centros de internamiento					
cerrado de menores	5,7	3,9	11,6	9,2	9,5
Servicios legales o policiales	14,6	11,6	23,3	4,0	4,4
Empresas o empleadores	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0
Familiares o amigos/as	20,0	20,9	19,2	9,7	9,6
Iniciativa propia	21,7	23,5	18,5	23,6	24,5
Otras	2,4	2,6	2,7	1,9	2,1
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	11,3	13,1	7,6	15,2	15,4
Unicamente con pareja	12,6	12,3	15,3	9,0	8,4
Unicamente con hijos	3,7	2,7	5,3	10,8	10,8
Con pareja e hijos/as	9,3	7,9	12,2	21,2	19,9
Con padres o familia de origen	55,3	55,6	55,0	40,7	42,2
Con amigos	6,5	7,1	3,8	1,6	1,7
Otros	1,3	1,4	0,8	1,6	1,5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	90,1	88,9	91,8	86,5	86,1
Prisiones, centros de internamiento					
cerrado de menores	3,7	2,8	6,8	5,4	5,7
Otras instituciones	1,2	1,8	0,0	2,2	2,1
Pensiones, hoteles, hostales	1,0	1,5	0,0	0,7	0,8
Alojamientos inestables/precarios	1,9	2,3	0,7	2,5	2,7
Otros lugares	2,1	2,6	0,7	2,6	2,7

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Tabla 2.1.3C. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007 (Final)

	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	47	50	5936
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	69,8	68,9	80,6
Edad media (años)	26,4	20,5	24,9
Mujeres (%)	17,0	12,0	15,1
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	0,0	8,1	0,7
Enseñanza primaria	26,1	73,0	44,1
Enseñanzas secundarias	69,6	16,2	49,8
Estudios Universitarios	2,2	0,0	4,2
Otros	2,2	2,7	1,1
Situación laboral principal (%)			
Trabajando	36,2	13,3	38,9
Parado no habiendo trabajado	8,5	35,6	8,3
Parado habiendo trabajado	27,7	13,3	19,3
Otras	27,7	37,8	33,5
Nacidos fuera de España (%)	0,0	56,3	6,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)			
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	23,3	6,9	6,2
Médicos generales, atención primaria de salud	18,6	24,1	15,1
Hospitales u otros servicios de salud	2,3	6,9	6,2
Servicios sociales	0,0	10,3	4,4
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	9,3	3,4	8,4
Servicios legales o policiales	9,3	3,4	15,3
Empresas o empleadores	0,0	0,0	0,3
Familiares o amigos/as	11,6	17,2	21,9
Iniciativa propia	23,3	3,4	17,5
Otras	2,3	24,1	4,7
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)			
Solo/a	10,8	16,7	9,8
Unicamente con pareja	0,0	16,7	6,8
Unicamente con hijos	21,6	5,6	6,7
Con pareja e hijos/as	8,1	5,6	9,5
Con padres o familia de origen	48,6	16,7	62,6
Con amigos	10,8	11,1	3,4
Otros	0,0	27,8	1,1
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)			
Casas, pisos, apartamentos	95,1	43,3	90,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	2,4	10,0	3,9
Otras instituciones	2,4	26,7	2,8
Pensiones, hoteles, hostales	0,0	3,3	0,3
Alojamientos inestables/precarios	0,0	0,0	0,9
Otros lugares	0,0	16,7	1,4

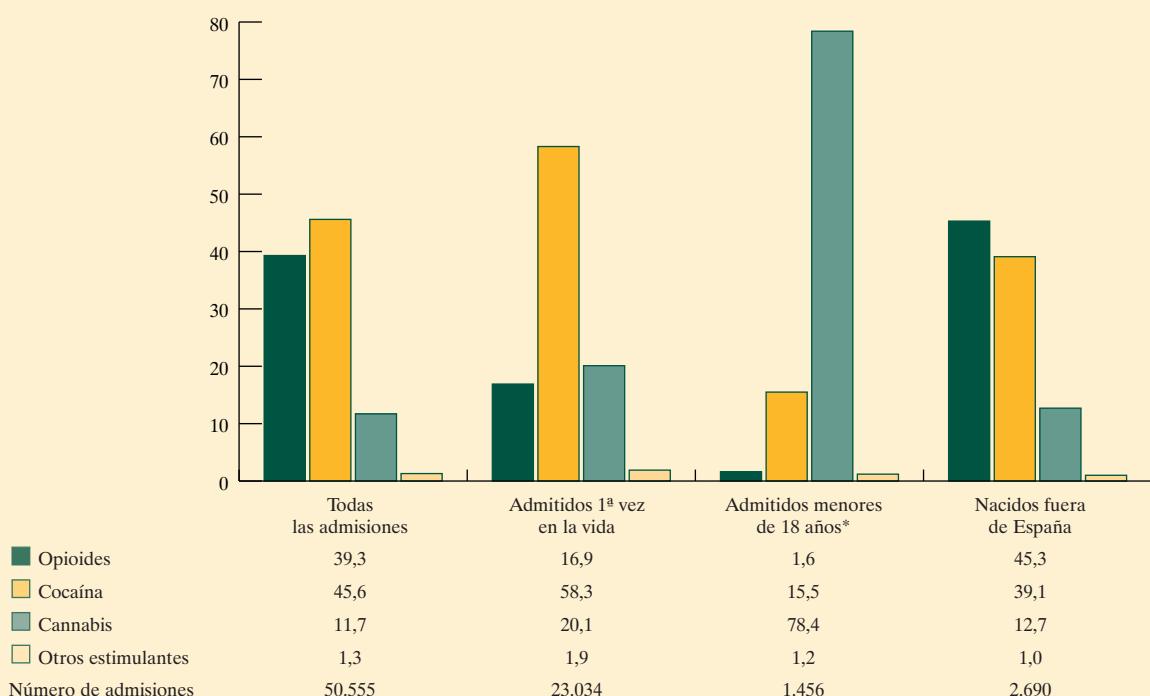
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

La edad media de los tratados en 2007 fue de 33,0 años (30,2 en los tratados por primera vez y 35,5 años en los tratados previamente) (Tabla 2.1.1). Las edades medias más bajas se observaron en los tratados por sustancias volátiles (20,5 años), cannabis (24,9 años) y éxtasis (25,8 años), y las más altas entre los tratados por opioides diferentes a heroína o metadona o sin especificar (38,9 años), metadona (38,5 años), hipnosedantes (37,2 años) y heroína (36,8 años) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C). Entre los menores de 18 años la sustancia que provocó un mayor número de tratamientos fue el cannabis (78,4%), seguida de la cocaína (15,5%) (Figura 2.1.7). La edad media de los admitidos a tratamiento por heroína o cocaína aumentó entre 1991 y 2007, sobre todo entre los primeros. Así, entre los tratados por heroína por primera vez en la vida pasó de 25,7 años en 1991 a 33,2 años en 2005, 33,7 en 2006 y 34,1 en 2007 (Figura 2.1.8).

Entre los tratados por cocaína por primera vez la edad media ha aumentado de 26,6 en 1991 a 29,1 años en 2004, 30,0 en 2005, 30,4 en 2006 y 30,8 en 2007 (Figura 2.1.9).

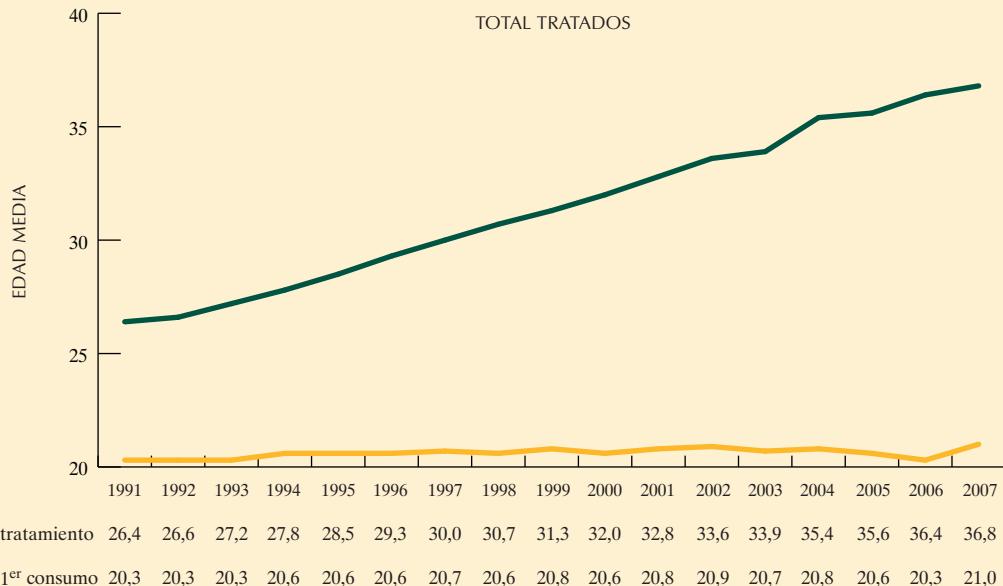
Por lo que respecta al país de nacimiento de los admitidos a tratamiento en 2007, un 6,4% había nacido en el extranjero, siendo esta proporción ligeramente superior en las mujeres (7,3%) que en los hombres (6,3%). En cuanto a la droga de admisión a tratamiento, salvo en el caso de los inhalables volátiles, con un 56,3% de nacidos en el extranjero, no aparecen grandes diferencias en el resto de las drogas, variando entre 0,0% en el caso de los alucinógenos y 7,4% en el caso de los opioides.

Figura 2.1.7. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2007.



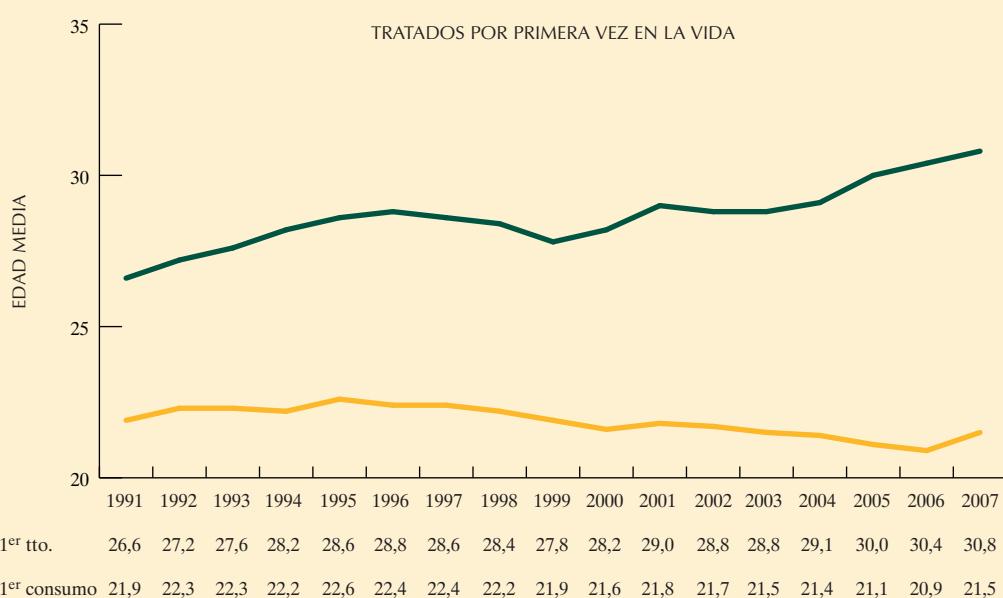
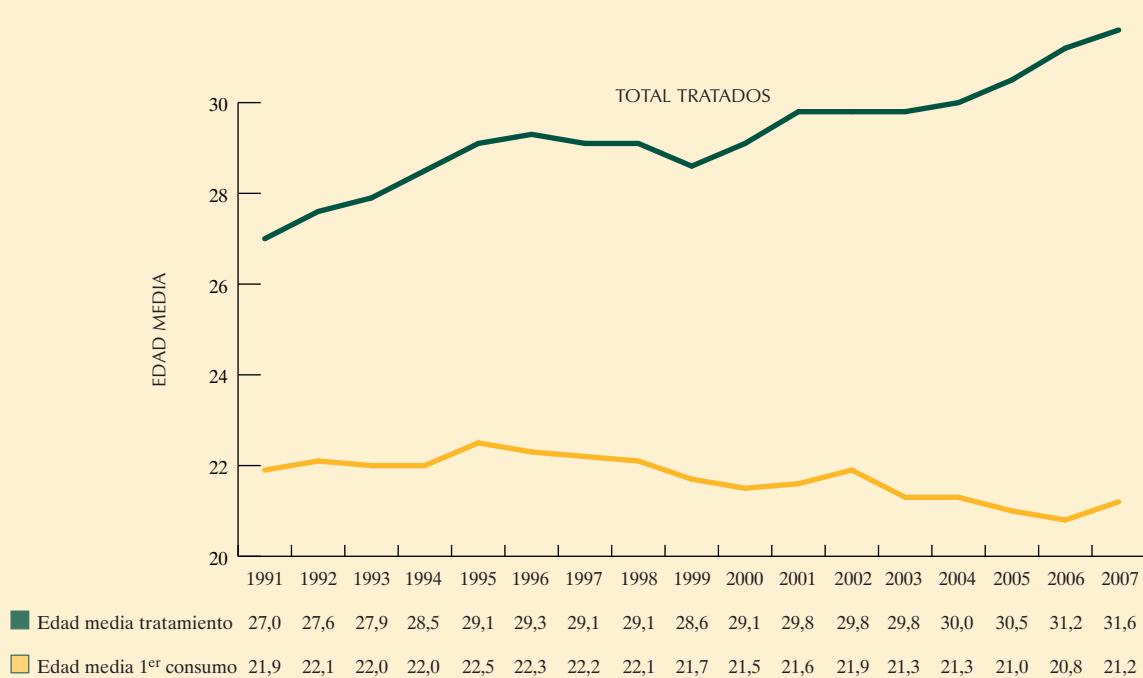
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.8. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína en España, 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.9. Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por cocaína en España, 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Un 46,0% de los admitidos a tratamiento en 2007 no habían llegado a completar ninguna etapa de enseñanzas secundarias, siendo esta proporción mayor entre los tratados previamente que entre los tratados por primera vez en la vida, y en los hombres que en las mujeres (Tabla 2.1.1). El nivel de estudios presentaba diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2007 las mayores proporciones de personas sin ninguna etapa de enseñanzas secundarias completada correspondió a inhalables volátiles (81,1%), metadona (61,2%), cocaína base (56,5%) y heroína (54,3%), y las menores a alucinógenos (26,1%), MDMA (33,4%) y anfetaminas (33,8%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Un 33,4% de los admitidos a tratamiento en 2007 estaban parados, siendo esta proporción más alta entre los que habían sido tratados previamente. Como sucedía con el nivel de estudios, la proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo las cifras más altas a heroína (44,5%) y cocaína base (52,7%), y la más baja a cannabis (27,6%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

Como se indicó en la metodología, a partir de 2003 comenzó a recogerse por primera vez en el ámbito estatal información relativa a los 30 días previos a la admisión al tratamiento sobre el tipo de alojamiento o residencia de los consumidores y sobre las personas con las que convivieron. Los resultados muestran que en España en 2007 la gran mayoría de los admitidos a tratamiento residieron en hogares familiares convencionales (casas, pisos o apartamentos) (84,4%), siendo escasa la proporción de institucionalizados (9,8%), de los que vivieron en alojamientos precarios o inestables (sin techo) (2,4%) o en establecimientos hoteleros u otros lugares (3,3%).

Por lo que respecta a la convivencia, el modelo más frecuente fue con los padres o la familia de origen (42,5%), seguido de la familia propia (pareja y/o hijos) (34,8%), siendo menos frecuente que viviesen solos (15,2%) o en otro modelo de convivencia (7,6%).

Entre los tratados por primera vez en la vida fue más frecuente el alojamiento en hogares familiares convencionales que entre los previamente tratados (89,2% frente a 80,3%) y en cambio fue menos frecuente vivir en instituciones (7,0% frente a 12,3%), alojamientos inestables o precarios (1,7% frente a 3,1%) u otros lugares (1,4% frente a 3,2%). Por lo que respecta a la convivencia, entre los tratados por primera vez en la vida fue más frecuente que entre los previamente tratados vivir con la familia de origen (45,3% frente a 40,0%) y menos frecuentemente vivir solo (12,9% frente a 17,3%). Al considerar las diferencias según el sexo, se observan que entre las mujeres fue más frecuente que entre los hombres residir en hogares familiares (87,6% frente a 83,9%) y menos frecuente vivir en instituciones (5,8% frente a 10,5%). En cuanto al modelo de convivencia, las mujeres convivían con menos frecuencia que los hombres con la familia de origen (32,4% frente a 44,2%) o solas (13,2% frente a 15,6%), y con más frecuencia con la familia propia (45,8% frente a 32,9%) (Tabla 2.1.1).

En cuanto al tipo de alojamiento o residencia según la droga principal que motiva el tratamiento, salvo en el caso de los inhalables volátiles, los alojamientos más frecuentes para los tratados en 2007 por cualquier otra droga principal, fueron con mucha diferencia los hogares familiares. Las mayores proporciones de residentes en hogares familiares se observaron para alucinógenos (95,1%), éxtasis (91,8%), cannabis (90,6%) y clorhidrato de cocaína (89,9%), y las menores para opioides (76,4%) e inhalables volátiles (43,3%). Por su parte, las mayores proporciones de institucionalizados se observaron para inhalables volátiles (36,7%), opioides (14,5%) y cocaína base (12,0%). En cuanto a vivir en alojamientos inestables o precarios, las mayores proporciones se observaron para opioides (4,3%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C).

En cuanto a las personas o servicios que han influido de forma más efectiva para que el paciente haya iniciado tratamiento (fuente de referencia), en 2007 las fuentes de referencia más frecuentes fueron por este orden: iniciativa propia (33,3%), servicios generales de salud (18,5%), familia o amistades (14,7%), otros servicios de tratamiento de drogodependencias (14,5%), prisiones o centros de inter-

namiento cerrado para menores (8,5%), servicios legales o policiales (5,6%), servicios sociales (2,2%) y otras fuentes (2,6%). Algunas fuentes de referencia fueron bastante más frecuentes entre los tratados por primera vez que entre los previamente tratados. Así sucedió con los servicios de atención primaria de salud, servicios legales o policiales y familia o amistades. Por el contrario entre los previamente tratados fueron bastante más frecuentes la iniciativa propia y los servicios de tratamiento de drogodependencias, y algo más frecuentes las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores. En cuanto a la desigualdad entre hombres y mujeres, las diferencias no fueron grandes, pero entre los primeros fueron claramente más frecuentes las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores (8,9% frente a 6,0%) y los servicios legales o policiales (6,0% frente a 3,7%), y entre las segundas, los servicios sociales (4,4% frente a 1,8%), los servicios de tratamiento de drogodependencias (17,9% frente a 13,9%) y los servicios generales de salud (22,5% frente a 17,9%) (Tabla 2.1.1). Si se considera la droga que motiva el tratamiento, se observa que las mayores proporciones de los que acudieron a tratamiento por iniciativa propia se dan entre los tratados por cocaína base (51,9%) o por opioides (41,7%), y las menores entre los tratados por inhalables volátiles (3,4%), éxtasis (18,5%) y cannabis (17,5%). En cuanto a los referidos por los servicios generales de salud, las mayores proporciones aparecen entre los tratados por metadona (40,3%), hipnosedantes (40,0%), inhalables volátiles (31,0%), anfetaminas (25,8%), y las menores entre los tratados por cocaína base (9,0%) y heroína (11,6%). Las mayores proporciones de referidos por la familia o amistades se observan entre los tratados por cannabis (21,9%), anfetaminas (20,9%) y éxtasis (19,2%), y las menores entre los tratados por opioides (8,6%) e hipnosedantes (9,7%). Finalmente, los servicios legales o policiales tienen su mayor relevancia entre los tratados por éxtasis (23,3%) y cannabis (15,3%) (Tablas 2.1.3A, 2.1.3B y 2.1.3C)). En resumen, entre los tratados por cocaína, las fuentes de referencia principales en 2007 fueron la iniciativa propia, la familia o amistades propios, los servicios generales de salud y los servicios de tratamiento de drogodependencias; entre los tratados por opioides, lo fueron sobre todo la iniciativa propia (con mayor peso que en el caso de la cocaína) y los servicios de tratamiento de drogodependencias. Por lo que respecta a los tratados por cannabis, las fuentes de referencia principales fueron la familia o amistades, los servicios general de salud, la iniciativa propia y los servicios legales o policiales.

En 2007 la edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 20,7 años, siendo más alta (20,9) en los tratados por primera vez que en los previamente tratados (20,5), y más alta en las mujeres (21,9 años) que en los hombres (20,5 años). Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades medias de primer consumo más tempranas a inhalables volátiles (15,2 años), cannabis (15,8 años) y alucinógenos (18,7 años), y las más tardías a hipnosedantes (27,5 años) y metadona (29,6 años) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). La edad media de primer consumo de heroína entre los admitidos por primera vez por esta droga ha seguido una línea ascendente suave desde 1991, aunque en los años 2005 y 2006 experimentó un descenso brusco, sin una clara explicación (Figura 2.1.8). Por su parte, la edad media de inicio en el consumo de los tratados por primera vez por cocaína descendió de forma suave desde mediados de los noventa hasta 2006, y en 2007 ha aumentado hasta situarse en niveles similares a 2003 (Figura 2.1.9).

Entre los admitidos a tratamiento en 2007 el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por dicha droga fue de 12,3 años, observándose los tiempos más bajos en los tratados por inhalables volátiles (5,3 años), alucinógenos (7,1 años) y éxtasis (6,7 años), y los más altos en los tratados por heroína (15,6 años). Las mujeres tardaban menos (10,5 años) en acudir a tratamiento que los hombres (12,5 años). El tiempo transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por primera vez en la vida (período de latencia) fue de 9,3 años.

Al interpretar los datos sobre la frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, hay que tener en cuenta que este período inmediatamente anterior al inicio del tratamiento puede ser un período atípico que no represente de forma adecuada la frecuencia

Tabla 2.1.4A. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007 (Continúa).

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	19.880	18.904	566	407	23.037	22.032	999
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,3	21,0	29,6	25,5	21,2	21,2	23,0
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)							
Oral	4,4	0,9	93,5	38,6	0,7	0,7	0,7
Pulmonar	69,4	72,2	4,0	32,4	15,4	12,7	78,8
Intranasal	6,7	6,9	0,6	8,8	81,3	83,9	19,9
Parenteral	18,8	19,3	1,7	18,3	2,2	2,2	0,6
Otras	0,7	0,7	0,2	1,8	0,5	0,5	0,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Todos los días	57,2	56,8	70,0	55,9	24,5	23,5	40,7
4-6 días/semana	4,9	4,9	2,8	5,0	11,6	11,5	12,1
2-3 días/semana	4,7	4,8	1,1	3,7	25,1	25,7	15,3
1 día/semana	1,8	1,8	0,9	1,3	10,3	10,6	4,6
Menos de 1 día/semana	3,8	3,5	15,9	3,0	9,3	9,5	6,6
No consumió	27,7	28,2	9,3	31,1	19,2	19,2	20,7
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)							
1. Opiáceos	14,0	13,4	45,6	13,9	11,6	11,1	23,7
11. Heroína	0,7	0,0	29,5	9,4	7,7	7,1	20,7
12. Metadona	9,0	9,2	0,0	4,4	0,7	0,5	3,9
13. Otros opiáceos	4,5	4,3	19,5	0,0	3,7	3,8	1,1
2. Cocaína	59,4	60,4	27,6	35,0	0,3	0,2	2,9
21. Cocaína CIH	53,1	54,0	22,2	32,2	0,1	0,0	2,9
22. Base cocaína	6,4	6,5	5,4	2,8	0,2	0,2	0,0
3. Estimulantes	2,9	2,9	2,7	3,3	10,5	10,8	3,3
31. Anfetaminas	1,8	1,8	0,8	1,7	4,8	5,0	1,3
32. MDMA y derivados	1,1	1,1	0,8	1,7	5,8	6,0	2,1
33. Otros estimulantes	0,2	0,1	1,1	0,0	0,5	0,5	0,3
4. Hipnóticos y sedantes	19,9	19,9	23,4	19,4	6,9	6,4	15,3
41. Barbitúricos	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3
42. Benzodiazepinas	19,1	19,1	22,2	16,1	6,5	6,1	14,9
43. Otros hipnosedantes	0,7	0,6	1,1	3,3	0,3	0,3	0,4
5. Alucinógenos	0,9	0,9	0,8	1,1	2,1	2,2	0,8
51. LSD	0,3	0,3	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3
52. Otros alucinógenos	0,7	0,7	0,8	0,6	1,9	1,9	0,5
6. Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0
7. Cannabis	44,6	44,8	39,1	38,3	50,2	49,7	59,9
8. Alcohol	34,1	34,0	31,0	44,4	72,3	73,0	56,1
9. Otras sustancias	1,6	1,6	0,0	0,6	1,1	1,1	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	52,7	53,1	48,0	42,8	8,5	8,2	16,5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	20,7	21,0	11,8	19,4	4,3	4,3	4,3
Estado serológico frente al VIH (%)							
Positivo	16,5	16,5	20,0	10,6	2,3	2,2	4,9
Negativo (análisis últimos 6 meses)	23,4	23,7	14,5	25,0	25,0	25,3	19,0
Negativo (sin fecha de análisis)	26,7	27,0	25,9	14,1	19,6	19,3	25,5
Sin análisis o resultado desconocido	33,4	32,8	39,6	50,3	53,1	53,2	50,6

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.4B. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007 (Final).

	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiazepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	647	422	182	795	722	47	50	5936
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,7	19,6	19,1	27,5	27,0	18,7	15,2	15,8
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	48,8	30,9	92,0	97,3	97,4	53,3	8,0	2,5
Pulmonar	4,9	5,8	1,2	1,7	1,6	4,4	60,0	96,7
Intranasal	45,8	62,8	6,1	0,4	0,3	42,2	30,0	0,8
Parenteral	0,5	0,5	0,6	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Otras	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	2,0	0,0
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos y la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	20,9	24,5	6,3	81,6	81,0	23,7	30,0	61,8
4-6 días/semana	10,9	11,1	11,1	2,9	3,0	15,8	10,0	5,6
2-3 días/semana	29,1	30,4	28,5	3,8	3,8	18,4	23,3	11,5
1 día/semana	10,4	10,6	11,1	1,5	1,3	5,3	6,7	3,7
Menos de 1día/semana	5,6	5,2	7,6	2,1	2,2	7,9	13,3	4,9
No consumió	23,0	18,2	35,4	8,1	8,6	28,9	16,7	12,6
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)								
1. Opiáceos	6,4	6,2	5,8	17,6	17,4	8,1	0,0	7,1
11. Heroína	3,7	4,6	1,4	9,3	9,1	5,4	0,0	2,8
12. Metadona	0,2	0,3	0,0	3,1	3,3	0,0	0,0	0,2
13. Otros opiáceos	2,9	1,9	4,3	7,2	7,2	2,7	0,0	4,2
2. Cocaína	40,2	38,3	47,8	32,8	32,9	54,1	27,3	43,7
21. Cocaína CIH	40,0	38,0	47,8	30,7	30,7	51,4	27,3	43,1
22. Base cocaína	0,2	0,3	0,0	2,1	2,2	5,4	0,0	0,6
3. Estimulantes	12,6	13,0	12,3	4,9	5,2	32,4	0,0	11,1
31. Anfetaminas	3,7	0,0	12,3	2,6	2,8	27,0	0,0	5,0
32. MDMA y derivados	8,7	12,7	0,0	1,6	1,7	10,8	0,0	6,4
33. Otros estimulantes	0,2	0,3	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	0,4
4. Hipnóticos y sedantes	3,9	3,7	3,6	1,3	0,3	2,7	12,1	5,6
41. Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
42. Benzodiazepinas	3,9	3,7	3,6	1,0	0,0	2,7	12,1	5,3
43. Otros hipnosedantes	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2
5. Alucinógenos	7,7	8,0	6,5	1,0	1,1	2,7	0,0	2,4
51. LSD	2,3	2,2	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
52. Otros alucinógenos	5,6	5,9	4,3	1,0	1,1	2,7	0,0	2,2
6. Inhalables volátiles	0,2	0,0	0,7	0,3	0,3	2,7	0,0	0,3
7. Cannabis	61,7	62,0	60,9	48,1	48,1	64,9	69,7	0,0
8. Alcohol	55,3	52,8	62,3	55,0	55,8	45,9	48,5	72,3
9. Otras sustancias	0,4	0,6	0,0	1,3	1,4	0,0	0,0	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	7,3	8,1	4,8	13,4	14,2	9,1	2,3	3,9
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,9	3,4	0,6	3,4	3,7	6,8	2,3	1,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	1,4	1,7	0,6	5,6	6,2	0,0	0,0	1,2
Negativo (análisis últimos 6 meses)	17,7	16,6	21,3	17,4	17,1	17,0	26,0	14,5
Negativo (sin fecha de análisis)	18,9	19,0	16,9	18,7	18,6	27,7	12,0	13,8
Sin análisis o resultado desconocido	62,0	62,7	61,2	58,2	58,1	55,3	62,0	70,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

de consumo habitual del paciente porque éste ante la perspectiva del tratamiento puede haber iniciado ya un cambio de sus conductas de consumo por iniciativa propia o por indicación de otras personas. En 2007 la conducta más frecuente fue el consumo diario o casi diario (4 días a la semana o más) (50,9%), seguida del consumo semanal (1-3 días a la semana) (21,1%) y la abstinencia (21,6%). No hubo diferencias importantes en la proporción de consumidores diarios o casi diarios entre los tratados por primera vez y los previamente tratados, aunque entre los primeros se observó una menor proporción de personas que habían consumido todos los días. Sin embargo, la proporción de abstinentes fue bastante mayor entre los tratados previamente que entre los tratados por primera vez (27,5% frente a 15,2%), y lo contrario sucedió con el consumo semanal (28,1% entre los tratados por primera vez frente a 14,8% entre los previamente tratados). No se apreciaron apenas diferencias entre hombres y mujeres, aunque entre estas últimas fue ligeramente más frecuente el diario o casi diario y algo menos frecuente el consumo semanal (Tabla 2.1.2). En cambio, se observaron importantes diferencias en la frecuencia de consumo según la droga de admisión a tratamiento. Entre los admitidos por cocaína en 2007, la situación más frecuente fue el consumo diario o casi diario (36,1%) o el consumo semanal (35,4%); entre los tratados por opioides predominó el consumo diario o casi diario (67,4%), aunque muchos se mantuvieron abstinentes en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (27,7%); entre los admitidos por cannabis se observó un gran predominio del consumo diario o casi diario (67,4%), seguido del consumo semanal (15,1%); entre los tratados por hipnosedantes el predominio del consumo diario o casi diario fue aún más abrumador (84,5%); entre los tratados por anfetaminas predominó el consumo semanal (41,0%), seguido del consumo diario o casi diario (35,5%); entre los tratados por éxtasis predominó también el consumo semanal (39,6%), seguido de la abstinencia (35,4%) y el consumo diario o casi diario (17,4%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). En resumen, en 2007 durante el mes previo al inicio del tratamiento predominó el consumo diario o casi diario entre los tratados por hipnosedantes, cannabis, opioides, alucinógenos e inhalables volátiles, y el consumo semanal entre los tratados por estimulantes tipo éxtasis o anfetaminas, quedando los tratados por cocaína en una situación intermedia.

La mayoría de los admitidos a tratamiento en 2007 se habían administrado preferentemente la droga principal en los 30 días previos al tratamiento por vía pulmonar (45,5%) o intranasal (41,1%), siendo la vía parenteral la vía preferente para una proporción bastante menor (8,1%) (Tabla 2.1.2). Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2007 la vía de administración de esta droga predominante durante los 30 días previos a la admisión fue la pulmonar o fumada (“chinos”), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada, y por la intranasal o esnifada. De hecho, la vía fumada fue la más frecuente para el 72,2% de los tratados y la inyectada para el 19,3%. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), este descenso se inició y fue más pronunciado en los inyectadores. Ello ha motivado que en las dos últimas décadas se haya producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que consumían esta droga principalmente por vía inyectada pasó de 50,3% en 1991 a 15,1% en 2005 y 12,8% en 2007, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% en 1991 a 69,0% en 2005 y 77,4% en 2007 (Figura 2.1.10). El análisis por comunidad autónoma confirma esta tendencia.

En 1991 la mayoría de las comunidades presentaban alta proporción (>60%) de tratados por primera vez que usaban preferentemente la inyección para consumir heroína, siendo baja dicha proporción sólo en algunas comunidades, como Canarias y Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2005 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2007 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína entre los tratados por esta droga por primera vez en la vida. Ocho comunidades estaban por debajo del 10% en cuanto a la proporción de sujetos que usaban preferentemente la inyección, cuatro estaban entre el 10% y el 19%, y seis superaban el 19%: País Vasco (29,4%), Aragón (28,6%),

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (Números absolutos y porcentajes). España, 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Nota: Las estimaciones del número de tratados por heroína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número tratados por heroína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

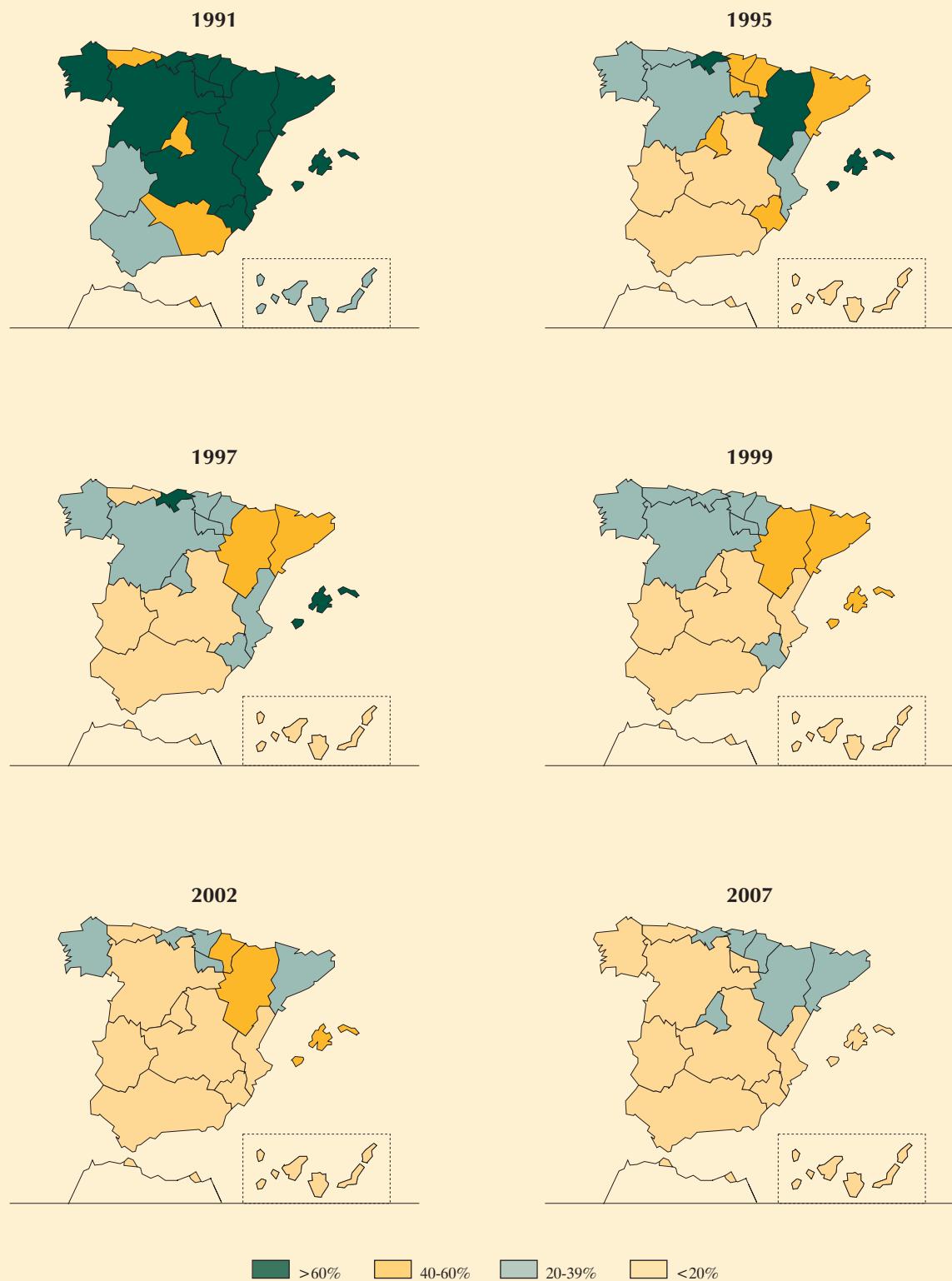
Cataluña (26,5%), Cantabria (21,1%), Madrid (21,1%) y La Rioja (20,0%) (Figuras 2.1.11 y 2.1.12). Hay que tener en cuenta que el número de admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida es ya muy bajo en algunas comunidades autónomas, por lo que las proporciones de los que utilizan las distintas vías de administración pueden variar bastante por efecto del azar. Por eso no se estimó la cifra para Navarra en 2007.

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2007, la vía predominante de administración de esta droga fue con mucha diferencia la intranasal o esnifada (81,3%), seguida de la fumada (15,4%) y la inyectada (2,2%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2007 aumentó mucho el uso de la vía esnifada, disminuyó bastante el de la inyectada, y aparentemente también disminuyó el de la fumada. La disminución de la vía fumada puede explicarse en parte a la mejora de la clasificación de la variable. De hecho, a partir de 2003 se mantiene relativamente estable. La proporción de tratados por primera vez por cocaína que usaron esta droga preferentemente por vía esnifada pasó de 55,4% en 1991 a 75,2% en 2001, 80,6% en 2005 y 88,0% en 2007, la de los que usaron la vía inyectada de 19,2% en 1991 a 1,6% en 2001, 4,8% en 2004, 5,2% en 2005 y 1,0% en 2007, y la de los que usaron la fumada de 24,4% en 1991 a 21,9% en 2001, 11,2% en 2003, 13,3% en 2004, 11,5% en 2005 y 10,0% en 2007. Como se indicó, la importante disminución en 2003 de la proporción de admitidos por cocaína por primera vez que usaban preferentemente la vía fumada se debe muy probablemente a la mejora de la clasificación de esta variable, de forma que muchos casos de “vía inhalada” que antes se incluían en “vía pulmonar” correspondían, como se sospechaba, a “vía intranasal”.

Para comprender mejor la evolución de los tratamientos por cocaína conviene fijarse no sólo en la evolución de las proporciones que usan cada vía de administración sino también en la evolución del número absoluto de tratados que usa cada vía. Así, puede observarse que el aumento espectacular del número de tratamientos por cocaína por primera vez en la vida entre 1991 y 2005 se debió sobre todo al incremento del número de consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4.413 en 2001, y 12.298 en 2005. A partir de ese año parece que su número ha disminuido ligeramente (11.393 en 2007). Estos datos indican también que, a pesar de la estabilidad o el descenso de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada o inyectada, en España hasta 2005 aumentó bastante el número de tratados por cocaína consumida por dichas vías. De hecho, entre 1991 y 2005 los primeros tratamientos por cocaína fumada se multiplicaron por trece pasando de 139 a 1.755 casos anuales, y el número de primeros tratamientos por cocaína inyectada se multiplicó por siete, pasando de 109 a 793 casos. Sin embargo, el aumento de los tratados por cocaína por vía intranasal (esnifada) fue de mucha mayor magnitud, multiplicándose por 39, y pasando de 315 casos en 1991 a 12.298 en 2005 (Figura 2.1.13).

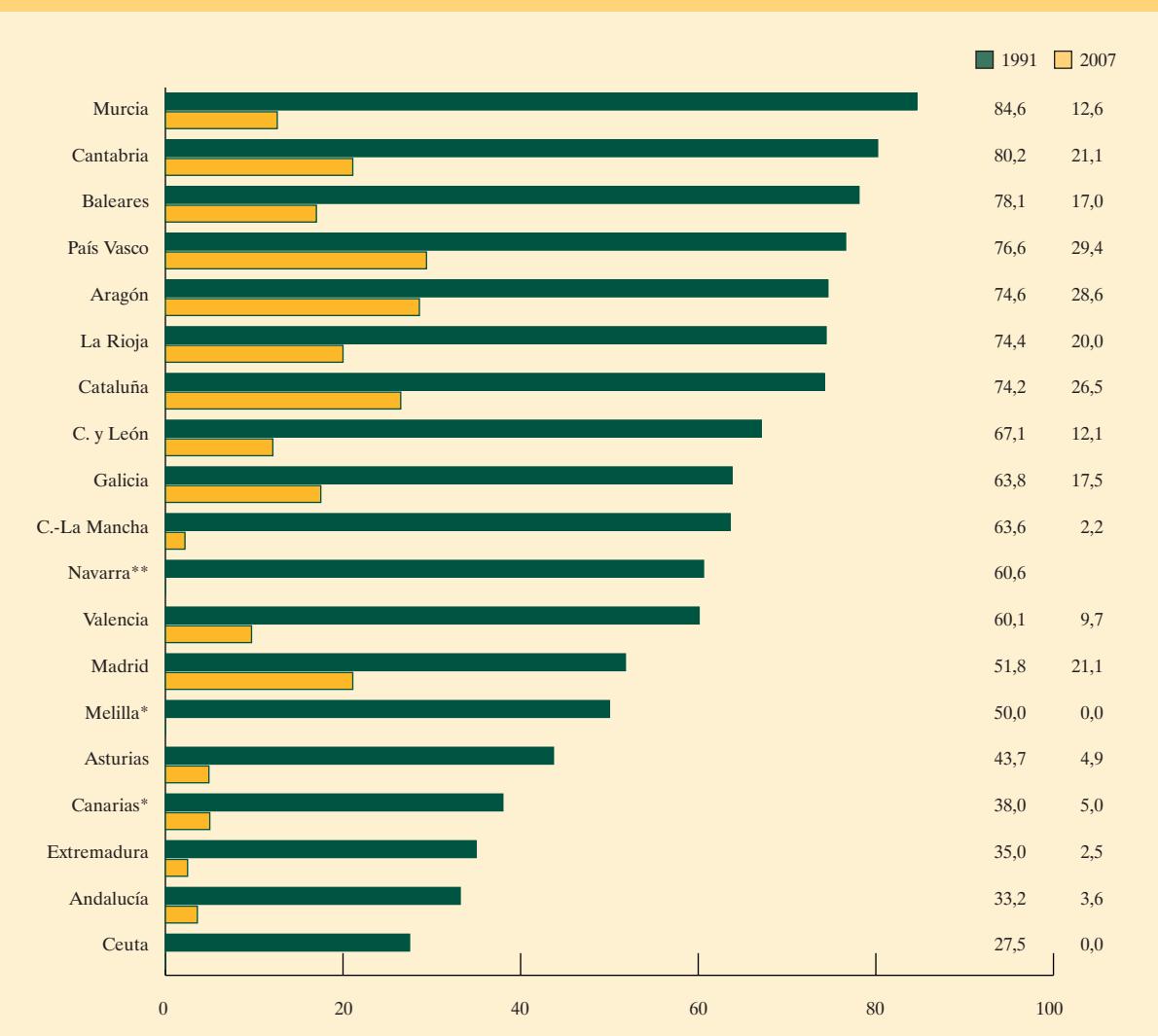
Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motiva el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno el indicador tratamiento incluye la variable “tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó drogas”. Al distribuir los admitidos a tratamiento en 2007 según esta variable, se observa que un 75,3% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 14,7% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (inyectadores) y un 10,0% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectadores recientes). Las prevalencias de inyectadores recientes fue mucho mayor entre los que ya habían sido admitidos a tratamiento previamente (15,1%), que entre los que fueron admitidos por primera vez en la vida (4,6%), y fueron bastante parecidas en hombres y en mujeres (Tabla 2.1.2). Si se considera la droga que motivó el tratamiento, se observa que entre los admitidos a tratamiento por heroína un 46,9% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 32,1% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (ex-inyectadores) y un 21,0% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectadores recientes). Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2007, se encontró una proporción importante de inyectadores recientes entre los tratados por metadona (11,8%) y por otros opioides distintos a heroína o

Figura 2.1.11. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.12. Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2007.



* En la CA de Canarias y en la Ciudad Autónoma de Melilla se presentan los datos de 1992 en lugar de los de 1991, bien porque en 1991 no se recogieron (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

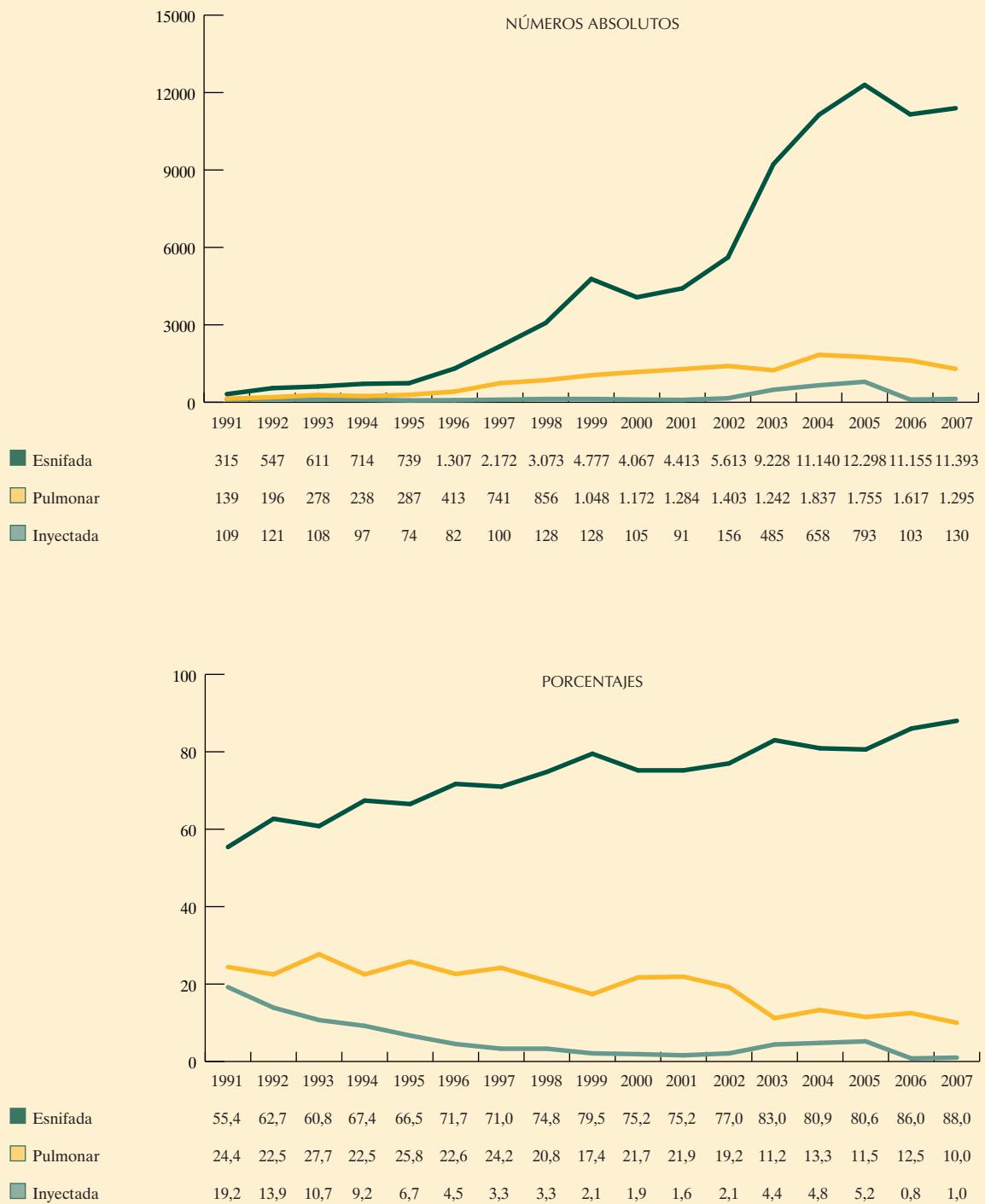
** El número de admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida es ya muy bajo en algunas comunidades autónomas, por lo que las proporciones de los que utilizan las distintas vías de administración pueden variar bastante por efecto del azar. Por eso no se estimó la cifra para Navarra en 2007.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

metadona u opioides sin especificar (19,4%). En los tratados por el resto de las drogas la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (3,4%), cocaína (4,3%), alucinógenos (6,8%), éxtasis (0,6%), cannabis (1,1%), hipnosedantes (3,4%) e inhalables volátiles (2,3%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B).

Entre 1996 y 2007 descendió la proporción de inyectadores recientes en el conjunto de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas pasando de 45,8% en 1996 a 11,1% en 2005 y 10,0% en 2007. Lo mismo sucedió con los admitidos a tratamiento por primera vez, entre los que pasó de 34,2% en 1991 a 4,6% en 2007. Si nos fijamos en la evolución del número absoluto de inyectadores recientes admitidos a tratamiento, se observa un descenso considerable tanto en el conjunto de tratados (24.224 en 1996, 5.620 en 2005, 4.892 en 2006 y 5.055 en 2007) como entre los tratados por primera vez en la vida (7.132 en 1996, 1.228 en 2005, 928 en 2006 y 1.060 en 2007), aunque a partir de 2006 se observan signos de estabilización o aumento (Figura 2.1.14).

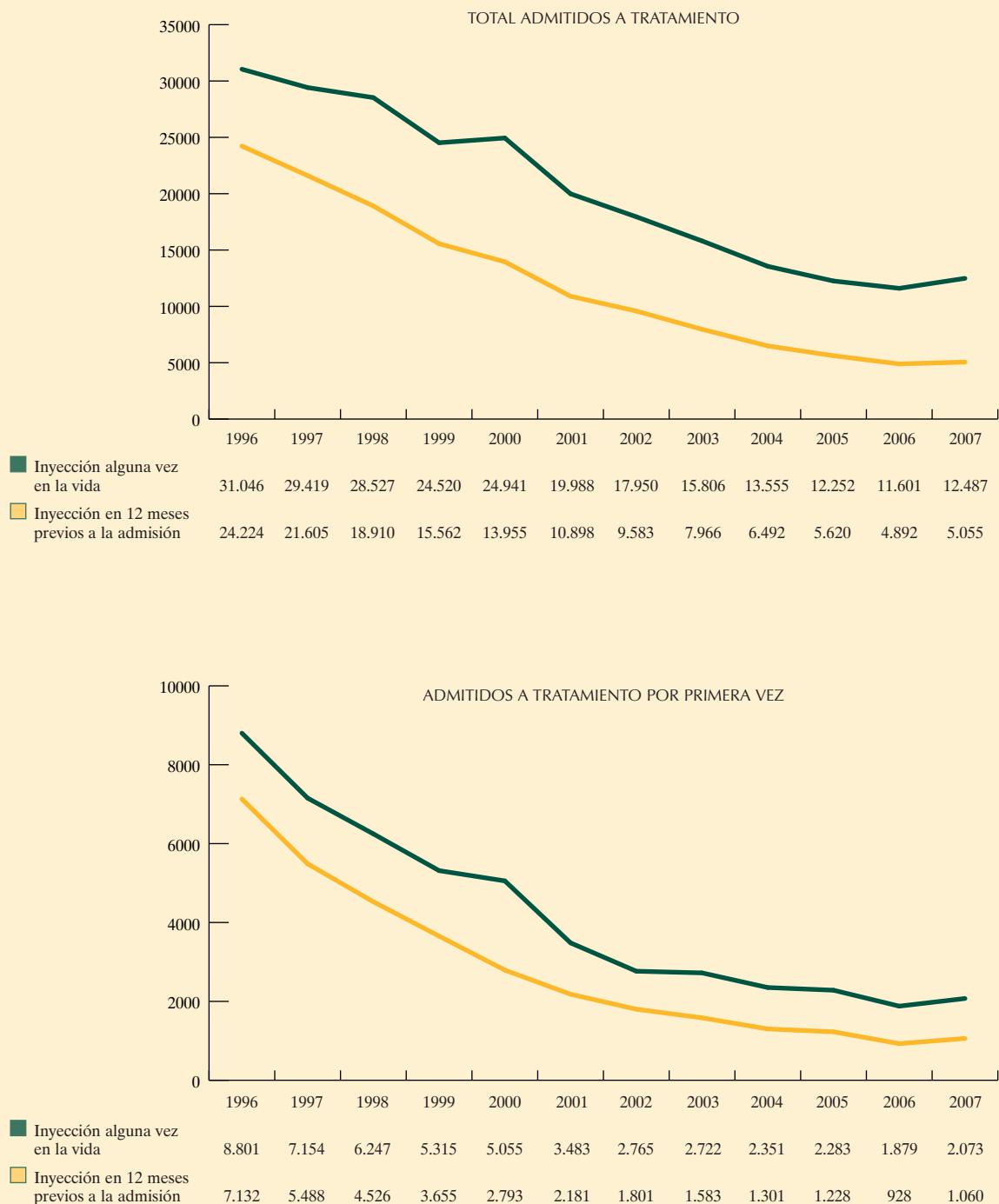
Figura 2.1.13. Admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga. (Números absolutos y porcentajes). España, 1991-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Nota: Las estimaciones del número de tratados por cocaína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número tratados por cocaína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2007.



Nota: Las estimaciones del número de inyectadores admitidos a tratamiento para el conjunto de España se han obtenido multiplicando el número de admitidos a tratamiento en el conjunto de España por la proporción de admitidos que se habían inyectado drogas alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. La mayor parte de los admitidos a tratamiento en 2005 había consumido alguna otra droga (drogas secundarias), además de la que motivó el tratamiento (droga principal), en los 30 días previos a la admisión. Sin embargo, a la hora de interpretar los datos hay que tener en cuenta que sólo se notifican las cuatro drogas secundarias que tienen mayor importancia clínica para ese paciente a juicio del terapeuta o del notificador. Entre los admitidos por heroína las drogas secundarias más citadas fueron cocaína (en el 60,4% de los casos), cannabis (44,8%), alcohol (34,0%) e hipnosedantes (19,9%). Por su parte, entre los tratados por cocaína las drogas secundarias más citadas fueron alcohol (72,3%), cannabis (50,2%), éxtasis (5,8%), hipnosedantes (6,9%) y heroína (7,7%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). En el período 1996-2005 disminuyó claramente la proporción de tratados por cocaína que citó consumo de heroína, aunque en los últimos años se ha estabilizado (22,9% en 1996, 7,3% en 2004 y 7,7% en 2007) o hipnosedantes (12,4% en 1996, 6,3% en 2004 y 6,9% en 2007).

Un 47,6% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2007 era la primera vez en la vida que estaban siendo tratados por la droga que motivó su tratamiento, siendo esta proporción más elevada en las mujeres que en los hombres. Dicha proporción fue mucho más baja entre los tratados por heroína (20,4%), metadona (18,0%) u otros opioides (34,0%) que entre los tratados por otras drogas, donde los admitidos por primera vez fueron mayoría: hipnosedantes (65,8%), cocaína (60,5%), anfetaminas (66,7%), alucinógenos (69,8%), éxtasis (79,7%), sustancias volátiles (68,9%) y cannabis (80,6%).

En 2007 la proporción de admitidos a tratamiento para los que se desconocía el estado serológico frente al VIH fue muy importante (47,7%), siendo más alta entre los tratados por primera vez (61,6%) que entre los previamente tratados (34,5%). Los resultados han de tomarse, pues, con bastante cautela, especialmente entre los tratados por primera vez en la vida. Por otra parte, la proporción de desconocidos difiere mucho según la droga principal y según que el paciente se haya o no inyectado drogas, por lo que ha de realizarse un análisis diferenciado según estos factores. Por ejemplo, la proporción de desconocidos en la variable estado serológico para los inyectadores recientes (12 meses previos a la admisión a tratamiento) fue 27,5% y para los inyectadores alguna vez en la vida 23,2%. A la hora de estimar la prevalencia de infección por VIH pueden considerarse dos indicadores: uno, sin excluir del denominador a los desconocidos y que tiene el significado de prevalencia mínima (al menos ese porcentaje está infectado), y otro excluyéndolos (que podría sobreestimar la prevalencia real, ya que seguramente los más expuestos al riesgo tienen mayor probabilidad de hacerse la prueba). Tomando la prevalencia mínima, como se hace en las Tablas 2.1.4A y 2.1.4B, en 2007 las prevalencias de infección por VIH más altas se encontraban entre los tratados por metadona (20,0%) o por heroína (16,5%), y las más bajas entre los tratados por inhalables volátiles (0,0%), alucinógenos (0,0%), éxtasis (0,6%) o cannabis (1,2%).

Como entre los inyectadores la proporción de pacientes con estado serológico desconocido es bastante menor que entre los que no se inyectan, pueden tomarse las cifras de prevalencia excluyendo a los desconocidos del denominador (que probablemente sobreestiman un poco la prevalencia real), como se hace en la Tabla 2.1.5. Procediendo de esta forma, se puede observar que en el año 2007 un 30,8% de los inyectadores recientes de drogas eran VIH positivos (33,0% de los previamente tratados y 19,8% de los tratados por primera vez). Los inyectadores recientes que habían consumido recientemente opioides (incluyendo tanto los tratados por opioides como los tratados por otras drogas con mención de consumo de opioides en los 30 días previos a la admisión) tenían una prevalencia de VIH algo mayor que los que no habían consumido recientemente estas drogas (32,0% y 22,0%, respectivamente). Por otra parte, las mujeres que se habían inyectado recientemente tenían mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (36,2% y 30,0%, respectivamente). Igualmente, los inyectadores de mayor edad tenían mayor prevalencia de infección que los más jóvenes (Tabla 2.1.5). En el período 1996-2007 la prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores recientes de drogas pasó de 37,1% en 1996 a 32,7% en 2005 y 30,8% en 2007. Este descenso afectó tanto a los hombres como

Tabla 2.1.5. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en (%)¹. España, 2007.

	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 inyectadores (nº)²	4575	3472	988	11249
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	3319	2724	541	8643
Prevalencia de infección por VIH (%)	30,8	33	19,8	34,5
Hombres inyectadores (nº)	3935	3011	821	9600
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2853	2361	442	7342
Prevalencia de infección por VIH (%)	30	32,2	17,9	33,1
Mujeres inyectadoras (nº)	629	453	164	1611
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	458	357	97	1272
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,2	38,9	27,8	42,7
Inyectadores <25 años (nº)	375	184	178	492
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	185	116	63	252
Prevalencia de infección por VIH (%)	3,2	3,4	1,6	3,2
Inyectadores 25-34 años (nº)	1653	1179	429	3187
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1143	893	229	2344
Prevalencia de infección por VIH (%)	18,7	20,2	12,2	20,3
Inyectadores >34 años (nº)	2543	2106	381	7554
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1987	1712	249	6035
Prevalencia de infección por VIH (%)	40,3	41,7	31,3	41,4
Inyectadores <2 años de uso de la droga principal	151	43	101	231
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	79	27	49	133
Prevalencia de infección por VIH (%)	12,7	22,2	8,2	22,6
Inyectadores 2 o más años de uso de la droga principal	4309	3366	852	10708
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	3172	2651	477	8308
Prevalencia de infección por VIH (%)	31,1	33	20,8	34,7
Inyectadores consumidores de opiáceos³	3860	3119	649	9688
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2923	2483	394	7633
Prevalencia de infección por VIH (%)	32	33,1	24,6	35,7
Inyectadores no consumidores de opiáceos	715	353	339	1561
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	396	241	147	1010
Prevalencia de infección por VIH (%)	22	32	6,8	25,5

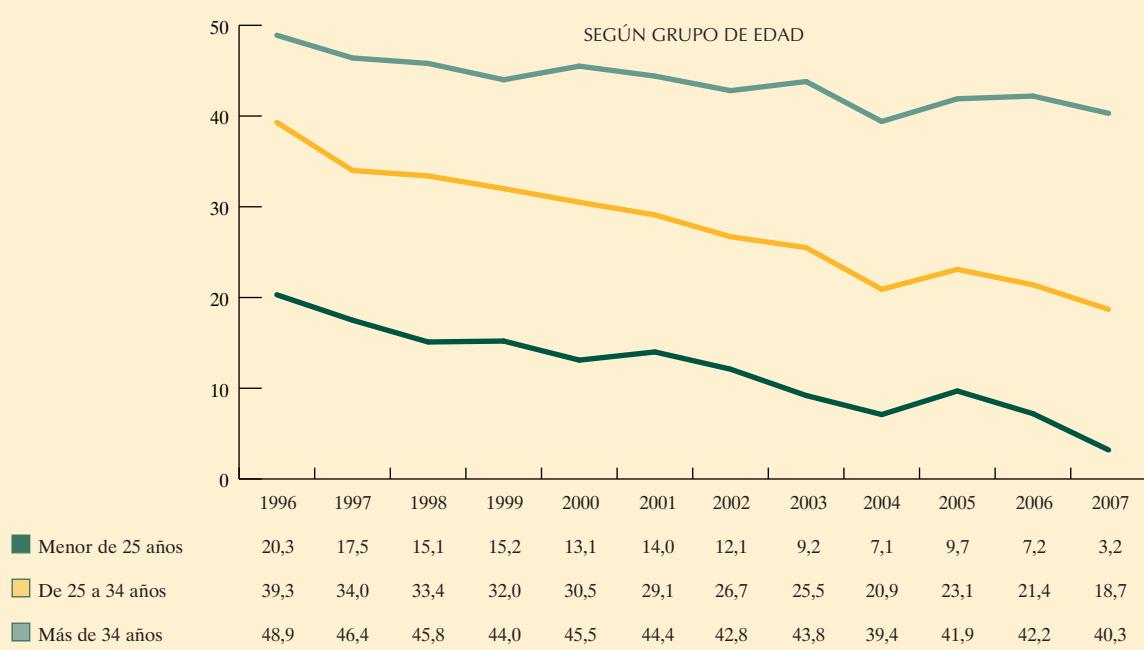
1. Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.

2. No se incluyen datos de algunas comunidades autónomas, debido a problemas de calidad de la variable "tiempo desde la última inyección de cualquier sustancia psicoactiva".

3. Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opioides como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opioides en los 30 días previos a la admisión. las otras variables que se cruzan.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.15. Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2007.



Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruzan. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006 y 23,2% en 2007.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

a las mujeres, y fue menos acusado para los inyectadores mayores de 34 años (entre los que pasó de 48,9% en 1996 a 40,3% en 2007) que para los menores de esa edad. De hecho, entre los inyectadores de 25-34 años pasó de 39,3% en 1996 a 18,7% en 2007 y entre los menores de 25 años de 20,3% a 3,2% (Figura 2.1.15).

Admisiones a tratamiento por alcohol

Se han analizado las admisiones a tratamiento por abuso/dependencia de alcohol correspondientes al período 2005-2007 (Tablas 2.1.6-9).

Se registraron 18.950 admisiones en 2005, 19.454 en 2006 y 19.224 en 2007. La cobertura del sistema con respecto al alcohol sigue siendo parcial, por lo que habrá que esperar a que la notificación se universalice a todas las comunidades autónomas y se estabilice para poder analizar las cifras absolutas. Mientras tanto, se pueden analizar las características de las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol porque la muestra es muy amplia y es difícil imaginar que puedan cambiar mucho dichas características cuando se amplíe la cobertura.

En 2007 un 19,6% de los admitidos a tratamiento por alcohol fueron mujeres, siendo esta proporción ligeramente más elevada entre los tratados por primera vez en la vida por esta sustancia que entre los previamente tratados. La edad media de los tratados fue de 43,6 años, bastante superior a la edad media de admisión a tratamiento por drogas ilegales, e incluso que la edad media de admisión a tratamiento por hipnosedantes. La proporción de nacidos fuera de España era de 8,6% (superior a la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), más elevada entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (10,8%) que entre los tratados previamente por la misma sustancia (6,2%) y entre las mujeres (10,6%) que entre los hombres (8,1%). Un 46,5% de los admitidos a tratamiento tenía un nivel de estudios inferior a la secundaria (similar a la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), y era más elevada en hombres (47,8%) que en mujeres (41,0%). Un 21,6% estaban desempleados (proporción inferior a la que se daba en el conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los que habían realizado tratamiento previo por la misma sustancia (23,4%) y entre las mujeres (24,1%). Con respecto al alojamiento o residencia, un 88,3% vivía en hogares familiares convencionales (proporción algo más elevada que la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), un 3,5% estaba institucionalizado y un 3,2% vivía en alojamientos precarios o inestables. Un 48% convivía con la familia propia, un 25,9% con la familia de origen y un 23,1% vivía solo. La fuente que refirió a estas personas a tratamiento con más frecuencia fue el sistema de salud general (40,4%), la iniciativa propia (19,3%) y la familia o amigos (10,5%) (Tabla 2.1.8).

En lo que respecta a la frecuencia de consumo de alcohol en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, un 64% consumía alcohol diariamente y un 18,2% semanalmente, siendo esta proporción más elevada en los hombres (65,1%) que en las mujeres (59,4%). La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 19,7 años, siendo más temprana entre los previamente tratados por la misma sustancia (19,2 años) que entre los tratados por primera vez en la vida (20,3 años) y entre los hombres (18,8 años) que entre las mujeres (23,4 años) (Tabla 2.1.8). Considerando conjuntamente la edad media de admisión a tratamiento y de inicio en el consumo, se observa que por término medio estos pacientes llevaban 23,9 años de consumo cuando fueron admitidos a tratamiento. Muchos de los admitidos a tratamiento por alcohol habían consumido otras drogas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento; en concreto un 58% cocaína, un 43,3% cannabis, un 24,1% opiáceos (sobre todo codeína), un 8,5% hipnosedantes, un 2,3% anfetaminas, un 1,8% éxtasis, un 0,8% alucinógenos y un 0,2% inhalables volátiles (Tabla 2.1.9). Un 5% se había inyectado drogas alguna vez en la vida (siendo esta proporción más elevada en los tratados previamente –6,4%– y entre los hombres –5,4%–) y un 1,5% en los últimos 12 meses. Un 65,9% de los admitidos a tratamiento desconocía el estado serológico frente a VIH y al menos un 1,5% estaban infectados por este virus (Tabla 2.1.8).

Tabla 2.1.6. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (Porcentajes). España, 2005.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	18950	8133	10096	15444	3447
Tratados por primera vez por alcohol (%)	55,4			55,8	53,4
Edad media (años)	43,2	44,2	42,5	43,1	43,5
Mujeres (%)	18,2	19,0	17,6		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,5	1,4	1,5	1,5	1,3
Enseñanza primaria	46,9	46,9	46,8	48,0	41,6
Enseñanzas secundarias	44,9	44,9	45,0	44,6	46,7
Estudios Universitarios	6,4	6,5	6,4	5,6	10,3
Otros	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	51,0	45,9	55,1	53,8	38,2
Parado no habiendo trabajado	1,8	2,0	1,8	1,4	3,5
Parado habiendo trabajado	26,2	29,3	23,6	26,1	26,5
Otras	21,0	22,8	19,5	18,7	31,8
Nacidos fuera de España (%)	8,1	6,5	9,5	7,5	10,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	12,8	15,7	10,3	12,6	13,8
Médicos generales, atención primaria de salud	21,5	16,5	25,3	22,2	18,5
Hospitales u otros servicios de salud	10,4	10,3	10,5	9,9	12,6
Servicios sociales	5,9	6,8	5,3	5,7	7,1
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	10,6	8,4	12,3	10,7	10,5
Servicios legales o policiales	5,3	5,1	5,6	5,1	6,4
Empresas o empleadores	2,0	2,4	1,7	2,0	2,1
Familiares o amigos/as	10,6	9,4	11,7	10,9	9,2
Iniciativa propia	17,8	22,3	14,2	17,7	17,3
Otras	3,1	3,0	3,1	3,2	2,6
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	19,1	20,6	18,0	19,6	17,0
Únicamente con pareja	9,8	9,6	9,9	8,9	14,1
Únicamente con hijos	8,2	7,7	8,6	7,3	12,7
Con pareja e hijos/as	28,4	26,4	30,2	28,7	27,0
Con padres o familia de origen	24,6	24,8	24,2	25,6	19,9
Con amigos	2,2	2,2	2,2	2,1	2,7
Otros	7,6	8,5	6,9	7,9	6,6
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	88,7	86,4	90,7	88,2	91,0
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,0	1,0	0,9	1,0	0,7
Otras instituciones	2,2	2,7	1,8	2,3	1,9
Pensiones, hoteles, hostales	1,2	1,4	1,0	1,3	0,8
Alojamientos inestables/precarios	2,7	3,1	2,3	2,9	1,5
Otros lugares	4,3	5,4	3,3	4,3	4,1
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,4	19,3	19,6	18,7	22,9
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	67,6	66,7	68,3	68,9	61,6
4-6 días/semana	5,2	5,1	5,3	4,9	6,8
2-3 días/semana	9,3	7,5	10,8	9,0	10,7
1 día/semana	2,7	2,0	3,2	2,6	2,9
Menos de 1 día/semana	2,9	3,4	2,6	2,6	4,6
No consumió	12,2	15,3	9,8	12,0	13,4
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	13,8	14,6	11,6	13,7	14,2
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	4,2	4,4	3,6	4,3	3,9
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,2	1,5	1,0	1,2	1,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	14,7	16,2	13,6	14,5	15,6
Negativo (sin fecha de análisis)	13,3	17,0	10,3	13,3	13,6
Sin análisis o resultado desconocido	70,8	65,3	75,1	71,1	69,3

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.7. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (Porcentajes). España, 2006.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	19454	8611	10172	15572	3822
Tratados por primera vez por alcohol (%)	54,2			53,9	55,3
Edad media (años)	43,4	44,4	42,7	43,4	43,7
Mujeres (%)	19,7	19,2	20,0		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,6	1,6	1,6	1,7	1,3
Enseñanza primaria	45,9	46,2	45,9	47,0	41,1
Enseñanzas secundarias	44,5	44,8	43,9	44,2	45,9
Estudios Universitarios	6,9	6,5	7,3	6,1	10,1
Otros	1,1	0,9	1,3	1,0	1,7
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	52,2	47,5	56,1	55,4	39,1
Parado no habiendo trabajado	1,4	1,5	1,3	1,1	2,6
Parado habiendo trabajado	19,6	22,6	17,2	18,9	21,9
Otras	26,8	28,4	25,4	24,5	36,4
Nacidos fuera de España (%)	9,8	7,6	11,7	9,2	12,3
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	13,3	16,1	10,6	13,1	13,9
Médicos generales, atención primaria de salud	34,0	27,2	39,4	34,8	31,3
Hospitales u otros servicios de salud	9,3	9,6	9,1	8,8	11,2
Servicios sociales	4,2	4,3	4,3	3,9	5,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	6,3	6,5	6,1	6,0	7,6
Servicios legales o policiales	2,6	2,4	2,8	2,8	2,0
Empresas o empleadores	0,3	0,4	0,3	0,4	0,0
Familiares o amigos/as	9,8	8,7	11,0	9,9	9,1
Iniciativa propia	17,5	22,4	13,5	17,6	16,7
Otras	2,7	2,5	2,8	2,7	2,6
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	19,5	20,6	18,4	20,2	16,6
Únicamente con pareja	10,2	9,7	10,6	9,0	15,0
Únicamente con hijos	8,3	8,6	8,0	7,2	13,2
Con pareja e hijos/as	26,9	24,7	28,9	27,1	25,9
Con padres o familia de origen	24,9	25,1	24,8	26,1	19,6
Con amigos	2,7	2,9	2,5	2,6	3,0
Otros	7,5	8,4	6,7	7,7	6,8
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	90,0	88,5	91,3	89,3	92,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Otras instituciones	2,4	2,9	2,0	2,5	1,8
Pensiones, hoteles, hostales	1,2	1,2	1,2	1,3	0,8
Alojamientos inestables/precarios	3,2	3,4	2,9	3,5	1,8
Otros lugares	2,4	3,1	1,8	2,5	1,9
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,3	19,2	19,3	18,5	22,6
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	67,1	66,3	67,8	68,4	61,7
4-6 días/semana	5,1	5,0	5,0	4,8	6,3
2-3 días/semana	9,5	7,8	11,0	9,2	10,7
1 día/semana	3,0	2,4	3,5	2,8	3,6
Menos de 1 día/semana	3,3	3,6	3,2	2,9	5,2
No consumió	12,0	14,9	9,5	11,9	12,5
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,6	5,9	3,5	4,8	3,8
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,4	2,0	0,9	1,4	1,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	15,8	17,2	14,8	16,0	15,3
Negativo (sin fecha de análisis)	15,5	20,1	11,7	15,3	16,4
Sin análisis o resultado desconocido	67,2	60,7	72,6	67,2	67,0

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.8. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (Porcentajes). España, 2007.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	19224	8587	9898	15412	3755
Tratados por primera vez por alcohol (%)	53,5			53,4	54,0
Edad media (años)	43,6	44,6	42,7	43,5	43,8
Mujeres (%)	19,6	19,5	19,9		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,4	1,3	1,5	1,4	1,5
Enseñanza primaria	45,1	44,1	45,9	46,4	39,5
Enseñanzas secundarias	45,5	46,7	44,5	45,1	47,3
Estudios Universitarios	6,4	6,3	6,5	5,5	9,8
Otros	1,6	1,6	1,6	1,5	1,9
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	50,1	45,9	53,9	52,7	39,5
Parado no habiendo trabajado	5,6	5,4	5,4	5,2	6,9
Parado habiendo trabajado	16,0	18,0	14,8	15,7	17,2
Otras	28,3	30,8	25,9	26,4	36,5
Nacidos fuera de España (%)	8,6	6,2	10,8	8,1	10,6
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	13,3	16,6	10,2	13,2	14,1
Médicos generales, atención primaria de salud	30,8	23,9	36,4	31,3	28,9
Hospitales u otros servicios de salud	9,6	10,4	9,2	9,2	11,5
Servicios sociales	4,4	4,5	4,5	4,1	6,0
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	6,3	6,4	6,1	6,1	7,1
Servicios legales o policiales	2,9	2,6	3,2	2,9	3,1
Empresas o empleadores	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2
Familiares o amigos/as	10,5	9,6	11,5	10,8	9,2
Iniciativa propia	19,3	23,5	15,9	19,7	17,6
Otras	2,5	2,2	2,7	2,6	2,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	23,1	24,6	21,7	23,8	20,3
Únicamente con pareja	11,2	10,9	11,7	10,1	15,5
Únicamente con hijos	9,3	9,8	8,8	8,0	14,6
Con pareja e hijos/as	27,5	26,2	28,7	27,7	26,6
Con padres o familia de origen	25,9	25,5	26,0	27,3	20,1
Con amigos	3,1	3,0	3,1	3,1	3,0
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	88,3	87,6	89,3	87,7	90,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	0,9	0,9	1,0	1,0	0,6
Otras instituciones	2,6	2,8	2,4	2,8	2,1
Pensiones, hoteles, hostales	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
Alojamientos inestables/precarios	3,2	3,1	3,2	3,4	2,2
Otros lugares	3,3	4,1	2,6	3,4	2,9
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,7	19,2	20,3	18,8	23,4
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	64,0	63,5	64,6	65,1	59,4
4-6 días/semana	5,1	4,8	5,3	4,6	7,0
2-3 días/semana	9,5	8,3	10,7	9,1	11,2
1 día/semana	3,6	2,9	4,2	3,4	4,5
Menos de 1 día/semana	3,7	3,9	3,6	3,7	3,8
No consumió	14,1	16,7	11,6	14,1	14,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	5,0	6,4	3,8	5,4	3,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,5	1,8	1,1	1,5	1,1
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,5	2,0	1,1	1,5	1,6
Negativo (análisis últimos 6 meses)	17,0	17,8	16,5	17,0	17,0
Negativo (sin fecha de análisis)	15,6	20,4	11,9	15,3	17,0
Sin análisis o resultado desconocido	65,9	59,9	70,4	66,2	64,4

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.9. Consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2007.

	2005	2006	2007
Nº de casos	18.950	19.454	19.224
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)			
1. <i>Opiáceos</i>	21,3	20,5	24,1
11. Heroína	5,2	5,7	6,0
12. Metadona	0,4	0,4	0,4
13. Otros opiáceos	15,7	14,4	17,7
2. <i>Cocaína</i>	57,4	58,7	58,0
21. Cocaína CIH	56,5	57,9	57,0
22. Base cocaína	0,9	0,8	1,0
3. <i>Estimulantes</i>	5,9	5,2	4,6
31. Anfetaminas	2,2	2,4	2,3
32. MDMA y derivados	1,9	1,4	1,8
33. Otros estimulantes	1,8	1,4	0,5
4. <i>Hipnóticos y sedantes</i>	8,9	9,0	8,5
41. Barbitúricos	0,1	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	8,0	8,2	8,1
43. Otros hipnosedantes	0,8	0,8	0,4
5. <i>Alucinógenos</i>	0,6	0,9	0,8
51. LSD	0,0	0,1	0,1
52. Otros alucinógenos	0,6	0,8	0,7
6. <i>Inhalables volátiles</i>	0,2	0,2	0,2
7. <i>Cannabis</i>	42,7	44,1	43,3
8. <i>Otras sustancias</i>	2,3	1,7	1,6

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento.

2.2. URGENCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS, 1996-2007

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del “indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas”, cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar las áreas y hospitalares monitorizados, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información.

Este indicador pretende monitorizar las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas en España. Se puso en marcha en 1987, formando parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, para monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas, especialmente de aquéllas que como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

A diferencia del Indicador Tratamiento, nunca ha llegado a estar implantado en todas las comunidades autónomas y, salvo algunas excepciones, las áreas cubiertas, así como el número de hospitales

monitorizados en cada una de ellas, ha variado de año en año (grado de exhaustividad de la recogida). Además, también pueden haber variado las áreas de atracción de los hospitales monitorizados. Por otra parte, en 1996 y 2003 sufrió sendas modificaciones importantes en su definición. Con estos antecedentes, desde el ámbito estatal las comparaciones temporales y espaciales deben hacerse con muchas precauciones y deben basarse únicamente en distribuciones porcentuales de las características de las urgencias y no en números absolutos o tasas poblacionales. Según el protocolo en vigor (2003), cuando se decide monitorizar un área geográfica dada, han de monitorizarse todos los hospitales relevantes ubicados en dicha área, excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos, pero esto no siempre se cumple. Cada comunidad autónoma puede decidir si recoge la información de forma continua o lo hace sólo durante una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria en la Unidad Central. En el protocolo se recomienda igualmente recoger la información de forma activa seleccionando los episodios registrables tras una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas de urgencias, pero no en todos los lugares se ha seguido este procedimiento, lo que constituye un argumento más para evitar las comparaciones temporales y espaciales basadas en el número absoluto de urgencias.

Según el protocolo para obtener el indicador urgencias se han de recoger todos los episodios de urgencias hospitalarias en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona. Por lo tanto, se han de recoger también las urgencias provocadas por complicaciones infecciosas o causas externas en consumidores de drogas ilegales, aunque en la historia clínica no se aporten evidencias de relación directa con el uso de drogas. Se procede de esta forma para evitar que las personas encargadas de recoger los datos tengan que tomar decisiones sobre la inclusión o no de un episodio cuando las evidencias de su relación con el consumo de drogas no son claras.

Además, como una excepción, se han de recoger también las urgencias en personas que consumen opiáceos en el marco de programas de mantenimiento sin que exista consumo de otras drogas psicoactivas, siempre que el diagnóstico esté inequívocamente relacionado con el consumo de dichos opiáceos, como sucede con las sobredosis o el síndrome de abstinencia.

Desde 2003 se recogen las urgencias de las personas de 15 a 54 años, mientras que hasta ese año sólo se recogían las de las personas de 15-49 años. Igualmente, se recogen literalmente todos los diagnósticos de urgencia citados en la historia clínica, en vez de los 5 grandes grupos diagnósticos que venían recogiéndose hasta 2003. Sin embargo, la información sobre los diagnósticos no se ha analizado hasta el momento a la espera de desarrollar un manual estándar para codificar los diagnósticos según CIE-10. Este manual, que se ha realizado en 2008 en colaboración con las comunidades autónomas, se encuentra en fase de edición.

Se excluyen los episodios de urgencias causados por el embarazo y las complicaciones del embarazo, aunque se mencione consumo de sustancias psicoactivas, las urgencias por reacciones adversas a medicamentos (excepto en el caso de mención exclusiva de opiáceos prescritos en programas de mantenimiento cuyo diagnóstico esté inequívocamente relacionado con opiáceos).

En la ficha de recogida de datos se incluye información sobre las siguientes variables: fecha de la urgencia, sexo, edad, nacionalidad, condición legal del paciente (detenido/no detenido), diagnósticos de la urgencia (literales), sustancias psicoactivas mencionadas en la historia clínica (hasta 6), vía de consumo de las sustancias psicoactivas mencionadas, evidencias de relación directa entre el consumo de drogas y la urgencia expresadas por el médico en la historia clínica, drogas que el médico relaciona con la urgencia en la historia clínica (codificadas, al igual que las sustancias mencionadas, con ayuda de un sistema de códigos desarrollados al efecto), vía más reciente de consumo de las drogas que el médico relaciona con la urgencia en la historia clínica y resolución de la urgencia.

En el momento del análisis, para facilitar la comparación con el indicador mortalidad y solventar posibles diferencias de criterio en la recogida de información entre comunidades autónomas, se han realizado algunos ajustes: 1) Se han excluido los episodios en que se mencionan exclusivamente hipnosedantes, antipsicóticos, antidepresivos o cualquier combinación de estas drogas entre sí o con alcohol o tabaco. 2) Se han tabulado preferentemente las características de las urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas (aquéllas en que el médico incluye en la historia clínica alguna evidencia de relación con el uso de drogas), seleccionadas con ayuda de una variable dicotómica introducida al efecto en la hoja de recogida de datos. De esta forma, es posible además comparar los datos de 2003 en adelante con los de años anteriores, en que se recogían sólo estas urgencias.

Resultados

En 2007 se recogieron 15.247 episodios de urgencias en personas que habían realizado consumo no terapéutico o no médico de drogas psicoactivas (drogas de comercio ilegal, opioides diferentes a heroína o inhalables volátiles). Como se indicó, de este cómputo se excluyen los episodios en los que sólo se mencionó alcohol, tabaco, hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos o cualquier combinación de estas sustancias. Las urgencias procedían de 15 comunidades autónomas. En la mayor parte de las áreas monitorizadas la recogida se limitó a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, pero en otras, como la ciudad de Barcelona, Murcia, Castilla y León y Baleares se realizó una recogida continua. De las 15.247 urgencias recogidas, 7.838 estaban directamente relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas; es decir, se hallaron en la historia clínica evidencias (expresiones del médico) que permitían relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna de estas drogas (Tabla 2.2.1).

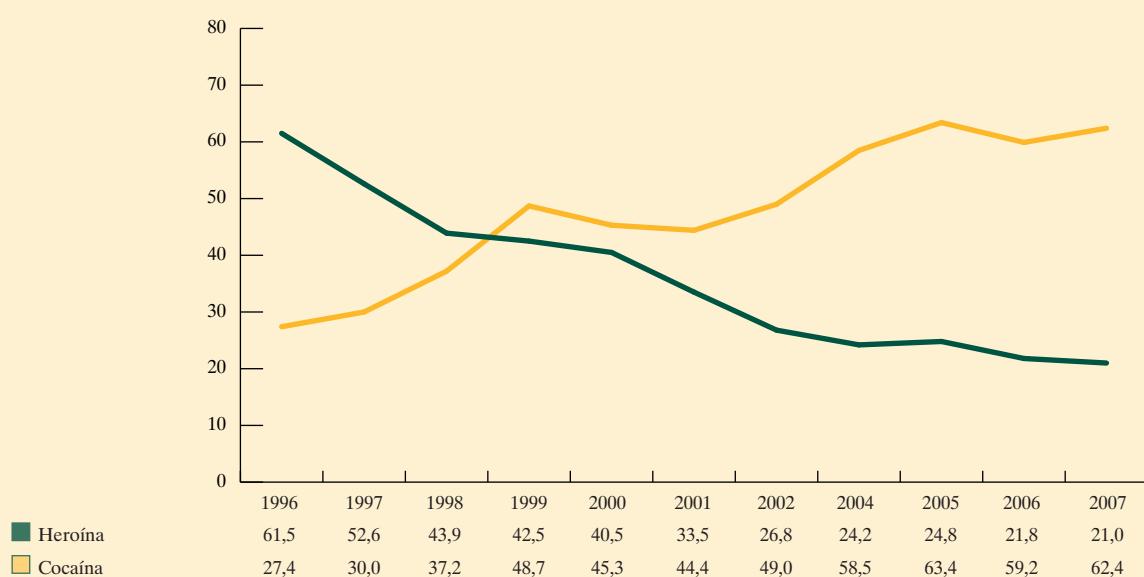
Centrándonos exclusivamente a partir de ahora en las urgencias directamente relacionadas con drogas, en 2007 las sustancias cuyo consumo se mencionó más frecuentemente en la historia clínica fueron cocaína (62,4% de los episodios), alcohol (41,9%) —a pesar de que sólo se recogió cuando se mencionaba junto a algunas otras drogas—, cannabis (30,3%), hipnosedantes (23,5%), heroína (21,0%) y otros opioides u opioides sin especificar (15,0%) (Tabla 2.2.2). En las urgencias de los hombres se mencionan en mayor proporción heroína, cocaína, cannabis y alcohol que en las de las mujeres, y sucede lo contrario con hipnosedantes, éxtasis y el grupo residual “otras drogas” (donde se recogen sobre todo otros fármacos psicotrópicos) (Tabla 2.2.2), lo que sugiere un mayor policonsumo entre los hombres, mayormente en lo que atañe a drogas de comercio ilegal y alcohol. Con respecto a los años anteriores, se observa que entre 1996 y 2004 se produjo una disminución importante de la proporción de menciones de heroína, pasando del 61,4% en 1996 a 24,2% en 2004. A partir de ese último año se observan signos de un descenso más lento (24,8% en 2005, 21,8% en 2006 y 21,0% en 2007 (Figura 2.2.1). Por lo que respecta a la proporción de menciones de cocaína, entre 2001 y 2005 se observó una tendencia clara al aumento (44,4% en 2001, 49,0% en 2002, 58,5% en 2004 y 63,4% en 2005) y a partir de ese año se observan signos de estabilización (59,2% en 2006 y 62,4% en 2007). A partir de 1999 la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Tabla 2.2.3 y Figura 2.2.1). En 2007, incluso el número de urgencias con mención de alcohol —a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas—, o con mención de cannabis superan al número de urgencias con mención de heroína. En los últimos años se han producido también otros cambios en la mención de drogas en las urgencias directamente relacionadas con drogas. Por ejemplo, entre 1996 y 2006 aumentó considerablemente la mención de cannabis pasando de 7,4% en 1996 a 30,9% en 2006 y 30,3% en 2007 (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.3), y la de alcohol, pasando de 13,3% en 1996 a 41,9% en 2007. Las tendencias temporales en la mención de hipnosedantes no son valorables, especialmente a partir de 2002, por las diferencias en los criterios de recogida entre comunidades autónomas y en el análisis de los datos. Por su parte la mención de éxtasis aumentó entre 1996 y 2002, pasando de 1,6% a 6,3%, pero a partir de 2002 se ha mantenido relativamente estabilizada. La mención de anfetaminas manifiesta una línea de tendencia con dientes de

Tabla 2.2.1. Distribución de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas por comunidad autónoma (números absolutos). España, 2007.

	Urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas	Urgencias directamente relacionadas con uso de drogas
Andalucía	1173	542
Aragón	158	72
Asturias	59	43
Baleares	779	546
Canarias	212	81
Cantabria	443	155
Castilla-La Mancha	379	194
Castilla y León	577	500
Cataluña	5083	2059
C.Valenciana	756	611
País Vasco	240	149
Extremadura	15	5
La Rioja	40	40
Madrid	2837	1107
Murcia	2496	1734
Total	15247	7838

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Indicador Urgencias.

Figura 2.2.1. Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en que se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2007.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2007.

	Total urgencias en consumidores de drogas			Urgencias direct. relacionadas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Número de episodios	11653	3548	15201 ¹	5995	1827	7822 ¹
Edad media (años)	33,0	32,3	32,8	32,2	31,2	32,0
Mujeres (%)	-	-	23,3	-	-	23,4
Sustancias psicoactivas mencionadas(%) ²						
Heroína	20,7	16,3	19,6	22,3	16,8	21,0
Otros opiáceos	19,6	23,4	20,5	14,9	15,7	15,0
Cocaína	55,3	51,4	54,4	63,2	59,8	62,4
Anfetaminas	3,4	3,3	3,4	4,8	4,9	4,8
MDMA y similares	4,2	4,9	4,3	5,4	7,2	5,8
Hipnosedantes	16,1	21,3	17,3	21,7	29,4	23,5
Cannabis	34,0	31,7	33,5	30,6	29,3	30,3
Alucinógenos	1,8	1,4	1,7	2,4	2,0	2,3
S. Volátiles	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	0,5
Alcohol	34,7	31,0	33,9	42,4	40,3	41,9
Otras sustancias	10,3	11,0	10,5	10,7	13,7	11,4
Evidencias de relación entre uso de drogas y urgencia (%)	51,4	51,5	51,5	-	-	-
Sustancias psicoactivas relacionadas (%) ³						
Heroína	-	-	-	17,8	14,0	16,9
Otros opiáceos	-	-	-	8,2	7,9	8,1
Cocaína	-	-	-	54,4	51,9	53,8
Anfetaminas	-	-	-	4,2	4,0	4,2
MDMA y similares	-	-	-	4,6	6,3	5,0
Hipnosedantes	-	-	-	14,0	21,7	15,8
Cannabis	-	-	-	23,4	21,4	22,9
Alucinógenos	-	-	-	2,0	1,8	2,0
S. Volátiles	-	-	-	0,5	0,3	0,5
Alcohol	-	-	-	36,2	34,2	35,7
Otras sustancias	-	-	-	5,3	8,0	6,0
Detenidos (%)	6,1	2,6	5,3	4,4	1,7	3,8
Resolución urgencias (%)						
Alta médica	78,5	79,2	78,7	79,0	79,5	79,1
Alta voluntaria	6,7	5,9	6,5	7,8	7,6	7,8
Ingreso hospitalario	11,8	10,7	11,6	9,3	8,0	9,0
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,9	4,1	3,2	3,8	4,9	4,1

Nota: La suma de los porcentajes puede ser superior al 100% ya que una misma urgencia puede estar relacionada con varias sustancias.

1. El número de episodios es inferior al total (15247 y 7838) ya que no se incluyen los episodios en los que se desconoce el sexo.

2. Sustancias consumidas habitualmente o esporádicamente y sustancias relacionadas con la urgencia.

3. Sustancias en las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

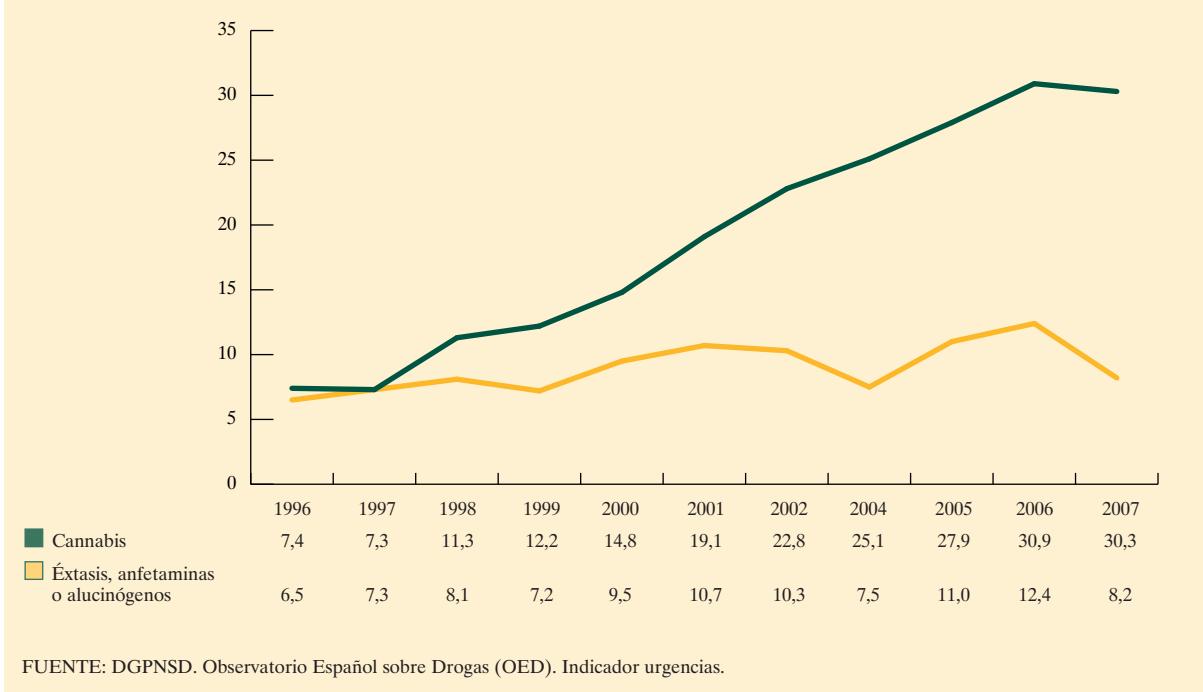
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

sierra, y la proporción de menciones ha disminuido en 2007 con respecto a 2006. La mención de alucinógenos es poco habitual, y parece también relativamente estabilizada. Si se consideran conjuntamente anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, se observa que desde 2001 la mención de estas sustancias se mantiene relativamente estabilizada a niveles bajos, con algunas variaciones interanuales (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.3).

Centrándonos en las urgencias directamente relacionadas con drogas, en 2007 la mayor parte de los pacientes eran varones (76,6%), observándose las mayores proporciones de mujeres en las urgencias con mención de consumo de hipnosedantes (29,2%), éxtasis (28,9%) y otros opiáceos (24,3%) (Tabla 2.2.4). Durante el período 1996-2006 aumentó la proporción de mujeres (21,4% en 1996 y 26,1% en 2006), pero en 2007 la proporción de mujeres ha vuelto a descender (23,4%) (Tabla 2.2.3).

En 2007 la edad media de las personas atendidas fue de 32,0 años (algo más elevada en hombres que en mujeres), correspondiendo las edades medias más bajas a las urgencias con mención de éxtasis (26,9 años), inhalables volátiles (26,9 años) o alucinógenos (27,7 años), y las más elevadas a las urgencias con mención de heroína (34,8 años) u otros opiáceos (36,2 años) (Tabla 2.2.4). En el período 1996-2007 se observó una tendencia al aumento de la edad media de los pacientes atendidos (27,8 años en 1996, 31,0 en 2004 y 32,0 en 2007) (Tabla 2.2.3).

Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2007.



**Tabla 2.2.3. Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.
España, 1996-2007.**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0
Sexo (%)											
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4
Sustancia psicoactivas mencionadas (%) ^a											
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21,0
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9	17,7	14,0	13,6	13,7	15,0
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4	49,0	58,5	63,4	59,2	62,4
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6	3,8	3,0	4,8	5,4	4,8
MDMA y similares	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2	6,3	4,2	5,7	7,2	5,8
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0	34,1	27,7	24,6	28,3	23,5
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4	1,4	1,2	2,0	2,4	2,3
Sustancias volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	0,3	0,7	0,5	0,4	0,5
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8	39,0	36,3	39,0	42,9	41,9
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8	4,5	12,5	4,7	9,3	10,5
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)											
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2
MDMA y similares	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4	30,7	32,3	36,0	35,7
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6	1,8	8,7	3,3	4,9	6,0
Condición legal (%)											
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8
Resolución 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
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
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

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia

Tabla 2.2.4A. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2007 (Continúa).

Total de urgencias en consumidores de drogas		Sustancias mencionadas ¹				
		Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	2985	3113	8269	512	658	
Edad media (años)	35,4	37,3	32,8	28,0	27,0	
Mujeres (%)	19,3	26,7	22,0	22,9	26,1	
Detenidos (%)	9,6	9,1	5,1	1,8	2,5	
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	77,4	75,5	79,6	79,2	83,3	
Alta voluntaria	7,4	7,2	6,6	6,2	8,0	
Ingreso hospitalario	12,2	14,3	10,7	9,4	6,7	
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Traslado a otro centro	2,9	3,0	3,1	5,2	2,0	
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias mencionadas ¹				
		Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	1645	1175	4874	375	453	
Edad media (años)	34,8	36,2	32,4	27,6	26,9	
Mujeres (%)	18,5	24,3	22,3	23,7	28,9	
Detenidos (%)	7,1	8,1	3,4	1,4	1,6	
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	77,8	76,7	79,4	80,6	83,9	
Alta voluntaria	8,1	9,2	7,7	7,7	9,5	
Ingreso hospitalario	10,5	9,9	9,0	5,7	4,5	
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Traslado a otro centro	3,4	4,1	3,9	6,0	2,1	
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias relacionadas ²				
		Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	1282	614	4075	316	376	
Edad media (años)	34,5	35,8	32,2	27,0	26,6	
Mujeres (%)	19,2	22,6	22,4	22,2	29,5	
Detenidos (%)	7,9	10,5	3,4	1,6	1,1	
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	77,5	81,2	80,1	81,3	85,7	
Alta voluntaria	8,6	7,5	7,7	7,3	10,4	
Ingreso hospitalario	10,0	7,7	8,5	4,5	2,5	
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Traslado a otro centro	3,8	3,5	3,7	6,9	1,4	

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

Tabla 2.2.4B. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2005 (Final).

Total de urgencias en consumidores de drogas		Sustancias mencionadas ¹					
		Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	2630	5087	257	52	5143	1590	
Edad media (años)	33,5	29,7	27,6	26,3	32,7	34,5	
Mujeres (%)	28,7	22,0	19,8	19,2	21,3	24,5	
Detenidos	5,5	3,3	2,7	0,0	2,8	2,9	
Resolución urgencia							
Alta médica	76,5	80,9	74,5	81,3	78,8	67,3	
Alta voluntaria	6,5	4,5	9,7	3,1	7,7	7,1	
Ingreso hospitalario	11,3	11,4	10,3	12,5	10,6	20,2	
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Traslado a otro centro	5,8	3,2	5,5	3,1	2,8	5,3	
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias mencionadas ¹					
		Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1833	2369	183	39	3272	892	
Edad media (años)	32,9	29,1	27,7	26,9	32,2	32,9	
Mujeres (%)	29,2	22,5	19,7	15,4	22,4	27,9	
Detenidos	3,8	2,7	1,1	0,0	2,2	2,2	
Resolución urgencia							
Alta médica	75,8	81,2	77,4	81,5	79,1	68,8	
Alta voluntaria	7,8	5,2	12,9	3,7	9,2	8,4	
Ingreso hospitalario	9,8	9,8	4,8	11,1	8,4	15,5	
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Traslado a otro centro	6,6	3,9	4,8	3,7	3,3	7,2	
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas		Sustancias relacionadas ²					
		Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinógenos	Volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1193	1735	149	36	2706	454	
Edad media (años)	32,8	28,3	27,1	26,7	32,2	32,2	
Mujeres (%)	31,9	21,7	20,8	13,9	22,2	31,3	
Detenidos	3,4	2,9	1,4	0,0	2,2	2,4	
Resolución urgencia							
Alta médica	74,3	82,3	80,6	80,0	79,4	65,3	
Alta voluntaria	8,6	4,8	11,2	4,0	9,5	5,8	
Ingreso hospitalario	9,9	9,3	4,1	12,0	7,7	20,4	
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	
Traslado a otro centro	7,2	3,6	4,1	4,0	3,3	8,3	

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español Sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

En 2007 un 3,8% de las urgencias directamente relacionadas con las drogas correspondieron a personas detenidas, cifra que contrasta con el 22,4% que se registraba en 1997. En 2007, los porcentajes más elevados de los detenidos correspondieron a las urgencias en que hubo mención de heroína (7,1%) u otros opiáceos (8,1%) (Tabla 2.2.4).

Desde el año 1997 ha disminuido la proporción de pacientes que llegan detenidos por las fuerzas del orden a los servicios hospitalarios de urgencias (22,4% en 1997 y 3,8% en 2007), observándose este último año el porcentaje más bajo de la serie (Tabla 2.2.3).

En 2007 la mayor parte de las urgencias directamente relacionadas con las drogas se resolvieron con alta médica (79,1%) (Tabla 2.2.2). La distribución de las urgencias según resolución de la misma no ha variado demasiado a lo largo de los años y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas mencionadas o según el sexo (Tablas 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4).

Al analizar la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas en las urgencias directamente relacionadas con drogas, hay que tener en cuenta que existe una proporción importante de episodios con valores desconocidos en esta variable, por lo que los resultados hay que tomarlos con bastante cautela.

En 2007, en las urgencias relacionadas con heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (66,5%), seguida de la pulmonar (25,5%) y la intranasal o esnifada (6,9%), y en las urgencias relacionadas con la cocaína, la intranasal o esnifada (46,2%), seguida de la inyectada (30,1%) y de la pulmonar o fumada (20,7%) (Tabla 2.2.5).

Seguramente estos datos son más acordes con la realidad que los referidos a 2002 publicados en el *Informe OED 2004*. De hecho, en aquel momento, los episodios de urgencias en que se mencionaba “consumo inhalado” se atribuyeron a consumo por vía pulmonar o fumada, cuando con el nuevo sistema de recogida de información que se inicio en 2003 parece que esos episodios se clasifican ahora en vía intranasal o esnifada. Esta mejora de la clasificación en el caso de la cocaína supone un cambio importante porque la vía de administración más frecuente en urgencias deja de ser la pulmonar y pasa a ser la intranasal, al igual que sucede en el indicador tratamiento.

En el caso de la heroína se confirma que en urgencias el peso de la vía inyectada es mucho mayor que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, lo que viene a poner de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos, como la sobredosis, entre los inyectadores de drogas.

Los datos sobre la vía de administración referidos a otras drogas concuerdan con lo conocido a partir de otra fuentes. En el caso del éxtasis, los hipnosedantes y los opioides diferentes a heroína es casi exclusivamente oral, en el caso de las anfetaminas y los alucinógenos predomina mayoritariamente la vía oral, con una pequeña proporción de consumidores por vía intranasal, y en el caso del cannabis, la vía pulmonar, con una pequeña proporción de consumidores por vía oral (Tabla 2.2.5).

La comparación de los datos referidos a la vía de administración con los de años precedentes debe en principio evitarse debido a la mejora de la clasificación de la variable y a otros cambios, como el hecho de que en 2007 se hayan incluido todos los episodios recogidos en la ciudad de Barcelona, que como se puede ver en la Tabla 2.2.1 pesan bastante en el conjunto.

Tabla 2.2.5. Vía de administración de las drogas mencionadas o relacionadas con la urgencia en consumidores de sustancias psicoactivas. España, 2007.

	Total de urgencias en consumidores de drogas		Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas			
	Drogas mencionadas		Drogas mencionadas		Drogas relacionadas	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Heroína						
Oral	12	0,8	5	0,7	7	1,1
Pulmonar o fumada	458	32,0	220	29,8	167	25,5
Intranasal o esnifada	111	7,8	55	7,4	45	6,9
Inyectada	848	59,3	458	62,0	436	66,5
Otra vía	1	0,1	1	0,1	1	0,2
Otros opiáceos						
Oral	2691	96,2	911	94,4	491	92,1
Pulmonar o fumada	18	0,6	9	0,9	9	1,7
Intranasal o esnifada	10	0,4	2	0,2	2	0,4
Inyectada	75	2,7	41	4,2	30	5,6
Otra vía	3	0,1	2	0,2	1	0,2
Cocaína						
Oral	32	1,4	27	2,0	33	2,7
Pulmonar o fumada	624	27,5	311	23,0	249	20,7
Intranasal o esnifada	903	39,8	595	43,9	557	46,2
Inyectada	707	31,2	421	31,1	363	30,1
Otra vía	3	0,1	0	0,0	3	0,2
Anfetaminas						
Oral	232	88,9	156	85,7	127	84,1
Pulmonar o fumada	6	2,3	5	2,7	4	2,6
Intranasal o esnifada	21	8,0	19	10,4	19	12,6
Inyectada	1	0,4	1	0,5	1	0,7
Otra vía	1	0,4	1	0,5	0	0,0
MDMA						
Oral	275	99,3	175	99,4	140	99,3
Pulmonar o fumada	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Intranasal o esnifada	1	0,4	1	0,6	1	0,7
Inyectada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hipnosedantes						
Oral	3244	99,1	2232	99,2	1286	99,4
Pulmonar o fumada	8	0,2	5	0,2	3	0,2
Intranasal o esnifada	7	0,2	1	0,0	1	0,1
Inyectada	12	0,4	11	0,5	3	0,2
Otra vía	3	0,1	1	0,0	1	0,1
Cáñabis						
Oral	95	3,0	68	4,6	67	6,1
Pulmonar o fumada	3104	96,7	1397	95,0	1032	93,5
Intranasal o esnifada	8	0,2	4	0,3	4	0,4
Inyectada	2	0,1	0	0,0	0	0,0
Otra vía	2	0,1	2	0,1	1	0,1
Alucinógenos						
Oral	81	90,0	65	90,3	53	89,8
Pulmonar o fumada	2	2,2	1	1,4	1	1,7
Intranasal o esnifada	7	7,8	6	8,3	5	8,5
Inyectada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias

2.3. INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS, 1986-2008

Sida e infección por VIH relacionados con la inyección de drogas

En los últimos 20 años, el sida y la infección por VIH han formado parte de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta 31 diciembre de 2008 se habían notificado un total de 77.231 casos de sida, de los cuales el 61,6% correspondía a la categoría de transmisión por inyección de drogas. En 2007 se estima que se diagnosticaron 1.527 casos (estimación corregida por retraso en la notificación), el 39,9% de los cuales se atribuyeron al consumo inyectado de drogas. Y en 2008 las cifras estimadas son 1.283 y 37,0%, respectivamente. La proporción de casos de sida atribuibles al consumo inyectado de drogas ha disminuido en los años más recientes después del pico registrado en 1990 (69,7%) a la vez que se ha incrementado la proporción de casos en la categoría de transmisión sexual. También ha disminuido el número absoluto de nuevos casos de sida diagnosticados cuya adquisición es atribuible al consumo inyectado de drogas (Figura 2.3.1). Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han influido en la evolución de la epidemia en los últimos años, entre ellos cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el acusado descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

Al interpretar los datos del Registro Nacional de Sida hay que tener en cuenta que este sistema reconoce los nuevos casos diagnosticados de sida anualmente y no los nuevos casos de infección por VIH. Es decir, que no proporciona información sobre la incidencia de nuevas infecciones por VIH. Esta información se puede obtener a partir del sistema de registro de nuevas infecciones por VIH existente en algunas CCAA.

Figura 2.3.1. Evolución de los diagnósticos de sida asociados al uso inyectado de drogas (número). España, 1986-2008*.



(*) Actualización a 31 de diciembre de 2008. Datos corregidos por retraso en la notificación.

Fuente: Registro Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Registro de nuevas infecciones por VIH y estudios de incidencia

Para compensar las limitaciones del Registro de Casos de Sida, varias CCAA han puesto en marcha sistemas de registro de nuevas infecciones por VIH. Los registros correspondientes a Navarra y La Rioja muestran que después del pico alcanzado a mediados de los años ochenta se produjo un rápido descenso del número de infecciones hasta 1996. A partir de ese año se aprecia una gran disminución en el ritmo de aparición de nuevos casos.

Con los años ha ido aumentando el número de CCAA que notifican al sistema, llegando a ser ocho (Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta, con un total de unos 14 millones de habitantes, el 32% de la población española) en 2003-2007. El número de nuevos diagnósticos de VIH registrados en dicha área durante 2003-2007 fue de 5.785 casos (1.214 en 2003, 1.225 en 2004, 1.125 en 2005, 1.164 en 2006 y 1.057 en 2007) (86,1 casos por millón de habitantes en el conjunto del período), de los que un 13,9% correspondió a inyectadores de drogas. Se observa un descenso progresivo del número y de la proporción de casos diagnosticados que corresponden a la categoría de transmisión de inyectadores de drogas, desde un 19,0% ($n=231$) en el 2003 a un 7,8% ($n=82$) en 2007, aunque los datos en los últimos años pueden estar afectados por el retraso en la notificación. El número de nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas fue 4 veces más alto en hombres que en mujeres, y la proporción que suponían los inyectadores sobre el total de diagnósticos de cada sexo también fue más elevada en hombres (14,7%) que en mujeres (11,5%) (Tabla 2.3.1).

Los datos del *Proyecto Itinere* (estudio de cohortes en Madrid, Sevilla y Barcelona en consumidores de heroína de 30 años o menos) para el período 2001-2003 muestran una tasa muy alta de incidencia de infección por VIH (4,5 por 100 personas-año (pa); IC 95%: 2,9-6,7) en inyectadores jóvenes, lo que sugiere de nuevo que la caída del número de infecciones ligadas al consumo parenteral de drogas se ha debido más al descenso del número de inyectadores que al descenso de la prevalencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH (que de hecho sigue siendo elevada). Por otra parte, hasta ahora se creía que la infección por VIH en usuarios de heroína que no se inyectan era rara, pero la misma fuente muestra una incidencia muy alta en los jóvenes usuarios de heroína de Sevilla (3,4/100 pa; CI95%: 0,9-8,7). Esto confiere gran importancia a la transmisión sexual y a la necesidad de prestar más atención a las parejas de inyectadores seropositivos.

Tabla 2.3.1. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas según año de diagnóstico y sexo (número absoluto y porcentaje sobre el total de nuevos diagnósticos VIH). España (8 CCAA), 2003-2007. Datos no corregidos por retraso en notificación.

	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%
2003	187	20,3	44	15,1	231	19,0
2004	157	17,3	51	16,1	208	17,0
2005	127	15,0	22	7,9	149	13,2
2006	110	12,3	23	8,6	133	11,4
2007	62	7,6	20	8,2	82	7,8
Total	643	14,7	160	11,5	803	13,9

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Prevalencia de infección por VIH en inyectadores

Los estudios de prevalencia presentan limitaciones para valorar la tendencia de la epidemia de infección en inyectadores de drogas, que son todavía mayores cuando las muestras son pequeñas o de ámbito local. Por esta razón, en este informe sólo se incluyen trabajos con muestras amplias o realizados en áreas geográficas relativamente extensas. El *Proyecto EPI-VIH* proporciona datos sobre infección por VIH en personas que acuden a realizarse la prueba por primera vez a centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH (http://www.isciii.es/htdocs/pdf/transversal_revisiones.pdf). Dicho proyecto muestra que el número de primeras visitas de inyectadores ha disminuido desde 1.547 en 1991 hasta 595 en 2000 y 180 en 2006; el número de casos de infección por VIH en este grupo ha pasado de 690 en 1991 a 134 en 2000 y 54 en 2006, y la prevalencia de VIH de 46,6% en 2000 a 22,5% en 2000 y 30,0% en 2006. Hay que tener en cuenta que las cifras de prevalencia de infección en personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba subestiman la prevalencia real porque habitualmente no incluyen a las personas que saben que están infectadas. Sin embargo, pueden ser sensibles para detectar cambios temporales en la transmisión del VIH.

Entre los inyectadores de heroína captados en 2001-2003 por el *Proyecto Itinere*, las prevalencias de infección por VIH fueron 20,8% en Barcelona, 22,2% en Sevilla y 34,9% en Madrid, con importantes descensos entre 1995 y 2001-2003 en Barcelona y Sevilla, pero no en Madrid. Esta diferente situación y evolución de las tres ciudades podría relacionarse con el retraso en la implementación en Madrid de los tratamientos de mantenimiento con metadona. La prevalencia entre los consumidores de heroína que no se inyectan fue 4,0%, sin diferencias entre las ciudades, y ser mujer se asoció fuertemente con la infección en este grupo.

Además, los datos del indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas del OED muestran que la prevalencia de infección entre los consumidores de drogas que se habían inyectado en los 12 meses anteriores a la admisión a tratamiento (inyectadores recientes) disminuyó moderadamente, desde el 37,1% en 1996 hasta un 33,5% en 2000, 32,7% en 2005 y 30,8% en 2007. Este descenso afectó tanto a hombres como a mujeres y fue algo menos pronunciado entre los mayores de 34 años (entre los que la prevalencia descendió desde 48,9% en 1996 hasta 41,9% en 2005 y 40,3% en 2007) que entre los menores de 25 (en los que disminuyó desde el 20,3% en 1996 hasta el 9,7% en 2005 y 3,2% en 2007). Como viene sucediendo desde hace bastantes años, en 2007 las mujeres que se habían inyectado recientemente presentaban prevalencias más elevadas que los hombres (36,2% y 30,0%, respectivamente). En cualquier caso, hay que tener muy presente en la interpretación de los datos que en 2007 el estado serológico frente al VIH era desconocido en el 27,5% de los 4.575 inyectadores recientes admitidos a tratamiento con información válida.

Según la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por Heroína o Cocaína, 2003-2004, un 91,2% de los inyectadores de drogas admitidos a tratamiento en esos años se había realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida y un 29,4% eran VIH positivos.

Conductas de riesgo para la transmisión de infecciones

Los estudios de conductas de riesgo para la transmisión de infecciones por VIH o virus de la hepatitis en inyectadores de drogas, junto con los que permiten conocer la incidencia de estas infecciones, son trascendentales para el conocimiento de su historia natural, los factores asociados y la previsión del comportamiento futuro de la epidemia de sida o morbilidad hepática. Sin embargo, actualmente en España apenas hay estudios que investiguen las conductas de riesgo para la transmisión sanguínea o sexual de infecciones en estas poblaciones. En una muestra comunitaria de 300 consumidores captados en Barcelona y alrededores durante 2004, el 17,7% recibió jeringas usadas en los últimos 6 meses, el 74,8% dio o recibió droga disuelta en una jeringa usada y el 77,9% compartió otro material,

lo que sugiere que sigue habiendo poblaciones de inyectadores de drogas con conductas de riesgo de inyección inaceptablemente elevadas. Los resultados de la Encuesta Estatal a Personas Admitidas a Tratamiento por heroína o cocaína, 2003-2004, muestran que un 21,4% de los que se habían inyectado el último año usaron jeringas previamente usadas por otros, un 16% cogieron droga de jeringas usadas por otros, un 22,3% pasó su jeringa usada a otra persona y un 18,9% repartió droga a otros desde una jeringa usada por él mismo.

Hepatitis virales

Las importantes consecuencias para la salud de la infección por VIH y el impacto de esta epidemia entre los inyectadores de drogas ha mantenido durante muchos años en un segundo plano los problemas asociados a las elevadísimas prevalencias de infección por los virus B ó C de la hepatitis entre las personas que se inyectan drogas. La evolución positiva de la epidemia de infección por VIH está poniendo de manifiesto el elevado impacto que está teniendo, y sin duda tendrá en el futuro, la epidemia de las hepatitis virales en la morbimortalidad de estas poblaciones.

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es generalmente más elevada entre los inyectadores de drogas o entre consumidores intensos de drogas por otras vías que en la población general. Según *Itinere* las prevalencias de infección en 2001-2003 en inyectadores jóvenes de las ciudades de Madrid, Barcelona y Sevilla variaba entre 20% y 35%, y en no inyectadores que consumían heroína entre 4,4% y 8,9%. Además, a pesar de la recomendación de vacunación para personas con prácticas de riesgo introducida en el año 1982 y de los programas específicos de vacunación frente al VHB en adolescentes iniciados en 1991-1995, recientemente se ha comprobado que la protección de los jóvenes consumidores de heroína frente a dicho virus en estas ciudades es bastante baja y que se pierden muchas oportunidades de vacunar en los servicios de atención.

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C es muy elevada entre los inyectadores de drogas de todo el mundo y España no es una excepción. En España están infectados entre el 65% y el 90% de los inyectadores, dependiendo del área geográfica y la procedencia de la muestra estudiada. Los datos de *Itinere* muestran que la incidencia de VHC entre los jóvenes inyectadores es extremadamente alta (34,8/100 persona-año; CI 95%: 26- 46/100). Una tasa de incidencia tan elevada, es consistente con la estabilización de la epidemia de infección por VHC en los niveles de prevalencia mencionados.

El problema de la infección por el VHC es objeto de preocupación pues, además de estar muy extendida entre los inyectadores de drogas, no existe vacuna ni parece previsible que la haya en un futuro cercano, dadas la estructura y biología de este virus, por lo que debe ponerse todo el énfasis posible en la prevención. Se trata de una infección que no suele presentar síntomas en su fase aguda por lo que en un 66%-80% no se diagnostica. Además, evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica, que a menudo se desarrolla también con poca sintomatología. El problema principal es que al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas evolucionan a enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado y conducen a una muerte prematura.

La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea, sin embargo se calcula que es diez veces más infeccioso que el VIH. Ello explica que, en todo el mundo, las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan son cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH, y que sea la infección por VHC la que primero se adquiere. Además, otro aspecto a tener en cuenta es el alto nivel de coinfección por el VIH y el VHC. En España la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en población general oscila entre el 1% y el 2,6% (en Madrid y Cataluña se encuentra entre el 2,5% y el 2,6%), claramente superior a la observada en los países centroeuropeos. A esta prevalencia contribuye previsiblemente de forma importante la elevada prevalencia de infección entre los inyectadores de drogas. En los últimos años, debido en parte al descenso del consumo inyectado de drogas, ha disminuido la incidencia poblacional de casos de infección, sin embargo se prevé que en los próximos años se incremente el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada.

2.4. MORTALIDAD RELACIONADA CON LAS DROGAS, 1983-2007

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2007

■ Antecedentes

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático.

Sin embargo, la recogida de estas muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar. En un sentido amplio, podrían considerarse relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas muertes tan dispares como una cirrosis alcohólica, un accidente de tráfico bajo la influencia de benzodiazepinas, un suicidio con barbitúricos, una “sobredosis” accidental por heroína y un homicidio relacionado con tráfico de drogas. Además, en muchas ocasiones la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas a estas muertes es bastante difícil de probar y cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes (por ejemplo, la conducción imprudente de vehículos o máquinas peligrosas).

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. En consecuencia, es preferible monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta surgió la necesidad de cuantificar y monitorizar las tendencias de las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Se realizaron algunos estudios preliminares de validación de las distintas fuentes que podían ofrecer información y se comprobó que las estadísticas oficiales de mortalidad basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y en los procedimientos habituales de certificación de la muerte no reflejaban adecuadamente las muertes por reacción aguda a estas drogas. Las razones de esta situación son complejas.

Adicionalmente, se demostró que los entonces llamados Institutos Anatómico-Forenses, junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos (generalmente el Instituto Nacional de Toxicología), eran las fuentes más completas y apropiadas para recoger información sobre estas muertes. No es extraño que así fuera porque en España tanto el sistema de salud como la policía deben remitir todos los casos conocidos de muerte súbita, violenta o no natural al juez, quien normalmente pone en marcha una investigación, implicando generalmente a médicos forenses y a toxicólogos, para tratar de esclarecer sus causas.

Por la razón expuesta, en el marco del antiguo Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Un sistema de estas características tiene además la ventaja, frente a uno basado, por ejemplo, en la policía, de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado —un médico— con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe habitualmente documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

Metodología

El indicador “mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, o indicador mortalidad directamente relacionada con las drogas, del Plan Nacional sobre Drogas recoge información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco). Se habla de reacción aguda y no de “sobredosis”, porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica. En realidad, en estas muertes pueden estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo, que superan ampliamente el concepto de sobredosis farmacológica. A veces incluso la muerte puede sobrevenir por una complicación derivada del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, una muerte por convulsiones desarrolladas durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

El valor del indicador en cada área monitorizada se estima mediante el número de fallecidos, que se ajustan a la definición señalada, registrados anualmente por la comunidad autonómica correspondiente tras el cruce de las fuentes forenses y toxicológicas que aportan información para dicha área.

Un caso se selecciona y se incluye en el registro si cumple alguno de los cuatro criterios de inclusión siguientes:

1. Evidencias de consumo reciente de drogas psicoactivas. Estas evidencias pueden ser de varios tipos:
 - Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc.).
 - Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas (venopunciones recientes, presencia de restos de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago, etc., olor a disolvente del cabello, el aliento y la ropa, etc.).
 - Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento (jeringuilla u otros útiles de inyección, papel de aluminio, pipa, bote de pastillas, botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc.).
 - Consumo reciente (7 días anteriores a la muerte) referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje médico-legal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
3. Hallazgos anatomo-patológicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva.
4. Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva

De acuerdo con la definición establecida inicialmente, se excluyen los siguientes tipos de muertes:

1. Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados. Sin embargo, la no-realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable.
2. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no se excluyen las muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, siempre que cumplan los criterios de inclusión.
3. Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de una droga psicoactiva ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte.

Por este motivo, se descartan las muertes por las siguientes causas:

- a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (sida, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
- b. Homicidios de cualquier tipo, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas, se produjera en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas, o el homicida empleara sustancias psicoactivas para provocar la muerte.
- c. Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc.) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
- d. Suicidios (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc.), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En cambio, se incluyen las muertes provocadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda autoinfligida con sustancias psicoactivas.
- e. Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- f. Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados. Se incluyen las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en personas en programas de mantenimiento con metadona, a menos que pueda demostrarse que todas las drogas psicoactivas tomadas por el fallecido han sido correctamente prescritas y administradas.
- g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

Este indicador comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades del Estado (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió, además, en 1989 información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones.

A partir de 1990 la cobertura del indicador fue ampliándose sucesivamente hasta llegar a cubrir en 2007 casi a la mitad de la población española, estando monitorizadas la mayoría de las grandes áreas urbanas y muchas ciudades de tamaño medio.

La implementación del indicador ha tenido algunos problemas que han debido ser solventados sobre la marcha. Por ejemplo, a pesar de que la actualización del protocolo de enero de 1991 establecía procedimientos detallados para la recogida y transmisión de la información de las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, estos procedimientos eran tan complejos que a la larga resultaron inoperativos por lo que en muchas áreas se abandonaron y se sustituyeron por otros más eficientes y adaptados a sus condiciones particulares. Por el contrario, los criterios de selección de caso y las definiciones de las variables se han mantenido bastante estables en el tiempo y en el espacio.

El indicador sufrió una modificación importante en 1996, consistente en:

1. Ampliar el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva, ya que hasta entonces sólo se recogían las muertes por opiáceos o cocaína.
2. Explicitar mejor los criterios de selección de casos, añadiendo los siguientes criterios de exclusión:
 - Muertes en personas menores de 10 ó mayores de 49 años.
 - Muertes en que no ha existido intervención judicial ni estudio pericial forense sobre sus causas, con constancia escrita de los resultados.
 - Muertes por consumo o ingestión accidental (o no intencionada) de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, muertes por ruptura de una bolsa de droga ingerida con fines de tráfico.
 - Muertes por reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.

- Muertes por enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), sin evidencia de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables.
- Muertes por homicidio, en que hay evidencias claras de que a la víctima le fue administrada la sustancia psicoactiva o fue obligada a administrársela.
- Muertes por uso de disolventes, productos domésticos o cáusticos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

Con respecto a los criterios de inclusión se añadió que se consideraría también que existían antecedentes recientes de consumo si había evidencias clínicas de patología aguda por consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente anteriores a la muerte.

3. Fijar el partido judicial como unidad de cobertura en las áreas monitorizadas. La utilización de esta unidad de cobertura no supuso en la práctica una ruptura con el concepto de ciudad monitorizada que se empleo inicialmente en el indicador Mortalidad. En el caso de las grandes ciudades, el límite del municipio coincide con el del partido judicial, o bien el resto de municipios incluidos tiene un peso mucho menor en cuanto al número de habitantes.
4. Introducir nuevas variables. En concreto las siguientes: juzgado que tramita el caso y localidad en que está situado, provincia y municipio de residencia del fallecido, estado civil, evidencias de suicidio, signos recientes de venopunciones, existencia de otra causa básica de defunción precipitada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Igualmente, se introdujeron cuatro nuevas variables de control que no se enviaban a la comunidad autónoma como: DNI del fallecido, número de informe forense o de autopsia, número de informe toxicológico y número de diligencias previas.
5. Modificar o desarrollar las definiciones o la presentación de algunas variables o categorías. En concreto:
 - Se abrió la posibilidad de señalar otras instituciones cumplimentadoras de la hoja además de un instituto forense o de un instituto toxicológico.
 - Se incluyeron cuatro abecedarios para facilitar el registro de las dos primeras letras de cada uno de los dos primeros apellidos.
 - En la variable “muestras biológicas analizadas” se añadieron códigos para bilis, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo (LCR) y humor vítreo.
6. Introducir cierta flexibilidad en los procedimientos de recogida de información. Se constató que en estas muertes el juez podía solicitar, y de hecho lo hacía frecuentemente, informes a otros peritos distintos del forense, como toxicólogos u otros analistas de laboratorio. En la práctica las formas de relación entre los distintos agentes que intervienen en el estudio de estas muertes (jueces, médicos forenses, analistas de laboratorio) y las formas de archivar y conservar la información que manejan variaban bastante entre áreas geográficas y entre los propios agentes individuales. Por ejemplo, era bastante corriente que donde existía Instituto Anatómico Forense se archivaran en él todos los informes o expedientes de los fallecimientos que habían requerido intervención judicial, mientras que en las áreas donde no existía esta institución, dichos informes sólo podían ser reunidos revisando exhaustivamente la documentación de todos los juzgados y forenses que operaban en el área. La situación era todavía más variopinta en lo que respecta a los informes analíticos o toxicológicos, aunque era evidente que en algunas áreas los Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología continuaban siendo una referencia fundamental. En estas circunstancias era muy difícil establecer unos procedimientos homogéneos de recogida de información. Por lo tanto, se estableció el criterio mínimo de recoger la información de forma activa y retrospectiva a partir de la documentación forense y analítica, pero no fue posible ir más allá. La experiencia anterior venía demostrando que era muy difícil fijar de forma muy detallada los procedimientos y que era necesario ser flexibles para que pudieran adaptarse a las condiciones específicas de cada área monitorizada.

En 2003 se realizó otra pequeña modificación, consistente en:

1. Ampliar la recogida de información a los fallecidos de 10 a 64 años. Anteriormente, sólo se recogía información de 15 a 49 años.
2. Introducir la variable nacionalidad, y sustituir la variable provincia de nacimiento por dos variables indicativas del lugar de nacimiento (provincia de nacimiento para los nacidos en España y país de nacimiento para los nacidos en el extranjero).

Desde el 2005 se decidió excluir los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas. Hasta 2004 las cifras publicadas excluían los fallecidos en que se detectaba exclusivamente alcohol, pero no aquéllos en que se detectaban exclusivamente hipnosedantes o inhalables volátiles, o la combinación de estas sustancias con alcohol. El cambio del criterio de análisis se justifica por la necesidad de adaptar nuestra definición a la manejada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

Resultados

En 2006, excluyendo los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes o inhalables volátiles se recogieron 428 muertes por reacción aguda a drogas ilegales procedentes de un área de aproximadamente la mitad de la población española, y en 2007 se recogieron 475 en la misma área.

La distribución y evolución de estas muertes en las principales áreas españolas monitorizadas se muestra en la Tabla 2.4.1. La gran mayoría de los casos se obtuvieron de los Institutos de Medicina Legal de las distintas áreas monitorizadas (antiguos Institutos Anatómico Forenses), aunque algunos proceden de médicos forenses agrupados en otras entidades o de forenses individuales. Los resultados de los análisis toxicológicos se obtuvieron principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante se recogió en otros laboratorios forenses o toxicológicos. La calidad de la información ha aumentado de forma importante en los últimos años. De hecho, la proporción de casos con resultados de análisis toxicológicos disponibles fue de un 65,9% en 1993, 82,1% en 1995, 88,1% en 1998, 97,7% en 2000, 98,6% en 2002, 99,6% en 2004 y desde el 2005 hasta el 2007 es del 100,0%.

Del conjunto de fallecidos, un 15,7% en 2006 y un 12,6% en 2007 fueron mujeres. Su edad media fue de 37,2 años en 2006 y 38,2 años en 2007 (frente a 35,3 años en 2003). La mayoría de los que tenían información sobre el estado civil estaban solteros (60-70%). La variable que recoge las evidencias de suicidio ha presentado altibajos desde el inicio del indicador, así en 2003 se encontraban evidencias de suicidio en el 12,1% de los fallecidos, en 2005 en el 5,7%, en 2006 en el 10,8% y en 2007 en el 8,8%. Un 40,6% en 2006 y un 35,2% en 2007 presentaban signos recientes de venopunción, lo que sugiere que al menos una tercera parte de las muertes se produjeron tras la inyección de drogas (aunque la proporción de resultados desconocidos para esta variable fue muy elevada). Un 36,9% en 2006 y un 37,4% en 2007 de los fallecidos con resultados serológicos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) fueron seropositivos, aunque la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable fue también muy elevada (Tabla 2.4.2).

Como en años anteriores, también en 2006 y 2007 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando los opioides y la cocaína (o los metabolitos de estas sustancias). De hecho, entre los casos con análisis toxicológico disponibles en 2007, un 72,8% fueron positivos a opioides, un 67% a cocaína, un 45,4% a benzodiazepinas, un 27,8% a alcohol y un 14,6% a cannabis. El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 5% (Figura 2.4.1 y Tabla 2.4.3).

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas¹ en varias zonas de España² según año de defunción, 1990-2007.

	Número de muertos																		Tasa*		
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007			
Comunidad Autónoma del País Vasco							85	55	60	46	37	39	34	35	31	53	47	34	21,8		
Provincia Álava							8	3	3	0	3	3	4	1	2	4	6	5	22,0		
Provincia Guipúzcoa							18	16	23	15	15	6	15	8	14	15	14	8	15,9		
Provincia Vizcaya							59	36	34	31	19	30	15	26	15	34	27	21	25,4		
Ciudad de Bilbao	23	25	40	26	32	39	34	20	20	17	12	19	6	12	9	20	18	5	20,0		
CA Galicia							64	65	68	66	57	35	56	38	45	52	39	64	32,5		
Provincia La Coruña							26	26	27	32	26	15	24	15	22	26	17	30	36,8		
Provincia Lugo							6	5	8	5	2	2	4	0	2	7	2	8	33,9		
Provincia Orense							5	5	2	4	6	6	6	5	2	4	1	3	13,6		
Provincia Pontevedra							27	29	31	25	23	12	22	18	19	15	19	23	33,0		
CA Murcia											21	20	—	15	17	32	32	22	18	39	37,6
CA Castilla y León																29	31	28	32	18,1	
Provincia Ávila	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	8,7	
Provincia Burgos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	6	1	8	30,8	
Provincia León	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6	6	5	14,6	
Ciudad Ponferrada	—	1	5	6	3	4	1	2	4	3	1	0	4	5	0	1	2	1	20,7		
Provincia Palencia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	2	1	1	8,2	
Provincia Salamanca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5	5	4	16,5	
Provincia Segovia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	1	4	1	9,0	
Provincia Soria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	1	16,0	
Provincia Valladolid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	7	8	9	23,3	
Ciudad Valladolid	—	9	14	8	20	11	15	15	12	13	13	6	7	4	7	4	8	7	29,9		
Provincia Zamora	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	2	15,5	
Provincia Sevilla																51	41	47	—		
Ciudad Sevilla	11	26	20	23	17	21	40	—	—	—	—	28	28	34	27	32	—				
Provincia Málaga												—	—	—	15	—	—				
Ciudad Málaga	—	20	20	15	9	7	12	—	—	—	—	8	11	9	11	—	—				
Provincia Granada	—	28	29	19	14	22	9	—	—	—	—	12	11	11	10	—	—				
Mallorca																53	47	42	71,2		
Ciudad Palma Mallorca	22	27	40	33	39	39	51	38	42	40	41	44	32	48	40	33	29	98,8			
Ciudad Madrid	227	285	255	179	146	132	140	122	98	90	106	93	83	108	80	68	74	53	23,4		
Ciudad Getafe	—	3	5	1	3	3	2	3	0	2	2	3	1	2	3	2	1	3	24,0		
Ciudad Leganés	—	7	0	5	8	4	2	2	1	1	1	6	1	1	2	0	2	0			
Ciudad Majadahonda	—	5	4	1	2	2	1	2	0	1	4	2	3	0	4	0	0	0			
Ciudad Barcelona	132	159	160	151	125	150	148	130	113	121	101	89	74	85	73	77	83	66	58,1		
Ciudad Valencia	38	50	74	47	52	35	32	25	23	15	19	23	26	19	11	38	9	19	32,4		
Ciudad Zaragoza	24	34	9	18	16	18	27	24	17	16	16	16	12	—	—	7	4	5	10,4		
Ciudad Pamplona	—	18	13	9	10	12	9	6	7	5	12	7	21	8	9	5	8	1	7,1		
Ciudad Las Palmas	—	1	14	13	7	4	7	—	—	7	4	5	4	—	—	5	6	1	3,5		
Ciudad Sta Cruz T.	4	6	—	—	—	—	—	—	3	3	3	5	—	—	6	10	1	5,9			
Ciudad Badajoz	1	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3	4	0	1	0	3	0	0			
Ciudad Cáceres	—	2	3	0	0	0	4	—	3	0	1	4	0	0	4	0	2	1	14,4		
Estimación seis ciudades	455	579	558	444	388	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	237	215	180			

* Tasa por millón de habitantes (2007). Fuente cálculos de la tasa: Padrón población 2007.

1. Entre 1990 y 1995 sólo se recogieron las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

2. En realidad se incluyen los fallecidos en el partido judicial cuya cabeza es el municipio citado. La demarcación geográfica de las grandes ciudades coincide generalmente con la del partido judicial; sin embargo, cuando se trata de poblaciones de menor tamaño el partido judicial puede incluir la ciudad y algunos municipios de áreas cercanas. Seis ciudades: Incluye las ciudades de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Tabla 2.4.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, España 2003-2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Número de fallecidos	493	468	455	428	475
Sexo (%)					
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2
Grupo de edad (%)					
15-19 años	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6
20-24 años	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3
25-29 años	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7
30-34 años	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6
35-39 años	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1
40-44 años	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2
>= 45 años	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5
Estado civil (%)					
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7
Procedencia del cadáver (%)					
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8
Evidencias de consumo reciente (%)					
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7
Evidencia de suicidio (%)					
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2
Signos recientes venopunción (%)					
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)					
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6
Anticuerpos anti-VIH (%)					
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6

Fuente: DGPNED. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cada droga (%). España* 1983-2007.

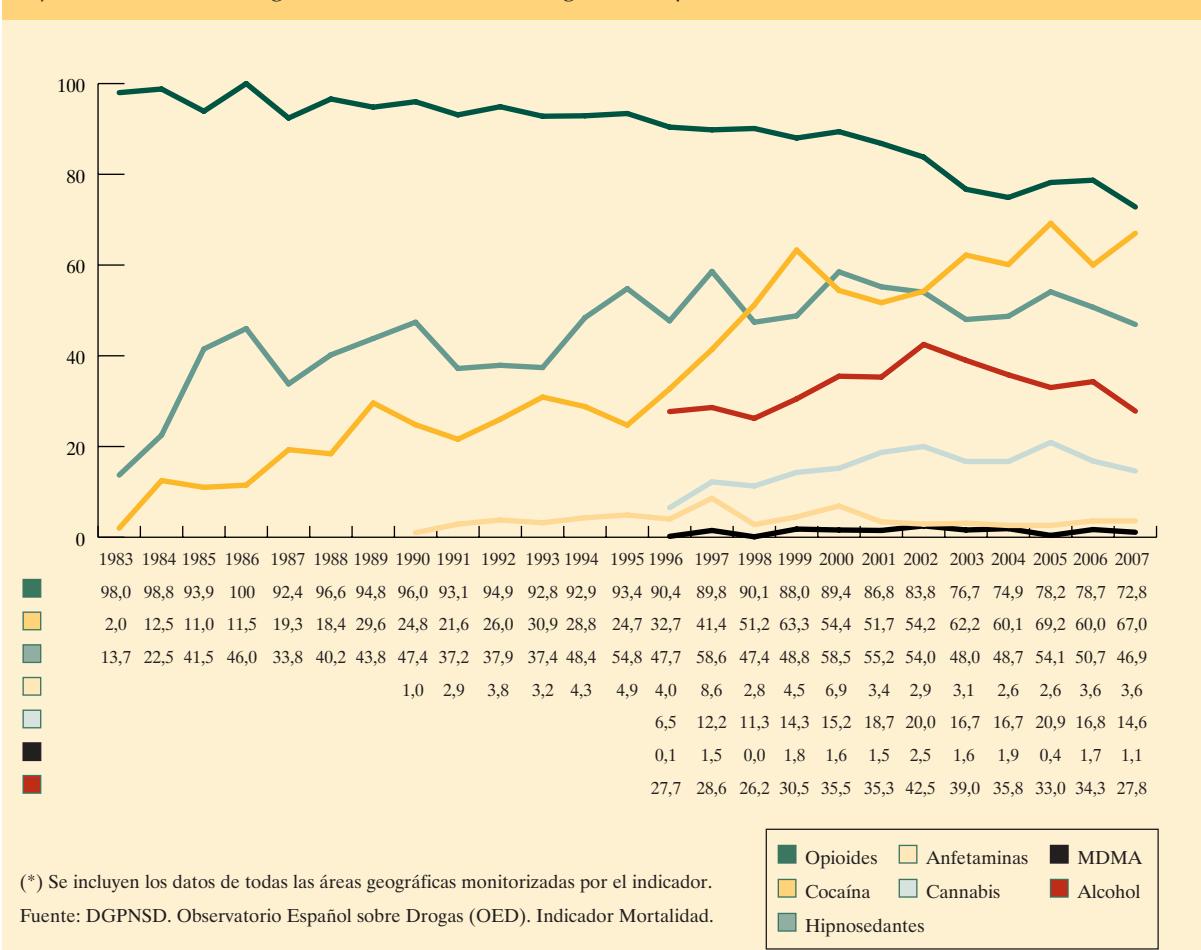


Tabla 2.4.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de una muestra de fallecidos por reacción aguda a drogas psicoactivas. España, 2003-2007.

	2003		2004		2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Opiáceos	376	76,7%	349	74,9%	356	78,2%	338	78,7%	340	72,8%
Cocaína	305	62,2%	280	60,1%	315	69,2%	250	60,0%	313	67,0%
Barbitúricos	1	0,2%	2	0,4%	5	1,1%	4	1,0%	0	0,0%
Benzodiazepinas	234	47,8%	225	48,3%	241	53,0%	203	48,7%	212	45,4%
Anfetaminas	15	3,1%	12	2,6%	12	2,6%	15	3,6%	17	3,6%
MDMA y derivados	8	1,6%	9	1,9%	2	0,4%	7	1,7%	5	1,1%
Cannabis	82	16,7%	78	16,7%	95	20,9%	70	16,8%	68	14,6%
Alucinógenos	2	0,4%	5	1,1%	0	0,0%	1	0,2%	2	0,4%
S. Volátiles	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%	7	1,5%
Alcohol	191	39,0%	167	35,8%	150	33,0%	143	34,3%	130	27,8%
Casos analizados	490	100,0%	466	100,0%	455	100,0%	428	100%	475	100%

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

En 2006 en un 4,7% de las muertes registradas se detectó únicamente cocaína, este porcentaje aumentó hasta el 7,8% en 2007. Además, se detectó cocaína sola o en asociación con una sustancia psicoactiva distinta de los opioides en un 18,5% de los casos en 2006 y en un 25,1% en 2007 (en un 17,3% cocaína en asociación con otra sustancia no opioide). A título comparativo, la proporción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1%. Las cifras de muertes por cocaína, sin embargo, pueden no representar adecuadamente la realidad porque una proporción importante (y desconocida) de las mismas pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense.

Aunque se detectó cannabis en una proporción de muertes relativamente elevada, nada permite suponer que esta droga haya contribuido a la muerte. Como en años anteriores, la proporción de muertes en que se detectan estimulantes distintos de la cocaína es muy baja.

Desde el 2006, para el cálculo de las tasas, se ha utilizado el tamaño de la población de 10 a 64 años del Padrón Municipal, mientras que anteriormente se venía utilizando el Censo de 2001. El estudio de las tasas de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas muestran algunas diferencias geográficas importantes. Así, por ejemplo, en 2007 la ciudad de Palma de Mallorca (98,8 muertes/millón de habitantes) muestra una tasa de muertes extraordinariamente alta en relación con el resto de las áreas monitorizadas. Esta situación probablemente coincide con el gran predominio de la vía inyectada para consumir la heroína en esta ciudad y con el peso de los extranjeros que no se incluyen en el denominador. Otras áreas con tasas de mortalidad altas fueron la ciudad de Barcelona (58,1/millón), Región de Murcia (37,6/millón), A Coruña (36,8/millón) y Valencia (32,4/millón). Otras ciudades pequeñas muestran también tasas altas, pero hay que ser cuidadosos a la hora de interpretar sus datos, porque al tratarse de áreas de poca población el número de muertes puede cambiar bruscamente de un año a otro (Tabla 2.4.1).

Figura 2.4.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas psicoactivas en seis grandes ciudades españolas*. 1983-2007.



(*) Las muertes corresponden al conjunto de los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. Para Sevilla son estimados los datos de los períodos 1997-2000 y 2005-2006, y para Zaragoza los del período 2003-2004. Hasta 1995 sólo se recogían las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína.

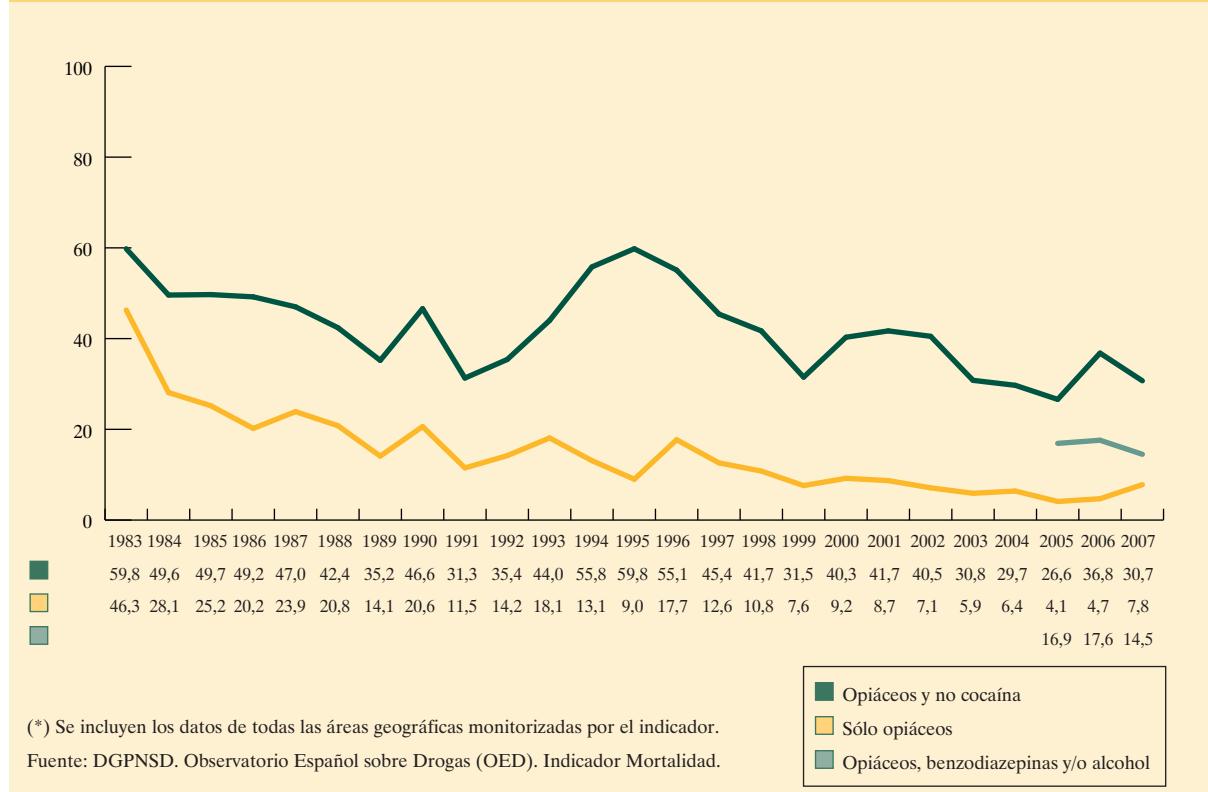
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Si se observa la evolución del número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las distintas áreas monitorizadas durante el período 1990- 2007, se puede apreciar que en la mayoría ha disminuido bastante, siendo en este sentido la ciudad de Palma una excepción (22 muertes en 1991, 39 en 1995, 40 en 2000, 33 en 2006 y 29 en 2007), aunque actualmente parece tender al descenso. No obstante, en los últimos años el ritmo de descenso se ha ralentizado mucho, e incluso en varias áreas el número parece bastante estabilizado (Tabla 2.4.1). Si nos referimos sólo a las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las seis grandes ciudades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza), para las que se dispone de una serie temporal más larga, se puede apreciar que su número aumentó de forma continua entre 1983 y 1991, y descendió posteriormente (Figura 2.4.2).

La proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en los que se encuentran opioides o sus metabolitos (atribuibles en su gran mayoría al consumo de heroína) descendió en el período 1996-2004 (90,4% en 1996, 83,6% en 2002 y 74,9% en 2004), presentó un pico en el 2005 (78,2%) y en el 2006 (78,7%) y vuelve a mostrar un descenso en 2007 (72,8%) lo que apoyaría la tendencia descendente que se venía observando desde el año 1994.

Desde el inicio del indicador, el descenso de la proporción de fallecidos en los que se encuentra exclusivamente opioides apunta una tendencia al policonsumo, pasando del 21,6% en el período 1983-1989 al 9,1% en 1998-2001 y presentando su valor más bajo en el 2005 (4,1%) (Figura 2.4.3). Desde este año parece haberse roto la tendencia al policonsumo, aumentando la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides (4,7% en 2006 y al 7,8% en 2007), aunque habrá que esperar la evolución de los siguientes años para poder confirmarlo.

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente opiáceos, opiáceos sin cocaína y opiáceos con benzodiazepinas y/o alcohol. España*, 1983-2007.



(*) Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Por otra parte, la edad media de los fallecidos aumentó progresivamente entre 1983 y 2004, pasando de 25,1 años en 1983 a 33,9 años en 2001, a 37,2 años en 2006 y a 38,2 en 2007.

La metadona se detectó en el 39,8% de las muertes en 2006 y en el 37,5% de los fallecidos del 2007. Además en un 27,4% de los casos de 2006 se detectó metadona y no otro opioide (Tabla 2.4.4) valor que bajó al 24,4% en 2007. Su presencia aislada sigue siendo escasa (2,8% de las muertes en 2006 y 4,2% en 2007), al igual que la presencia exclusiva de la combinación metadona y benzodiazepinas (4,8% en 2007).

Al contrario de lo que sucede con los opioides, la proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran cocaína o sus metabolitos ha aumentado considerablemente desde 1983, especialmente a partir de 1996 (Figura 2.4.1). Igualmente han aumentado tanto la proporción de casos en que se encuentra exclusivamente cocaína (que pasó de 0,6% en el período 1983-1989 a 3,2% en 2001 y 7,8% en 2007) como la proporción en que se detecta cocaína y no opioides (que pasó de 1,2% en el período 1983-1989 a 7,9% en 2001, 18,5% en 2006 y 25,1% en 2007) (Figura 2.4.4).

La proporción de muertes en que se detectan hipnosedantes o sus metabolitos, mayoritariamente benzodiazepinas, ha seguido una tendencia ligeramente ascendente, aunque en los últimos años parece haberse estabilizado (33,8% en 1987, 47,7% en 1996, 58,5% en 2000, 52,7% en 2001, 50,7% en 2006 y 46,9% en 2007). Por su parte, la proporción en que se detecta cannabis aumentó hasta 2002 y después da la impresión de que ha disminuido (6,5% en 1996, 20,0% en 2002, 16,7% en 2004, 20,9% en 2005, 16,8% en 2006 y 14,6% en 2007). La presencia de anfetaminas o éxtasis es muy escasa y no se aprecian tendencias claras (Tabla 2.4.3 y Figura 2.4.1).

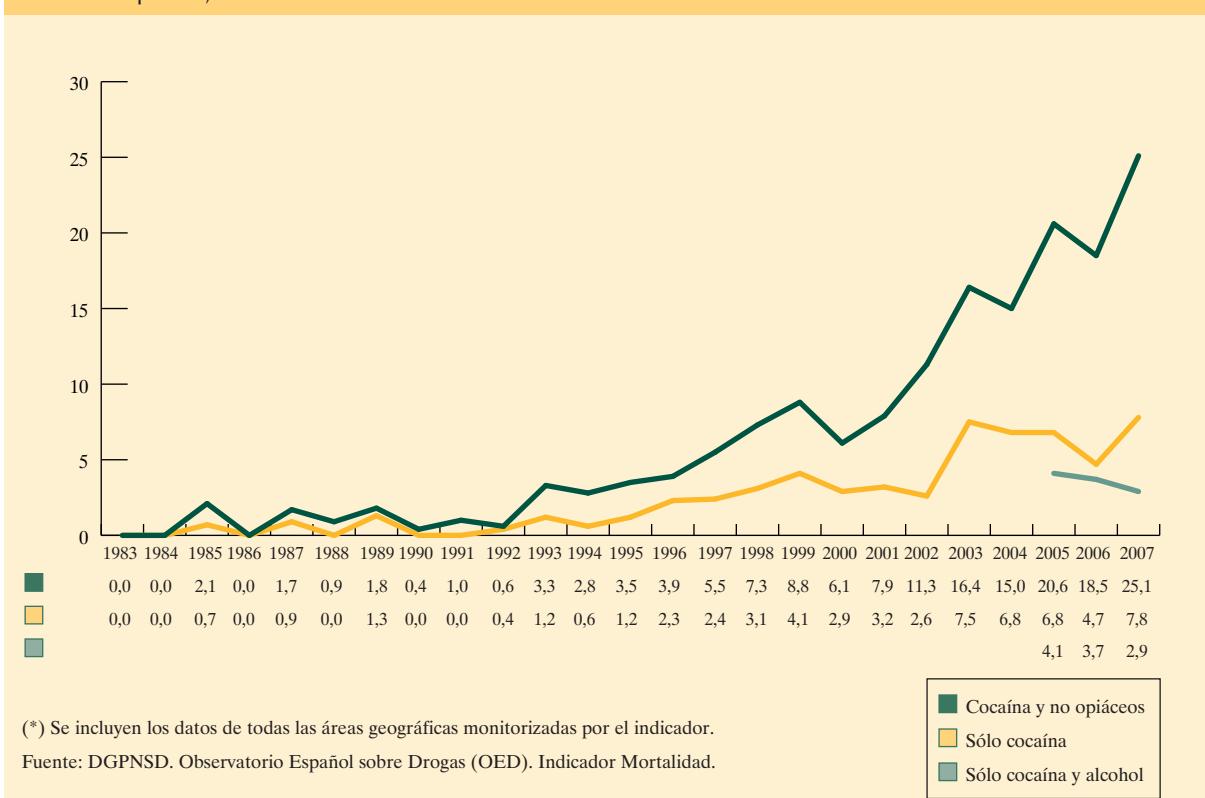
Por su parte, la proporción de muertos por reacción aguda a drogas en que el forense aprecia signos recientes de venopunción ha pasado de 89,6% en 1996 a 75,3% en 1999, 51,7% en 2005, 40,6% en 2006 y 35,2% en 2007. Parece marcarse una tendencia al descenso, aunque este indicador puede verse

Tabla 2.4.4. Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2007.

Año	% de muertes DRDI en que se detecta sólo metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona y no otro opiáceo	% muertes DRDI en el que se detecta sólo metadona y benzodiacepinas
1996	1,5			
1997	0,9			
1998	0,9			
1999	0,4			
2000	1,2			
2001	2,7			
2002	1,8			
2003	0,6			
2004	0,4			
2005	0,6	36,5	15,1	3,0
2006	2,8	39,8	27,4	3,3
2007	4,2	37,5	24,4	4,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.4. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta exclusivamente cocaína, cocaína sin opiáceos y sólo cocaína y alcohol. España*, 1983-2007.



afectado por muchas circunstancias y por tanto también su validez. Otro indicador que nos puede dar una cierta idea del comportamiento de la epidemia de VIH/sida entre los inyectores es la evolución de la prevalencia de infección por VIH entre los muertos por reacción aguda a opiáceos o cocaína (la mayoría de ellos inyectores), que muestra una ligera tendencia descendente, como cabe esperar de la evolución de la epidemia de VIH entre los inyectadores de drogas en España. De hecho, ha pasado de 52,3% en 1996 a 48,1% en 1999, 47,1% en 2000, 42,8% en 2005 y 37,4% en 2007. Estas cifras, sin embargo, pueden estar afectadas por variaciones de la cobertura del indicador y de la proporción de fallecidos en que se realiza el test.

Estimación del número de muertes relacionadas con el uso de drogas ilegales en España, 1981-2006

El consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas, pero su repercusión en la mortalidad general de la población no se refleja adecuadamente en las estadísticas rutinarias de mortalidad que se manejan habitualmente y hay que recurrir a estimaciones para cuantificarla.

Las drogas ilegales pueden contribuir a la muerte por mecanismos directos o indirectos. Las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (DRDI), también llamadas muertes por “sobredosis”, por reacción aguda o por intoxicación aguda, ocurren siempre poco después del consumo, sin que entre ambos eventos se identifiquen otros problemas o patologías como responsables directos de la muerte. Las indirectamente relacionadas con las drogas, en cambio, pueden ocurrir poco o bastante después del consumo y están causadas directamente por problemas o patologías debidos al uso de drogas como accidentes, infecciones por VIH, hepatitis u otras enfermedades crónicas.

Las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (IRDI) son imposibles de estimar en el estado actual de conocimientos, ya que las estadísticas rutinarias de causas de muerte están englobadas en categorías varias (hepatitis B ó C, cirrosis hepáticas no alcohólicas, accidentes, etc.) y se desconoce qué proporción puede atribuirse a drogas ilegales, salvo en el caso de las muertes por VIH, donde dicha proporción puede estimarse a partir del Registro Nacional de Sida.

Por otra parte, en España las muertes DRDI no se pueden obtener directamente de las estadísticas de causas de muerte obtenidas del registro general de mortalidad (RGM), publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) bajo el nombre de *Defunciones según Causa de Muerte*, porque los estudios previos indican que las subestima de forma importante. Esta subestimación ha podido detectarse porque en un área amplia funciona desde 1983 un registro especial de mortalidad (REM) promovido por el Plan Nacional sobre Drogas y basado en informes forenses y toxicológicos, que se considera que ofrece información de mayor calidad que el RGM.

En concreto, un estudio referido al período 1984-1993 (Brugal *et al. Gac Sanit* 1999; 13(2):82-87) demostró que el RGM registró sólo 1.285 muertes relacionadas con las drogas entre la población de 15-49 años de seis grandes ciudades españolas mientras que el REM registró 3.491 (2,7 veces más). En 1999-2000, se realizó una nueva evaluación, en un área mucho más amplia constituida por 4 comunidades autónomas (Comunidad de Madrid, Región de Murcia, País Vasco y Galicia) y 11 ciudades (Badajoz, Barcelona, Cáceres, Las Palmas de Gran Canaria, Palma de Mallorca, Pamplona, Ponferrada, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza) y se comprobó que la situación ha mejorado sensiblemente, pero que el RGM continuaba infraestimando en cierta medida las muertes directamente relacionadas con las drogas. De hecho, en 1999 el REM registró en esa área 1,28 (1999) y 1,44 (2000) veces más muertes que el RGM (Brugal *et al. Med Clin (Barc)* 2004; 123(2):775-777). Este desajuste se ha atribuido a que con frecuencia en el RGM las muertes directamente relacionadas con las drogas y por otras “causas externas” no se registran y codifican adecuadamente.

Estas muertes precisan de un estudio y un dictamen del juez y del médico forense, para establecer su causa, pero a menudo los resultados definitivos del estudio médico-legal no se incorporan al BED ni sirven para corregir la causa de muerte que figura inicialmente en este documento. En consecuencia, si antes de codificar estas causas de muerte según la CIE, no se recupera la información del estudio médico-legal, no podrán incluirse en las rúbricas adecuadas y resultarán infraestimadas en el RGM.

A continuación se estima la mortalidad relacionada con el consumo de drogas ilegales en toda España y su impacto en la mortalidad general de la población, considerando exclusivamente las muertes DRDI y las muertes por infección por VIH relacionadas con la inyección de drogas (VIH-ID). En consecuencia, las cifras resultantes infraestimarán las cifras reales. Es necesario advertir que en la presente estimación se incluyen sólo las muertes relacionadas con el consumo de drogas de comercio ilegal, como opiáceos, cocaína, anfetaminas, cannabis y alucinógenos, y se excluyen las muertes relacionadas con tabaco, alcohol, medicamentos hipnosedantes e inhalables volátiles, salvo que la muerte esté causada por alguna de las drogas ilegales en combinación con estas últimas.

Para estimar las muertes DRDI para el conjunto de España (Figura 2.4.5) se procedió de forma diferente dependiendo del período considerado:

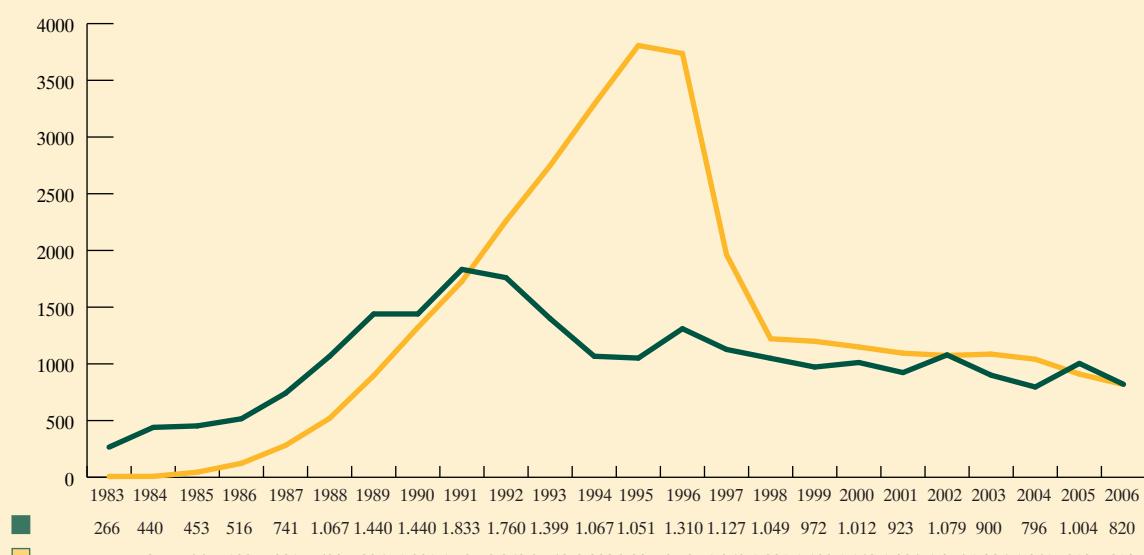
1. Para 1983-1993 se extrapolaron los datos de 6 ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) obtenidos del REM al conjunto de España, asumiendo la hipótesis de que ambas áreas tienen la misma tasa de mortalidad (De la Fuente *et al.*)
2. Para 1994-2006 se multiplicó el número anual de muertes incluidas en una selección de categorías seleccionadas relacionadas con drogas del RGM por un índice de subestimación de este registro. Las categorías seleccionadas fueron las propuestas por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (292, 304.0, 304.2-9, 305.2-3, 305.5-7, 305-9, E850.0, E854.1-2, y E855.2 para CIE-9, y F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62, e Y12 para CIE-10) (*The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002, www.emcdda.eu.int*), añadiendo E858.9 (CIE-9), o X44 (CIE-10) para adaptarse al contexto español.

Para obtener el índice de subestimación del RGM se dividió el número de muertes por reacción aguda a drogas psicoactivas extraídas del REM entre las muertes de la selección del RGM, en un área con datos de ambos registros, que cubre aproximadamente el 44% de la población española. Las muertes incluidas en el REM son muertes judiciales por uso no médico e intencional de drogas psicoactivas, en cuyos informes forenses y toxicológicos hay análisis toxicológicos *postmortem* positivos a drogas psicoactivas ilegales u otras evidencias de uso reciente de las mismas, y además no hay evidencias de otra causa de muerte. Se excluyen muertes por homicidios, accidentes o infecciones en que se detectan drogas. Entre 1994 y 2001 este índice fue sucesivamente 1,64, 1,51, 1,90, 1,59, 1,52, 1,28, 1,44, y 1,38 (Brugal *et al.* *Med Clin (Barc)* 2004; 123(2):775-777, DGPNSD, *Informe OED* 2004, 2005). Para 2002 se calculó por el mismo procedimiento que años anteriores y fue de 1,48, para 2003 fue de 1,40, para 2004 de 1,17, para 2005 de 1,58 y para 2006 de 1,68.

Al hacer la estimación de las muertes para el conjunto de España con este procedimiento, se asume que el nivel de subestimación del RGM en las áreas utilizadas para calcular el índice es similar al del resto de España.

Las muertes VIH-ID se estimaron multiplicando el número anual de muertes en las categorías CIE-9 y CIE-10 del RGM donde se han ido codificando las muertes relacionadas con VIH por una estimación de la proporción de casos de sida diagnosticados durante el período atribuible a la inyección de drogas (0,65). Las categorías del RGM consideradas variaron a lo largo del período: 279.1, 279.3, 279.8 y 279.9 de CIE-9 hasta 1989, 279.5 (sida), 279.6 (complejo relacionado con el sida) y 759.8

Figura 2.4.5. Evolución de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (DRDI o sobredosis) y de las muertes relacionadas con VIH en inyectadores de drogas (VIH-ID) (Números absolutos). España, 1983-2006.



Mortalidad DRDI: Muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales.
Muertes VIH-ID: Muertes por infección VIH relacionada con la inyección de drogas ilegales.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Mortalidad.

Mortalidad DRDI
Muertes VIH-ID

(infección por el VIH) de CIE-9 entre 1990 y 1998, y B20-B24 y R75 (códigos específicos de VIH/Sida), D84.9, D89.8 y D89.9 (códigos integrados dentro de los trastornos de la inmunidad) de CIE-10 a partir de 1999 (<http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mortalidad.pdf>).

Se calcularon las tasas de mortalidad DRDI y VIH-ID por millón de habitantes, utilizando para el cálculo de las tasas las poblaciones a 1 de julio de 2007 obtenidas del padrón de población 2007 (www.ine.es/inebase). Finalmente, se calculó la proporción de mortalidad atribuible para DRDI y VIH-ID, que permite evaluar el peso de estas causas de muerte con respecto a la mortalidad por todas las causas, obteniendo también esta última a partir del RGM (www.ine.es/inebase).

Los resultados indican que en 2006 se produjeron en España al menos 1.638 muertes relacionadas con uso de drogas ilegales (43,1 por millón de habitantes) (Figura 2.4.5). De estas muertes se estima que 820 (23,9/millón de habitantes) estuvieron directamente relacionadas con estas drogas ilegales (DRDI), y 818 (23,9/millón de habitantes) fueron muertes por infección VIH en inyectores de drogas (VIH-ID).

Se ha realizado una segunda estimación de la mortalidad DRDI para el conjunto de España utilizando sólo información del REM del Plan Nacional sobre Drogas. Para ello se han calculado las tasas de mortalidad DRDI a partir de los datos del REM en un área cubierta por este indicador en 2006 (12.182.307 habitantes, 36,9% de la población española de 10 a 64 años) y se ha aplicado al conjunto de la población española de 10 a 64 años. En este caso, la tasa de mortalidad DRDI fue de 29,8/millón de habitantes (superior a la obtenida cuando se combina la información del REM y del RGM), con lo que se obtienen 986 muertes DRDI para 2006. Este segundo método, sin embargo, probablemente sobreestima el número real de muertes DRDI en relación al primero porque el área cubierta por el REM incluye una mayor proporción de población urbana (donde presumiblemente las tasas de mortalidad DRDI son mayores) que el conjunto de la población española.

Por otra parte, a la hora de evaluar los resultados, hay que tener en cuenta que las cifras de muertes DRDI obtenidas con cualquiera de los dos métodos pueden estar subestimadas porque no recogen las muertes relacionadas con las drogas ilegales que no llegan a ser reconocidas o registradas por los médicos en los certificados oficiales de defunción ni a ser objeto de investigación judicial y forense. Estas muertes podrían tener bastante importancia en el caso de algunas drogas como la cocaína, donde se sospecha que hay una cierta proporción de muertes por problemas cardiovasculares en personas menores de 50 años que podrían ser atribuidos a cocaína si se realizara una investigación exhaustiva y una certificación correcta de la causa de muerte. Esta subnotificación de la mortalidad DRDI puede estar aumentando porque se sabe que en los últimos años han aumentado considerablemente los problemas por cocaína.

En cuanto a la evolución temporal de la mortalidad relacionada con el uso de drogas ilegales se observa que el máximo impacto se produjo en 1996, descendiendo luego considerablemente. El descenso afectó principalmente a la mortalidad VIH-ID, que cayó abruptamente entre 1996 y 1998, años en que se instauró la terapia antirretroviral de alta actividad (TARGA) de forma generalizada. La mortalidad DRDI alcanzó su máximo en 1991 (cuando se estima que se produjeron 1.833 muertes) y ha descendido después lentamente, con pequeños altibajos (1.310 muertes en 1996, 900 en 2003, 796 en 2004, 1.004 en 2005 y 820 en 2006). A la reducción del impacto del uso de las drogas ilegales en la mortalidad podrían haber contribuido sobre todo, por una parte, la efectividad de la TARGA que provocó una fuerte disminución de la mortalidad VIH-ID, y por otra, la sustitución del consumo de heroína inyectada por heroína fumada o metadona oral y la reducción del número de usuarios de heroína, que contribuyeron a disminuir tanto la mortalidad VIH-ID como DRDI.

En este momento se puede observar cómo las muertes por DRDI se están convirtiendo en la primera causa de muerte relacionadas con drogas, superando las muertes por VIH en inyectadores de drogas, que siguen la tendencia descendente que se inició en el año 1996.

2.5. DILIGENCIAS Y DENUNCIAS POR CONDUCIR CON TASAS DE ALCOHOLEMIA SUPERIORES AL LÍMITE LEGAL, 1997-2008

Las diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal, realizadas por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil, en el año 2008 en el conjunto de España, exceptuando el País Vasco y Cataluña, ascendieron a 19.271 y 74.711, respectivamente. Entre 1997 y 2005 se observa un proceso tendente al incremento de las denuncias y a la disminución de las diligencias. Pero entre de 2006 y 2008 la tendencia se invierte y el número de denuncias realizadas desciende de 81.024 a 74.711, en tanto que en el mismo periodo el número de diligencias aumenta, pasando de 13.659 a 19.272, no obstante lo cual, como se puede apreciar en la Figura 2.5.1, el número conjunto de actuaciones con resultado positivo a la prueba de alcoholemia ha descendido, pasando de ser 94.683 en 2006 a 93.983 en 2008.

La mayor parte de las diligencias y de las denuncias se han producido en los controles de alcoholemia. En la Figura 2.5.2 se puede observar la distribución de las diligencias y denuncias en relación con las pruebas de alcoholemia según el origen que las motivó.

Andalucía, Galicia y la Comunidad Valenciana son las comunidades, al igual que en años anteriores, en donde se ha realizado un mayor número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal, seguidas por Canarias (Tabla 2.5.1). El mayor número de negativas a realizar la prueba se produjo en Andalucía, Galicia y la Comunidad Valenciana (Tabla 2.5.2).

Figura 2.5.1. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2008.



Nota: No están incluidos los datos del País Vasco y Cataluña.

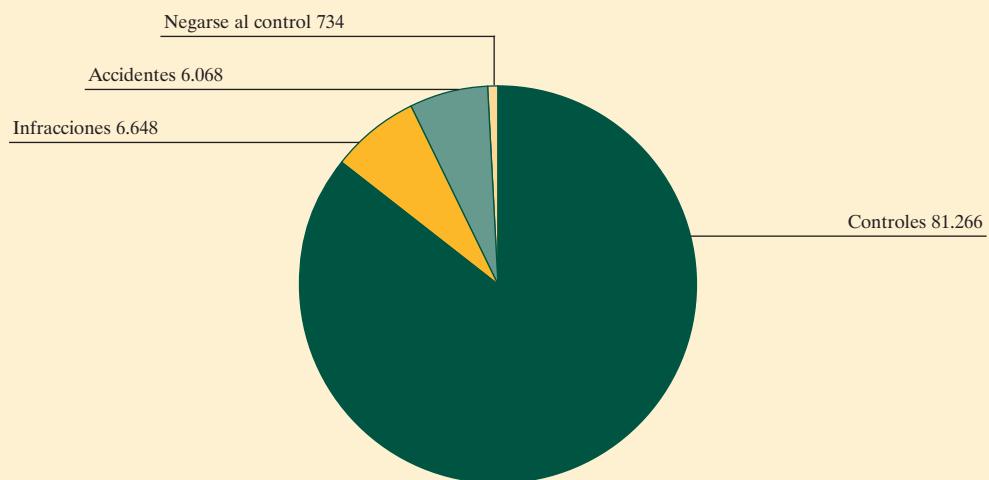
Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Tabla 2.5.1. Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2008.

	Origen de la diligencia o denuncia			Total diligencias	Total denuncias	Total denuncias/diligencias
	Accidentes	Infracciones	Controles			
Andalucía	1.155	871	20.228	4.041	18.213	22.254
Aragón	234	356	2.232	315	2.507	2.822
Asturias	238	266	3.324	578	3.250	3.828
Baleares	242	103	2.154	549	1.950	2.499
Canarias	339	73	11.161	418	11.155	11.573
Cantabria	150	261	1.485	345	1.551	1.896
Castilla-La Mancha	457	354	5.564	1.197	5.178	6.375
Castilla y León	450	494	4.976	787	5.133	5.920
Comunidad Valenciana	844	612	12.263	1.709	12.010	13.719
Extremadura	160	204	1.304	492	1.176	1.668
Galicia	659	1.243	10.577	1.540	10.939	12.479
Rioja	39	95	664	238	560	798
Madrid	734	473	3.746	953	4.000	4.953
Murcia	290	442	1.900	402	2.230	2.632
Navarra	48	68	1.151	95	1.172	1.267
Total	6.039	5.915	82.729	13.659	81.024	94.683

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Figura 2.5.2. Distribución de las diligencias y denuncias relacionadas con las pruebas de alcoholemia según origen. España, 2008.



Nota: No están incluidos los datos de País Vasco y Cataluña.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Tabla 2.5.2. Número de diligencias y denuncias por negativa a la prueba de alcoholemia.
España, 2008.

	Número de diligencias	Número de denuncias	Total
Andalucía	105	23	128
Aragón	33	4	37
Asturias	22	5	27
Baleares	10	0	10
Canarias	65	1	66
Cantabria	20	0	20
Castilla-La Mancha	63	5	68
Castilla y León	69	8	77
Comunidad Valenciana	79	1	80
Extremadura	24	1	25
Galicia	77	12	89
Rioja	7	0	7
Madrid	50	10	60
Murcia	23	5	28
Navarra	12	0	12
Total	659	75	734

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

3

Oferta y control de la oferta de drogas

3.1. VENTAS DE TABACO

En este apartado se ofrecen los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre el año 1998 y 2008.

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. En la actualidad, y desde hace varios años, la venta ilícita de cigarrillos está prácticamente erradicada, por lo que las cifras de ventas más recientes proporcionan una idea bastante aproximada de la cantidad de tabaco que se consume en España (Figura 3.1.1).

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 unidades físicas (Figura 3.1.1) como en valor monetario (Tabla 3.1.1) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 7.078,5 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 1998, el 95% correspondió a los cigarrillos, porcentaje que seguía siendo muy similar (94,4%) en 2008, año en que se ingresaron por este concepto 12.365,5 millones de euros. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de cigarros puros, cuya cuota de participación en los ingresos fue del 4,6% en 1998 y en 2008 del 3,5%. Por su parte, las ventas de picadura de liar, si bien no muy elevadas, han venido incrementándose notablemente en los últimos años pasando de 15,6 millones de unidades vendidas en 1998 a 88,2 millones en 2008 y su cuota de participación en los ingresos del 0,4% al 2,1%. Las ventas de picadura de pipa también han aumentado en el periodo considerado aunque mucho más moderadamente (53,3%), si bien su exigua participación en los ingresos se ha mantenido estable en los últimos 10 años (0,1%) (Tabla 3.1.2).

Entre 1998 y 2008 ha aumentado el volumen de ventas de los distintos tipos de labor medida en unidades físicas (cajetillas de cigarrillos, unidades de cigarros puros o bolsas de picadura), aunque los aumentos han sido de diferente magnitud (Figura 3.1.1). Así, mientras las ventas de cigarrillos crecieron un moderado 5,2%, las de cigarros lo hicieron un 32,2% y las ventas de picadura de liar un 465,4%. Por su parte, las ventas de picadura de pipa crecieron también en un importante porcentaje (21,7%).

Figura 3.1.1. Evolución de las ventas de tabacos por tipo de labor¹. España, 1998-2008.

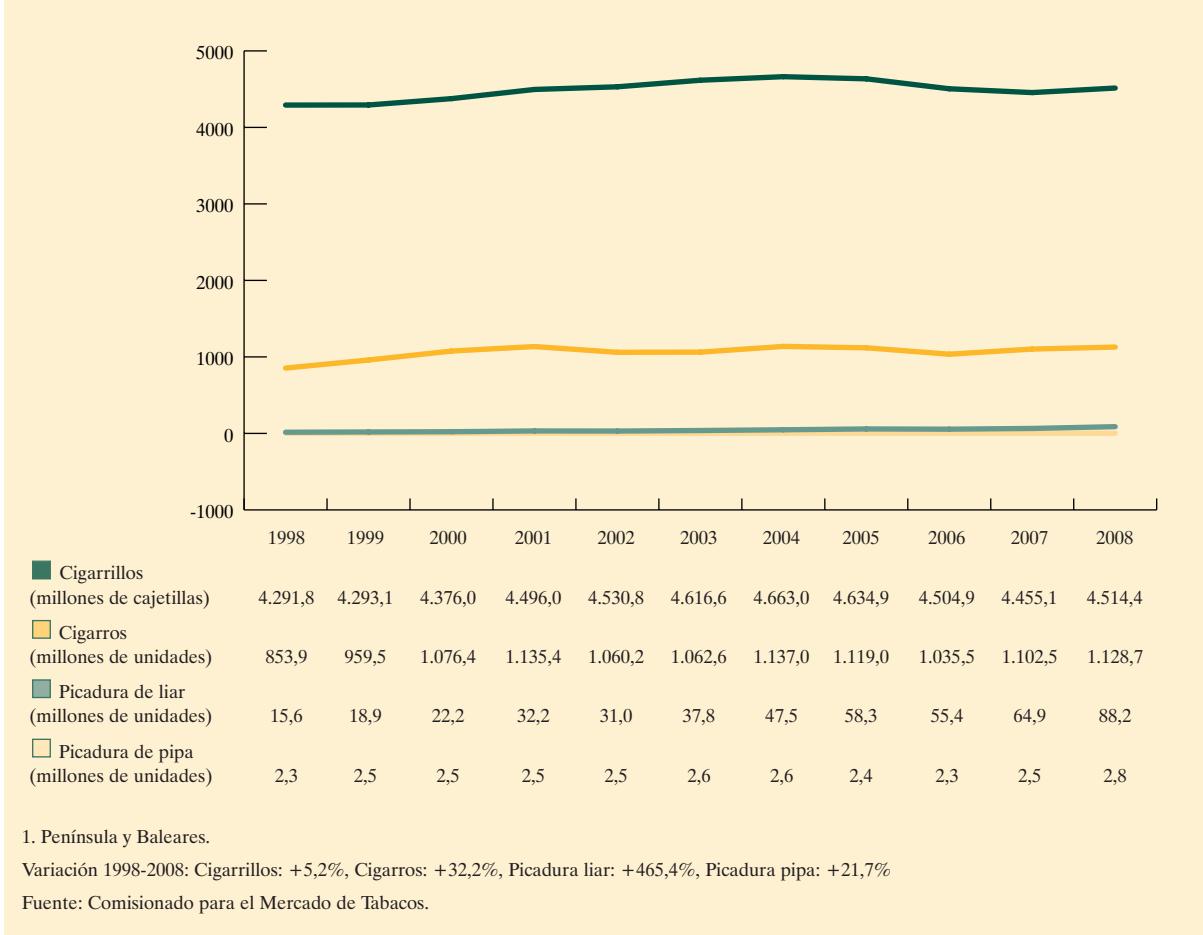


Tabla 3.1.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 1998-2008.

Tipo de labor	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	Variación 2008/1998 (%)	Variación 2008/2007 (%)
Cigarrillos	6.722,130	7.541,870	8.956,567	10.096,648	10.153,788	11.147,599	11.671,980	73,6	4,7
Cigarros	325,705	408,164	423,230	459,882	422,712	443,780	430,426	32,2	-3,0
Picadura de liar	24,954	38,501	71,731	144,345	180,220	209,441	254,361	919,3	21,4
Picadura de pipa	5,710	6,617	7,322	8,103	7,987	8,560	8,750	53,3	2,2
Total	7.078,499	7.995,152	9.458,850	10.708,979	10.764,707	11.809,382	12.365,518	74,7	4,7

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 3.1.2. Distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%).
España*, 1998-2008.

Tipo de labor	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008
Cigarrillos	95,0	94,3	94,7	94,3	94,3	94,4	94,4
Cigarros	4,6	5,1	4,5	4,3	3,9	3,8	3,5
Picadura de liar	0,4	0,4	0,8	1,7	1,7	1,8	2,1
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100						

(*) Península y Baleares

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

El mencionado incremento de las ventas de cigarrillos entre 1998 y 2008 no ha afectado a todas las comunidades autónomas; más al contrario, han descendido en este periodo en Madrid (-12,4%), en Extremadura (-11,8%), Castilla y León (-10,9%), La Rioja (-7,7%), Asturias (-6,5%) y Aragón (-4,1%). En el resto de las comunidades las ventas han crecido de manera desigual, oscilando entre el 2,6% en Galicia y el 33,5% en Navarra. También muestran porcentajes importantes de crecimiento las ventas de cigarrillos en Cataluña (20,3%), Baleares (19,2%) y País Vasco (14,4%) (Tabla 3.1.3).

Tabla 3.1.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma* (millones de cajetillas), 1998-2008.

Comunidad autónoma	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	Variación 2008/1998 (%)	Variación 2008/2007 (%)
Andalucía	744,5	784,6	829,9	851,9	822,5	812,2	820,7	10,2	1,0
Aragón	142,4	136,4	135,2	137,3	130,7	132,2	136,6	-4,1	3,3
Asturias	108,4	108,2	108,3	104,5	98,6	97,8	101,4	-6,5	3,7
Islas Baleares	144,5	187,4	190,6	199,9	177,8	179,0	172,3	19,2	-3,7
Cantabria	63,1	60,4	61,0	59,9	56,8	56,4	57,3	-9,2	1,5
Castilla y León	260,9	243,1	244,2	189,4	227,4	220,6	232,3	-10,9	5,3
Castilla-La Mancha	193,0	185,6	187,3	236,6	189,1	193,0	200,7	4,0	4,0
Cataluña	705,3	731,5	775,7	865,4	858,5	844,1	848,7	20,3	0,6
C. Valenciana	533,3	559,4	581,5	594,2	565,8	568,9	568,5	6,6	-0,1
Extremadura	125,8	118,5	115,2	109,8	106,8	106,8	110,9	-11,8	3,8
Galicia	220,9	226,6	235,1	232,3	226,4	220,0	226,6	2,6	3,0
Madrid	616,9	600,3	608,4	570,7	532,5	529,8	540,2	-12,4	2,0
Murcia	133,9	136,2	143,1	148,9	148,2	151,8	150,0	12,0	-1,2
Navarra	67,2	65,8	73,2	91,4	93,8	88,6	89,7	33,5	1,3
País Vasco	201,4	203,7	213,4	242,9	242,6	227,7	230,5	14,4	1,2
La Rioja	30,2	28,0	28,6	28,1	27,4	26,3	27,9	-7,7	6,0
Total	4291,8	4376,0	4530,8	4663,1	4.504,8	4.455,1	4.514,4	5,2	1,3

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Centrando el análisis en los dos últimos años, si bien la venta de cigarrillos entre los años 2007 y 2008 se ha visto incrementada globalmente en un 1,3%, en términos de ventas por habitante (de entre 15 y 64 años) éstas han descendido realmente en 1,3 cajetillas por persona (Tabla 3.1.4). Este descenso es debido a los observados en sólo nueve comunidades autónomas: Andalucía (-1,2), Islas Baleares (-18,7), Cantabria (-0,1), Castilla-La Mancha (-0,3), Cataluña (-2,6), Comunidad Valenciana (-4,9), Madrid (-1,4), Murcia (-5,8) y Navarra (-2,4). Por lo que respecta a la evolución de las ventas por habitante entre 2007 y 2008 de las otras labores de tabaco, éstas o han crecido muy moderadamente (cigarrillos: 0,1; picadura de liar: 0,7) o han permanecido estables (picadura de pipa) (Tabla 3.1.4).

Tabla 3.1.4. Ventas anuales de tabaco per capita según tipo de labor y comunidad autónoma*. Variación 2008/2007.

	Cigarrillos			Cigarros			Picadura de liar			Picadura de pipa		
	2007	2008	Variación 2007/08	2007	2008	Variación 2007/08	2007	2008	Variación 2007/08	2007	2008	Variación 2007/08
Andalucía	145,7	144,5	-1,2	22,4	22,7	0,4	1,7	2,3	0,6	0,1	0,1	0,0
Aragón	152,3	153,2	0,9	48,6	48,0	-0,6	1,0	1,3	0,3	0,1	0,1	0,0
Asturias	133,5	137,7	4,1	48,9	50,8	1,9	0,4	0,6	0,2	0,1	0,1	0,0
Islas Baleares	243,4	224,7	-18,7	41,5	37,8	-3,7	11,6	13,7	2,1	0,3	0,3	0,0
Cantabria	142,5	142,4	-0,1	52,5	52,0	-0,5	1,5	1,4	-0,1	0,1	0,1	0,0
Castilla y León	132,3	137,5	5,2	57,6	57,5	-0,1	0,5	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0
Castilla-La Mancha	146,5	146,3	-0,3	34,5	33,8	-0,7	0,3	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0
Cataluña	169,5	166,9	-2,6	45,5	46,3	0,8	3,6	4,6	1,1	0,2	0,2	0,0
C. Valenciana	168,1	163,3	-4,9	27,6	27,6	-0,1	4,7	6,6	1,8	0,1	0,1	0,0
Extremadura	147,8	151,7	3,9	37,3	38,9	1,6	0,4	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0
Galicia	118,2	121,4	3,2	30,7	31,5	0,8	0,6	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0
Madrid	122,6	121,2	-1,4	22,9	22,2	-0,6	0,4	0,6	0,2	0,1	0,1	0,0
Murcia	157,7	152,0	-5,8	23,9	24,5	0,6	1,4	2,0	0,6	0,1	0,1	0,0
Navarra	215,0	212,6	-2,4	95,9	97,2	1,3	4,6	5,6	1,0	0,2	0,2	0,0
País Vasco	154,3	155,7	1,4	84,7	85,4	0,8	2,5	3,2	0,7	0,1	0,1	0,0
La Rioja	125,0	128,8	3,8	77,7	77,6	-0,1	0,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0
Total	149,5	148,2	-1,3	36,7	36,7	0,1	2,2	2,9	0,7	0,1	0,1	0,0

* Península y Baleares.

Nota: Para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

CONCLUSIONES

Los cigarrillos representan un 94,4% de los ingresos globales por la venta de tabaco, seguidos de los cigarros con una cuota del 3,5% de los ingresos. Entre 1998 y 2008 las ventas de cigarrillos crecieron globalmente un 5,2%, frente al 32,2% de los cigarros, el 465,4% de la picadura de liar y el 21,7% de la picadura de pipa. A la hora de interpretar el significado de estas cifras ascendentes hay que tener en cuenta la proporción de las ventas que se dirige a los turistas y transeúntes de otros países.

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la “Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del Tabaco” se ha producido una contracción de la venta de cigarrillos por habitante, reducción que, en 2008, es apreciable en nueve comunidades autónomas: Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia y Navarra. En cambio han ascendido en 2008, aunque muy moderadamente, las ventas por habitante de cigarros en Andalucía, Asturias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y País Vasco, y de la picadura de liar en todas las comunidades autónomas.

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, éstas, en 2008, mantienen el mismo nivel que el correspondiente a 2007.

3.2. NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADA

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de drogas decomisadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Según el Ministerio del Interior, en 2008 se produjeron en España algunos cambios en las cantidades de drogas decomisadas con respecto al año anterior. La cantidad de heroína decomisada aumentó con respecto a 2007, pasando de 227 Kg a 548 Kg, rompiendo la tendencia al descenso que se venía observando en los últimos cinco años (Tabla 3.2.1 y Figura 3.2.5). También aumentaron las cantidades de hachís y de MDMA decomisadas, aunque en estos casos de forma mucho más moderada: 4,4% y 9%, respectivamente. Por el contrario descendió notablemente la cantidad de cocaína decomisada, pasando de 37.784 Kg a 27.981 Kg, lo que supone un descenso del 25,9%.

Tabla 3.2.1. Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroína (Kg)	485	631	275	242	271	174	472	227	548
Cocaína (Kg)	6.165	33.681	17.660	49.279	33.135	48.429	49.650	37.784	27.981
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.816	727.313	794.437	669.704	459.267	653.651	682.672
MDMA (Nº de pastillas)	891.564	860.165	1.396.591	771.875	796.833	572.871	481.583	490.644	534.906

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Por lo que respecta al número de decomisos, en 2008 se ha incrementado notablemente en relación con años anteriores el número de decomisos globales, concretamente, en un 18,9% respecto del año anterior. Por drogas, también se aprecian en 2008 incrementos del número de decomisos, respecto del año anterior, en cada una de ellas, con excepción de los relativos a las sustancias que se integran en la categoría “otros estimulantes” que fueron 6.145 en 2007 y 5.865 en 2008 (Figura 3.2.1)

En general, en los últimos años se aprecia una tendencia al aumento del número de decomisos de cocaínicos (80,6% entre 2001 y 2008). Por su parte, si bien en el período 2001-2006 la cantidad de cocaína decomisada aumentó sensiblemente, esta tendencia parece haberse invertido en los dos últimos años con descensos importantes en las cantidades decomisadas (Figura 3.2.2).

Figura 3.2.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2001-2008.

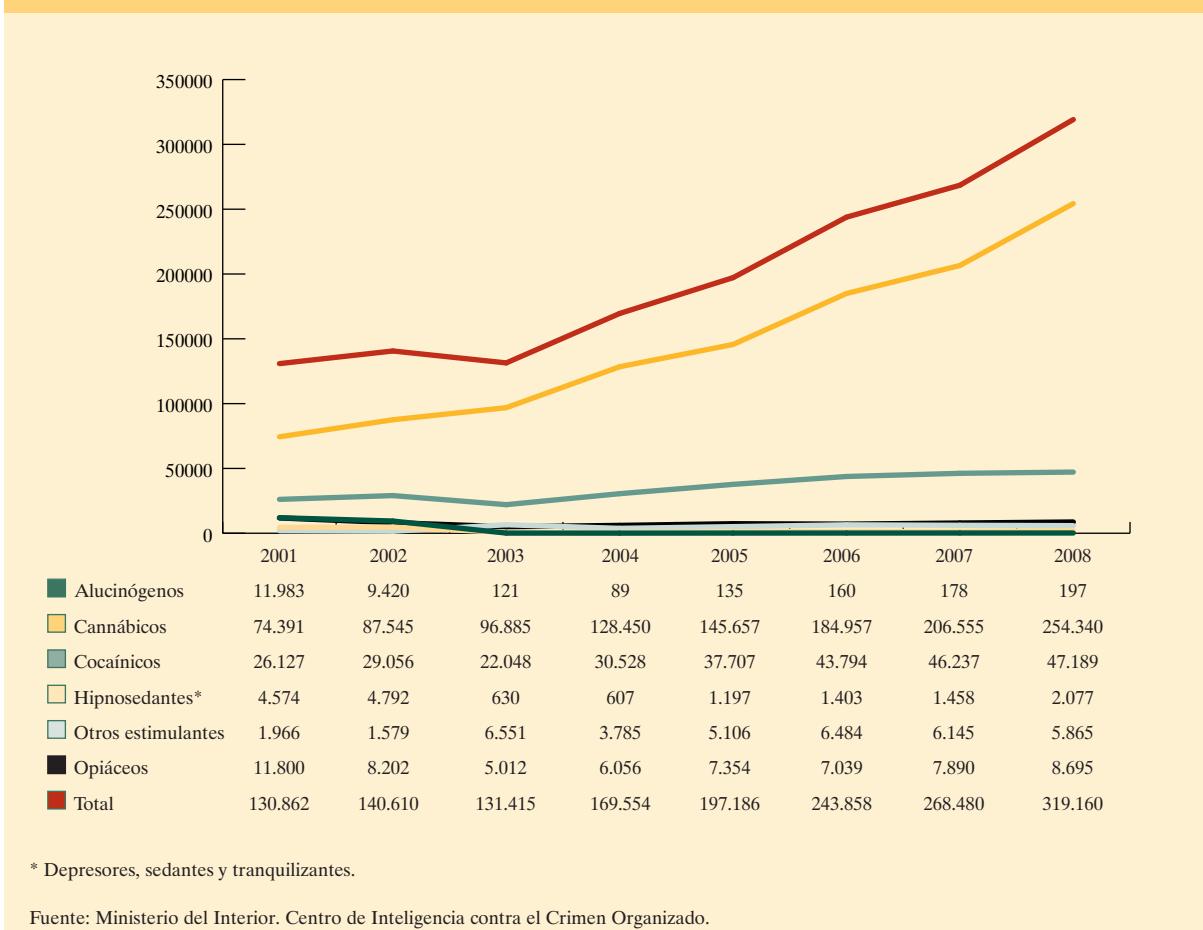
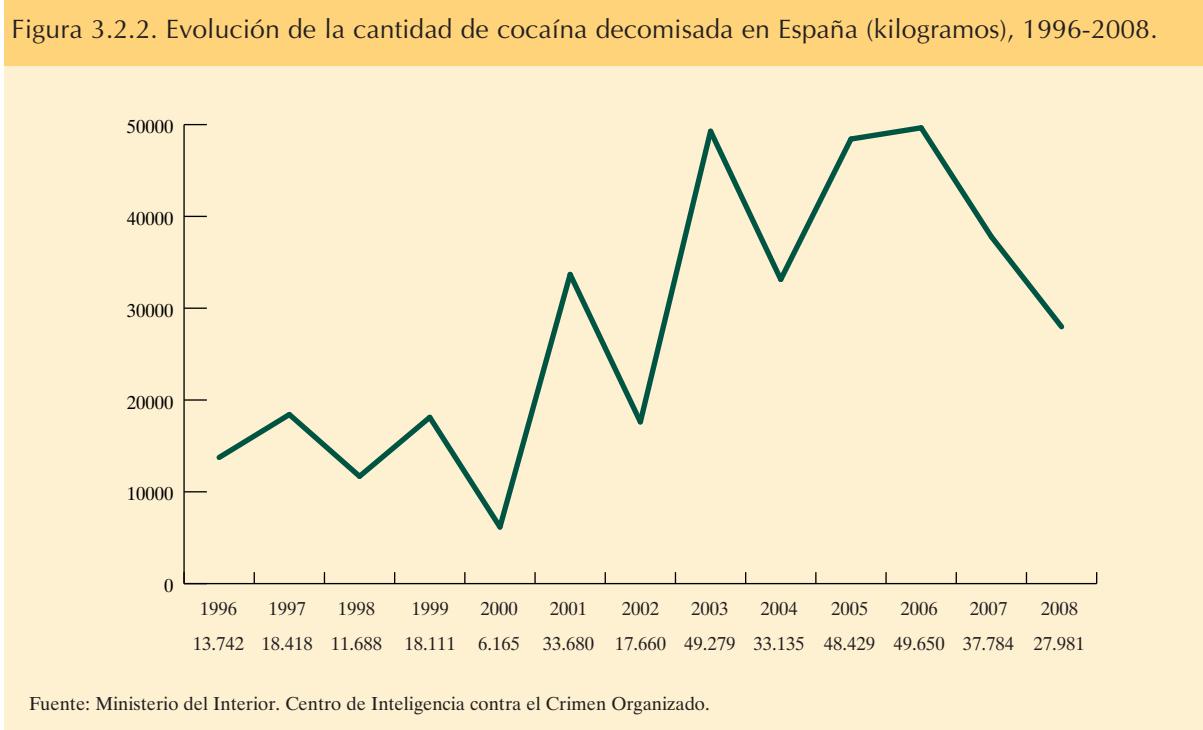


Figura 3.2.2. Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1996-2008.



El cannabis fue la droga de la que se decomisó una mayor cantidad en 2008 (682.672 Kg de hachís) y también la que generó un mayor número de decomisos (254.340). Tanto la cantidad como el número de decomisos han aumentado de forma muy importante en el período 2001-2008 (Figuras 3.2.1 y 3.2.3).

Figura 3.2.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1996-2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.2.4. Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1996-2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

El número de decomisos de alucinógenos ha aumentado moderadamente en 2008 con respecto del año anterior, si bien sigue manteniéndose en un nivel bajo desde 2003, año en que experimentó un descenso notabilísimo (Figura 3.2.1).

La cantidad de heroína incautada en 2008 (548Kg) ha aumentado notablemente con respecto a 2007 (227 Kg), mientras que el número de decomisos de opiáceos se ha incrementado en un 10,2%. Tomando una referencia a más largo plazo, se observa que el número de decomisos de opiáceos ha aumentado bastante desde 2003, año en que alcanzó su punto más bajo, y las cantidades de heroína decomisadas que mantuvieron una tendencia descendente entre 2001 y 2005 han vuelto a aumentar en 2006 y 2008 (Figuras 3.2.4 y 3.2.1).

En los últimos trece años la cantidad de éxtasis (MDMA) decomisada ha seguido una evolución peculiar: aumento entre 1992 y 1995, descenso entre 1995 y 1998, nuevo aumento de mayor magnitud entre 1998 y 2002, y vuelta a la tendencia descendente entre 2002 y 2008 (Figura 3.2.5).

Si se observan las tendencias a medio y largo plazo, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de decomisos y de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) es bastante consistente con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

Figura 3.2.5. Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1996-2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

3.3. PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas a medio plazo se puede observar que ha ascendido de forma importante el precio del LSD, que ha pasado de 6,6 euros la unidad en 1997 a 11,4 euros en 2008, y que ha descendido de forma importante el precio del éxtasis, pasando de 23 euros en 1995 a 14,3 euros en 1997 y 10,6 euros en 2008 (Figura 3.3.1). Si se considera el precio de los

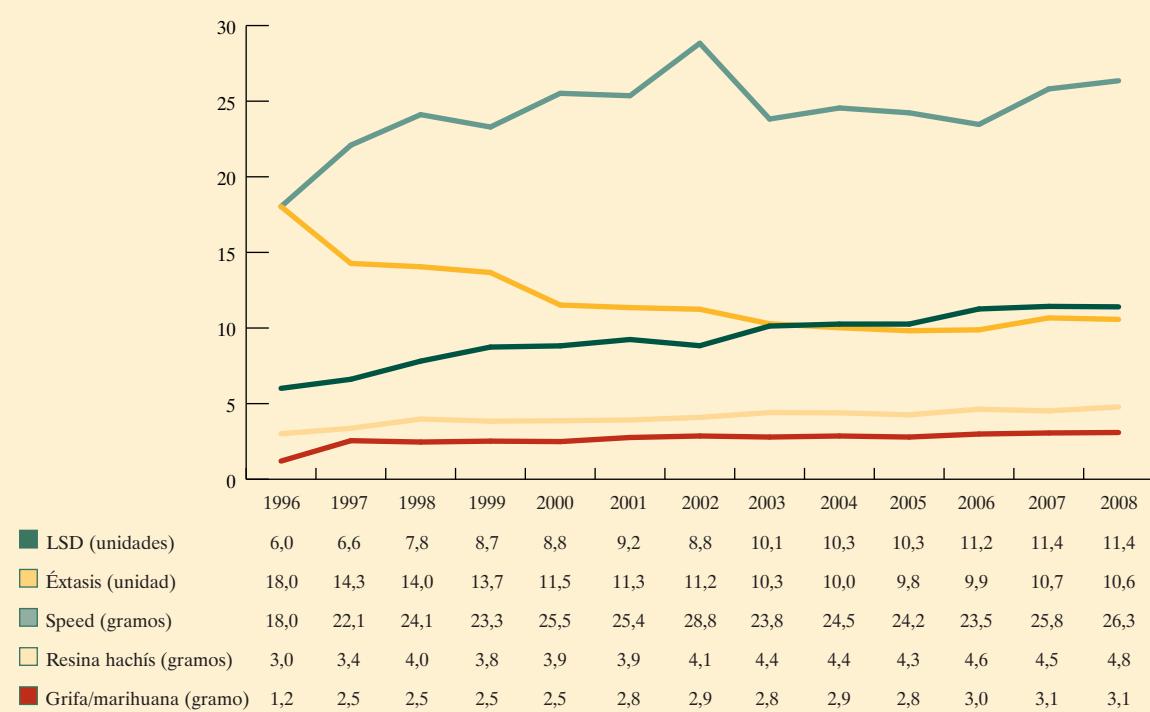
decomisos del nivel del gramo también ha disminuido de forma importante el precio de la heroína, pasando de 91,9 euros en 1995 a 70,2 euros en 1999, 63,3 euros en 2004 y 62,6 euros en 2008 (Figura 3.3.2); sin embargo, si se consideran los decomisos del nivel de dosis, se puede observar que el precio a lo largo del período 1995-2008 se ha mantenido bastante estable (Tabla 3.3.1). Con algunas fluctuaciones puntuales, el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable, tanto en los decomisos a nivel de gramo como de dosis, en el período 1995-2008 (Tabla 3.3.1 y Figura 3.3.2). El precio del gramo del cannabis ha sufrido un aumento muy ligero a lo largo del período, en tanto que el precio del kilogramo ha tendido a descender. Por su parte, el precio del gramo de las anfetaminas en polvo (*speed*) aumentó hasta 2002, descendió de forma notable en 2003 y luego se ha mantenido relativamente estable hasta 2007, año en el que se produce una cierta elevación del precio del gramo, así como también en 2008 (Figura 3.3.1).

Tabla 3.3.1. Precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 1998-2008.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
LSD												
Unidad	Precio (euros)	7,8	8,7	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11,4	11,4
Éxtasis												
Unidad	Precio (euros)	14,1	13,7	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6
Speed												
Dosis	Peso (mg.)	8,1	7,8	8,4	8,7	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2
Gramo	Precio (euros)	24,1	23,3	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4
Kilogramo	Precio (euros)	17.955	17.474	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.688,5	17.516,0
Resina de Hachís												
Gramo	Precio (euros)	4,0	3,8	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8
Kilogramo	Precio (euros)	1.503	1.518	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386,0	1.416,5
Aceite de hachís												
Gramo	Precio (euros)	10,5	12,2	11,6	12,1	12,3	10,8	9,4	10,1	10,8	10,9	11,2
Kilogramo	Precio (euros)	3.005	3.110	2.684	2.740	2.516	2.322	2.152	2.166	2.040	2.061,0	2.117,0
Grifa/marihuana												
Gramo	Precio (euros)	2,5	2,5	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1
Kilogramo	Precio (euros)	1.232	1.127	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805,0	790,5
Heroína												
Dosis	Pureza (%)	24	25	25	26	26	22	22,5	24	22	22	22,5
	Precio (euros)	9,5	9,2	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9,9	10,1	10,5	10,3
Gramo	Pureza (%)	32	33	32	34	34	32	29	30	32	32,5	32,5
	Precio (euros)	73,6	70,2	66,4	64,0	64,5	66,0	64,2	63,7	62,4	62,7	62,6
Kilogramo	Pureza (%)	66	63	64	51	53	49	49	47,5	47,5	47,5	46,0
	Precio (euros)	40.418	42.747	38.738	41.965	43.298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474
Cocaína												
Dosis	Pureza (%)	39	44	45	44	43	40	42	43	46	41,5	40,5
	Precio (euros)	13,4	12,1	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1
Gramo	Pureza (%)	51	55	53	52	50	51	51	53	54	50,5	49,5
	Precio (euros)	60,9	59,1	57,2	59,7	58,	61,9	61,9	61	60,7	60,8	60,0
Kilogramo	Pureza (%)	73	76	74	73	71	74	75	75	73	72,5	72,0
	Precio (euros)	35.159	36.211	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365	33.771	33.122

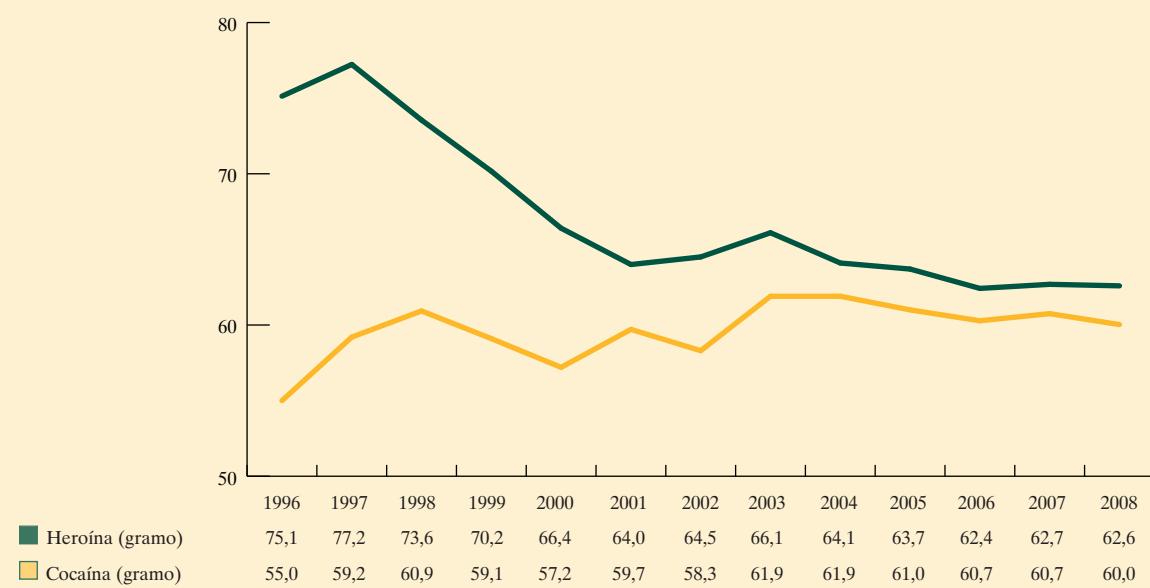
Fuente: Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

Figura 3.3.1. Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de Policía Judicial.

Figura 3.3.2. Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de Policía Judicial.

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 1995-2008 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 2008 la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 46%, de los decomisos del nivel de gramo fue 32,5% y de los de nivel de dosis 22,5%, y para la cocaína las cifras fueron, respectivamente, 72%, 49,5% y 40%. Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de los decomisos de heroína del nivel de dosis y del nivel de gramo experimentó un aumento notable en 1998 y luego se ha mantenido relativamente estable; sin embargo, la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) descendió en el año 2001 y desde entonces se ha mantenido relativamente estable, aunque con cierta tendencia al descenso. En cuanto a la cocaína, la pureza de los decomisos del nivel de dosis o de gramo aumentó en 1998-1999 y luego se ha mantenido relativamente estable, y la pureza de los grandes decomisos también se ha mantenido bastante estable a lo largo del período 1995-2008 (Tabla 3.3.1).

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 2008 para heroína la razón de pureza Kg/dosis fue 2,04, la razón Kg/g 1,42 y la razón gramo/dosis 1,44, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,78, 1,45 y 1,22, 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 1996-2008, se comprueba que para heroína ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg/g, pasando de 2,38 en 1996 a 2,0 en 2000, 1,69 en 2004 y 1,42 en 2008, mientras que la razón g/dosis disminuyó hasta 1998 y después se ha mantenido prácticamente estable hasta 2006, aunque a partir de 2007 parece que ha comenzado a aumentar, si bien levemente (Tabla 3.3.2). 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 fundamentalmente entre los eslabones de Kg y gramo. En cuanto a la cocaína, se observa que la razón Kg/g disminuyó hasta 1998, manteniéndose luego bastante estable, y algo parecido ha sucedido con la razón g/dosis (Tabla 3.3.2). Se puede afirmar, pues, que el grado de dilución que ha sufrido la cocaína en la cadena de distribución disminuyó hasta 1998 y se ha mantenido estable después de ese año.

Tabla 3.3.2. Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 1996-2008.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Decomisos de heroína														
Razón Kg/dosis	6,20		2,75	2,52	2,56	1,96	2,04	2,13	2,23	2,00	2,09	2,16	2,04	
Razón Kg/gramo	2,38	2,04	2,06	1,91	2,00	1,50	1,56	1,53	1,69	1,60	1,50	1,46	1,42	
Razón g/dosis	2,60		1,33	1,32	1,28	1,31	1,31	1,39	1,32	1,25	1,39	1,48	1,44	
Decomisos de cocaína														
Razón Kg/dosis	2,92	2,25	1,87	1,73	1,64	1,66	1,65	1,85	1,79	1,74	1,66	1,79	1,78	
Razón Kg/gramo	1,74	1,57	1,43	1,38	1,40	1,40	1,42	1,45	1,47	1,42	1,38	1,44	1,45	
Razón g/dosis	1,68	1,44	1,31	1,25	1,18	1,18	1,16	1,28	1,21	1,23	1,20	1,22	1,22	

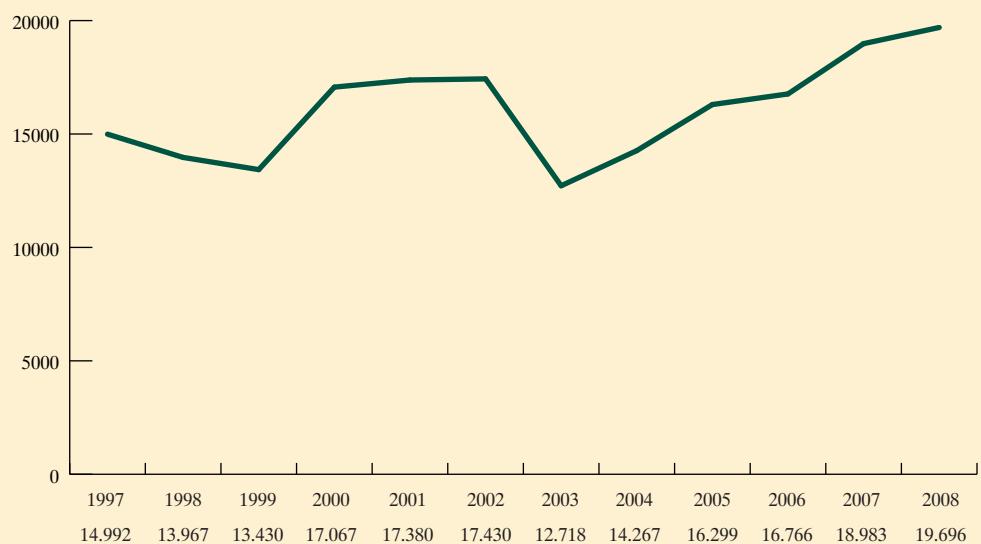
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

3.4. DETENCIONES POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS, 1997-2008

En el 2008 se registraron 19.696 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 18.983 en 2007. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 285.378 frente a 240.237 en 2007.

En los últimos 12 años, tanto el número de detenciones realizadas como el de denuncias han seguido una tendencia ascendente, moderada en el caso de las detenciones y muy notable en el de las denuncias, como se puede apreciar en las Figuras 3.4.1 y 3.4.2.

Figura 3.4.1. Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 1997-2008.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de detenciones de la Tabla 3.4.1 ni con las N de la Figura 3.4.3, porque una misma persona puede ser detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

En 2008 la mayor parte, tanto de las detenciones como de las denuncias, estuvieron relacionados con los derivados del cannabis (9,7% y 80,4%, respectivamente) o con los cocaínicos (35,9% y 14,3%, respectivamente) (Figura 3.4.3). Tanto los detenidos como los denunciados eran en una gran mayoría varones. Por lo que respecta a la edad, la mayor parte de los detenidos tenían entre 19 y 40 años. Esto sucede también con los denunciados, aunque en este caso hay una gran concentración de los casos en el grupo 19-25 años (Figuras 3.4.4 y 3.4.5).

En 2008 las comunidades autónomas con más detenciones fueron Andalucía (26,9%), Madrid (14,0%) y la Comunidad Valenciana (11,0%), seguidas por las Islas Canarias (7,8%) y Ceuta (7,0%). Andalucía fue también la comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Canaria (Tabla 3.4.3).

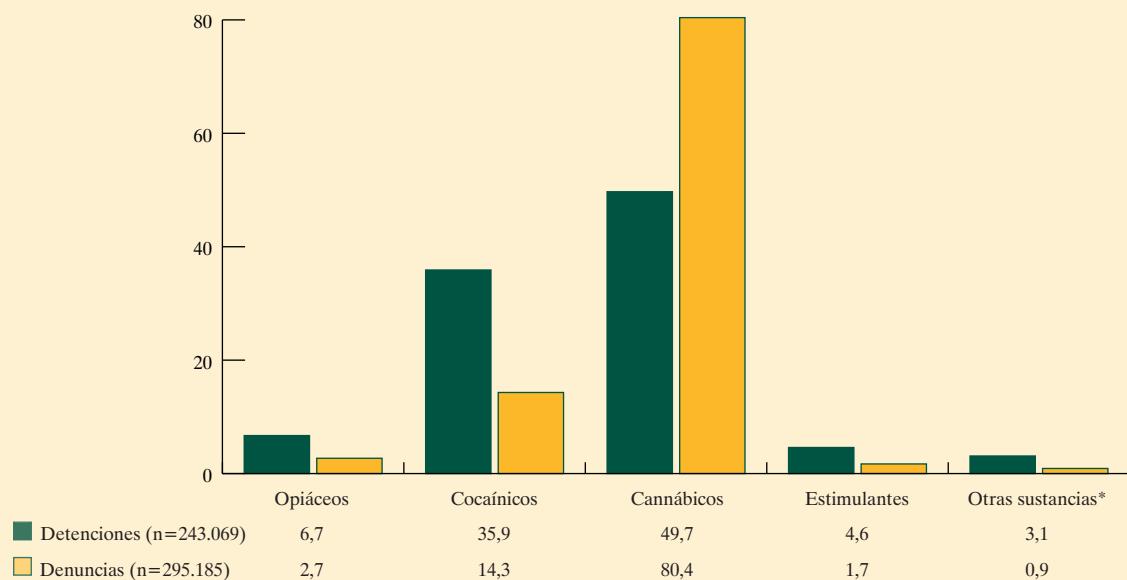
Figura 3.4.2. Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 1997-2008.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de denuncias de la Tabla 3.4.2 ni con las N de la Figura 3.4.3, porque una misma persona puede haber sido denunciada por consumo o tenencia ilícita de varias drogas y al clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

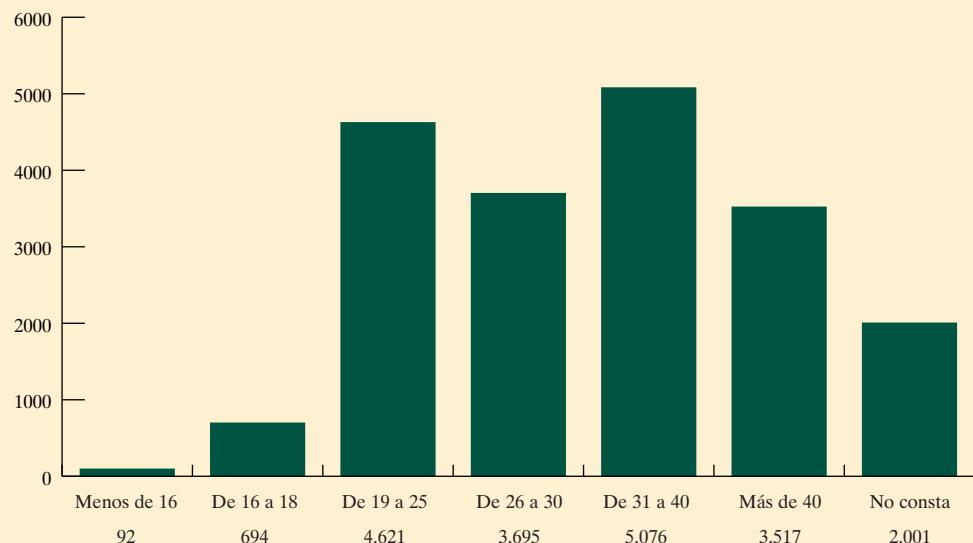
Figura 3.4.3. Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2008.



* Depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

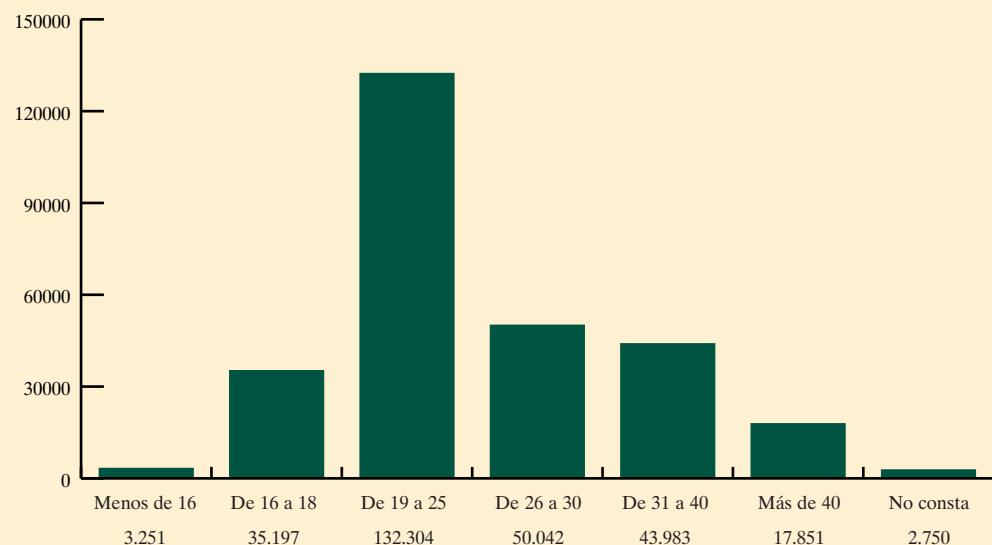
Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.4.4. Distribución por grupos de edad de los detenidos por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 3.4.5. Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2008.



Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.4.1. Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos).
España, 2001-2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alucinógenos	114	54	77	52	119	68	126	96
Cannábicos	8.495	8.989	8.769	9.941	10.704	10.383	10.763	11.963
Cocaínicos	5.268	4.920	4.997	6.453	7.718	8.031	9.111	8.634
Hipnosedantes ¹	864	430	330	390	645	594	542	642
Otros estimulantes	2.121	1.904	1.273	1.427	1.720	1.543	1.456	1.106
Opiáceos	2.011	1.259	1.236	1.486	1.561	1.284	1.381	1.613
Otras sustancias bajo control nacional	21	26	53	19	19	2	28	12
Otras sustancias no clasificadas	6	0	20	7	7	2	9	3
Total detenidos ²	17.380	17.430	12.718	14.267	16.299	16.766	18.983	19.696

1. Depresores, sedantes o tranquilizantes
 2. El total no coincide con la suma de detenciones por familias de drogas porque un mismo detenido pudo serlo por varias sustancias.

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.4.2. Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos).
España 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cannábicos	81.949	92.322	124.268	141.464	180.877	193.919	237.417
Cocaínicos	25.905	19.766	27.493	34.156	39.586	40.743	42.229
Opiáceos	5.916	4.622	5.591	7.255	6.643	7.187	7.868
Otros estimulantes		5.878	3.017	4.272	5.607	5.165	5.027
Hipnosedantes ¹	444	416	874	1.086	1.219	1.680	
Alucinógenos		86	71	90	120	137	160
Otras sustancias bajo control nacional		23	15	14	11	5	11
Otras sustancias no clasificadas		108	1	0	0	0	793
Total denunciados ²	122.285	122.634	150.193	173.096	218.656	240.237	285.378

1. Depresores, sedantes y tranquilizantes.
 2. A partir de 2003 un mismo denunciado puede serlo por varias sustancias, por lo que el número de denunciados no coincide con la suma total de denuncias por las distintas familias de sustancias.
 3. En 2003 las denuncias motivadas por "Otras sustancias bajo control nacional" y "Otras sustancias no clasificadas" se presentan agregadas.

Fuente: Ministerio del Interior .Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 3.4.3. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2008.

	Detenidos	% sobre el total	Denunciados	% sobre el total
Andalucía	5.296	26,9	82.696	29,0
Aragón	377	1,9	10.420	3,7
Cantabria	343	1,7	4.172	1,5
Castilla-La Mancha	755	3,8	12.200	4,3
Castilla y León	735	3,7	16.043	5,6
Cataluña	748	3,8	4.967	1,7
Ceuta	1.389	7,0	2.281	0,8
Extremadura	345	1,8	5.763	2,0
Galicia	872	4,4	10.511	3,7
Islas Baleares	703	3,6	8.623	3,0
Islas Canarias	1.533	7,8	24.166	8,5
La Rioja	104	0,5	1.359	0,5
Madrid	2.751	14,0	33.919	11,9
Melilla	201	1,0	1.565	0,6
Navarra	112	0,6	3.044	1,1
País Vasco	168	0,9	800	0,3
Principado de Asturias	382	1,9	6.918	2,4
Región de Murcia	723	3,7	7.749	2,7
Valencia	2.159	11,0	48.182	16,9
Total	19.696	100	285.378	100

Fuente: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Bibliografía

1. Álvarez-Requejo A, Suelves JM, Brugal MT, Correa JF. *Monitoring treatment demand for drug abuse in Spain: perspective over a decade*. Eur Addict Res 1999; 5(4):179-184.
2. Barrio G, Rodríguez-Arenas MA, De la Fuente L, Royuela L, Grupo de Trabajo para el Estudio de las Urgencias por Psicoestimulantes. *Urgencias en consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack*. Med Clin (Barc) 1998; 111(2):49-55.
3. Bravo MJ, Barrio G, de la FL, Colomo C, Royuela L, Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la Monitorización de la Infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectadores. *Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de Madrid, Sevilla y Valencia*. Gac Sanit 1999; 13(2):109-118.
4. Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, de la FL, Suárez M, Brugal MT. *More free syringes, fewer drug injectors in the case of Spain*. Soc Sci Med 2007; 65(8):1773-1778.
5. Bravo MJ, Royuela L, de la FL, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A. *Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors*. Addiction 2009; 104(4):614-619.
6. Brugal M.T, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ., de la Fuente L, Regidor E. *Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España*. Med Clin (Barc) 2004; 123(20):775-777.
7. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Maguire A, Cayla JA, Villalbi JR, Hartnoll R. *A small area analysis estimating the prevalence of addiction to opioids in Barcelona, 1993*. J Epidemiol Community Health 1999; 53(8):488-494.
8. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla, De la Fuente L. *Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain*. Addiction 2005; 100(7):981-989.
9. Brugal MT, Pulido J, Toro C, De la Fuente L, Bravo MJ, Ballesta R et al. *Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain*. Eur Addict Res 2009; 15(3):171-178.
10. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Estadística anual sobre drogas 2008*. Madrid: Ministerio del Interior, 2009.
11. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Informe sobre precios y purezas de las drogas. Año 2008*. Madrid: Ministerio del Interior, 2009.

12. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Proyecto EPI-VIH. *Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de once centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 1991-2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
13. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008. Informe Semestral nº 2, Año 2008*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009.
14. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2007. Actualización 30 de junio de 2008*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009.
15. Comisionado para el Mercado de Tabacos. *El mercado de tabaco. Estadísticas*. Ministerio de Economía y Hacienda . 2009. Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda.
16. De la Fuente de Hoz, Brugal Puig MT, Ballesta GR, Bravo MJ, Barrio AG, Domingo SA et al. *Metodología de reclutamiento y características de una cohorte de jóvenes consumidores habituales de heroína de tres ciudades españolas (Proyecto Itinere)*. Rev Esp Salud Publica 2005; 79(4):475-491.
17. De la Fuente L., Bravo MJ, Toro C, Brugal MT, Barrio G, Soriano V et al. *Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes*. J Epidemiol Community Health 2006; 60(6):537-542.
18. De la Fuente L., Toro C, Brugal MT, Vallejo F, Soriano V, Barrio G et al. *Poor validity of self-reported HBV vaccination among young heroin users in Spain supports the policy “don't ask, draw a blood sample, vaccinate and try to schedule another visit”*. J Clin Virol 2007; 38(1):87-90.
19. De la Fuente L, Brugal M.T, Ballesta R, Barrio G, Bravo M.J., Domingo-Salvany A et al. *Metodología y características basales de una cohorte de consumidores de heroína captada en tres ciudades españolas (Proyecto Itinere)*. Revista Española de Salud Pública 2005; 79:475-491.
20. De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. *Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos mensajes para el futuro*. Rev Esp Salud Publica 2006; 80(5):505-520.
21. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1994*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) informe año 1995*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe nº 6*. Noviembre 2003. Madrid: Ministerio del Interior, 2003.
24. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2002*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
25. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
26. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2005*. 2007. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

27. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006-2007*. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
28. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006*. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
29. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
30. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2005. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
31. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Antó JM. *Opiate and cocaine consumers attending Barcelona emergency rooms: a one year survey (1989)*. Addiction 1993; 88(9):1247-1256.
32. Domingo-Salvany A, Pérez K, Hartnoll RL, Ortí RM. *The underreporting of drug-related episodes in a Barcelona emergency room*. Am J Public Health 1994; 84(8):1340.
33. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguire A, Suelves JM, Antó JM. *Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989*. Am J Epidemiol 1995; 141:567-574.
34. Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Maguire A, Suelves JM, Antó JM. *Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opioid addiction in Barcelona, Spain, 1989*. Am J Epidemiol 1995; 141(6):567-574.
35. Domingo A, Antó JM, Camí J. *Epidemiological surveillance of opioid-related episodes in an emergency room of Barcelona, Spain (1979-1989)*. Br J Addict 1991; 86(11):1459-1466.
36. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisboa: EMCDDA, 2008.
37. Ferreros I, Lumbreiras B, Hurtado I, Perez-Hoyos S, Hernandez-Aguado I. *The shifting pattern of cause-specific mortality in a cohort of human immunodeficiency virus-infected and non-infected injecting drug users*. Addiction 2008; 103(4):651-659.
38. Folch C, Merono M, Casabona J. *Factores asociados a la práctica de compartir jeringuillas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle*. Med Clin (Barc) 2006; 127(14):526-532.
39. González-Saiz F, Domingo-Salvany A, Barrio G, Sánchez-Niubó A, Brugal MT, De la Fuente L et al. *Severity of dependence scale as a diagnostic tool for heroin and cocaine dependence*. Eur Addict Res 2009; 15(2):87-93.
40. Grupo de Trabajo del SEIT. *Admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína en España*. Gac Sanit 1990; 4(16):4-11.
41. Grupo de Trabajo del SEIT. *Evaluación de la calidad del indicador Tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)*. Rev San Hig Publ 1993; 67(5):385-399.
42. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT. *Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders*. Addiction 2008; 103(2):284-293.
43. Hurtado I, Alastrue I, Ferreros I, Del Amo J, Santos C, Tasa T et al. *Trends in HIV testing, serial HIV prevalence and HIV incidence among people attending a Center for AIDS Prevention from 1988 to 2003*. Sex Transm Infect 2007; 83(1):23-28.

44. Hurtado I, Hernandez-Aguado I, Ferreros I, Lumbreiras B, Perez-Hoyos S. *Efecto de diferentes variables sociodemográficas en la progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en una cohorte de usuarios de drogas*. Gac Sanit 2008; 22(6):541-546.
45. Hurtado N, I, Alastrue I, Del Amo J, Santos C, Ferreros I, Tasa T et al. *Differences between women and men in serial HIV prevalence and incidence trends*. Eur J Epidemiol 2008; 23(6):435-440.
46. Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martínez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, de la FL. *Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors*. Qual Life Res 2008; 17(7):977-985.
47. Lumbreiras B, Jarrín I, Del Amo J, Pérez-Hoyos S, Muga R, García-de la Hera M et al. *Impact of hepatitis C infection on long-term mortality of injecting drug users from 1990 to 2002: differences before and after HAART*. AIDS 2006; 20(1):111-116.
48. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvaros J, Castillo C et al. *Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender*. Subst Use Misuse 2004; 39(9):1353-1368.
49. Pulido J, Brugal MT, de la FL, Ballesta R, Barrio G, Bravo MJ et al. *Metodología de reclutamiento y características de una cohorte de jóvenes consumidores habituales de cocaína de tres ciudades españolas (Proyecto Itínere-cocaína)*. Gac Sanit 2009; 23(3):200-207.
50. Recio J.L. *Las drogas en España hoy. Encuesta Nacional sobre Drogas 1997-98*. Madrid: Editorial Complutense, S.A., 2001.
51. Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sánchez-Niubó A, Torrens M. *Psychiatric comorbidity in young heroin users*. Drug Alcohol Depend 2006; 84(1):48-55.
52. Sánchez-Niubó A, Domingo-Salvany A, Melis GG, Brugal MT, Scalia-Tomba G. *Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona*. Gac Sanit 2007; 21(5):397-403.
53. Sánchez-Niubó A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. *Problematic heroin use incidence trends in Spain*. Addiction 2009; 104(2):248-255.
54. Sánchez J, Rodríguez B, de la FL, Barrio G, Vicente J, Roca J et al. *Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. State Information System on Drug Abuse (SEIT) Working Group*. J Epidemiol Community Health 1995; 49(1):54-60.
55. Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munne P. *Urgencias por cocaína: un problema emergente*. Med Clin (Barc) 2006; 126(16):616-619.
56. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *2009 World drug report*. 2009. Vienna, UNODC.
57. Vallejo F, Toro C, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Soriano V et al. *Hepatitis B vaccination: An unmet challenge in the era of harm reduction programs*. J Subst Abuse Treat 2007.

Índice de tablas

Capítulo 1

Tabla 1.1.1.	Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma. EDADES 2007	17
Tabla 1.1.2.	Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	20
Tabla 1.1.3.	Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	21
Tabla 1.1.4.	Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	21
Tabla 1.1.5.	Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	22
Tabla 1.1.6.	Edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2007	22
Tabla 1.1.7.	Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007	23
Tabla 1.1.8.	Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según sexo (%). España, 1995-2007	24
Tabla 1.1.9.	Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007	25
Tabla 1.1.10.	Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007	26
Tabla 1.1.11.	Prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (%). España, 1995-2007	26
Tabla 1.1.12.	Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, según grupo de edad y tipo de bebida (%). EDADES 2007, España	34
Tabla 1.1.13.	Continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años. España, 1995-2007	38
Tabla 1.1.14.	Continuidad en el consumo de cocaína en la población de 15-64 años. España, 1995-2007	41
Tabla 1.1.15.	Prevalencias de consumo de hipnosedantes, según edad y sexo (%). EDADES 2007, España	44

Tabla 1.1.16.	Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido cannabis, cocaína, éxtasis o heroína en los últimos 12 meses (%). EDADES 2007, España	47
Tabla 1.1.17.	Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (%). España, 1997-2007	49
Tabla 1.1.18.	Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales entre la población de 15-64 años de edad (%). España, 1995-2007	49
Tabla 1.1.19.	Importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (%). España 1997-2007	50
Tabla 1.2.1.	Distribución muestral por rama de actividad, ocupados 2001 (Distribución no proporcional) en la encuesta “Incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001”	53
Tabla 1.2.2.	Distribución de la muestra por Comunidad Autónoma. EDADES 2007	54
Tabla 1.2.3.	Distribución de las personas con experiencia laboral según situación laboral y sector de actividad (nº absoluto, sin ponderar)	56
Tabla 1.2.4.	Distribución de las personas con experiencia laboral según grupo de edad y situación laboral (%)	57
Tabla 1.2.5.	Distribución de las personas con experiencia laboral según rango profesional y situación laboral (%)	57
Tabla 1.2.6.	Percepción de la preparación para realizar su puesto de trabajo y de las perspectivas de promoción entre las personas con experiencia laboral, según situación laboral (%)	58
Tabla 1.2.7.	Grado de satisfacción con el puesto de trabajo y con el trato recibido por jefes y compañeros de las personas con experiencia laboral según situación laboral	59
Tabla 1.2.8.	Grado de peligrosidad de la ejecución del trabajo actual (o del último que hayan tenido, en caso de los parados)	59
Tabla 1.2.9.	Características y condiciones del puesto de trabajo actual (o del último que hayan tenido) (%)	60
Tabla 1.2.10.	Frecuencia con la que los entrevistados se encuentran o se han encontrado en las siguientes situaciones	61
Tabla 1.2.11.	Proporción de casos conocidos de consumo excesivo de alcohol o drogas en su último trabajo (%)	61
Tabla 1.2.12.	Razones por las que se cree que las drogas son un problema importante en el trabajo (%)	62
Tabla 1.2.13.	Facilitación de información sobre riesgos o prevención del consumo de drogas por parte de la empresa en los últimos 12 meses (%)	63
Tabla 1.2.14.	Actuaciones para realizar en las empresas que se consideran más importantes	64
Tabla 1.2.15.	Prevalencias de consumo de alcohol según situación laboral (%)	65
Tabla 1.2.16.	Prevalencias de consumo de alcohol entre los que están empleados o parados que han trabajado antes (%)	66
Tabla 1.2.17.	Prevalencia de consumo diario de alcohol en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	66
Tabla 1.2.18.	Prevalencia de atracones de alcohol (<i>binge drinking</i>) en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	68

Tabla 1.2.19.	Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	68
Tabla 1.2.20.	Prevalencias de consumo de tabaco según situación laboral (%)	68
Tabla 1.2.21.	Prevalencias de consumo de tabaco entre los que están empleados, o parados que han trabajado antes (%)	69
Tabla 1.2.22.	Prevalencia de consumo de tabaco diario según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	70
Tabla 1.2.23.	Prevalencias de consumo pasivo de tabaco en el medio laboral según variables sociodemográficas y laborales (%)	71
Tabla 1.2.24.	Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos, con o sin receta médica, según situación laboral (%)	72
Tabla 1.2.25.	Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos con o sin receta médica entre las personas con experiencia laboral según sexo, edad y situación laboral (%)	73
Tabla 1.2.26.	Prevalencia de consumo de tranquilizantes o sedantes con o sin receta en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	73
Tabla 1.2.27.	Prevalencias de consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta médica en los últimos 12 meses según sexo, edad y situación laboral (%)	74
Tabla 1.2.28.	Prevalencias de consumo de cannabis según situación laboral (%)	76
Tabla 1.2.29.	Prevalencias de consumo de cannabis entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	76
Tabla 1.2.30.	Prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	77
Tabla 1.2.31A.	Prevalencias de consumo de cocaína entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	78
Tabla 1.2.31B.	Prevalencias de consumo de cocaína en polvo en los últimos 30 días según grupo de edad y sector de actividad entre las personas con experiencia laboral (%)	78
Tabla 1.2.32.	Prevalencias de consumo de éxtasis o anfetaminas según situación laboral (%)	79
Tabla 1.2.33.	Prevalencias de consumo de éxtasis o anfetaminas entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	79
Tabla 1.2.34.	Prevalencias de consumo de alucinógenos entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	80
Tabla 1.2.35.	Prevalencias de consumo de heroína entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	80
Tabla 1.2.36.	Prevalencias de consumo de inhalables volátiles entre las personas con experiencia laboral, según sexo, edad y situación laboral (%)	81
Tabla 1.2.37.	Prevalencias de inyección de drogas ilegales según situación laboral (%)	82
Tabla 1.2.38.	Prevalencias de inyección de drogas ilegales entre las personas con experiencia laboral, según situación laboral (%)	82
Tabla 1.2.39.	Prevalencias de consumo de drogas en la población general y en la población con experiencia laboral según grupo de edad (%)	82
Tabla 1.3.1.	Distribución de los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio, y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1994-2008	86

Tabla 1.3.2.	Distribución de los estudiantes de 14 a 18 años en la muestra de ESTUDES según comunidad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del colegio y según tipo de estudios (números absolutos y porcentajes). España, 1996-2008	87
Tabla 1.3.3.	Distribución de las aulas y colegios incluidos en la muestra de la Encuesta Estatal sobre Abuso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma. España, 1994-2008	88
Tabla 1.3.4	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2008	90
Tabla 1.3.5.	Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (años). España, 1994-2008	91
Tabla 1.3.6.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2008	92
Tabla 1.3.7.	Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2008	93
Tabla 1.3.8.	Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%)	95
Tabla 1.3.9.	Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008	96
Tabla 1.3.10.	Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008	97
Tabla 1.3.11.	Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma. España, 2008	98
Tabla 1.3.12.	Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España 1994-2008	99
Tabla 1.3.13.	Prevalencias del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España 1994-2008	100
Tabla 1.3.14.	Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España 1994-2008	102
Tabla 1.3.15.	Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje), según sexo y edad. España, 2008	102
Tabla 1.3.16.	Prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1996-2008	103
Tabla 1.3.17.	Prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2008	105
Tabla 1.3.18.	Características generales del consumo de hipnosedantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según sexo. España, 1994-2008	106
Tabla 1.3.19.	Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008	108

Tabla 1.3.20.	Frecuencia en consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2008	109
Tabla 1.3.21.	Características generales del consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008	110
Tabla 1.3.22.	Características generales del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008	112
Tabla 1.3.23.	Prevalencias del consumo de GHB y éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008	112
Tabla 1.3.24.	Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según sexo. España, 1994-2008	113
Tabla 1.3.25.	Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según sexo. España, 1994-2008	114
Tabla 1.3.26.	Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2008	115
Tabla 1.3.27.	Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según sexo. España, 1994-2008	116
Tabla 1.3.28.	Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido en el mismo período cada una de las drogas consideradas en la cabecera de cada columna (porcentaje de consumidores de la sustancia [fila] que también consumen la sustancia [columna]). España, 2008	118
Tabla 1.3.29.	Evolución de la percepción del riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2008	120
Tabla 1.3.30.	Evolución de la percepción del riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2008	121
Tabla 1.3.31.	Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España 1994-2008	122
Tabla 1.3.32.	Autovaloración de la información recibida sobre drogas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008	125
Tabla 1.3.33.	Hora de regreso a casa la última salida en fin de semana por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes) por edad. España, 2008	126
Tabla 1.4.1	Restricciones establecidas para el análisis de los admitidos a tratamiento por heroína o cocaína con objeto de estimar la evolución de la incidencia del consumo problemático de estas drogas en España	127

Capítulo 2

Tabla 2.1.1.	Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2007	137
Tabla 2.1.2.	Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2007	138

Tabla 2.1.3.	Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007	142
Tabla 2.1.4.	Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2007	150
Tabla 2.1.5.	Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en (%). España, 2007	160
Tabla 2.1.6.	Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (porcentajes). España, 2005	163
Tabla 2.1.7.	Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (porcentajes). España, 2006	164
Tabla 2.1.8.	Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (porcentajes). España, 2007	165
Tabla 2.1.9.	Consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2007	166
Tabla 2.2.1.	Distribución de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas por comunidad autónoma (números absolutos). España, 2007	169
Tabla 2.2.2.	Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2007	170
Tabla 2.2.3.	Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2007	172
Tabla 2.2.4.	Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2007	173
Tabla 2.2.5.	Vía de administración de las drogas mencionadas o relacionadas con la urgencia en consumidores de sustancias psicoactivas. España, 2007	176
Tabla 2.3.1.	Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en inyectadores de drogas según año de diagnóstico y sexo (número absoluto y porcentaje sobre el total de nuevos diagnósticos VIH). España (8 CCAA), 2003-2007. Datos no corregidos por retraso en notificación	178
Tabla 2.4.1.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en varias zonas de España según año de defunción, 1990-2007	186
Tabla 2.4.2.	Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, España 2003-2007	187
Tabla 2.4.3.	Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de una muestra de fallecidos por reacción aguda a drogas psicoactivas. España, 2003-2005	188
Tabla 2.4.4.	Presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2007	191
Tabla 2.5.1.	Número de diligencias y denuncias por alcoholemias superiores al límite legal. España, 2008	197
Tabla 2.5.2.	Número de diligencias y denuncias por negativa a la prueba de alcoholemia. España, 2008	198

Capítulo 3

Tabla 3.1.1.	Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España, 1998-2008	200
Tabla 3.1.2.	Distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%). España, 1998-2008	201
Tabla 3.1.3.	Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma (millones de cajetillas), 1998-2008	201
Tabla 3.1.4.	Ventas anuales de tabaco <i>per capita</i> según tipo de labor y comunidad autónoma. Variación 2008/2007	202
Tabla 3.2.1.	Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2008	203
Tabla 3.3.1.	Precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 1998-2008	207
Tabla 3.3.2.	Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 1996-2008	209
Tabla 3.4.1.	Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2001-2008	213
Tabla 3.4.2.	Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2002-2008	213
Tabla 3.4.3.	Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2008	214

Índice de figuras

Capítulo 1

Figura 1.1.1.	Edades medias de inicio en el consumo de las distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. EDADES 2007, España	23
Figura 1.1.2.	Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (%). EDADES 2007, España	24
Figura 1.1.3.	Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días (e intervalo de confianza al 95%) entre la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España	27
Figura 1.1.4.	Prevalencias de consumo de tabaco diario (e intervalo de confianza al 95%) la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España	28
Figura 1.1.5.	Prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 30 días (e intervalo de confianza al 95%) entre la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España	29
Figura 1.1.6.	Población de 15-64 años que ha fumado diariamente en los últimos 30 días, según grupo de edad y sexo (%). EDADES 2007, España	29
Figura 1.1.7.	Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco (%). España, 1997-2007	30
Figura 1.1.8.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15 a 64 años según sexo y grupo de edad (%). España, 1997-2007	31
Figura 1.1.9.	Prevalencia de consumo de alcohol los últimos 30 días, según sexo y edad (%). EDADES 2007, España	32
Figura 1.1.10.	Prevalencia de consumo diario de alcohol según sexo y edad en la población de 15-64 años (%). EDADES 2007, España	33
Figura 1.1.11.	Prevalencia de consumo en los últimos 30 días en días laborables y en fines de semana según edad. EDADES 2007, España	33
Figura 1.1.12.	Prevalencia de atracones de alcohol (<i>binge drinking</i>) según edad y sexo. EDADES 2007, España	35
Figura 1.1.13.	Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol en la población española de 15 a 64 años (%). España, 1997-2007	35
Figura 1.1.14.	Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) durante el último año (%). España, 1997-2007	36
Figura 1.1.15.	Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 1997-2007	36

Figura 1.1.16.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). EDADES 2007, España	37
Figura 1.1.17.	Proporción de consumidores de cannabis entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	38
Figura 1.1.18.	Prevalencias de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población de 15-64 años. EDADES 2007, España	39
Figura 1.1.19.	Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España	40
Figura 1.1.20.	Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína-polvo en la población española de 15 a 64 años (%). España, 1995-2007	40
Figura 1.1.21.	Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España	42
Figura 1.1.22.	Evolución de la proporción de consumidores de éxtasis entre la población de 15-64 años. España, 1995-2007	42
Figura 1.1.23.	Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España	43
Figura 1.1.24.	Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población española de 15 a 64 años (%). España, 1995-2007	44
Figura 1.1.25.	Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses según edad y sexo (%). EDADES 2007, España	45
Figura 1.1.26.	Prevalencia de consumo de heroína en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007	46
Figura 1.1.27.	Prevalencia de consumo de inhalantes volátiles (%). España, 1995-2007	46
Figura 1.1.28.	Proporción de la población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (%). EDADES 2007, España	48
Figura 1.1.29.	Visibilidad de situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el barrio o pueblo donde vive). España, 1995-2007	50
Figura 1.1.30.	Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años de edad (% que considera muy importante cada acción). España, 1995-2007	51
Figura 1.2.1.	Importancia atribuida al consumo de alcohol y drogas en el medio laboral (%). España, 2007	62
Figura 1.2.2.	Drogas sobre las que se versaba la información proporcionada (%). España, 2007	63
Figura 1.2.3.	Prevalencia de consumo de alcohol a diario en los últimos 30 días según situación laboral (%). España, 2007	65
Figura 1.2.4.	Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días en empleados y parados (%). España, 2007	67
Figura 1.2.5.	Prevalencia de consumo de tabaco a diario según situación laboral (%). España, 2007	69
Figura 1.2.6.	Prevalencia de consumo de tabaco diario en empleados y parados (%). España, 2007	70
Figura 1.2.7.	Prevalencia de consumo de tranquilizantes o somníferos, sin receta médica, en los últimos 12 meses según situación laboral (%). España, 2007	74

Figura 1.2.8.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007	75
Figura 1.2.9.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en empleados y parados (%). España, 2007	76
Figura 1.2.10.	Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007	77
Figura 1.2.11.	Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y últimos 30 días, según situación laboral (%). España, 2007	80
Figura 1.2.12.	Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, según situación laboral (%). España, 2007	81
Figura 1.3.1.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2008	100
Figura 1.3.2.	Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008	104
Figura 1.3.3.	Prevalencia de borracheras el último mes y proporción de personas que se han emborrachado entre los han consumido alcohol en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2008	104
Figura 1.3.4.	Prevalencia de consumo de tranquilizantes o somníferos sin receta (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008	107
Figura 1.3.5.	Prevalencia de consumo de cannabis (porcentaje) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008	108
Figura 1.3.6.	Prevalencia de consumo de cocaína (porcentajes) y edad medio al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008	110
Figura 1.3.7.	Prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008	111
Figura 1.3.8.	Proporción de consumidores de drogas en los últimos 12 meses que han consumido otras drogas en el mismo periodo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2008	117
Figura 1.3.9.	Evolución del riesgo percibido ante el consumo de alcohol diariamente y durante los fines de semana entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008	119
Figura 1.3.10.	Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que les sería fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisieran (porcentaje). España 2004-2008	122
Figura 1.3.11.	Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual y de la disponibilidad de cannabis percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008	123
Figura 1.3.12.	Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual y de la disponibilidad de cocaína percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje). España, 1994-2008	123

Figura 1.3.13.	Principales vías de información por las que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han recibido información sobre drogas y vías por las que prefieren recibir información sobre drogas. España, 2008	124
Figura 1.3.14.	Dinero disponible semanalmente por término medio, para los gastos personales de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2008	126
Figura 1.4.1.	Estimación de la incidencia de consumo problemático de heroína, según año de inicio en el consumo. Tasas suavizadas de nuevos consumidores por 100.000 habitantes de 15-44 años e intervalos de confianza al 95%. España, 1971-2006	128
Figura 1.4.2.	Distribución acumulada del período de latencia (años) de los nuevos consumidores problemáticos de heroína de 15-44 años. España, 1971-2006 (n=169682)	129

Capítulo 2

Figura 2.1.1.	Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2007	136
Figura 2.1.2.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España 1991-2007	139
Figura 2.1.3.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España 1991-2007	139
Figura 2.1.4.	Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2007	140
Figura 2.1.5.	Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2007	141
Figura 2.1.6.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alu-cinógenos. España, 1996-2007	141
Figura 2.1.7.	Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2007	145
Figura 2.1.8.	Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína en España, 1991-2007	146
Figura 2.1.9.	Evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por cocaína en España, 1991-2007	147
Figura 2.1.10.	Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (Números absolutos y porcentajes). España 1991-2007	153
Figura 2.1.11.	Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2007	155
Figura 2.1.12.	Proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2007	156
Figura 2.1.13.	Admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga. (Números absolutos y porcentajes). España, 1991-2007	157
Figura 2.1.14.	Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2007	158
Figura 2.1.15.	Prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2007	161

Figura 2.2.1.	Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en que se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2007	169
Figura 2.2.2.	Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2007	171
Figura 2.3.1.	Evolución de los diagnósticos de sida asociados al uso inyectado de drogas (número). España, 1986-2008	177
Figura 2.4.1.	Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cada droga (%). España 1983-2007	188
Figura 2.4.2.	Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas psicoactivas en seis grandes ciudades españolas. 1983-2007	189
Figura 2.4.3.	Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente opiáceos, opiáceos sin cocaína y opiáceos con benzodiazepinas y/o alcohol. España, 1983-2007	190
Figura 2.4.4.	Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta exclusivamente cocaína, cocaína sin opiáceos y sólo cocaína y alcohol. España, 1983-2007	192
Figura 2.4.5.	Evolución de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (DRDI o sobredosis) y de las muertes relacionadas con VIH en inyectadores de drogas (VIH-ID) (Números absolutos). España, 1983-2006	194
Figura 2.5.1.	Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2008	196
Figura 2.5.2.	Distribución de las diligencias y denuncias relacionadas con las pruebas de alcoholemia según origen. España, 2008	197

Capítulo 3

Figura 3.1.1.	Evolución de las ventas de tabacos por tipo de labor. España, 1998-2008	202
Figura 3.2.1.	Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2001-08	204
Figura 3.2.2.	Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1996-2008	204
Figura 3.2.3.	Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1996-2008	205
Figura 3.2.4.	Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1996-2008	205
Figura 3.2.5.	Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1996-2008	206
Figura 3.3.1.	Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2008	208
Figura 3.3.2.	Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 1996-2008	208
Figura 3.4.1.	Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 1997-2008	210
Figura 3.4.2.	Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 1997-2008	211

Figura 3.4.3.	Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2008	211
Figura 3.4.4.	Distribución por grupos de edad de los detenidos por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2008	212
Figura 3.4.5.	Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2008	212