

INFORME 2020

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
Begoña BRIME. Noelia LLORENS. Fernando MÉNDEZ. Marta MOLINA. Eva SÁNCHEZ. Silvia TORTAJADA.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Rosario BALLESTA
Izaskun BILBAO
Pedro Manuel SEJO

Aragón

Carmen BARANGUAN
Francisco Javier FALO
Laura JOSÉ

Asturias

José Antonio GONZÁLEZ
José Ramón HEVIA
Mario MARGOLLES

Baleares

Francisca BIBILONI
Rut SUÁREZ
Juana María VANRELL

Canarias

José Juan ALEMÁN
Nicolás AMADOR
Marcos GASPAS
Luz Marina MORENO
Nicolás PERDOMO
Ángel RODRÍGUEZ
María del Mar VELASCO

Cantabria

M^a Carmen DIEGO
Ángela HIGUERA
Paloma NAVAS
Antonia RUEDA

Castilla-La Mancha

Carlos ALONSO
Juan José CAMACHO
Carmen DE PEDRO

Castilla y León

Susana REDONDO
Ana SÁNCHEZ
Esperanza VÁZQUEZ
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Joan COLOM
Mercè GOTSSENS
Xavier MAJO
Regina MUÑOZ
Josep M. OLLÉ

Extremadura

Mercedes CORTÉS
M^a Pilar MORCILLO
José Antonio SANTOS

Galicia

Sara CERDEIRA
Mercedes LIJÓ
María TAJES
Sergio VEIGA
Raquel ZUBIZARRETA

Madrid

Carmen Yolanda FUENTES
M^a Angeles GUTIÉRREZ
Ana RUIZ

Murcia

Mónica BALLESTA
M^a Dolores CHIRLAQUE
Juan Francisco CORREA
Purificación ROS
José Carlos VICENTE

Navarra

Raquel GONZÁLEZ
Miguel MARTÍNEZ
M^a Ángeles NUIN

País Vasco

Elena ALDASORO
Juan José AURREKOETXEA
Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Cristina NUEZ
Enrique RAMALLE

Comunidad Valenciana

Inmaculada CLEMENTE
Ofelia GIMENO
M^a Jesús MATEU
Francesc J. VERDÚ

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA
Cleopatra R'KAINA

Melilla

Celia BUENO
Luisa Fernanda HERMOSO

AGRADECIMIENTOS

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

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

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid
Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08
Correo electrónico: cendocupnd@mscbs.es
Internet: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-20-029-8

En estas páginas se presenta un año más el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, una herramienta que se ha mostrado fundamental para conocer la realidad relacionada con las drogas en nuestro país, no solo sobre la oferta y demanda, sino también sobre los problemas derivados de su consumo.

Conocer esta realidad es el primer paso necesario para diseñar las políticas e intervenciones, así como para evaluar su eficacia y, en definitiva, orientar la toma de decisiones en la materia. Es por esto por lo que considero este Informe una herramienta de ayuda para todos los actores implicados en la prevención y atención a este fenómeno.

Sus capítulos se construyen gracias a la información obtenida de diferentes fuentes y sistemas de información que se analizan en el marco del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

En esta edición, se incluyen los resultados pormenorizados de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), en su edición 2018/19, junto con el análisis de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad relacionada con las drogas, y sus tendencias hasta el año 2018. Se incluye también información sobre cuestiones como las infecciones en consumidores o el consumo problemático, así como capítulos específicos dedicados al Sistema Español de Alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas o la oferta de drogas y medidas de control.

Quiero mostrar mi reconocimiento a todas las personas e instituciones que, con su trabajo, contribuyen anualmente a esta publicación. Sin olvidar a todo el equipo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, que lo hacen posible gracias a su permanente dedicación.

María Azucena Martí Palacios
Delegada del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2020

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

ÍNDICE

Presentación	3
Introducción	8
Resumen ejecutivo	9
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	10
Sistema Español de Alerta Temprana	20
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	21
1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019	22
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019 ..	23
Introducción	23
Objetivos	23
Metodología	24
Resultados	30
• Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	30
Evolución temporal	30
Edad media de inicio en el consumo	33
Edad y sexo	34
• Consumo por tipo de sustancia psicoactiva	37
Bebidas alcohólicas	37
Bebidas energéticas	49
Tabaco	51
Cigarrillos electrónicos	56
Hipnosedantes	59
Analgésicos opioides	63
Cannabis	64
Cocaína	74
Éxtasis	78
Anfetaminas o speed	81
Alucinógenos y setas mágicas	83
Heroína	86

Inhalables volátiles	88
GHB	88
Metanfetaminas	89
Esteroides anabolizantes	89
Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio	91
Nuevas sustancias psicoactivas	92
Policonsumo	96
• Percepciones y opiniones de la población ante el consumo de sustancias psicoactivas	100
Percepción de riesgo	100
Percepción de disponibilidad	102
Vías de información sobre sustancias psicoactivas	105
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	106
• Consumo de sustancias psicoactivas, contexto y consecuencias negativas	108
Amigos: relación/influencia de los iguales	108
Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible	111
Entorno escolar: rendimiento escolar y conflictos	121
Consecuencias negativas del consumo: accidentes vehículos de motor, peleas/agresiones y otras	122
• Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por Comunidad/Ciudad Autónoma	125

2. Problemas relacionados con las drogas 133

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2018	134
Introducción	134
Metodología	134
Resultados	135
• Resultados generales. Drogas ilegales	135
• Resultados por tipo de droga	143
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	150
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	151
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	153
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	154
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos	154
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de otras sustancias	157
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	157
• Resultados por comunidades/ciudades autónomas	159
2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2018	160
Introducción	160
Metodología	160
Resultados	161
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2018. Mortalidad relacionada con drogas	170
Introducción	170
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	171
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	181
Registro General de Mortalidad	182
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	184

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2018	189
Introducción	189
Metodología	189
Resultados	190
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	190
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	193
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	195
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2018	201
Introducción	201
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	202
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	205
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)	205
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)	210
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	213
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	216
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	218
3. Sistemas de alerta temprana	220
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	221
Objetivo y funcionamiento	221
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	225
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	230
Normativa, objetivo y funcionamiento	230
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	235
4. Oferta de drogas y medidas de control	241
4.1. Ventas de tabaco, 2005-2019	242
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2019	246
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2019	251
4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2019 ..	255
Información complementaria	258
Páginas web de interés	259

INTRODUCCIÓN

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

El presente informe, denominado *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2020*, se estructura en cuatro capítulos que se detallan a continuación:

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población de estudiantes de 14 a 18 años ante el consumo de drogas y otros trastornos comportamentales desde el año 1994 hasta 2018. La fuente de información es la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), en sus sucesivas ediciones. ESTUDES se realiza de forma bienal y se promueve y financia directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el presente documento no se incluye información de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES), ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, se corresponden al año 2017/2018 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2018. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relativa al consumo problemático de drogas e información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas.

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

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

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información desde 1998 hasta 2019 sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

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

RESUMEN EJECUTIVO

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

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2018/2019.

- Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES, 2017.

- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2018.

- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2018.

- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2018.

- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2018.

- Consumo problemático de drogas. España 2017/2018.

- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2018/2019

Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis y de los hipnosedantes con o sin receta médica.

El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de las drogas ilegales está más extendido entre los hombres (excepto para los hipnosedantes sin receta médica).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 14 y los 16 años y las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

En 2018, el 77,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido **alcohol** alguna vez, el 75,9% en el último año y el 58,5% en el último mes. En 2018, se iniciaron en el consumo de alcohol 346.600 estudiantes de 14 a 18 años.

El consumo de alcohol sigue estando en niveles elevados, aunque se observa un ligero descenso en las prevalencias de consumo en las cifras relativas a los últimos 30 días y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un mayor riesgo ante el consumo de alcohol.

Características de los consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	58,5%
Sexo	52,3% son mujeres
Edad media de inicio en el consumo	14 años
Tipos de bebida en los últimos 7 días	Combinados: 29,0% Cerveza: 24,2% Licores fuertes: 14,3%

El consumo intensivo, **borracheras** y **binge drinking**, continúa con prevalencias elevadas, con un ligero repunte en esta edición. Casi la mitad de los estudiantes se ha emborrachado en el último año, el 46,5% de las chicas y el 42,3% de los chicos.

El patrón de consumo de alcohol en atracción (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. Un 32,3% de los estudiantes ha hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge drinking* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres y a los 16 y 17 años, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres.

El 51,3% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado **botellón** en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: el 28,4% de los de 14 años y el 64,1% de los de 18 años han hecho botellón en el último año.

Los menores de edad obtienen alcohol con mucha facilidad, principalmente en supermercados (54,0%) y bares/pubs (54,0%). Además, es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa entre los estudiantes.

En 2018, el 41,3% fumó **tabaco** alguna vez en la vida, el 35,0% en el último año y el 26,7% lo hizo en los últimos 30 días. En 2018 han empezado a consumir tabaco 205.600 estudiantes de 14 a 18 años (21.000 más que en 2016).

Características de los consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	26,7%
Sexo	56,3% son mujeres
Edad media de inicio en el consumo	14,1 años
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 36,9% Tabaco de liar: 14,1% Ambos tipos: 49,0%

En 2018, se observa una tendencia ligeramente ascendente del consumo de tabaco, tras una fase de descenso del consumo iniciada en 2004, coincidiendo con la Ley 28/2005 y que continuó hasta 2014.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se ha incrementado y la mayoría (88,7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos o bastantes problemas de salud.

Continúa el descenso de estudiantes que convive en hogares con fumadores hasta el 41,4%. El 48,4% de los estudiantes ha usado alguna vez el cigarrillo electrónico, siendo más frecuente entre los chicos y cargados con cartuchos sin nicotina (71,5%).

El **cannabis** es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2018 el 33,0% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 27,5% en el último año y el 19,3% en el último mes. Entre los que consumieron en el último año, el 3,3% de los chicos y el 1,4% de las chicas ha consumido 20 días o más.

En 2018, han empezado a consumir cannabis 222.200 estudiantes de 14 a 18 años.

Prevalencia de consumo	19,3%
Sexo	54,1% son hombres
Edad media de inicio en el consumo	14,9 años
Tipo	Marihuana: 43,8%, Hachís: 19,3% Hachís + marihuana: 37% Cannabis + tabaco: 87,1%

En 2018 se observa un repunte de las prevalencias en todos los indicadores temporales tras una tendencia descendente iniciada en 2004 y que duró hasta 2014. También se observa un repunte en el consumo problemático de cannabis, se ha producido un incremento de más de dos puntos en la proporción de estudiantes que tienen un consumo problemático.

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, siendo además, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva percibida como más disponible por esta población.

Prevalencia de consumo	6,1%
Sexo	62,4% son mujeres
Edad media de inicio en el consumo	14,3 años

Los **hipnosedantes** son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consumen después del alcohol, el tabaco y el cannabis. En 2018, el 8,6% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (sin receta) alguna vez en la vida, el 6,1% en el último año y el 2,9% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres. Se observa una tendencia ligeramente ascendente en el consumo de hipnosedantes sin receta entre los jóvenes de 14 a 18 años.

En 2018, el 2,9% de la población de 14 a 18 años ha consumido **cocaína** (polvo y/o base) alguna vez en la vida, el 2,4% en el último año y el 0,9% en el último mes. Se observa una tendencia descendente en el consumo, iniciada en 2004. El 97,3% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece estable desde 1994, al igual que permanece estable la disponibilidad percibida de cocaína.

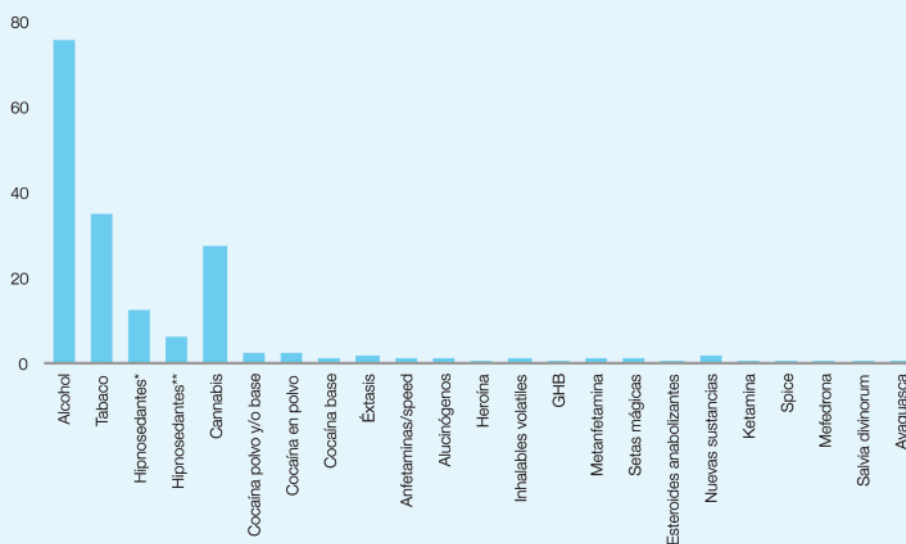
Prevalencia de consumo	2,4%
Sexo	65,1% son hombres
Edad media de inicio en el consumo	15,2 años
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo

En 2018, en los últimos 12 meses, ha consumido **éxtasis** el 1,9% de los jóvenes de 14 a 18 años, **anfetaminas** el 1,1% y **alucinógenos** el 1,4%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos, aunque a partir de 2016 se ha producido un ligero repunte en las prevalencias de consumo de éxtasis y alucinógenos tras un descenso continuado desde el año 2002 hasta 2014. La prevalencia de consumo de anfetaminas permanece estable desde 2016.

Las nuevas sustancias psicoactivas son, en términos generales, sustancias con prevalencias de consumo más bajas que las drogas clásicas. En 2018, el 2,4% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida). El 0,8% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,6% ketamina, el 0,4% salvia, el 0,4% mefedrona y el 0,4% ayahuasca. Es remarcable que el 54,4% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2018.



* Tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta. ** Tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). ESTUDES.

El 26,0% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra **perfectamente informado** en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son el centro educativo (81,7%) y la familia (68,6%). El 76,9% ha recibido información sobre los efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) y el 69,4% sobre los efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachís/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...).

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA EIDADES, 2017

En 2017, las drogas con mayor prevalencia de consumo en la población española de 15-64 años, en los últimos 12 meses, son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, seguidos del cannabis y la cocaína. La edad de inicio en el consumo se mantiene estable. Las sustancias que se empiezan a consumir a una edad más temprana son el tabaco y el alcohol, seguidas del cannabis. La sustancia que se suele empezar a consumir a edades más tardías son los hipnosedantes.

Las prevalencias de consumo (último año) son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes y la cocaína base, donde las mayores prevalencias se dan en los grupos de edad más avanzada. En 2017, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis.

El **alcohol** sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 75,2% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,7% en los últimos 30 días y el 7,4% diariamente en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los noventa. Destaca la tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica.

El 18,6% de los españoles de 15 a 64 años se ha emborrachado en el último año.

El consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) mantiene en general una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2017, el 15,1% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Tanto las borracheras como los atracones de alcohol se encuentran más extendidos en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años.

Características de los consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	62,7%
Sexo	57,1% son hombres
Grupo edad con mayor consumo	25,1% (35-44 años)
Tipo de bebida (en los últimos 7 días)	Cerveza: 36% Vino: 19,5% Combinados: 13%

Características de los consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	38,8% y 34% (diariamente)
Sexo	56,6% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	51,5% (35-54 años)
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 77% Tabaco de liar: 15,4% Ambos tipos: 7,6%.

El 40,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido **tabaco** en el último año, el 38,8% en el último mes y el 34% diariamente. Respecto a 2015, el dato se ha incrementado notablemente, pasando de 30,8% al 34,0%, obteniendo el dato más alto de la serie desde el año 2005 y retornando a las cifras que se registraban en 1997.

En 2017, el 8,8% de la población de 15 a 64 años ha probado los **cigarrillos electrónicos** y el 6,2% ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina (81%). El uso de estos dispositivos es más elevado en el grupo de 15-24 años.

En cuanto a los **hipnosedantes**, se estima que 630.000 personas empezaron a consumirlos en 2017; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 35 a 54 años. El 20,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, superando la barrera del 20% por segunda vez en toda la serie histórica. El 11,1% los ha consumido en el último año, el 7,5% en el último mes y el 5,9% diariamente en el último mes.

Características de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	11,1%
Sexo	63,2% son mujeres
Grupo de edad con mayor consumo	80,6% (35-64 años)

Se estima que, en 2017, 223.000 personas de 15 a 64 años empezaron a consumir **cannabis**, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 106.000 menores de 15 a 17 años. Se confirma la tendencia ascendente de personas que empiezan a consumir.

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	9,1%
Sexo y edad	71% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	53,4% (15-34 años)
Tipo	Marihuana: 48,3%; Hachis: 21,9% Hachis + marihuana: 29,8%; Cannabis + tabaco: 92,9%

El 35,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez, el 11% en el último año, el 9,1% en el último mes (para ambos tramos la prevalencia ha aumentado ligeramente respecto al dato de 2015) y el 2,1% diariamente en el último mes, proporción que se mantiene estable respecto a las últimas mediciones.

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

Prevalencia de consumo	2,2%
Sexo y edad	77,7% son hombres
Grupo de edad con mayor consumo	58,1% (25-44 años)
Tipo	Mayoritariamente en polvo

Se estima en 85.000 las personas (15 a 64 años) que consumieron **cocaína** (cocaína y/o base) por primera vez en 2017, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 14.000 menores de 15 a 17 años, este dato se confirma con el aumento de consumo de cocaína detectado en los diferentes indicadores.

El 10% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 2% en el último año y el 1,1% en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de cocaína muestra un aumento respecto a 2015 rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2007.

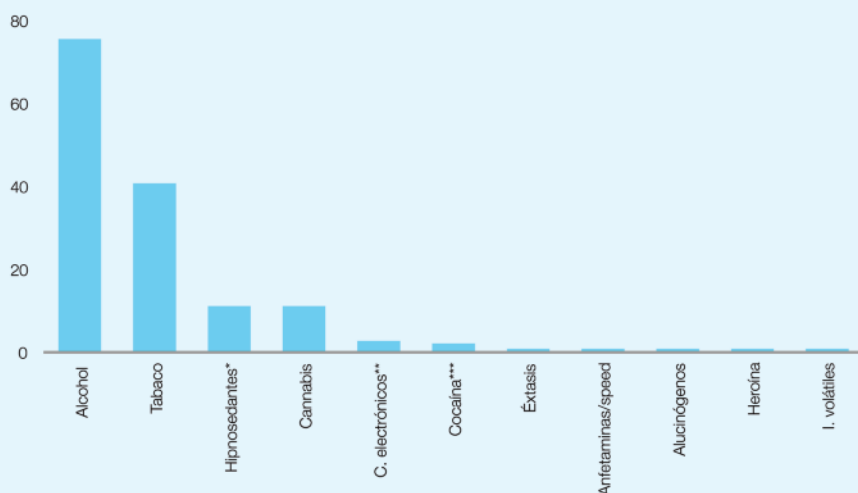
En 2017 el 0,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **heroína**, el 0,1% en el último año y el 0,1% en el último mes. La edad media de inicio es de 22,7 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 45 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa.

En 2017 el 4,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **alucinógenos**, el 4% anfetaminas y el 3,6% éxtasis. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%.

La mayoría de la población desconoce la existencia de estas **nuevas sustancias**. El 73,8% de la población manifiesta que nunca ha oído hablar de sustancias de este tipo.

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 1,1% para el conjunto de la población de 15 a 64 años. Por tipo de sustancias el 0,4% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,5% ketamina, el 0,1% mefedrona y el 0,2% salvia.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre la población de 15 a 64 años. España, 2017



* Hipnosedantes con o sin receta médica. ** Cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina). *** Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). EDADES

Como viene siendo habitual, el consumo de las sustancias se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres. Encontramos la mayor prevalencia de éstos, en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 3,3% de los hombres dice haber probado alguna vez estas sustancias. Se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Cerca del 41,2% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses (28,3% - 2 drogas, 10,1% - 3 drogas, 2,8% - 4 drogas o más drogas).

El policonsumo se encuentra más extendido en hombres y especialmente en el rango de 25 a 34 años.

La percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos.

El cannabis se posiciona como la sustancia ilegal más accesible (63,3% opina que podría adquirirlo fácilmente).

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ESPAÑA, 2018

En 2018, se registraron 47.972 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (53,6%) eran admisiones por primera vez en la vida.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2018 la **cocaína** se mantiene como la **droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento** (43,7% del total), seguida del cannabis (28,1%) y los opioides (23,7%).

Entre los admitidos a tratamiento **por primera vez en la vida** (primeras admisiones), el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba, sin embargo, en 2017, la cocaína superó en número de admisiones al cannabis, situación que se confirma en 2018, situándose como la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (44,1%), seguida del cannabis (38,5%) y de los opioides (11,7%).

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2018, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,2%). La edad media fue de 35,5 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 32,5 años. El 11,5% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo.

En España, la gran mayoría (86,6%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivían en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), el 9,1% vivía en instituciones y el 2,8% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (cónyuge y/o hijos).

Más de la mitad (57%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento aproximadamente a un tercio de los admitidos (24,7%).

En 2018, entre los admitidos a tratamiento por cualquiera de las sustancias consideradas, **5.223 se habían inyectado alguna vez en la vida**, confirmando la tendencia descendente desde que se inició su registro en los años noventa y alcanzando la cifra más baja de la serie histórica.

En 2018 se han registrado 20.981 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 18.240 eran por cocaína polvo y 2.732 por cocaína base.

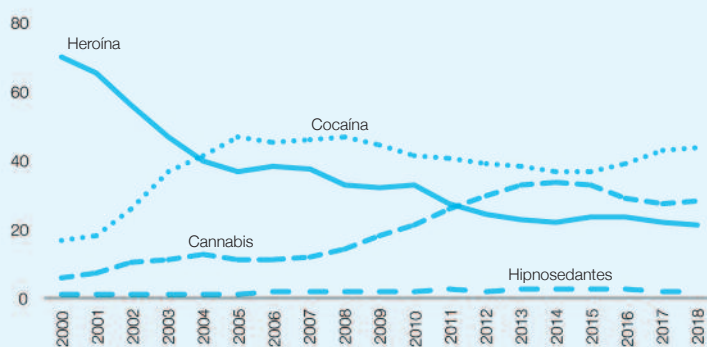
En 2016 se registró un repunte en el número de primeras admisiones por cocaína, repunte que se confirma en 2018 (10.871) y que parece marcar una tendencia ascendente, que posiciona a **la cocaína como la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento**, superando al cannabis que desde 2012 era la sustancia responsable de mayor número de primeras admisiones a tratamiento. Por otro lado, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones por cocaína que de personas con tratamiento previo (por cocaína).

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2018 fue de 13.459, cifra ligeramente superior a la registrada en 2017 y similar a la de 2016. Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 una tendencia descendente hasta 2017; en 2018 se observa un ligero ascenso respecto al año anterior. El ascenso se produce tanto en las primeras admisiones como entre las personas con tratamiento previo.

Es importante señalar el **peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento** por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 96,8% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2018 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.086 en 2018, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.530 personas), como por los admitidos por primera vez (2.223 personas).

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2018.



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

URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2018

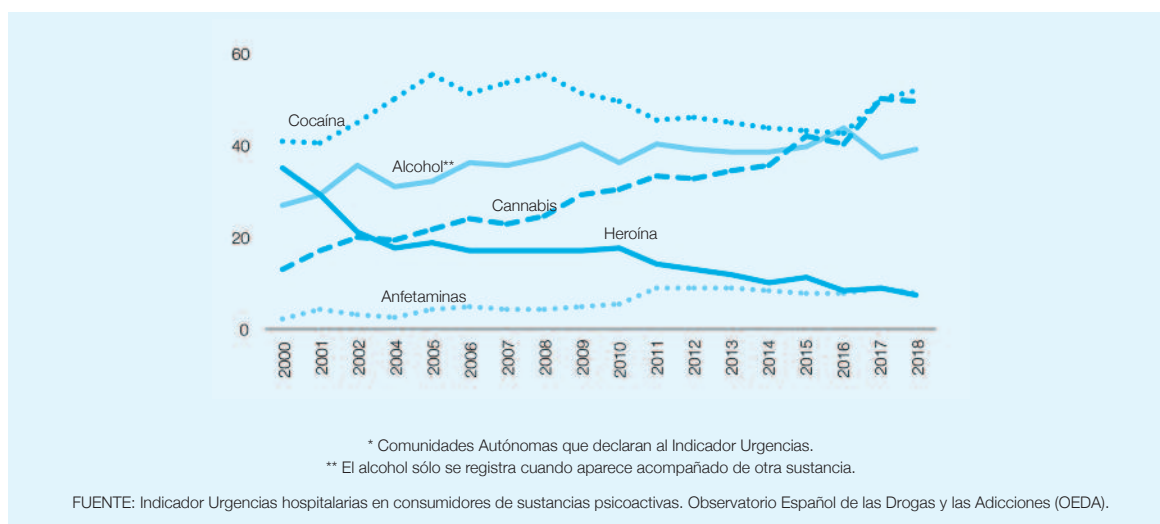
En 2018 se notificaron 5.027 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. Tendencia relativamente estable desde 2011.

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,8 años (2018), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,4 años). El análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas son más jóvenes.

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 72,7% en 2018. La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, otros opiodes, hipnosedantes y cannabis. Los traslados a otros centros en las urgencias son más frecuentes en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,2%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de alucinógenos (15,6%) y éxtasis (10,8%).

En 2018, el 52,0% de las urgencias se relacionó con la cocaína que junto con el cannabis (49,4%) son las sustancias ilegales con mayor presencia en este indicador. El 10,1% se relacionó con otros opiodes, entre los que se detectan metadona, fentanilo, tramadol y codeína. La heroína se sitúa en cuarto lugar (7,4%). Se han notificado 16 urgencias relacionadas con la mefedrona. Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España*, 2000-2018.



MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS ESPAÑA, 2018

En 2018, se notificaron al Registro Especifico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 732 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 657.

En 2018, la edad media de los fallecidos se sitúa en los 44,9 años, mostrando una tendencia ascendente desde 2003. Esta tendencia podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opiodes y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2018 más de la mitad de los fallecidos superaban los 40 años (72,3%).

En 2018, el 81,6% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica. El 18,4% mostraron evidencias de suicidio, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 3 años.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, que ha consumido recientemente alguna

sustancia pero que no muestra signos de venopunción, y en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente, hipnosedantes, cocaína y opioides). Este perfil se viene manteniendo estable en los últimos años.

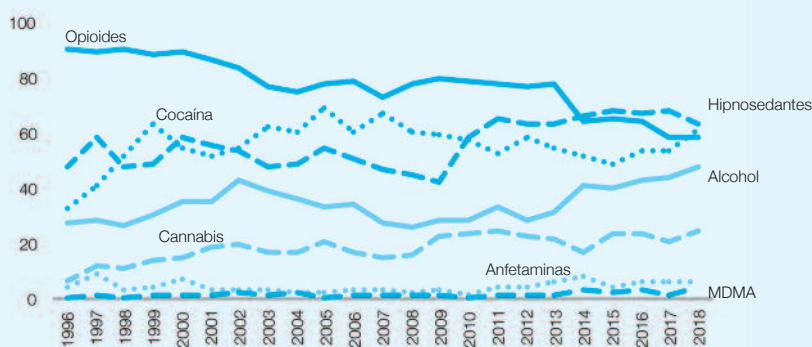
Evolutivamente, se observa una disminución de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 63,2% de los fallecidos y un aumento de la cocaína que aparece en el 61,6% de los casos. Los opioides mantienen presencia entre los fallecidos, detectándose en el 58,6% de los casos notificados. La presencia del alcohol entre los fallecidos aumenta en 2018, alcanzando su valor más alto desde el inicio de la serie histórica (47,5%) (hay que recordar que tan sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia). Por último, el cannabis se detecta en el 24,8% de los fallecidos mostrando cierta tendencia ascendente, valor más alto registrado de la serie histórica.

Los **hipnosedantes** en 2018 aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Sólo en el 4,6% de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada y, en todos ellos, se trata de casos notificados como suicidios.

En 2018 se detectan **opioides** en el 58,6% de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 32,4% de los fallecidos en 2018, siendo en el 19,2% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en el 1,8% en los últimos años.

La **cocaína** está presente en 2018 en el 61,6% de las muertes por reacción aguda a drogas. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 56,5%. Sólo en el 8,9% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 1996-2018.



* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.
Fuente: Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Se puede afirmar que los opioides continúan teniendo una presencia muy significativa entre los fallecidos, especialmente en combinación con otras sustancias. También se puede afirmar un aumento evidente del número de fallecidos en los que se detecta cocaína, la evolución temporal sugiere un aumento de la presencia de cocaína entre los fallecidos sin necesidad de que desempeñe un papel de acompañante de los opioides.

El **cannabis** está presente en 2018 en el 24,8% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2018 se notificaron 163 defunciones en las que el cannabis estaba presente. El cannabis viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol) pero nada permite suponer que esta sustancia haya contribuido a la muerte.

Según análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de Mortalidad, en 2018 se produjeron 427.721 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 seleccionados, 450 defunciones. En relación con estas 450 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2018 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2018 el 83,1% son hombres). La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2018 el 83,6% tenía 35 o más años).

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2018

En 2018, se diagnosticaron en España 3.244 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 8,65/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo de hombres con hombres (56,4%) y las relaciones sexuales de riesgo entre heterosexuales (26,7%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (3,2%). En los últimos 7 años, el uso de drogas inyectadas, ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH.

En 2018, la prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento (47.972), es del 3,6% para el VIH, del 6,4% para el virus de la hepatitis C y del 0,6% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquellos que se habían inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento (2.161):

- El 71,1% conocía su estado serológico frente a VIH y de éstos el 30,1% estaba infectado por el VIH.
- El 69,7% conocía su estado serológico frente a hepatitis C y de éstos el 60,0% tenía serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 31,8% conocía su estado serológico frente a hepatitis B y de éstos el 8,6% tenía serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS ESPAÑA, 2017/2018

En 2017, el 5,1% de la población de 15 a 64 años (1.600.000 aproximadamente) han tenido un consumo de riesgo, valor que aumenta al 7,1% entre los que han tomado **bebidas alcohólicas** en el último año (AUDIT \geq 8 puntos), siendo entre los **consumidores de riesgo** del último año mayor el porcentaje entre los hombres (9,7%) que entre las mujeres (3,0%) y con valores superiores a la media en el grupo de 15 a 24 años (9,9%). El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 34,7% ha consumido drogas ilegales en el último mes.

Consumidores problemáticos España, 2017/2018				
	Alcohol (2017)	Cannabis (2017)	Cocaína (2017)	Heroína (2018)
N.º de consumidores problemáticos de 15 a 64 años	1.583.000	496.828	92.536	64.983
% respecto a toda la población de 15 a 64 años	5,1%	1,6%	0,3%	0,2%

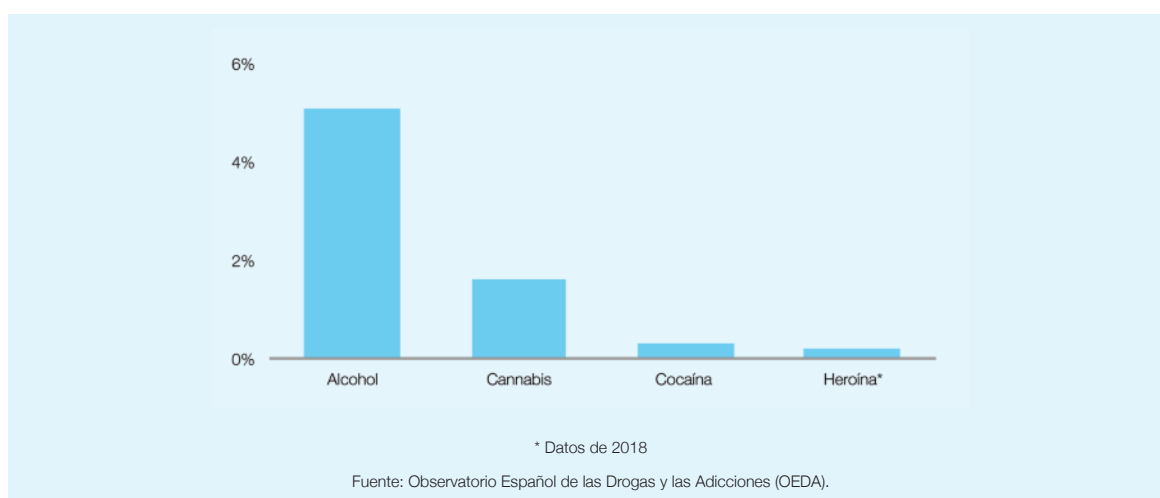
En 2017, aproximadamente 497.00 personas de 15 a 64 años hacen un **consumo problemático de cannabis** (puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1,6% de toda la población de 15 a 64 años, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (2,5%) que entre las mujeres (0,7%) y entre los menores de 34 años. El perfil del consumidor de riesgo es de un varón, de 34 años, soltero, con estudios secundarios que se encuentra trabajando.

Entre los estudiantes, se estima que 52.609 de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,3% de la población en este rango de edad y el 9,6% de los que han consumido en el último año. El perfil del consumidor de riesgo entre los estudiantes es de un chico español, de 16 años, con una situación económica familiar media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho "pellas" y que ha consumido drogas legales en los últimos 30 días.

Respecto a la cocaína, en 2017 se estima que 93.000 personas de 15 a 64 años hacen un **consumo problemático de cocaína** (criterios de frecuencia del EMCDDA), lo que se corresponde con el 0,3% de toda la población en este rango de edad y el 14,9% de los que han consumido cocaína en los últimos 12 meses. El perfil es el de un varón de 39 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando.

El número estimado de **consumidores problemáticos de heroína** en España en 2018 es de 64.983 (15-64 años), lo que corresponde al 0,2% de la población en este rango de edad. Las estimaciones realizadas muestran que en 2018 se estabilizan los datos, confirmando la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015.

Porcentaje de la población de 15 a 64 años que ha tenido un consumo de riesgo en el último año, según sustancia. España, 2017/18.




SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

El Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el responsable de la coordinación del SEAT y junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) es el punto nodal de la Red en España. El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas. Además, forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System).

En 2019, se han detectado en España 12 nuevas sustancias psicoactivas, que pertenecen a los siguientes grupos: catinonas (3), cannabinoides (3), feniletilaminas (1) y otros (5).

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019

En 2019, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha llevado a cabo la decimotercera edición de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Esta encuesta se realiza en todo el territorio nacional, en la población general residente en hogares (15-64 años), y se realiza en el domicilio.

El objetivo general de la misma es conseguir información que permita diseñar, desarrollar y evaluar estrategias y políticas dirigidas a prevenir el consumo y a abordar las consecuencias negativas del uso de drogas, del mal uso de las tecnologías y de otras conductas relacionadas. Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas son conocer:

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

Al cierre de este informe los resultados de EDADES 2019 no están disponibles por lo que serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

La metodología y los resultados, hasta el año 2017, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019

Introducción

Durante 2018/2019 se ha realizado una nueva edición de la encuesta ESTUDES, que se enmarca en la serie de encuestas que vienen realizándose en España de forma bienal desde 1994, y que tienen como objetivo conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

Su financiación y promoción corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de los Gobiernos de las comunidades autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

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

Objetivos

ESTUDES tiene por objetivo recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados del mismo. Esta información complementa a la que se consigue a través de otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

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

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

Aspectos generales

Nombre: ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.

Descripción de la encuesta: Encuesta en estudiantes (14-18 años), realizada en centros educativos.

Periodicidad: ESTUDES se realiza cada dos años desde 1994.

Responsable de la encuesta: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad (MS).

Ámbito de la encuesta

Ámbito geográfico: La encuesta se realiza en todo el ámbito nacional.

El diseño de la muestra garantiza la representatividad a nivel nacional, de manera que permite una adecuada precisión en cuanto a los resultados sobre las prevalencias de consumo de drogas a nivel nacional pero no a nivel de comunidad autónoma. Así, a excepción del alcohol, tabaco y cannabis, las prevalencias que se obtienen en cada comunidad autónoma presentan intervalos de confianza amplios, especialmente aquellas de menor población, de manera que este tipo de resultados quedan afectados por el azar y pueden aparecer notables variaciones en cada año de medición.

Ámbito poblacional: El universo está compuesto por estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional) en España.

Ámbito temporal: El periodo de recogida de información ha sido del 4 de febrero al 5 de abril de 2019.

Diseño y características de la muestra. Ponderación

Marco muestral: El marco muestral utilizado para seleccionar la muestra fue la población de estudiantes matriculada en centros educativos de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato, 1º y 2º de Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. Quedan excluidos de este marco determinados colectivos como son, los alumnos de 14 años que cursan Educación Primaria, aquellos de 18 años que están matriculados en estudios universitarios, los estudiantes de 14 a 18 años que no asistieron a clase el día y hora en que se cumplimentó la encuesta (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, y los estudiantes de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. El sesgo derivado del absentismo y de la proporción de jóvenes de 14 a 18 años que queda fuera del marco, presumiblemente ha permanecido sin cambios relevantes a lo largo de la serie, y por tanto, cabe esperar que su repercusión en los resultados sobre consumo de drogas y otras adicciones en España tenga un carácter residual.

Procedimiento de muestreo: Se ha realizado un muestreo por conglomerados bietápico, en el que, en primera instancia, se han seleccionado aleatoriamente centros educativos (unidades de primera etapa) y, en segundo lugar, aulas (unidades de segunda etapa), proporcionando el cuestionario a todos los alumnos presentes en las mismas.

Para la selección de los centros educativos, se han utilizado listados del Registro de Centros Docentes del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Se estratificó el marco muestral por las comunidades y ciudades autónomas que integran el territorio español (obteniendo un total de 19 estratos), por la titularidad jurídica de los centros (dos estratos: centros educativos públicos y privados) y el tipo de enseñanza que imparten [cuatro estratos: ESO (3º o 4º), Bachillerato, CFPB y CFGM de FP]. Todos los centros tenían la misma probabilidad de participar en la encuesta dentro de cada estrato, independientemente de su tamaño. Del mismo modo, en la selección final de las aulas de los centros escogidos,

todas ellas contaban con la misma probabilidad de ser seleccionadas, eligiéndose por centro dos aulas para la participación en la encuesta del mismo estrato de enseñanza.

Tamaño de la muestra: Se obtienen resultados de 917 centros educativos y 1.769 aulas, con una muestra válida final de 38.010 alumnos.

Ampliación de la muestra: En esta edición de ESTUDES las comunidades de Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla ampliaron su muestra correspondiente de centros con el objetivo de obtener información específica para su territorio con un margen de error estadístico menor.

Error muestral: El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q=0,5$ es del 0,6% para los estudiantes españoles de 14 a 18 años.

Trabajo de campo. Recogida de la información

Método de recogida. Una vez establecido un primer contacto y concertada una cita con el centro seleccionado, el trabajador de campo acude al mismo y explica a su responsable la metodología de la encuesta y el proceso del trabajo. Una vez seleccionadas las aulas y pactada la fecha de encuestación, se presenta de nuevo en el centro y procede a aplicar el cuestionario. Permanece en el aula durante todo el proceso y recoge los cuestionarios una vez finalizados.

Cuestionario: Se ha empleado un cuestionario estandarizado y anónimo, similar al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones.

El cuestionario es de tipo "auto-administrado" cumplimentándose por escrito (papel y lápiz) y por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos). Se hace referencia a la conveniencia de que el profesor no se encuentre en el aula durante la aplicación, ya que su presencia podría ocasionar desconfianza en los alumnos en cuanto al anonimato de sus respuestas. En caso de que éste se encuentre presente, se indica que no debe dar paseos por el aula ni puede explicar contenidos o dirigirse a los alumnos durante la cumplimentación del cuestionario.

Durante el periodo de realización de la encuesta, los encuestadores se aseguran de que el cuestionario se rellene de manera individual.

El cuestionario está disponible tanto en castellano como en el resto de lenguas cooficiales: catalán, vasco, gallego y valenciano; con el objetivo de atender a las peculiaridades lingüísticas de cada comunidad autónoma.

El cuestionario contempla un módulo de preguntas básico, incluido en todos los años previos, un módulo sobre consumo problemático de cannabis, aplicado por primera vez en 2006, un módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas, que se introdujo por primera vez en 2010, un módulo sobre uso de internet introducido por primera vez en 2014, un módulo sobre juego con dinero introducido por primera vez en 2014, un módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio introducido por primera vez en 2016 y un módulo sobre videojuegos introducido por primera vez en 2018.

- **Módulo básico:** incluye preguntas sobre características sociodemográficas, aspectos relacionados con el ocio (incluyendo internet), uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, 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. Además, se incluye en 2012 una batería de preguntas relacionadas con la importancia de determinadas acciones para resolver el problema de las drogas ilegales y con el rendimiento académico del alumno.
- **Módulo específico sobre el consumo problemático de cannabis:** se ha aplicado la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), prueba de cribado para valorar el consumo problemático del cannabis entre los estudiantes de 14-18 años (6 ítems). Esta escala ya se aplicó a las ediciones de ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 y 2016.

- Módulo específico sobre el consumo de nuevas sustancias psicoactivas: incluye preguntas sobre consumo, percepción de riesgo y disponibilidad de algunas nuevas sustancias, entre las que se encuentran ketamina, spice, mefedrona, salvia y ayahuasca, así como una pregunta referida a los modos de compra de estas sustancias.
- Módulo específico sobre uso de internet que cuenta con preguntas sobre la prevalencia de uso de internet e incluye la escala CIUS para valorar el posible uso compulsivo de internet.

Los resultados sobre este módulo ya están publicados en el informe sobre Adicciones Comportamentales 2019 cuyo link es: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf.

- Módulo específico sobre juego con dinero: incluye preguntas sobre jugar con dinero *online* y de manera presencial. Además, incluye preguntas sobre la edad de inicio en el juego con dinero, el tipo de juegos a los que se ha jugado, la cantidad de dinero gastado y la escala Lie Bet para detectar el posible juego problemático.

Los resultados sobre este módulo ya están publicados en el informe sobre Adicciones Comportamentales 2019 cuyo link es: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf

- Módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio que incluye sustancias tales como metilfenidato, piracetam o donepezilo. Incluye preguntas sobre prevalencia de consumo y sobre medios de obtención de dichas sustancias.

- Módulo específico sobre la adicción a los videojuegos: se ha aplicado la escala DSM-V, para valorar la adicción del uso de videojuegos entre los estudiantes de 14-18 años (7 ítems).

Los resultados sobre este módulo ya están publicados en el informe sobre Adicciones Comportamentales 2019 cuyo link es: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf

Tasa de respuesta: El 93,2% de los centros seleccionados inicialmente participaron en la encuesta, el 6,8% de los centros seleccionados fueron sustituidos principalmente por negativas a colaboración o por una presencia elevada de alumnos mayores de 18 años. La tasa de respuesta de ESTUDES 2018 entre los alumnos de 14 a 18 años fue del 97%.

No se han registrado incidencias relevantes en cuanto a la colaboración por parte de directores, jefes de estudio, docentes o alumnos.

Otros aspectos metodológicos

La ponderación para el análisis de resultados se ha realizado en función de la comunidad autónoma, titularidad del centro (público, privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica, Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), para ajustar la proporcionalidad 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 y Formación Profesional en base a los datos de alumnos disponibles en el momento de la elaboración del análisis (curso 2016-2017). Esta información sobre el universo se utilizó igualmente para crear el factor de expansión de la muestra, que permite obtener los resultados a nivel de unidades poblacionales (miles de personas). De esta manera se establece la equivalencia de cada caso muestral con la población a la que representan.

Los cálculos se realizan excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos.

En la tabla 1.2.1 se muestra la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (1994-2018).

Tabla 1.2.1.

Distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad/ciudad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del centro educativo y según tipo de estudios (números absolutos). España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
CCAA													
Andalucía	471.794	462.498	439.486	402.840	361.512	363.862	326.571	304.858	350.592	345.073	296.955	307.453	321.268
Aragón	69.699	64.548	58.208	49.597	45.599	44.849	40.860	38.581	44.414	45.224	39.471	40.463	43.406
Asturias	73.467	67.094	59.379	48.271	42.232	39.752	33.888	28.534	32.598	32.381	26.746	27.234	28.070
Baleares	39.271	37.441	36.613	34.923	34.408	34.804	31.333	30.164	33.985	35.788	31.203	32.753	36.250
Canarias	113.256	110.955	111.340	96.577	87.248	85.592	74.244	68.929	78.902	81.402	67.994	73.074	78.018
Cantabria	36.909	34.734	311.64	26.253	23.666	22.473	19.609	17.583	20.366	19.980	16.536	17.541	18.764
Castilla y León	160.256	151.635	137.270	117.058	105.092	102.177	89.776	78.471	88.990	87.789	73.070	74.887	76.182
C.-La Mancha	90.837	89.425	85.693	79.729	77.727	78.397	73.297	69.538	79.848	81.315	69.444	71.507	73.671
Cataluña	384.125	354.024	310.815	262.519	248.490	248.973	236.139	234.395	264.590	275.946	250.522	249.005	271.365
C. Valenciana	251.506	234.037	215.858	190.873	178.801	177.602	160.648	154.174	176.955	180.461	153.623	161.202	173.196
Extremadura	57.224	59.242	58.622	54.160	51.426	50.791	46.757	41.203	45.254	44.111	38.292	38.332	39.436
Galicia	182.834	176.703	163.396	134.929	113.916	112.125	94.564	82.464	95.485	87.948	73.481	75.578	79.623
Madrid	347.417	322.791	292.702	251.754	229.324	231.045	207.926	191.834	224.210	227.068	199.999	211.462	230.278
Murcia	73.929	71.706	66.423	60.005	55.246	56.305	51.755	49.721	57.769	59.440	51.322	54.473	58.481
Navarra	32.758	30.589	26.977	22.174	21.103	20.626	19.640	19.061	22.096	22.524	21.251	21.858	23.789
Pais Vasco	151.581	136.827	112.596	90.058	82.048	78.790	67.592	63.000	72.145	72.410	64.174	68.202	75.229
Rioja	17.809	16.224	14.249	11.940	10.928	10.723	9.755	9.080	10.567	10.976	9.628	10.262	11.006
Ceuta	3.379	3.565	3.724	3.611	3.303	3.433	2.797	2.680	3.224	3.209	2.715	3.230	3.616
Melilla	2.961	3.136	3.455	3.197	3.244	2.970	2.791	2.890	6.099	3.776	3.105	3.421	3.778
TITULARIDAD CENTRO													
Pública	1.911.828	1.769.080	1.626.084	1.362.588	1.225.988	1.241.521	1.093.906	1.004.590	1.154.668	1.189.700	1.014.070	1.056.289	1.123.968
Privada	649.184	658.094	601.886	577.880	549.325	5.237.68	496.036	482.570	553.421	527.121	475.461	485.648	521.458
TIPO DE ESTUDIOS													
ESO	237.115	515.206	886.542	953.021	935.678	937.280	891.860	845.306	828.331	826.153	826.260	850.831	867.852
Bachillerato	1.510.024	1.261.877	927.249	724.972	614.796	600.389	576.960	520.541	608.428	594.090	550.619	560.404	582.505
F. Profesional	813.873	650.091	414.179	262.475	224.839	227.620	121.122	121.313	271.330	296.578	112.652	130.702	195.069
TOTAL	2.561.012	2.427.174	2.227.970	1.940.468	1.775.313	1.765.289	1.589.942	1.487.160	1.708.089	1.716.821	1.489.531	1.541.937	1.645.426

FUENTES: Ministerio de Educación y Formación Profesional. OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.2.

Distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma de residencia, según titularidad jurídica del centro educativo y según tipo de estudios (números absolutos). España, 1996-2018.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
CCAA												
Andalucía	2.075	1.976	2.372	2.552	2.464	2.750	6.143	3724	2.378	4.636	2.970	2.884
Aragón	941	775	671	2.185	1.757	1.764	785	1377	2.464	2.710	2.781	2.590
Asturias	875	765	661	744	584	1.737	627	1155	2.024	1.890	1.898	2.039
Baleares	661	679	602	1.762	1.795	622	599	1203	806	859	913	840
Canarias	859	966	739	960	835	2.079	1.398	1815	1.155	3.592	3.214	1.328
Cantabria	575	722	1.244	1.169	1.478	1.376	352	906	1.923	1.885	1.859	1.960
Castilla y León	1.120	1.093	919	1.140	983	1.107	1.697	1865	1.151	2.284	1.220	2.538
Castilla-La Mancha	982	943	1.749	2.501	860	984	1.359	1818	1.721	1.941	2.133	2.036
Cataluña	1.881	1.681	1.552	1.885	2.831	2.177	4.628	3415	2.353	2.510	2.617	2.640
C. Valenciana	1.466	1.395	2.287	1.685	1.362	1.657	3.119	2.727	1.696	3.260	3.502	3.628
Extremadura	659	718	443	796	1.693	777	807	1.370	860	905	817	907
Galicia	1.436	1.333	1.170	2.108	1.245	2.244	1.799	1.945	2.022	2.102	2.089	2.026
Madrid	1.979	1.853	2.929	3.308	3.033	3.055	3.904	3.056	3.250	4.404	4.321	4.172
Murcia	818	813	727	1.394	1.468	1.601	998	1.551	1.054	1.085	1.259	2.240
Navarra	659	553	627	530	600	570	361	960	605	662	773	2.353
País Vasco	1.104	1.021	852	806	990	884	1.316	1.726	1.096	1.164	1.286	1.314
Rioja	651	570	462	457	975	525	190	647	477	507	1.076	1.033
Ceuta	128	30	323	130	140	289	46	325	232	224	319	668
Melilla	97	199	121	464	428	256	57	382	236	866	322	814
TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO												
Pública	13.716	12.766	10.421	14.445	14.889	13.050	20.720	22.081	18.848	25.976	24.383	25.402
Privada	5.250	5.319	10.029	12.131	10.632	13.404	9.463	9.886	8.655	11.510	10.986	12.608
TIPO DE ESTUDIOS												
ESO	5.129	9.560	13.664	14.400	14.415	15.983	15.671	17.816	14.953	21.278	20.219	21.224
Bachillerato	10.495	7.312	5.869	10.733	9.468	8.468	10.348	11.683	10.384	14.624	13.496	13.858
F. Profesional	3.342	1.213	917	1.443	1.638	2.003	4.164	2.468	2.166	1.584	1.654	2.928
TOTAL	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183	31.967	27.503	37.486	35.369	38.010

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

Tabla 1.2.3.

Distribución de las aulas y centros educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma de residencia (números absolutos). España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
CENTROS													
Andalucía	45	45	45	54	60	64	70	77	62	63	110	68	68
Aragón*	19	18	18	17	35	32	33	49	63	68	69	69	66
Asturias*	19	18	18	17	18	16	29	48	63	59	55	53	51
Baleares	12	12	13	15	32	32	15	41	77	22	20	23	21
Canarias	22	23	22	21	23	22	33	57	30	32	92	80	33
Cantabria*	13	12	13	28	29	28	28	39	58	58	50	49	51
Castilla y León	18	19	27	25	30	27	32	35	29	33	61	32	65
C.-La Mancha*	25	24	17	44	58	22	25	31	29	43	52	53	51
Cataluña	44	38	39	37	43	70	53	56	53	55	58	59	59
C. Valenciana*	33	33	33	56	37	35	40	46	66	48	78	86	89
Extremadura	16	14	16	10	19	31	19	25	22	27	27	23	22
Galicia*	23	26	29	25	36	30	39	62	65	60	57	53	52
Madrid*	40	37	40	66	75	71	71	85	81	81	98	96	95
Murcia*	16	16	16	17	38	25	25	48	25	27	25	29	52
Navarra*	13	13	15	15	14	14	13	16	15	17	17	18	52
País Vasco	26	24	27	21	22	26	28	30	28	30	32	33	32
Rioja*	11	12	12	12	12	17	12	25	37	12	11	25	23
Ceuta*	_	5	1	5	3	5	7	7	6	6	6	7	17
Melilla*	_	_	3	3	7	6	5	7	48	6	23	7	18
Total	395	389	404	488	591	573	577	784	857	747	941	863	917
AULAS													
Andalucía	92	92	90	108	119	128	139	154	125	126	218	136	127
Aragón*	38	36	38	31	101	95	92	98	128	136	138	137	127
Asturias*	42	36	36	30	35	32	84	96	125	125	106	106	99
Baleares	29	28	27	24	84	93	30	82	153	43	40	46	40
Canarias	44	46	44	41	46	44	98	114	60	66	182	160	59
Cantabria*	28	28	28	48	58	84	81	78	116	117	98	98	98
Castilla y León	38	40	40	47	58	54	64	70	60	71	121	64	126
C.-La Mancha*	54	55	55	69	116	44	50	62	63	96	104	106	100
Cataluña	88	78	78	74	87	140	103	112	111	115	116	118	117
C. Valenciana*	68	65	69	90	72	70	80	92	136	92	154	172	169
Extremadura	34	32	53	19	37	92	38	50	45	57	50	46	44
Galicia*	56	55	33	43	102	60	116	124	129	120	114	104	101
Madrid*	85	80	58	119	144	142	142	170	160	166	196	190	185
Murcia*	34	36	79	29	72	74	75	96	51	55	50	58	104
Navarra*	30	28	26	22	26	28	26	32	32	30	32	36	102
País Vasco	52	52	33	40	44	51	56	60	56	60	60	66	61
Rioja*	25	29	29	20	22	50	24	50	74	24	22	50	44
Ceuta*	_	10	2	15	6	10	14	14	12	12	12	19	32
Melilla*	_	_	8	6	22	24	10	14	94	12	45	14	34
Total	837	826	826	875	1.251	1.315	1.322	1.568	1.730	1.523	1.858	1.726	1.769

* Han ampliado muestra en el año 2018.

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

Tabla 1.2.4.

Error muestral de la muestra de ESTUDES, según comunidad/ciudad autónoma (para un nivel de confianza del 95,5% y una distribución poblacional de $p=q=0,5$) España, 2018.

	Número de colegios			Número de alumnos			Error muestral (\pm)***
	DGPNSD*	Ampliación**	Tamaño final	DGPNSD*	Ampliación**	Tamaño final	
Andalucía	68	0	68	2.884	0	2.884	1,9%
Aragón	24	42	66	882	1.708	2.590	1,9%
Asturias	22	29	51	827	1.212	2.039	2,1%
Baleares	21	0	21	840	0	840	3,4%
Canarias	33	0	33	1.328	0	1.328	2,7%
Cantabria	15	36	51	600	1.360	1.960	2,1%
Castilla-La Mancha	31	20	51	1.219	817	2.036	2,2%
Castilla y León	31	34	65	1.260	1.278	2.538	2,0%
Cataluña	59	0	59	2.640	0	2.640	1,9%
C. Valenciana	50	39	89	1.985	1.643	3.628	1,6%
Extremadura	22	0	22	907	0	907	3,3%
Galicia	32	20	52	1.225	801	2.026	2,2%
Madrid	55	40	95	2.508	1.664	4.172	1,5%
Murcia	27	25	52	1.181	1.059	2.240	2,1%
Navarra	18	34	52	786	1.567	2.353	2,0%
País Vasco	32	0	32	1.314	0	1.314	2,7%
La Rioja	12	11	23	570	463	1.033	3,0%
Ceuta	7	10	17	286	382	668	3,5%
Melilla	8	10	18	358	456	814	3,1%
Total España	567	350	917	23.600	14.410	38.010	0,6%

* Muestra financiada por la DGPNSD.

** Muestra financiada por las CCAA.

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

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

Resultados

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

Evolución temporal

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (tabla 1.2.5). El 77,9% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida; este dato se ha visto incrementado ligeramente con respecto a la última medición, tras varios años registrando descensos. Por otro lado, tres de cada cuatro estudiantes (75,9%) han consumido alcohol en el último año, cifra similar a la edición anterior, mientras que aproximadamente algo más de la mitad de los jóvenes (58,5%) admite haber tomado alcohol durante el último mes, confirmando el descenso iniciado en 2014 para este tramo temporal.

La segunda droga de mayor prevalencia entre los estudiantes es el tabaco. El 41,3% ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35% en el último año y el 26,7% en los 30 días previos a la realización de la encuesta. Aproximadamente, un

tercio de los jóvenes que han fumado en el último mes lo ha hecho de forma diaria, siendo la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias del 9,8%, un punto por encima del valor registrado en 2016.

El cannabis constituye la tercera droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años y la sustancia ilegal con mayor prevalencia. Tres de cada diez (33,0%) admiten haber consumido cannabis en alguna ocasión, mientras que aquellos que consumieron en el último año suponen el 27,5% y los que consumieron en los últimos 30 días, el 19,3% de los alumnos. En términos evolutivos, en 2018 y con independencia del tramo temporal analizado se mantiene la tendencia ascendente en el consumo de esta droga.

A continuación, la prevalencia de consumo de hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) con o sin receta aparece como la cuarta sustancia de mayor prevalencia entre las analizadas, observándose que el 18,4% de los adolescentes ha tomado sustancias de este tipo alguna vez en su vida. Dato ligeramente superior al valor obtenido en 2016, aproximándose a la cifra alcanzada en 2012.

El consumo de cocaína (polvo y/o base) continúa con la tendencia descendente iniciada en el año 2006. En 2018, se ha registrado una prevalencia de alguna vez en la vida inferior al 3%, algo que no ocurría desde el año 1994.

La siguiente sustancia ilegal en términos de prevalencia es el éxtasis, que muestra una tendencia temporal ligeramente ascendente, Así, el 2,6% de los estudiantes declara consumo alguna vez en la vida, el 1,9% en el último año y el 0,7% en el último mes.

Finalmente, el resto de sustancias analizadas registran porcentajes de consumo inferiores al 2%.

Tabla 1.2.5.

Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0
Hipnosedantes*	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4
Hipnosedantes**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0	8,6
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0	1,2	2,3	2,6
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9	0,9	1,0	1,7
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7	1,5
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,7
GHB	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,5	0,4

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses													
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9
Tabaco	-	-	-	-	-	-	34,0	38,1	32,4	35,3	31,4	34,7	35,0
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6	25,4	26,3	27,5
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6	12,5
Hipnosedantes**	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8	5,3	5,4	6,1
Cocaína polvo y/o base	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5	2,8	2,5	2,4
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2	0,9	1,6	1,9
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0	1,2	1,0	1,4
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2	0,7	0,6	1,0
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1,4	0,8	0,9	1,1
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	0,5	1,0	1,2
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7	0,9	1,2	1,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5
GHB	-	-	-	-	-	-	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4	0,4
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4	0,3	0,3

Prevalencia de consumo en los últimos 30 días													
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	28,7	27,8	32,4	26,2	29,7	25,9	27,3	26,7
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1	18,6	18,3	19,3
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9	6,4
Hipnosedantes**	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4	3,0	2,6	2,9
Cocaína polvo y/o base	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5	1,8	1,0	0,9
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0	1,2	0,4	0,6	0,7
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	0,6	0,4	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8	0,4	0,3	0,5
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,4	0,3	0,4
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,1	0,9	1,0	0,5	0,5	0,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,3	0,3	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,2	0,2
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	0,2	0,2

Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días													
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	-	-	-	-	-	-	1,9	2,9	6,0	2,7	1,7	1,6	1,0
Tabaco	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5	8,9	8,8	9,8
Cannabis	1,0	1,4	1,8	3,7	3,8	5,0	3,1	3,1	3,0	2,7	1,8	2,0	2,3
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8	2,7	3,0
Hipnosedantes**	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	1,1	1,2

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

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

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

Edad media de inicio en el consumo

La edad con la que comienza el consumo de las sustancias con una mayor prevalencia (alcohol y tabaco) por término medio ronda los 14 años (tabla 1.2.6).

En relación al **tabaco**, desde 2006, el inicio en su consumo se ha retrasado progresivamente un año, desde los 13,1 años hasta los 14,1 años registrados en 2018. Dato exactamente igual al obtenido en 2016. Algo más de medio año después del primer consumo se inicia el consumo diario que, por término medio, se establece en los 14,7 años.

En cuanto al **alcohol**, los estudiantes que han tomado esta sustancia alguna vez en la vida sitúan la primera ingesta en los 14,0 años. La edad media de inicio en el consumo ha mostrado cierta estabilidad a lo largo de toda la serie, registrando este año un dato similar al obtenido en 2016. Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,2 años, sin contemplarse una variación significativa con respecto a las últimas mediciones registradas.

Respecto a los **hipnosedantes** (con o sin receta), la edad de inicio en el consumo ha sufrido un aumento durante estos últimos 2 años, registrando la edad de inicio en 14,3.

El consumo de la droga ilegal más prevalente, el **cannabis**, empieza, por término medio, antes de cumplir los 15 años, tal y como se ha venido observando desde el año 2000, donde el indicador se ha ido situando entre los 14,6 y 14,9 años.

Aquellos estudiantes que han consumido **cocaína** (polvo y/o base) en alguna ocasión establecen el primer consumo a los 15,2 años, promedio muy similar al registrado por otras sustancias como el éxtasis (15,4 años), las anfetaminas (15,4 años) o los alucinógenos (15,2 años).

Tabla 1.2.6.

Evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2	13,4	13,9	13,8	14,0
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6	13,9	14,1	14,1
GHB	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	14,5
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4	14,0	14,0	14,5
Tabaco (cons. diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6	14,7
Borracheras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,7	14,8
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9	14,8	14,8	14,9
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,2	14,8	14,6	15,1
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4	14,0	15,2	15,2
Alcohol (cons. semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2
Cocaína polvo y/o base	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5	15,0	15,1	15,2
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,1	15,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0	15,2
Cocaína polvo	-	-	-	-	-	-	15,4	15,4	15,4	15,6	15,1	15,2	15,3
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8	15,2	15,2	15,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5	15,2	15,1	15,4
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	13,8	14,0	13,9	14,3	13,9	13,7	14,0
Hipnosedantes**	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6	14,2	14,0	14,3

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

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

Edad y sexo

A continuación, se muestra la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de distintas sustancias psicoactivas en función de la edad del estudiante obteniendo, en la mayoría de los casos, un incremento a medida que aumenta la edad de los alumnos (tabla 1.2.7).

Tabla 1.2.7.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la edad (%). España, 2018.

	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Alcohol	56,1	70,2	82,5	86,7	75,2	87,0
Tabaco	21,2	30,0	39,5	43,1	34,4	45,4
Cannabis	12,3	21,8	31,3	37,9	26,8	38,7
Hipnosedantes*	9,0	10,8	13,0	15,2	12,2	17,2
Hipnosedantes**	9,0	10,8	13,0	15,2	12,2	17,2
Cocaína polvo y/o base	1,1	1,9	2,6	3,2	2,3	4,8
Éxtasis	0,7	1,6	2,1	2,6	1,8	3,1
Alucinógenos	0,7	1,3	1,7	1,5	1,3	2,1
Inhalables volátiles	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1	0,8
Setas mágicas	0,6	1,0	1,4	1,2	1,1	1,4
Metanfetamina	0,6	1,2	1,1	1,7	1,2	1,9
Anfetaminas/speed	0,4	0,9	1,3	1,6	1,1	1,9
Heroína	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6
GHB	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4
Esteroides anabolizantes	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3

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

** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

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

En referencia al consumo de **alcohol** en función de la edad, se observa que, más de la mitad de los estudiantes de 14 años (56,1%) ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, porcentaje que se incrementa en 14,1 puntos en el grupo que tiene 15 años. Entre los estudiantes de 16 años, la cifra sube al 82,5% y alcanza el 86,7% a los 17 años y el 87% a los 18 años.

En referencia a la segunda sustancia más extendida entre los adolescentes, algo más del 20% de los estudiantes de 14 años reconoció haber fumado **tabaco** en los últimos 12 meses, prevalencia que prácticamente se duplica entre los estudiantes de 16 años (39,5%). Las cifras van aumentando según se va incrementando la edad, hasta que entre los jóvenes de 18 años la prevalencia registra el 45,4%.

Analizando el consumo de **hipnosedantes** (con o sin receta), vemos que la prevalencia por edad oscila entre el 9,0%, registrado en los estudiantes de 14 años, y el 17,2%, observado en los alumnos de 18 años.

En relación al **cannabis**, ocurre algo similar que con las sustancias analizadas anteriormente, la prevalencia es mayor según se va incrementando la edad de los estudiantes, oscilando entre un 12,3% entre los más jóvenes y un 38,7% entre los estudiantes de 18 años.

La prevalencia registrada para el consumo de **cocaína** (polvo y/o base) en los últimos 12 meses se mantiene por debajo del 3% en los grupos de 14 a 16 años, aumentando el valor para los de 17 años, con cifras del 3,2% y, especialmente a los 18 años, con una prevalencia de 4,8%.

Por su parte, el porcentaje relativo al consumo de éxtasis en el último año también depende mucho de la edad del alumno, observando valores que se incrementan hasta alcanzar el 3,1% para los estudiantes de 18 años.

La prevalencia del resto de sustancias analizadas (alucinógenos, anfetaminas, heroína, inhalables volátiles, GHB, metanfetaminas, setas mágicas y esteroides anabolizantes) se encuentra de nuevo por debajo del 3% con independencia del grupo de edad analizado.

Considerando la extensión del consumo de drogas en función del sexo, se observa que las prevalencias obtenidas entre las mujeres superan los registros masculinos en el caso del alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, tanto si se considera el consumo alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (tabla 1.2.8). Por el contrario, las sustancias ilegales, registran mayores prevalencias entre los chicos.

Atendiendo al consumo alguna vez en la vida, la mayor diferencia entre chicos y chicas se contempla en el caso de los hipnosedantes con o sin receta, donde alrededor 2 de cada 10 chicas tomaron alguna vez sustancias de este tipo.

Tabla 1.2.8.

Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	Alguna vez en la vida																									
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alcohol	84,3	84	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	74,9	75,2	82,9	84,9	77,8	80,1	75,7	78,2	76,3	79,4
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	35,6	43,8	41,6	46,1	36,5	40,3	36,3	40,7	38,2	44,3
Cannabis	23,8	18	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	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5
Hipnosedantes*	5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	12,0	18,8	14,2	20,4	14,9	21,5	14,1	23,0	11,9	20,1	14,4	21,5	15,1	21,5
Hipnosedantes**	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	6,9	11,0	5,8	9,6	6,3	9,8	6,7	10,3
Cocaína polvo y/o base	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9
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	3,2	1,9	3,9	2,0	1,6	0,8	2,7	1,9	3,1	2,1
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	4,6	2,4	4,1	2,1	2,3	1,2	2,1	1,1	2,7	1,2
Inhalables 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	3,0	1,7	2,4	1,3	1,3	0,6	1,2	0,9	1,9	1,5
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	1,4	1,8	0,8	2,0	0,8	2,4	1,0
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,6	1,1	0,4	1,7	1,0	1,9	1,3
Anfetaminas	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6	3,6	4,2	2,7	4,5	2,7	3,4	1,8	3,2	1,5	1,8	0,9	2,2	1,2	2,0	1,1
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	1,5	0,6	1,4	0,5	0,9	0,4	1,0	0,5	1,0	0,4
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	0,6	1,6	0,7	1,5	0,8	1,9	0,8	1,3	0,8	0,8	0,4	0,7	0,4
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,3	1,0	0,3	0,8	0,2	0,6	0,2

Últimos 12 meses																										
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8	80,9	82,9	75,3	78,2	74,3	76,9	74,1	77,5
Tabaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30,2	37,5	36,0	40,1	28,1	36,4	33,1	37,5	29,6	33,2	32,6	36,9	31,4	38,5
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	28,2	24,7	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,3	11,1	8,1	12,1	7,7	12,5	8,4	14,9	7,7	13,8	8,8	14,4	9,8	15,1
Hipnosedantes**	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3	3,8	6,8	4,1	6,7	4,7	7,4
Cocaína polvo y/o base	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	3,4	1,6	3,3	2,2	3,3	1,6	3,2	1,7
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	2,2	1,2	3,0	1,4	1,2	0,6	2,0	1,1	2,4	1,4
Alucinógenos	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3	2,9	1,1	1,6	0,7	1,4	0,6	2,0	0,8
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	1,7	0,8	1,6	0,8	0,9	0,4	0,8	0,4	1,3	0,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	0,8	1,2	0,5	1,3	0,5	1,7	0,6
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,4	0,8	0,3	1,3	0,7	1,6	0,8
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	3,2	1,8	2,2	1,0	2,4	1,1	1,3	0,6	1,6	0,7	1,5	0,8
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	0,9	0,3	1,1	0,4	0,7	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,4	1,2	0,4	1,0	0,5	1,5	0,5	0,9	0,4	0,6	0,2	0,5	0,3
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,2	0,7	0,2	0,5	0,1	0,5	0,2

Últimos 30 días																										
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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	62,7	63,2	72,9	75,2	66,9	69,5	65,9	68,1	57,2	59,8
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	28,1	31,3	24,5	27,2	25,6	29,0	23,9	29,3
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	17,2	19,3	15,2	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	5,5	4,0	6,1	4,0	6,6	4,7	8,5	4,2	8,1	4,4	7,3	5,1	7,7
Hipnosedantes**	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3	2,0	3,9	2,0	3,3	2,2	3,5
Cocaína polvo y/o base	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	2,2	0,8	2,3	1,4	1,5	0,5	1,3	0,6
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	1,3	0,6	1,8	0,6	0,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,4
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	1,5	0,6	1,6	0,4	0,9	0,4	0,6	0,2	0,7	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	1,2	0,5	1,0	0,6	0,6	0,3	0,5	0,2	0,6	0,4
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,2	0,6	0,1	0,7	0,2
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,1	0,6	0,2	0,7	0,3
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	1,3	0,5	1,4	0,6	0,7	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3
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	0,7	0,3	0,8	0,3	0,5	0,2	0,6	0,1	0,4	0,1
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,2	0,8	0,3	0,8	0,3	1,0	0,3	0,6	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1

A diario últimos 30 días																										
1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Alcohol	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	1,0	3,8	2,0	7,8	4,3	3,3	2,0	2,2	1,3	1,9	1,3	1,3	0,7	
Tabaco	17,8	25,4	19	28,1	17,9	27,5	19,3	27	17,2	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11	13,6	12	13,1	8,7	9,1	8,6	9,0	9,4	10,3
Cannabis	1,5	0,5	2,2	0,8	2,7	0,9	5,5	1,9	5,5	2,1	7	2,9	4,2	2,2	4,4	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,5	0,6	0,5	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8	0,9	2,3	3,0	2,5	3,4
Hipnosedantes**	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	1,0	1,2	1,0	1,3

H = Hombres; M = Mujeres.

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

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

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

También se observa cierta diferencia por sexo en el consumo de **cannabis**. En 2018, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre los varones (34,5%) supera por 3 puntos la obtenida entre las chicas, si bien de nuevo observamos que, de manera evolutiva, la proporción de consumidores aumenta más en el caso de las chicas.

En cuanto al consumo de **cocaína** (polvo y/o base), este año, al igual que ocurría los años anteriores, está bastante más extendido entre los chicos, y casi duplica el de las chicas. En relación a la evolución de estos últimos 12 años, la prevalencia ha ido descendiendo para ambos grupos, registrándose en 2018 las prevalencias más bajas desde 1994.

Por otro lado, atendiendo ahora al tramo temporal de los últimos 30 días, vemos que con independencia del sexo se ha registrado un fuerte descenso en la prevalencia del **alcohol** con respecto a 2016, aunque sigue siendo más de dos puntos superior entre las chicas.

Para el **tabaco**, tras el ligero repunte del consumo en los chicos registrado en 2016, este año el consumo ha descendido cerca de 2 puntos (23,9%). En el caso de las chicas, aunque de manera muy ligera, ha aumentado el consumo de la sustancia en los últimos 30 días, pasando de 29,0% en 2016 a 29,3% en esta última medición.

Siguiendo con el consumo en los últimos 30 días, la diferencia por sexo más importante se observa en el caso del **cannabis**. El 21,5% de los chicos admitieron un consumo en el último mes, siendo el dato de las chicas 4,2 puntos porcentuales más bajo. Evolutivamente, el consumo ha aumentado en mayor o menor medida para ambos sexos.

Respecto al consumo a diario en los últimos 30 días, el **consumo diario de tabaco** es el que registra mayor prevalencia de todas las sustancias analizadas (tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis). Tras el receso en el consumo registrado en ambos sexos en el año 2016, este año observamos un crecimiento de consumo, siendo mayor el aumento de consumo en el caso de las chicas.

Consumo por tipo de sustancia psicoactiva

Bebidas alcohólicas

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años en España. El 77,9% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida: la gran mayoría de estos casos ha tomado alcohol en los últimos 12 meses, pues la prevalencia en este tramo temporal se sitúa solo dos puntos porcentuales por debajo (75,9%) (figura 1.2.1).

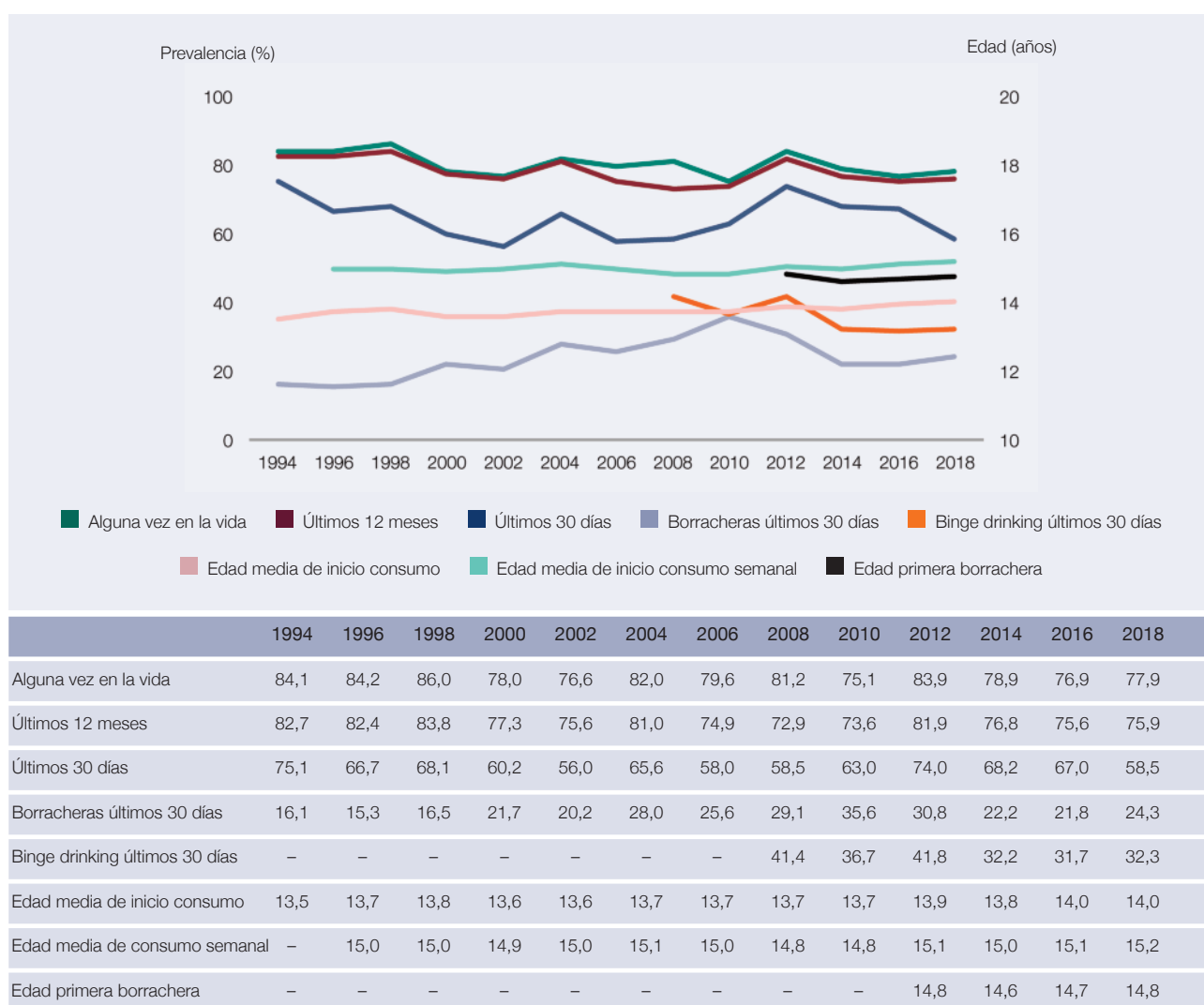
En referencia a los últimos 30 días, aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes ha bebido alcohol en dicho periodo, observando que el 24,3% de los estudiantes ha experimentado alguna borrachera en este periodo y el 32,3% ha realizado *binge drinking*, es decir, ha tomado 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

En términos evolutivos, tras varios años decreciendo, se ha registrado un incremento de un punto porcentual en el tramo temporal de alguna vez en la vida. En el tramo temporal de los últimos 12 meses, la prevalencia de consumo permanece estable y, sin embargo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días ha sufrido un fuerte descenso, pasando del 67,0% al 58,5%. A pesar del descenso del consumo de alcohol declarado en el último mes, ha aumentado la proporción de estudiantes que se han emborrachado o han realizado *binge drinking* en los últimos 30 días, que se incrementa 2,5 y 0,5 puntos porcentuales, respectivamente.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo, aquellos que han tomado bebidas alcohólicas alguna vez sitúan el primer consumo en los 14 años de media, dato similar al obtenido en 2016. El consumo semanal de alcohol comienza por término medio alrededor de los 15 años de edad.

Figura 1.2.1.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de binge drinking (últimos 30 días), edad media de inicio del consumo y edad media de inicio del consumo semanal, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018.



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

Atendiendo al consumo de alcohol en función del **sexo**, la prevalencia es ligeramente más alta entre las mujeres, con independencia del tramo temporal que se considere (tabla 1.2.9).

Los resultados obtenidos en 2018 reflejan que, por término medio, chicos y chicas **empiezan a beber alcohol** en el mismo momento, aproximadamente a los 14 años, al igual que la edad de inicio en el consumo semanal se produce al poco tiempo de superar los 15 años.

Tabla 1.2.9.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según edad y sexo. España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida													
Total	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Sexo													
Hombre	84,3	84,3	85,5	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8	74,9	82,9	77,8	75,7	76,3
Mujer	84,0	84,1	86,4	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7	75,2	84,9	80,1	78,2	79,4
Edad													
14 años	69,6	67,6	71,5	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6	49,7	65,9	60,1	57,1	58,3
15 años	81,8	81,7	82,5	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7	71,5	77,7	73,7	75,4	72,5
16 años	88,0	88,7	89,7	83,1	81,7	86,9	86,0	86,2	81,6	86,2	84,1	83,1	84,3
17 años	91,9	91,3	92,8	89,6	89,0	91,9	91,2	90,5	87,8	90,8	90,6	89,9	88,5
18 años	92,5	93,4	96,2	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3	88,6	92,6	92,4	91,9	89,0
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses													
Total	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6	75,9
Sexo													
Hombre	82,8	82,3	83,0	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5	73,3	80,9	75,3	74,3	74,1
Mujer	82,7	82,5	84,5	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2	73,8	82,9	78,2	76,9	77,5
Edad													
14 años	67,7	64,3	67,9	51,5	52,0	57,9	50,9	53,1	48,0	63,1	57,4	55,3	56,1
15 años	80,4	79,7	80,5	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6	70,0	75,3	71,2	73,9	70,2
16 años	86,7	87,4	88,0	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6	80,3	84,2	82,2	82,1	82,5
17 años	90,7	89,9	90,9	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1	86,1	89,2	88,7	88,7	86,7
18 años	91,1	92,4	94,1	93,3	91,2	93,0	88,2	84,2	86,4	91,3	90,7	90,6	86,9
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días													
Total 75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5	
Sexo													
Hombre	75,3	66,8	67,5	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7	62,7	72,9	66,9	65,9	57,2
Mujer	74,9	66,7	68,5	59,9	55,4	65,7	58,0	59,4	63,2	75,2	69,5	68,1	59,8
Edad													
14 años	56,7	40,1	43,2	32,1	27,7	38,0	31,7	36,2	38,1	53,2	48,4	46,1	36,0
15 años	71,8	60,1	62,2	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9	58,9	66,0	61,3	64,6	49,9
16 años	80,0	74,1	73,4	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8	70,0	75,6	74,0	73,1	65,3
17 años	85,1	79,4	81,1	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9	74,8	82,4	80,8	81,2	72,9
18 años	86,2	84,1	85,0	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1	77,1	86,4	84,8	84,5	74,7

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

Tabla 1.2.10

Características generales del consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.866	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
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	13,7	13,7	13,8	13,9	13,8	13,9	13,9	14,0	14,0	14,1
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	14,8	14,7	15,1	15,0	15,1	14,9	15,1	15,1	15,2	15,2
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	74,9	75,2	82,9	84,9	77,8	80,1	75,7	78,2	76,3	79,4
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	73,3	73,8	80,9	82,9	75,3	78,2	74,3	76,9	74,1	77,5
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	62,7	63,2	72,9	75,2	66,9	69,5	65,9	68,1	57,2	59,8

H = Hombres; M = Mujeres.

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

En relación a la **edad de los estudiantes**, prácticamente 6 de 10 de los alumnos de 14 años han probado el alcohol alguna vez en su vida (58,3%). La prevalencia del alcohol para este tramo temporal aumenta progresivamente con la edad, hasta que en los grupos de 17 y 18 años aquellos que nunca han bebido alcohol representan una minoría. La prevalencia del alcohol alguna vez en la vida para los menores de edad (14-17 años) es del 77,2% frente al 89,0% registrado en los alumnos de 18 años.

Considerando los 30 días previos a la realización de la encuesta, el 36,0% de los adolescentes de 14 años reconoce un consumo de alcohol, porcentaje que asciende casi al 50% cuando se atiende al grupo de 15 años y hasta un 74,7% si analizamos a los mayores de edad.

Incidencia

En la encuesta ESTUDES se incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de algunas sustancias psicoactivas, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente una sustancia determinada, ha comenzado a consumirla en los últimos 12 meses.

Tabla 1.2.11.

Incidencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (números absolutos*). España, 2014-2018

	2014			2016			2018		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alcohol últimos 12 meses	286.000	131.100	154.600	323.900	167.400	156.400	346.600	165.000	181.600

T = Total, H = Hombres, M = Mujeres.

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2018. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Nota: debido al redondeo, la suma de hombres y mujeres no coincide exactamente con el total.

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

La incidencia del alcohol relativa a los últimos 12 meses se calcula considerando conjuntamente a la población que nunca ha consumido y aquella que ha comenzado en este periodo. Más de 340.000 estudiantes iniciaron el consumo de alcohol (tabla 1.2.11), número ligeramente superior al obtenido durante las dos anteriores ediciones.

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

Casi la mitad de los estudiantes (44,5%), reconocen haberse emborrachado en el último año, mientras que el 24,3% se habría emborrachado en el último mes.

A la hora de situar la primera borrachera, el promedio de edad que señalan los estudiantes son los 14,8 años y, por tanto, anterior a la registrada para el inicio en el consumo semanal de alcohol (15,2 años). La prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas o borracheras muestra ciertas diferencias en función del sexo y de la edad de los estudiantes (tabla 1.2.12). Uno de cada cuatro alumnos de 14 años ya ha sufrido una intoxicación etílica alguna vez en la vida (25,8%). En el siguiente grupo de edad, el de 15 años, este porcentaje sube más de 15 puntos (hasta el 40,9%) y en el de 16 años, ya son más de la mitad los estudiantes que han experimentado una borrachera (57,4%).

En relación a la última encuesta, en 2018 se aprecia un repunte de las intoxicaciones etílicas agudas en todos los tramos temporales y en ambos sexos.

Tabla 1.2.12.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2008-2018.

	Alguna vez en la vida						Últimos 12 meses						Últimos 30 días					
	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Total	56,2	58,8	60,7	50,1	48,9	51,1	47,1	52,9	52,0	42,6	42,4	44,5	29,1	35,6	30,8	22,2	21,8	24,3
Sexo																		
Hombres	54,8	58,0	59,9	48,7	46,4	48,5	46,5	52,2	51,7	41,5	40,1	42,3	29,4	36,4	31,3	22,3	21,2	23,7
Mujeres	57,5	59,5	61,5	51,4	51,4	53,4	47,7	53,5	52,3	43,7	44,8	46,5	28,7	34,8	30,3	22,1	22,3	25,0
Edad																		
14 años	30,4	27,8	31,5	23,2	23,1	25,8	24,5	24,6	26,1	19,0	18,8	22,2	13,4	16,0	12,7	7,6	7,9	9,7
15 años	48,5	52,2	47,4	39,8	42,4	40,9	41,0	47,3	40,2	33,6	36,1	35,6	24,2	32,0	21,3	14,9	15,8	17,5
16 años	62,2	66,2	62,3	56,5	55,9	57,4	53,0	59,8	53,4	48,8	49,3	50,6	31,7	38,8	30,9	26,4	25,6	27,7
17 años	72,6	76,8	73,1	69,1	69,7	68,6	59,7	69,1	62,6	59,0	61,5	59,9	39,0	46,6	38,8	33,1	33,9	35,6
18 años	76,9	77,8	80,4	74,1	74,7	70,9	65,8	69,8	70,5	63,4	65,4	60,3	45,2	52,8	46,5	37,5	40,4	37,6

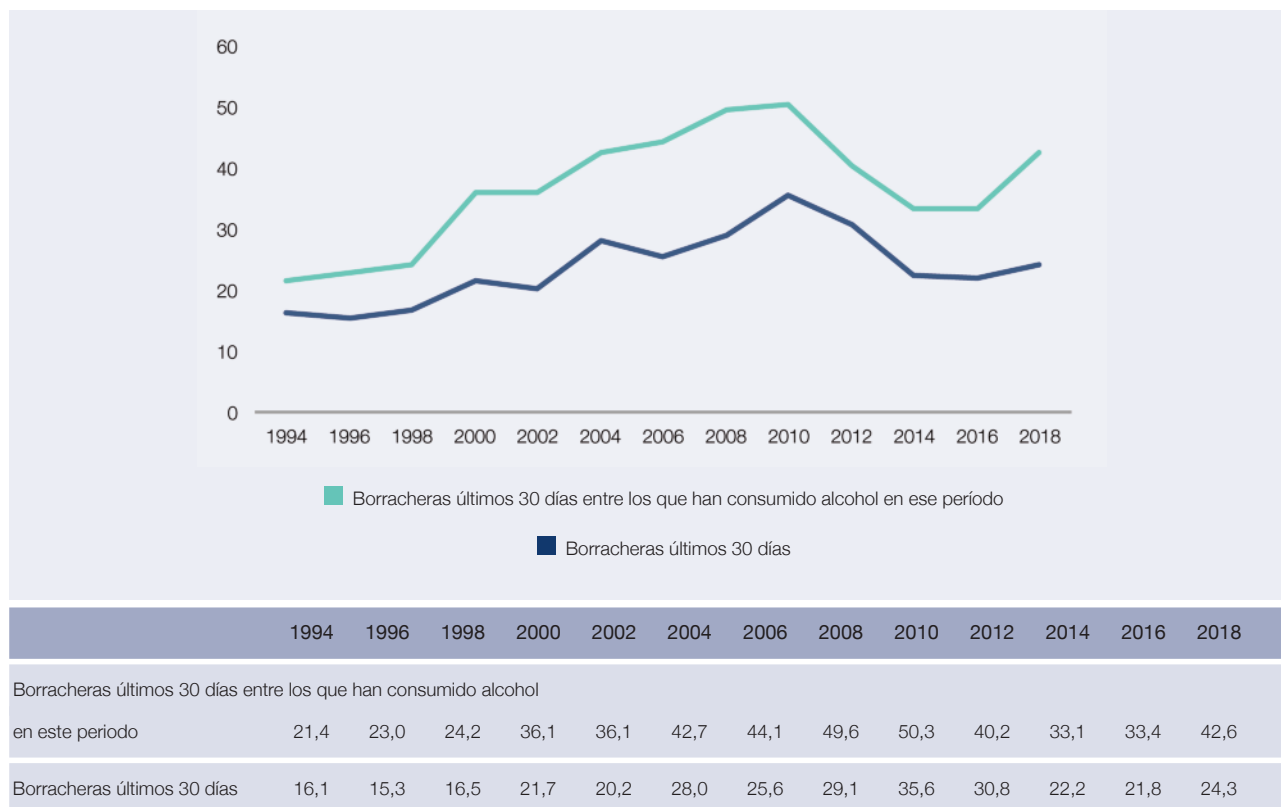
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Atendiendo al **sexo**, la proporción que admite haberse emborrachado alguna vez es mayor entre las chicas cuando se contemplan los grupos más jóvenes, de 14 y 15 años. Conforme aumenta la edad, la diferencia de prevalencia entre chicos y chicas se va reduciendo.

Si analizamos la prevalencia de borracheras en el último mes únicamente entre los estudiantes que han consumido alcohol en ese mismo periodo, observamos que este dato ha aumentado notablemente en comparación con el registrado en el 2016, llegando hasta un porcentaje de 42,6%, dato más alto en los últimos 8 años.

Figura 1.2.2.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y proporción de los que se han emborrachado entre los que han consumido alcohol en los últimos 30 días (%). España, 1994-2018.



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

Tabla 1.2.13.

Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2018.

	HOMBRES						MUJERES					
	14	15	16	17	14-17	18	14	15	16	17	14-17	18
Borracheras alguna vez	21,6	37,3	55,8	67,4	47,1	69,1	29,9	44,5	58,8	69,7	52,3	72,9
Borracheras últimos 12 meses	18,1	32,2	49,1	59,7	41,2	59,2	25,9	38,9	52,0	60,0	45,6	61,6
Borracheras últimos 30 días	7,6	15,9	27,5	36,1	22,7	38,4	11,7	18,9	27,9	35,1	24,3	36,6

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

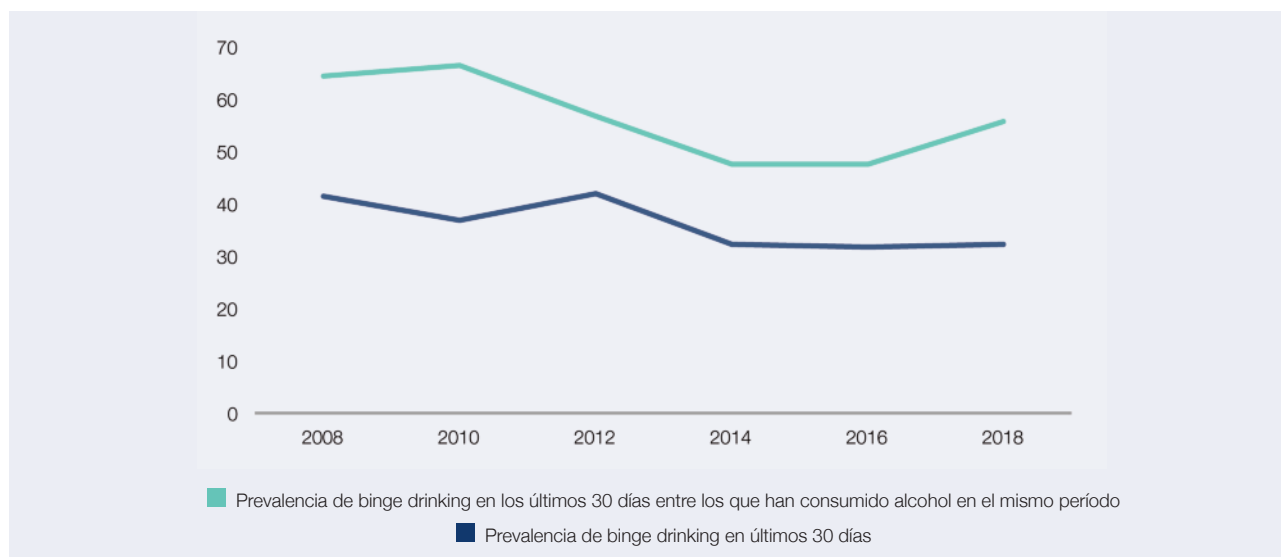
Consumo en atracón. Binge drinking

Se considera que un alumno ha realizado *binge drinking* o un consumo en atracón cuando ha tomado 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, es decir, en un intervalo aproximado de dos horas.

En 2018, el 32,3% de los alumnos de 14 a 18 años reconoció haber realizado este tipo de consumo en los últimos 30 días, prevalencia similar a la registrada en 2014 y 2016. Por otro lado, más de la mitad de los estudiantes que bebieron alcohol en el último mes realizaron *binge drinking* en el mismo periodo (55,5%), dato superior al registrado en 2014 y en 2016, siendo muy similar al registrado en 2012 (56,8%).

Figura 1.2.3.

Evolución de la prevalencia de binge drinking o consumo en atracón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2008-2018.



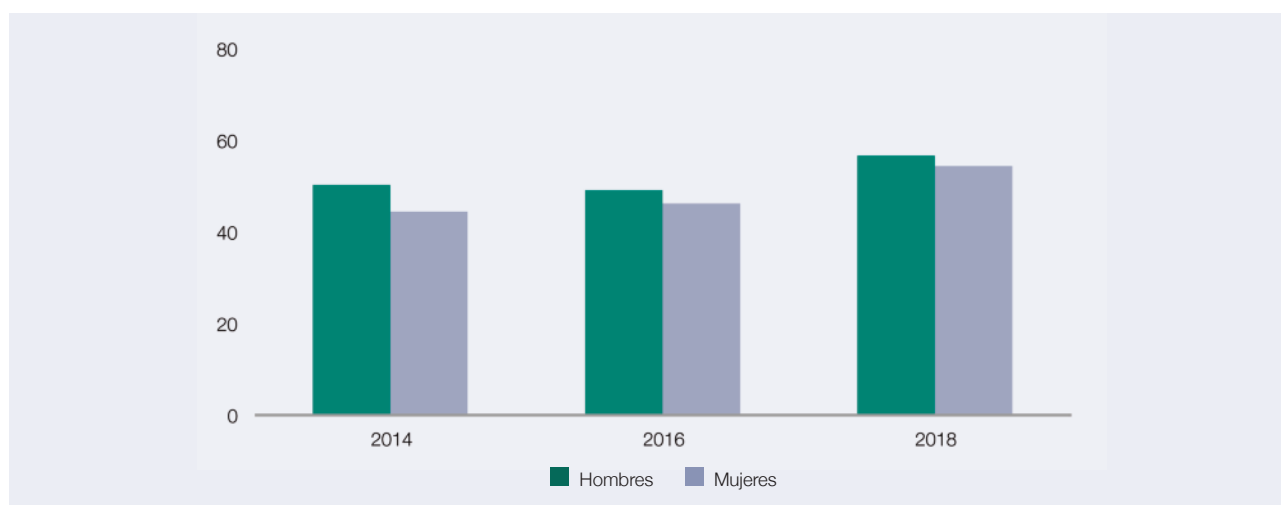
	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en el mismo período	64,4	66,5	56,8	47,3	47,6	55,5
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días	41,4	36,7	41,8	32,2	31,7	32,3

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

Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 30 días y haciendo referencia al *binge drinking* en función del sexo y la edad de los estudiantes, observamos que entre los adolescentes de 14 y 15 años, la prevalencia es más elevada entre las chicas, mientras que entre los adolescentes de 16 a 18 años, la prevalencia es mayor entre los chicos. Sin embargo, el repunte en el consumo se aprecia para ambos sexos.

Figura 1.2.4.

Evolución de la prevalencia de binge drinking o consumo en atracón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido alcohol, según sexo (%). España, 2014-2018.



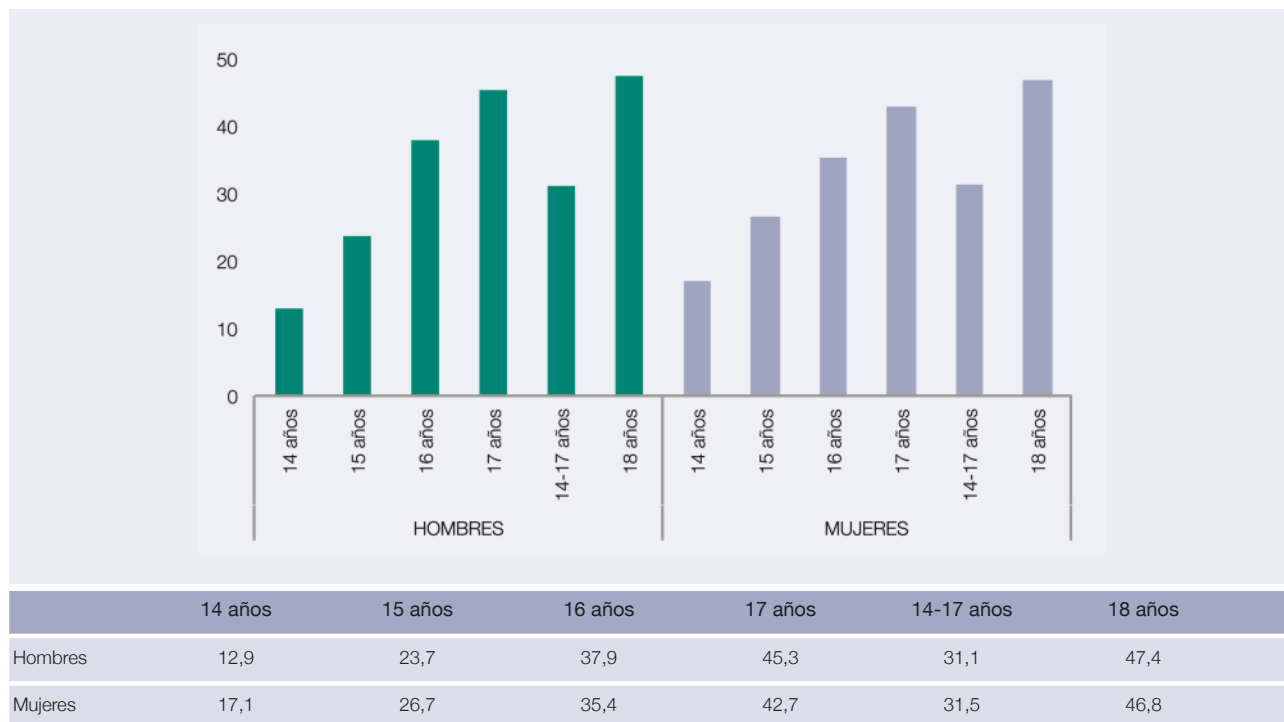
	2014	2016	2018
Hombres	50,1	49,3	56,7
Mujeres	44,7	45,9	54,3

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

Este tipo de consumo se encuentra más extendido en el grupo de 18 años, donde prácticamente la mitad de hombres y de mujeres reconoce haber hecho *binge drinking* (47,4% registrado en el grupo masculino frente al 46,8% en el grupo femenino).

Figura 1.2.5.

Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días según edad y sexo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.



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

Lugares donde se consigue y donde se consume alcohol

El **consumo de alcohol** (tabla 1.2.14) entre los estudiantes de 14 a 18 años se realiza principalmente en bares o pubs (el 54,8% reconoce haber tomado alcohol en este tipo de lugares en los últimos 30 días), en calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos (50,9%) o discotecas (47,8%).

Además del consumo en este tipo de lugares públicos, también suele consumirse alcohol con cierta frecuencia en espacios particulares como son las casas de otras personas (43,5%). Finalmente, el lugar menos recurrente para conseguir alcohol es la propia casa donde viven los estudiantes, con un porcentaje inferior al 25%.

Considerando también los últimos 30 días, los **lugares** más recurrentes entre los jóvenes **para adquirir bebidas alcohólicas** son bares o pubs (54,0%), supermercados (54,0%), tiendas de barrio, chinos, quioscos o bodegas (49,9%) y discotecas (43,6%).

En cuanto a la **forma de conseguir bebidas alcohólicas** (tabla 1.2.15), lo más frecuente es que los estudiantes accedan directamente al alcohol por ellos mismos. Algo más del 30% de los alumnos de 14 a 18 años consiguió alcohol directamente en los últimos 30 días, mientras que el 26,4% de ellos lo consiguió gracias a otras personas de 18 años o mayores.

En el grupo de los mayores de edad (18 años) es más frecuente conseguir alcohol directamente que entre los menores (14-17 años) (65,9% frente a un 29,2%). En cambio, en el caso de acceder al alcohol a través de otras personas de 18 años o mayores ocurre lo contrario, es más frecuente entre los menores de edad que entre los de 18 años (27,3% frente a un 11,7% de mayores de edad).

La proporción que ha conseguido alcohol directamente por sí mismo es ligeramente superior entre los varones. Sin embargo, acceder al alcohol a través de otras personas de 18 años o mayores es más frecuente entre las chicas que entre los chicos.

Tabla 1.2.14.

Lugares donde han comprado o conseguido y donde han consumido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días (%). España, 2018.

	Comprado/conseguido			Consumido		
	Total	14-17 años	18 años	Total	14-17 años	18 años
Supermercados	54,0	52,4	71,4	-	-	-
Bares o pubs	54,0	52,5	70,4	54,8	53,2	73,4
Discotecas	43,6	42,0	61,0	47,8	46,4	63,6
Tiendas de barrio, chinos, quioscos, bodegas	49,9	50,8	39,0	-	-	-
Hipermercados	21,9	21,0	32,6	-	-	-
Casa de otras personas	30,4	30,6	28,4	43,5	43,6	41,9
Casa donde vives	22,0	21,4	28,2	24,8	23,9	34,6
Internet	1,2	1,2	1,3	-	-	-
Venta ambulante	4,4	4,4	3,4	-	-	-
En calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos	-	-	-	50,9	51,6	43,1

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

Tabla 1.2.15.

Modos en que han comprado o conseguido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total			18 años	14-17 años
	T	H	M		
Tú directamente	31,4	32,2	30,6	65,9	29,2
A través de otras personas de 18 años o mayores	26,4	21,4	31,1	11,7	27,3
A través de otras personas menores de 18 años	8,1	7,1	9,1	2,1	8,5
De otra forma	3,7	4,0	3,4	1,9	3,8

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Consumo según tipo de bebida alcohólica

El tipo de bebida más consumida entre los estudiantes son los combinados (29%), en ambos sexos, pero se observa un mayor consumo en las chicas. La cerveza/sidra es el segundo tipo de bebida de más consumo, en ambos sexos y todas las edades, aunque con cifras más elevadas entre los chicos.

Los combinados son las bebidas más consumidas con independencia de la acción que hayan realizado en el último mes, destacando que el 75% de los estudiantes que se han emborrachado en dicho periodo han consumido combinados durante la última semana.

Tabla 1.2.16.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 7 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad, sexo y tipo de bebida consumida (%). España, 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Vino/champán	7,1	7,2	7,1
Cerveza/sidra	24,2	26,1	22,3
Vermú/jerez/fino	1,8	2,2	1,4
Combinados/cubatas	29,0	28,6	29,4
Licores de frutas	7,4	7,7	7,0
Licores fuertes	14,3	14,6	14,1
Cualquier bebida alcohólica	7,1	7,2	7,1

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

Tabla 1.2.17.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 7 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según se hayan emborrachado, hecho binge drinking o botellón en los últimos 30 días (%). España, 2018.

	Licores fuertes	Vino	Vermú / Jerez	Licores de frutas	Cerveza	Combinados
Borracheras	4,5	15,6	18,1	40,7	59,2	75,0
Binge drinking	4,9	16,8	18,5	39,3	60,1	73,1
Botellón	4,4	13,7	16,6	36,7	53,6	69,1

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

Botellón

Más de la mitad de los estudiantes de entre 14 y 18 años admite haber hecho botellón en los últimos 12 meses (51,3%) y el 22,6% haberlo hecho en el último mes. Independientemente del periodo temporal del que se trate, este tipo de práctica es algo más frecuente en las chicas y en los jóvenes de 17 y 18 años.

Tabla 1.2.18.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2018.

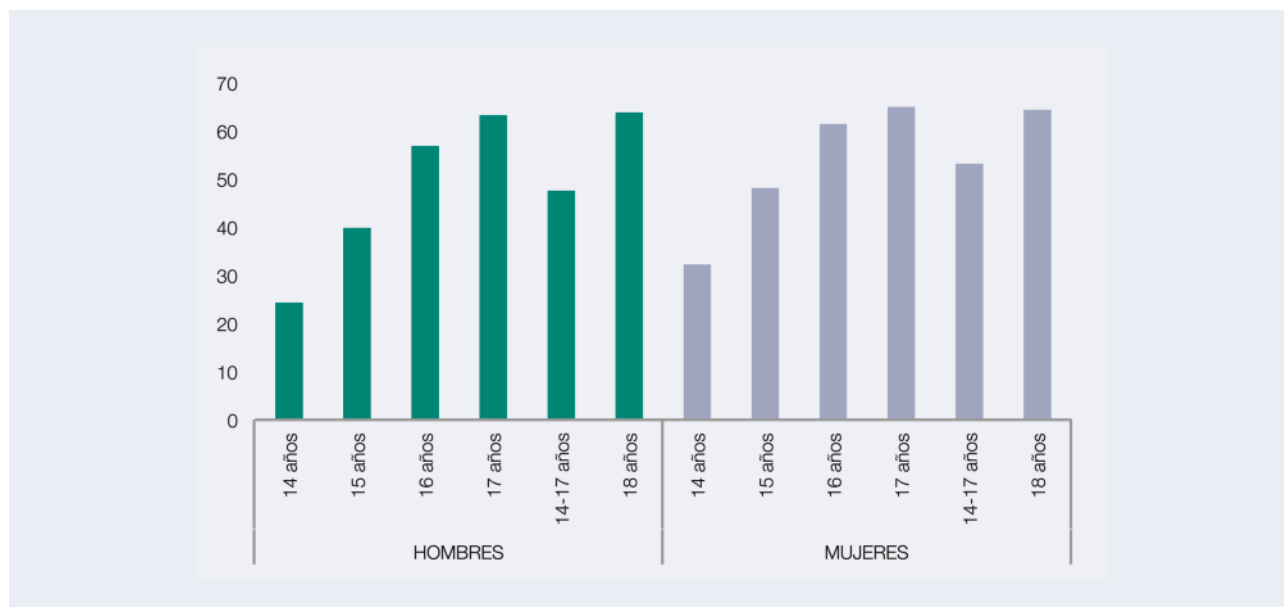
	Botellón en los últimos 12 meses	Botellón en los últimos 30 días
Total	51,3	22,6
Sexo		
Hombre	48,6	22,1
Mujer	53,8	23,0
Edad		
14 años	28,4	9,8
15 años	44,1	16,9
16 años	59,2	26,9
17 años	64,2	30,8
14 - 17 años	50,5	21,9
18 años	64,1	32,4

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

Analizando el fenómeno del botellón conjuntamente por edad y sexo, se observa que las chicas de 14 a 17 años lo practican más frecuentemente que los chicos, pero a los 18 años, es a la inversa y son ellos, aunque con muy poca diferencia, los que más veces hacen botellón. A medida que aumenta la edad, también aumenta esta práctica en jóvenes, excepto para las mujeres de 18 años que declaran realizar menos botellón que las de 17 años.

Figura 1.2.6.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2018.



	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Hombres	24,3	39,9	56,8	63,2	47,6	63,8
Mujeres	32,2	48,1	61,4	65,0	53,2	64,4

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

El consumo abusivo de alcohol se encuentra especialmente extendido entre los estudiantes que han participado en un botellón en los últimos 12 meses (tabla 1.2.19). Con independencia del grupo de edad que se contemple, la prevalencia de las borracheras, así como la relativa al *binge drinking*, son sustancialmente más elevadas en este colectivo con respecto al que no ha realizado botellón.

Tabla 1.2.19.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) y de binge drinking en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan realizado o no botellón en los últimos 12 meses y según edad (%). España, 2018.

	Total		14 años		15 años		16 años		17 años		14-17 años		18 años	
	¿HA HECHO BOTELLÓN?													
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	60,3	14,1	51,3	5,4	53,1	10,4	60,0	16,0	64,9	22,5	59,7	13,5	66,4	24,1
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	72,8	20,4	64,1	9,7	70,4	16,0	72,1	23,6	76,1	29,6	72,5	19,7	76,1	33,3

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

Tomando como referencia a los alumnos de 14 años, más de la mitad de los que hicieron botellón en los últimos 12 meses han sufrido una intoxicación etílica aguda en este periodo (51,3%), mientras que la prevalencia de las borracheras entre los alumnos que no hicieron botellón se sitúa alrededor del 5%. La diferencia es igualmente notoria independientemente del grupo de edad que se considere.

Cuando se atiende a la extensión del *binge drinking* y las borracheras en los últimos 30 días, el escenario es semejante. Considerando el grupo de 18 años, la prevalencia del *binge drinking* es más del doble en los que hicieron botellón en el último año frente a los que no, relación que incluso se acentúa en el resto de grupos de edad.

Por otro lado, el consumo de otras sustancias psicoactivas se encuentra también más presente entre los estudiantes que realizaron botellón en los últimos 12 meses (tabla 1.2.20), en especial cuando se trata de tabaco y de cannabis, donde un 55,7% y un 45,6% respectivamente, han consumido la sustancia entre los que han hecho botellón.

Tabla 1.2.20.

Prevalencia de consumo de tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan realizado o no botellón en los últimos 12 meses y según edad (%). España, 2018.

	Total		14 años		15 años		16 años		17 años		14-17 años		18 años	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿HA HECHO BOTELLÓN?													
Tabaco	55,7	13,2	52,5	8,6	53,2	11,8	56,2	15,0	56,9	18,5	55,3	12,9	60,2	19,0
Hipnosedantes	15,4	9,5	13,1	7,4	13,4	8,8	14,6	10,6	17,2	11,4	15,1	9,3	19,8	12,5
Cannabis	45,6	8,4	34,1	3,5	40,9	6,7	45,3	10,6	51,2	13,9	45,1	8,0	51,9	15,6
Cocaína	4,0	0,8	3,2	0,3	3,9	0,4	3,5	1,2	4,2	1,4	3,8	0,7	6,7	1,5
Éxtasis	3,3	0,4	2,1	0,2	3,3	0,3	3,2	0,5	3,6	0,7	3,2	0,4	4,4	0,9
Anfetaminas	1,9	0,3	1,1	0,2	1,8	0,1	1,8	0,5	2,2	0,4	1,9	0,3	2,8	0,5
Alucinógenos	2,3	0,4	1,8	0,3	2,6	0,3	2,5	0,5	2,0	0,5	2,3	0,4	2,9	0,6

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

Motivos para beber

La mayoría de los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días lo han hecho por diversión, el segundo motivo con mayor importancia es la sensación que les aporta beber alcohol. En tercer lugar los alumnos beben porque les ayuda cuando están tristes y, en cuarto lugar, porque les ayuda a ligar.

Tabla 1.2.21.

Prevalencia de borracheras, binge drinking, botellón y consumo de alcohol en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según los motivos por los que beben alcohol (%). España, 2018.

	Alcohol	Borracheras	Binge drinking	Botellón
Es saludable	3,7	3,7	4,2	4,3
Para encajar en un grupo	6,5	6,1	6,3	6,5
Para emborracharte	11,6	17,4	14,6	15,9
Para ligar más	21,5	27,7	24,7	25,4
Te ayuda cuando estás deprimido	26,3	32,1	30,6	32,3
Te gusta cómo te sientes	42,1	54,9	48,5	49,2
Por diversión	73,4	86,4	80,1	82,5

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

Consumo de alcohol en padres

Se aprecia que el consumo de alcohol de los alumnos está directamente relacionado con el consumo de alcohol de sus madres y de sus padres, como se refleja en la tabla 1.2.22.

Tabla 1.2.22.

Prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias según el consumo de alcohol que hayan realizado sus padres (%) España, 2018.

	Alcohol alguna vez en la vida	Alcohol últimos 12 meses	Borracheras últimos 12 meses	Botellón últimos 12 meses	Binge últimos 30 días
Padre					
No ha bebido ningún día	74,1	72,0	42,3	48,9	29,3
Ha bebido algún día aislado	80,6	78,6	47,3	54,4	34,1
Ha bebido sólo los fines de semana	81,2	79,3	45,8	55,0	35,0
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	80,9	79,0	49,1	55,2	35,3
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	92,1	90,4	59,6	61,2	55,7
Madre					
No ha bebido ningún día	71,6	69,4	39,6	46,2	27,2
Ha bebido algún día aislado	79,3	77,5	46,8	53,6	33,9
Ha bebido sólo los fines de semana	81,3	79,5	46,3	55,8	35,2
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	81,1	78,7	48,0	53,9	33,6
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	88,2	86,1	56,7	65,4	47,9

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

Bebidas energéticas

Se ha analizado la extensión que tienen las bebidas energéticas con alto contenido en cafeína (Monster, Red Bull, Burn, Coca Cola Energy, etc.) entre los estudiantes de 14 a 18 años (tabla 1.2.23), encontrando que 4 de cada 10 han tomado bebidas de este tipo en los últimos 30 días, siendo la prevalencia mayor en los chicos (49,7%) que en las chicas (31,1%).

En el grupo masculino más joven (14 años), la prevalencia de estas bebidas alcanza casi un 50%. Este porcentaje aumenta ligeramente con la edad, registrando su mayor prevalencia a los 18 años (52,2%).

Tabla 1.2.23.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total			14 años		15 años		16 años		17 años		14-17 años		18 años	
	T	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Bebidas energéticas	40,2	49,7	31,1	45,0	29,3	49,4	31,5	51,6	30,6	51,0	31,5	49,5	30,8	52,2	36,7
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	16,0	18,2	13,8	10,6	8,4	14,9	12,0	20,8	14,9	23,3	17,4	17,9	13,5	23,8	18,2

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

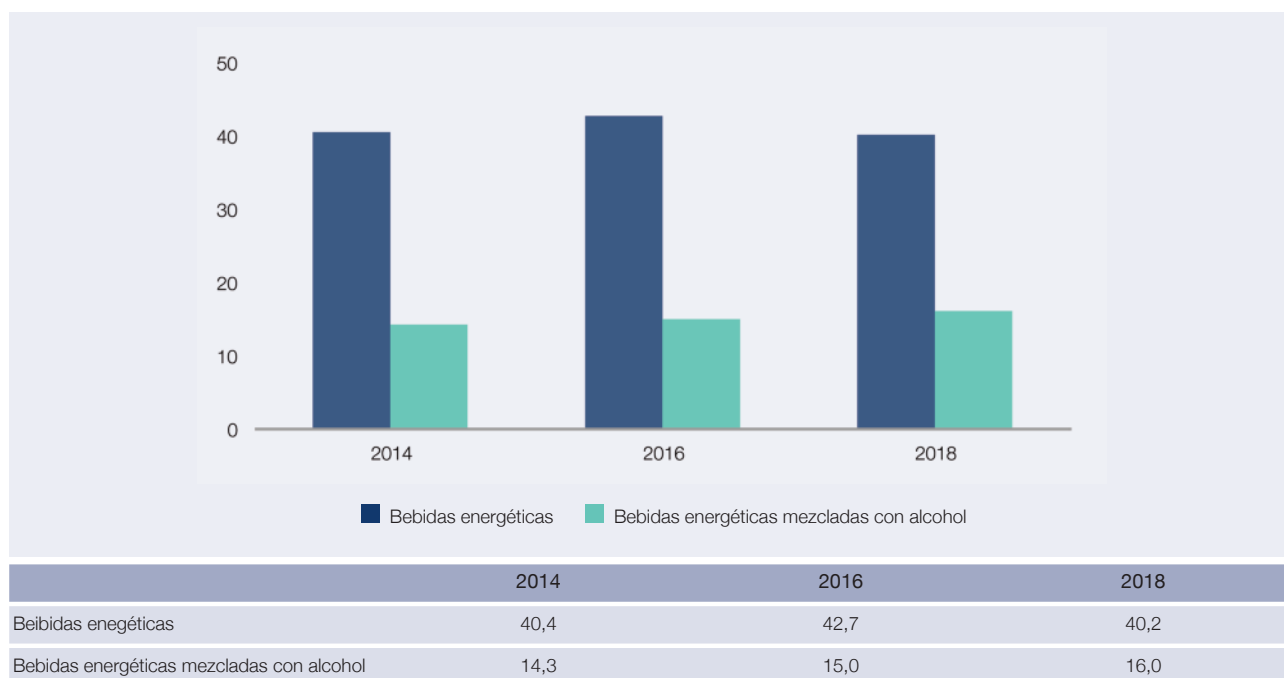
La extensión de este tipo de bebidas es notablemente inferior en el grupo femenino. La prevalencia en el grupo de 14 años se sitúa por debajo del 30%. Resultando algo más de 15 puntos inferior a la obtenida entre los chicos de esta edad. Al igual que ocurría con los chicos, las chicas también registran el mayor porcentaje de consumo en el grupo de 18 años, con 36,7%.

El 16% de los estudiantes de 14 a 18 años ha mezclado alcohol con bebidas energéticas en los últimos 30 días, cifra que es superior entre los chicos. Tanto en el grupo masculino como en el femenino, la mayor proporción de consumo se registra entre los alumnos de 18 años, con 23,8% y 18,2% respectivamente.

Evolutivamente, el consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol mantiene cierta estabilidad a lo largo de los últimos años, destacando el ligero descenso que se ha producido en el consumo de las mismas con respecto al año 2016.

Figura 1.2.7.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2014-2018.



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

Analizando la **prevalencia de las diferentes sustancias psicoactivas**, observamos que el nivel de consumo es mayor entre aquellos estudiantes que han consumen bebidas energéticas, incrementándose aún más si atendemos a aquellos que las mezclan con bebidas alcohólicas.

Tabla 1.2.24.

Prevalencia de consumo de bebidas energéticas y de bebidas energéticas mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.

	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína	Éxtasis
Bebidas energéticas	74,4	40,0	8,3	31,3	1,8	1,3
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	100,0	58,4	10,9	47,7	3,4	2,7
Total estudiantes	58,5	26,7	6,4	19,4	0,9	0,7

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

Tabaco

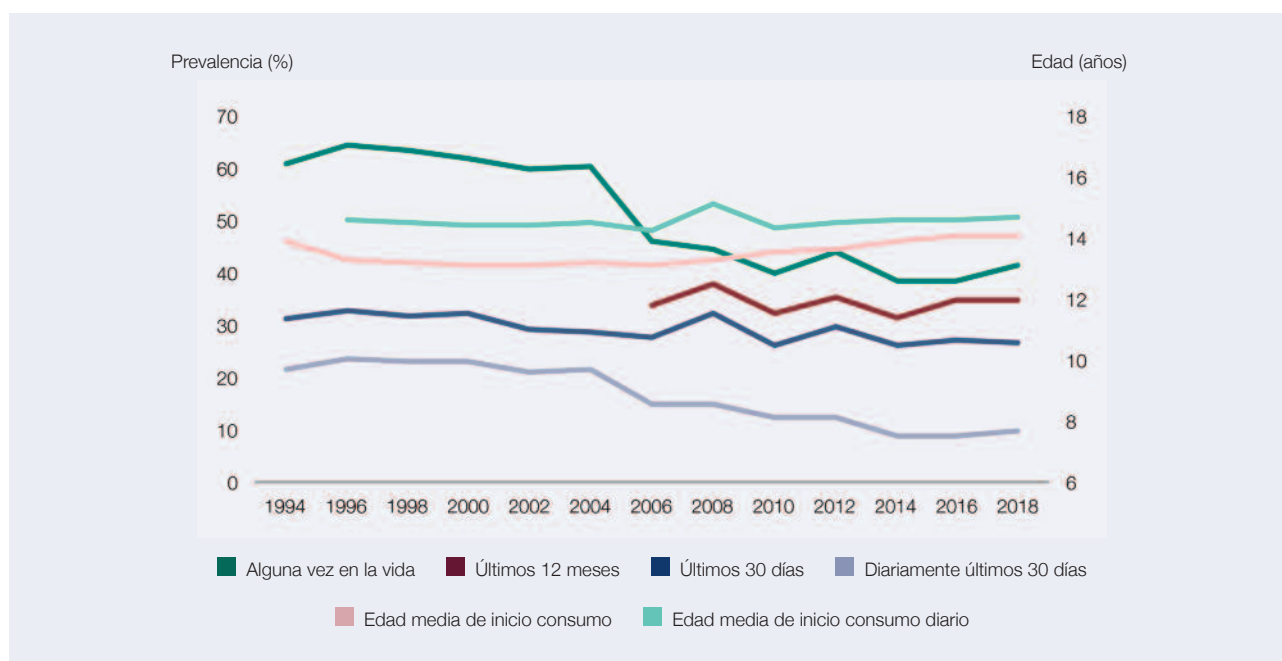
El tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años tras el alcohol, registrándose que el 41,3% ha fumado tabaco en alguna ocasión en su vida, valor que ha aumentado con respecto a las dos ediciones anteriores.

Por término medio, el primer consumo de tabaco se produce a los 14,1 años, dato similar al obtenido en el año 2016. La adquisición del hábito de fumar diariamente comienza a los 14,7 años de media, algo más de medio año después de haberlo probado por primera vez.

En el último año, el 35% de los estudiantes declara haber fumado, confirmando el ascenso indicado en la edición anterior. Atendiendo a los 30 días previos a la realización de la encuesta, el 26,7% de los estudiantes de 14 a 18 años fumaron tabaco en dicho periodo, registrándose un consumo diario de aproximadamente la tercera parte de ellos (9,8%), cifra un punto superior a la de 2016.

Figura 1.2.8.

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018.



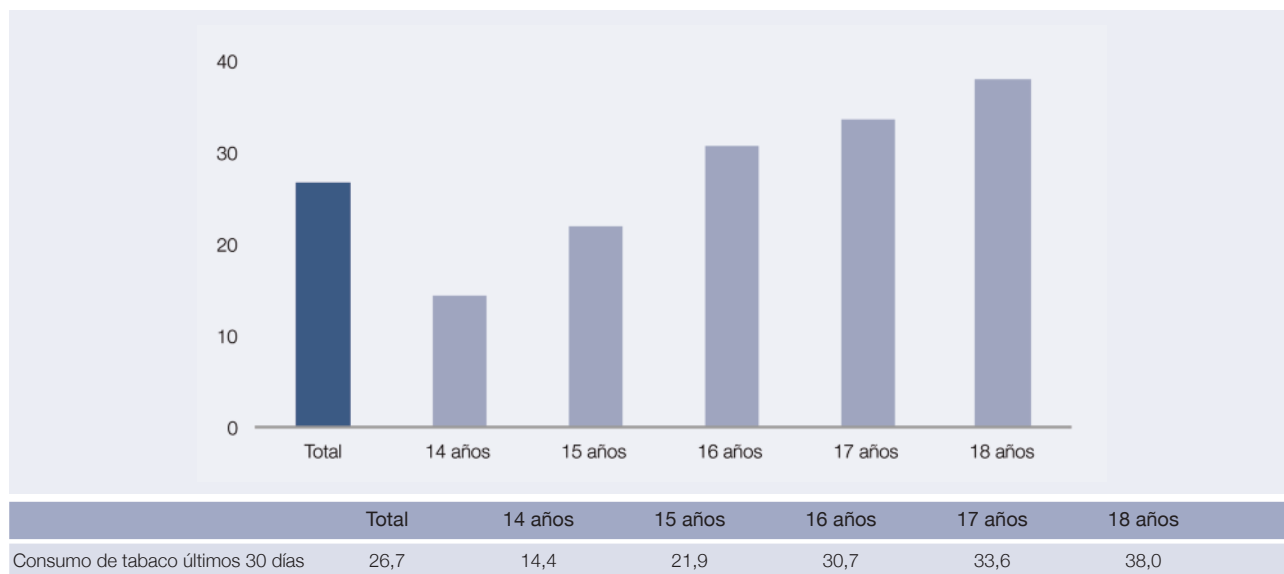
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3
Últimos 12 meses	-	-	-	-	-	-	34,0	38,1	32,4	35,3	31,4	34,7	35,0
Últimos 30 días	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	28,7	27,8	32,4	26,2	29,7	25,9	27,3	26,7
Diariamente en últimos 30 días	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5	8,9	8,8	9,8
Edad media de inicio consumo	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6	13,9	14,1	14,1
Edad media de inicio consumo diario	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6	14,7

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

Si tomamos en cuenta la edad de los estudiantes (figura 1.2.9), la prevalencia de consumo en los últimos 30 días aumenta a medida que lo hace la edad, si bien, los mayores incrementos de este indicador se observan al pasar de 14 a 15 años (de 14,4% a 21,9%) y de 15 a 16 años (de 21,9% a 30,7%), registrándose la mayor prevalencia entre los alumnos mayores de edad (38,0%).

Figura 1.2.9.

Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, por edad (%). España, 2018.

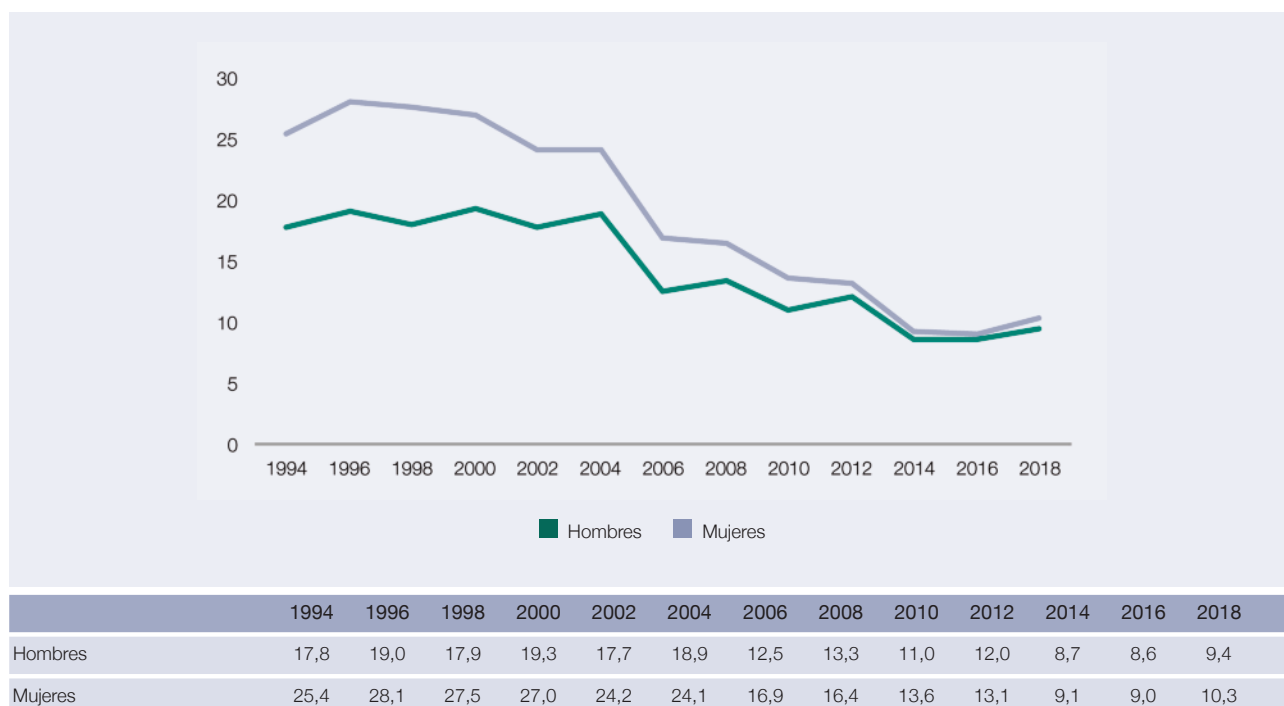


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Históricamente, el consumo de tabaco es más frecuente en el grupo femenino. Sin embargo, a lo largo de la última década, la diferencia entre chicos y chicas se ha reducido progresivamente, en particular para el consumo diario, alcanzando en 2016 el mínimo histórico con una diferencia de 0,4 puntos porcentuales entre ambos grupos; sin embargo, este año esta diferencia se ha vuelto a ver incrementada, alcanzando casi un punto porcentual (10,3% entre las chicas frente a un 9,4% en los chicos).

Figura 1.2.10.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

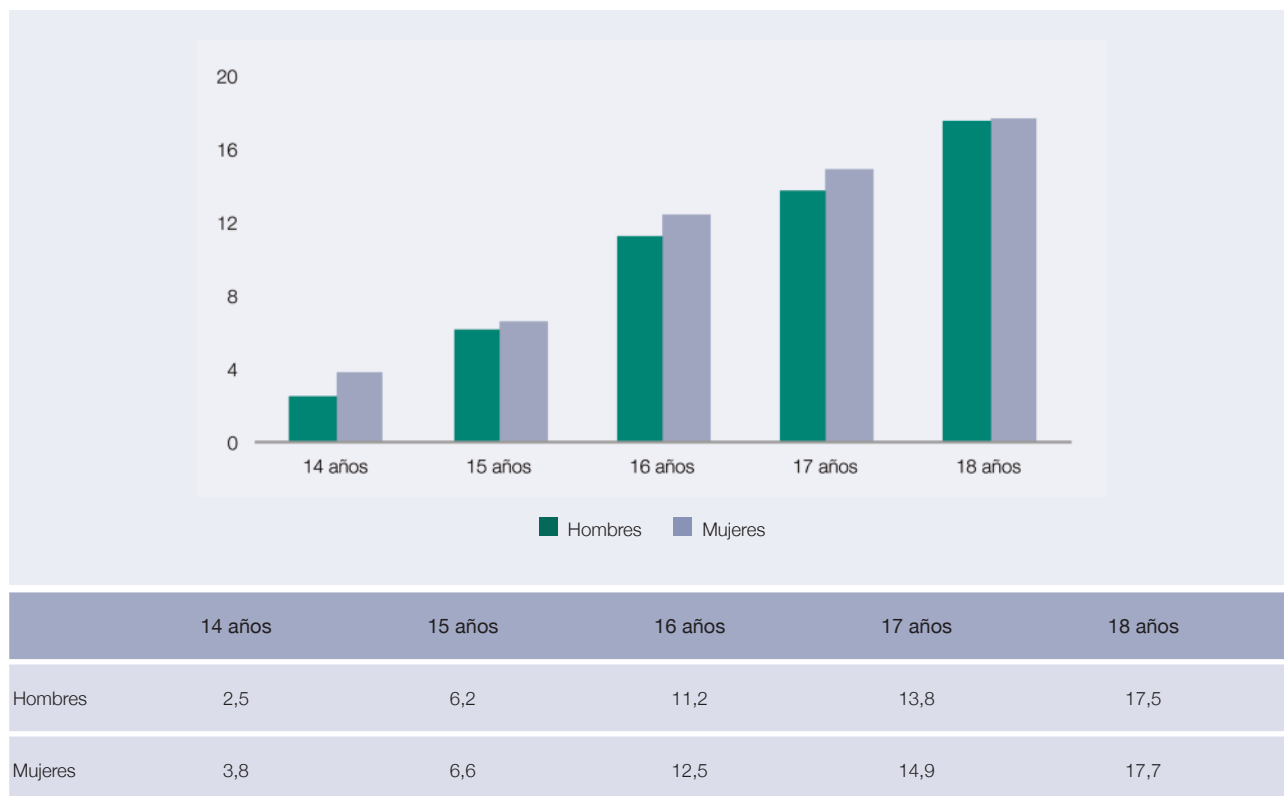


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cuando se observan los resultados en función de la **edad**, la prevalencia entre chicos y chicas tampoco difiere sustancialmente, siendo los 18 años, la edad para ambos sexos con una mayor prevalencia.

Figura 1.2.11.

Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.



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

En cuanto a la **edad** con la que chicos y chicas **fuman por primera vez**, observamos que es similar en ambos sexos (14,1 años), datos semejantes a los registrados en el año 2016, año en el que por primera vez superaron ambos la barrera de los 14 años. Por su parte, la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco también resulta semejante en chicos y chicas. Aunque ellos son los primeros que prueban el tabaco, se inician más tarde en su consumo diario (14,7 años) que las chicas (14,6 años).

En cuanto al número de **cigarrillos** de tabaco **consumidos** al día por término medio, los chicos fuman mayor cantidad (6,5 cigarrillos) que las chicas (5,5 cigarrillos), en el caso de los chicos apreciando un ligero aumento con respecto a las cantidades registradas en 2016.

Los cigarrillos más utilizados entre los estudiantes que han declarado consumir en los últimos 30 días son con un 49,0% los de ambos tipos (**cigarrillos de cajetilla y de liar**), seguido del consumo únicamente de cigarrillos de cajetilla y siendo minoritarios aquellos que sólo utilizan cigarrillos de liar (14,1%). Con respecto al año 2016, ha aumentado el porcentaje de alumnos que fuman tabaco de liar, en detrimento de los cigarrillos de cajetilla.

Entre las mujeres está más extendido el consumo de cigarrillos de cajetilla (40,4% frente 32,4% de ellos) y entre los hombres, el de ambos tipos (53,4% frente a 45,55% de ellas).

Por otro lado, algo más del 47% de los estudiantes han fumado tabaco utilizando **cachimbos**, no apreciándose diferencias significativas en función del sexo.

Tabla 1.2.25.

Características del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media inicio consumo (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	13,5	13,5	13,5	13,7	13,8	14,0	14,1	14,2	14,1	14,1
Edad media inicio consumo diario (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	14,4	14,3	14,4	14,6	14,5	14,6	14,5	14,7	14,6	14,7	14,6
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	54,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8	41,6	46,1	36,5	40,3	36,3	40,7	38,2	44,3
Prevalencia (%) últimos 30 días	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	28,1	31,3	24,5	27,2	25,6	29,0	23,9	29,3
Prevalencia (%) consumo diario	17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11,0	13,6	12,0	13,1	8,7	9,1	8,6	9,0	9,4	10,3
Cigarrillos diarios consumidos diariamente (nº)																										
1-5	37,7	47,3	41,8	50,3	43,8	49,5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5	61,9	63,0	56,1	58,3	65,0	68,5	54,7	57,0	60,6	66,1	56,6	63,5	56,6	67,0
6-10	33,8	36,8	33,9	34,8	35,2	34,9	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5	22,7	27,2	28,0	30,1	23,3	23,9	32,4	32,9	30,7	26,5	32,9	28,3	30,9	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	15,9	11,6	11,7	7,6	12,9	10,1	8,7	7,4	10,5	8,1	12,5	7,5
Media de cigarrillos/día	9,1	7,2	8,3	6,9	7,9	7,0	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5	5,8	5,3	5,1	5,0	5,7	4,8	6,4	6,0	5,8	5,4	6,1	5,5	6,5	5,5

H = Hombres; M = Mujeres.

* En fumadores actuales y exfumadores.

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

Tabla 1.2.26.

Prevalencia del consumo de cigarrillos de cajetilla, de liar o de los 2 tipos en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han fumado en los últimos 30 días, según sexo y edad (%). España, 2018.

	Cigarrillos de cajetilla	Cigarrillos de liar	De los 2 tipos
Total	36,9	14,1	49,0
Hombre	32,4	14,2	53,4
Mujer	40,4	14,1	45,5
14 años	42,1	10,8	47,1
15 años	37,4	9,9	52,7
16 años	36,2	14,7	49,1
17 años	35,9	16,9	47,2
18 años	35,9	15,4	48,7
14-17 años	37,0	14,0	49,0

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

Incidencia

Como se ha indicado con anterioridad, en la encuesta se incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, aquella población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en los últimos 12 meses.

A lo largo del año 2018 empezaron a fumar algo más de 205.000 estudiantes de Enseñanzas Secundarias, siendo mayor la proporción entre las chicas.

Tabla 1.2.27.

Incidencia del consumo de tabaco en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (números absolutos*). España, 2014-2018.

	2014			2016			2018		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tabaco últimos 12 meses	137.200	60.500	76.500	184.600	87.700	96.900	205.600	89.300	116.300

T = Total, H = Hombres, M = Mujeres.

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2018. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Nota: debido al redondeo, la suma de hombres y mujeres no coincide exactamente con el total.

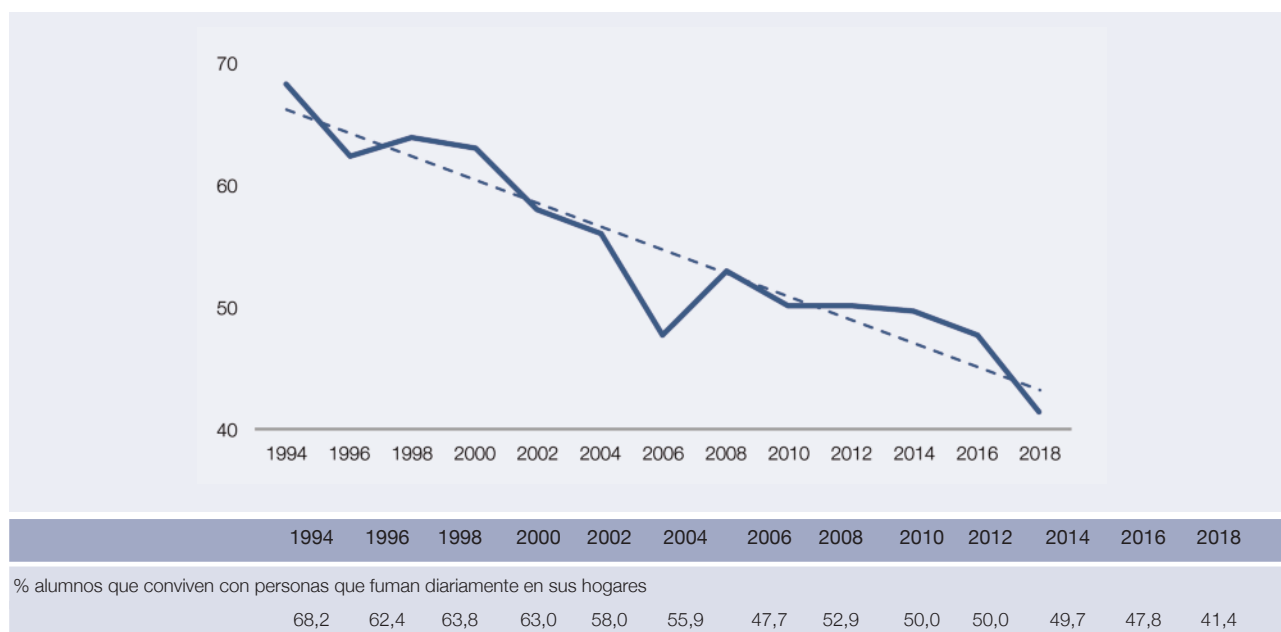
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Fumadores en el entorno escolar y familiar

En cuanto a la visibilidad que tiene el consumo de tabaco en los centros escolares, algo menos de la mitad de los estudiantes (43,5%) afirman haber visto fumar tabaco a profesores dentro del recinto del centro educativo en los últimos 30 días, y prácticamente 2 de cada 3 estudiantes (64,7%) confirman haber visto fumar a otros alumnos del centro dentro del recinto. Evolutivamente, observamos como desde el año 2014 se ha reducido ligeramente el porcentaje de alumnos que refiere presencia de fumadores en su entorno escolar.

Figura 1.2.12.

Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que afirman que en sus casas alguna de las personas con las que conviven o comparten casa fuman diariamente. España, 1994-2018.



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

Por otro lado, en referencia a los hábitos de consumo de tabaco del entorno familiar del estudiante (figura 1.2.12), algo menos de la mitad de los alumnos conviven con personas que fuman a diario (41,4%), proporción bastante inferior a la registrada en 2016 y que confirma la tendencia descendente desde el inicio de la serie.

Estudiantes que se han planteado dejar de fumar

El 28,7% de los estudiantes que han fumado en el último año no se ha planteado nunca dejar de fumar (tabla 1.2.28), cifra que desciende hasta un 20,3% cuando analizamos a los que han fumado a diario en los últimos 30 días.

Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado un 40,6% de los que han fumado en el último año y un 40,0% de los que lo han hecho a diario en los últimos 30 días; y se lo han planteado, pero no lo han intentado, 3 de cada 10 de los que han fumado en el último año y un 39,7% de los que lo han hecho a diario durante el último mes.

Tabla 1.2.28.

Porcentaje de estudiantes que se han planteado alguna vez dejar de fumar entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la frecuencia con la que fumen (%). España, 2018.

	Total de estudiantes	Estudiantes que han fumado alguna vez en la vida	Estudiantes que han fumado en los últimos 12 meses	Estudiantes que han fumado en los últimos 30 días	Estudiantes que han fumado a diario en los últimos 30 días
Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado	11,9	41,2	40,6	38,8	40,0
Se han planteado dejar de fumar pero no lo han intentado	8,7	30,0	30,7	32,6	39,7
No se han planteado dejar de fumar	8,3	28,9	28,7	28,7	20,3

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

Cigarrillos electrónicos

Prácticamente la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años ha utilizado en alguna ocasión cigarrillos electrónicos (48,4%), siendo más frecuente entre los chicos con independencia de la edad (figura 1.2.13). Si consideramos el grupo masculino, la prevalencia más elevada se registra en el grupo de 16 años (57,0%), mientras que para el colectivo femenino se obtiene en el grupo de 18 años (47,7%).

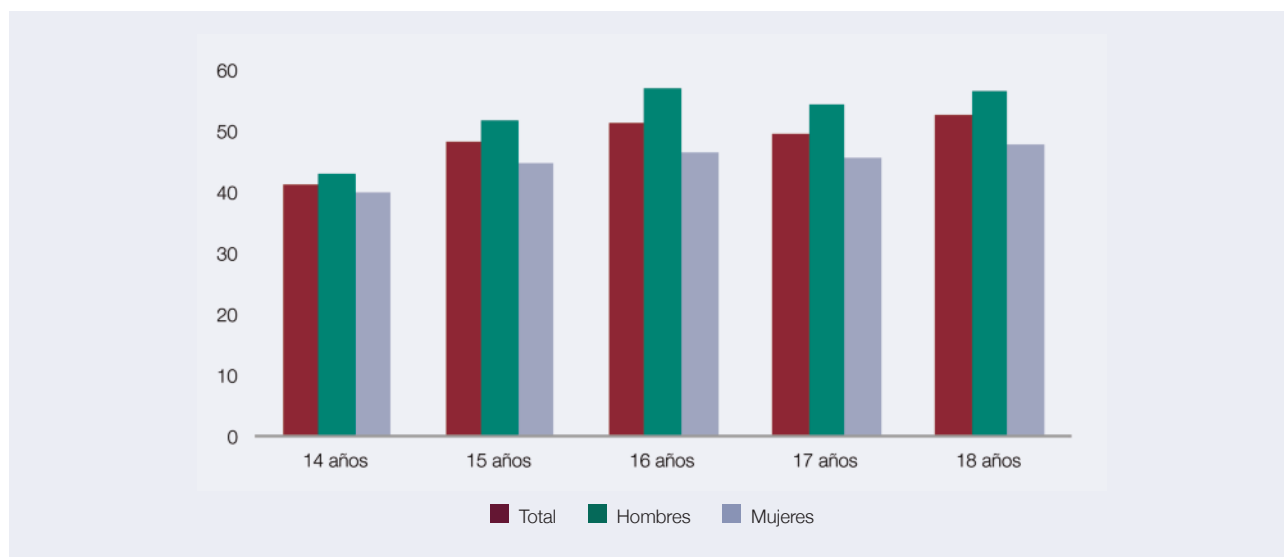
Entre aquellos que han fumado cigarrillos electrónicos, únicamente un 9,7% lo ha hecho **para reducir su consumo de tabaco o para dejar de fumar**, siendo el porcentaje muy similar para ambos sexos.

Analizando el resto de periodos temporales, el consumo de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes se sitúa en el 37,8% en el último año y el 14,9% en el último mes, siendo en todos los casos mayor el consumo entre los chicos (41,9% y 17,6%, respectivamente) que entre las chicas (33,9% y 12,4%, respectivamente).

A los estudiantes que declararon haber vapeado alguna vez, se les preguntó por **el tipo de cartucho utilizado** y la mayoría dijo haberlo usado sin nicotina (67,1%), un 11,3% lo había hecho con nicotina y el 21,6% restante había utilizado cartuchos o líquidos de los dos tipos. Diferenciando por sexo, aunque en ambos grupos predomina la utilización de los cartuchos sin nicotina, es entre los chicos donde se registra un mayor porcentaje, siendo 7 de cada 10 los que realizan ese tipo de consumo (71,5%). Por edad, el consumo de cartuchos con nicotina va incrementándose según va avanzando la edad de los estudiantes.

Figura 1.2.13.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.



	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total	41,4	48,3	51,4	49,6	52,4
Hombres	43,0	51,9	57,0	54,2	56,5
Mujeres	39,8	44,7	46,3	45,4	47,7

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

El consumo de **cigarrillos electrónicos** entre aquellos que han fumado tabaco en los diferentes tramos temporales supera el 75,0%, destacando especialmente el consumo entre los estudiantes que fuman tabaco a diario (86,8%).

El porcentaje de consumidores de **cigarrillos electrónicos con nicotina** entre los que han fumado tabaco supera el 30% en todos los indicadores temporales, siendo especialmente relevante en aquellos que han consumido tabaco diario los últimos 30 días, donde el porcentaje asciende hasta un 40,3%.

El consumo de cigarrillos electrónicos sin nicotina entre aquellos que han fumado tabaco ronda el 60%, no existiendo grandes diferencias entre los indicadores.

Tabla 1.2.29.

Tipo de cartuchos de cigarrillos electrónicos utilizados, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cigarrillos electrónicos, según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Cartuchos con nicotina	11,3	9,4	13,5	6,7	9,0	11,4	15,3	16,0
Cartuchos sin nicotina	67,1	71,5	62,2	77,8	71,4	66,3	59,0	58,7
De los 2 tipos	21,6	19,1	24,3	15,5	19,7	22,2	25,7	25,3

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Tabla 1.2.30.

Prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan consumido tabaco o no (%). España, 2018.

	Consumo de tabaco alguna vez en la vida		Consumo de tabaco en los últimos 12 meses		Consumo de tabaco en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha consumido CE con nicotina	32,6	3,3	35,8	4,4	40,3	6,4
No ha consumido CE con nicotina	67,4	96,7	64,2	95,6	59,7	93,6
Ha consumido CE sin nicotina	64,8	24,8	66,0	27,9	66,9	31,8
No ha consumido CE sin nicotina	35,2	75,2	34,0	72,1	33,1	68,2

CE = Cigarrillos electrónicos.

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

Cuando analizamos el **consumo de cannabis y cigarrillos electrónicos** (tabla 1.2.31), vemos un comportamiento similar al observado con el tabaco. En esta ocasión, casi el 80% de los estudiantes que declaran haber consumido cannabis alguna vez en su vida, también admiten haber fumado cigarrillos electrónicos.

Tabla 1.2.31.

Prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan consumido cannabis o no (%). España, 2018.

	Consumo de cannabis alguna vez en la vida		Consumo de cannabis en los últimos 12 meses		Consumo de cannabis en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha consumido CE alguna vez en la vida	78,5	33,5	81,2	35,7	84,4	39,7
Nunca ha consumido CE	21,5	66,5	18,8	64,3	15,6	60,3

CE = Cigarrillos electrónicos.

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

Por otro lado, se ha consultado a los estudiantes en qué medida consideran que determinados consumos de drogas pueden ocasionar problemas, con el fin de conocer la **percepción de riesgo asociada al consumo de las diferentes sustancias**. En este ámbito, se observa que los estudiantes que han consumido cigarrillos electrónicos alguna vez manifiestan una menor percepción de riesgo asociado al consumo de tabaco o de cannabis que aquellos que nunca han fumado con los dispositivos electrónicos. Así, el 92,1% de los que han utilizado cigarrillos electrónicos alguna vez no advierte un riesgo importante ante el consumo de un paquete diario de tabaco, proporción que aumenta hasta un 95,4% entre aquellos que nunca han utilizado cigarrillos electrónicos.

La diferencia en la percepción de riesgo es mayor cuando se analiza el consumo de cannabis, ya que el 43,7% de los alumnos que han probado los cigarrillos electrónicos advierte un riesgo importante ante el consumo esporádico de cannabis, llegando hasta un 82,4% cuando se trata de su consumo habitual. Sin embargo, entre los estudiantes que nunca han fumado cigarrillos electrónicos, las cifras de percepción de riesgo, aumentan notablemente, situándose en el 60,1% y 92,4% respectivamente.

Tabla 1.2.32.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos y de cannabis (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según hayan consumido cigarrillos electrónicos alguna vez o no (%). España, 2018.

		Consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida	
		Sí	No
Fumar un paquete de tabaco diario	Muchos/bastantes problemas	92,1	95,4
Fumar hachís/marihuana (cannabis) alguna vez (una vez al mes o menos)	Muchos/bastantes problemas	43,7	60,1
Fumar hachís/marihuana (cannabis) habitualmente	Muchos/bastantes problemas	82,4	92,4
Fumar cigarrillos electrónicos alguna vez (una vez al mes o menos)	Muchos/bastantes problemas	12,1	24,9

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

Por otro lado, se ha consultado a los alumnos en qué medida tendrían **dificultades para conseguir o adquirir diferentes drogas**, con el fin de conocer el nivel de disponibilidad percibido. En este sentido, se observa que los alumnos que han consumido alguna vez cigarrillos electrónicos perciben una mayor disponibilidad de sustancias como el tabaco o el cannabis que aquellos que no lo han hecho (tabla 1.2.33). Concretamente, el 96,0% de los que han vapeado creen que es sencillo adquirir tabaco, mientras que para los que no han fumado cigarrillos electrónicos, esa disponibilidad se sitúa por debajo (90,0%).

Cuando se aborda la disponibilidad del cannabis, la diferencia entre ambos grupos es mayor. Entre aquellos que han utilizado cigarrillos electrónicos, el 78,5% considera que podría conseguir cannabis sin problemas, porcentaje que se reduce hasta el 55,9% para aquellos que nunca han fumado ese tipo de cigarrillos.

Tabla 1.2.33.

Disponibilidad percibida del tabaco y del cannabis entre los Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan consumido cigarrillos electrónicos alguna vez o no (%). España, 2018.

		Consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida	
		Sí	No
Disponibilidad percibida del tabaco	Fácilmente disponible (fácil + muy fácil)	96,0	90,0
Disponibilidad percibida del cannabis	Fácilmente disponible (fácil + muy fácil)	78,5	55,9

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

Hipnosedantes

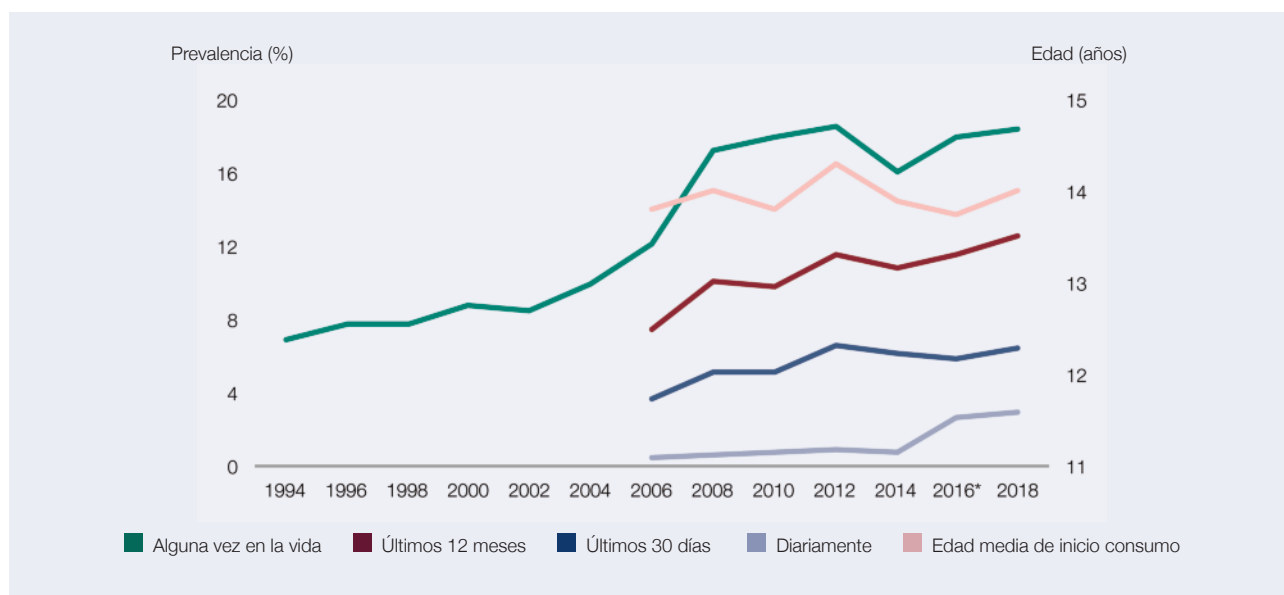
Hipnosedantes (con o sin receta médica)

El 18,4% de los estudiantes declara haber consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida y el 12,5% en el último año.

En términos evolutivos, la prevalencia de los hipnosedantes ha sufrido un incremento con respecto al año 2016, alcanzando niveles similares a los registrados en 2012. Por su parte, el 6,4% de los estudiantes de 14 a 18 años dijo haber consumido hipnosedantes en los 30 días previos a la encuesta, porcentaje 0,5 puntos porcentuales mayor a la anterior edición. Por término medio, el primer consumo de hipnosedantes se produce a los 14,0 años, dato que se ha mantenido muy constante a lo largo de la serie histórica.

Figura 1.2.14.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4
Últimos 12 meses	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6	12,5
Últimos 30 días	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9	6,4
Diariamente	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8	2,7	3,0
Edad media inicio consumo	-	-	-	-	-	-	13,8	14,0	13,8	14,3	13,9	13,7	14,0

* En 2016 se cambió la manera de preguntar el consumo de hipnosedantes.

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

Analizando el consumo de hipnosedantes en función del **sexo**, apreciamos que este consumo es mayor entre las chicas, ya que 2 de cada 10 admiten haber consumido estas sustancias alguna vez en sus vidas (21,5%), cifra que en los chicos es del 15,1%.

En el grupo femenino, la extensión del consumo de hipnosedantes (con o sin receta) aumenta a medida que lo hace la edad, por lo que la prevalencia más elevada en los diferentes tramos temporales se registra en el grupo de 18 años, donde el 32,3% ha tomado hipnosedantes alguna vez, mientras que las chicas menores de edad los han consumido en un 20,9%. Este patrón temporal se repite entre los chicos, aunque siempre con prevalencias inferiores (tabla 1.2.34). Evolutivamente, se observa una tendencia ascendente en el consumo de hipnosedantes en ambos sexos.

Tabla 1.2.34.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	18,4	15,1	21,5	13,8	11,5	16,1	16,6	14,7	18,5	18,8	15,6	21,8	21,3	16,4	25,8	17,9	14,7	20,9	25,8	19,9	32,3
Último año	12,5	9,8	15,1	9,0	7,4	10,6	10,8	9,3	12,3	13,0	10,4	15,4	15,2	10,7	19,3	12,2	9,6	14,7	17,2	12,5	22,4
Último mes	6,4	5,1	7,7	4,7	4,0	5,3	5,9	5,1	6,7	6,4	5,3	7,5	7,6	5,3	9,6	6,3	5,0	7,4	9,5	6,8	12,6

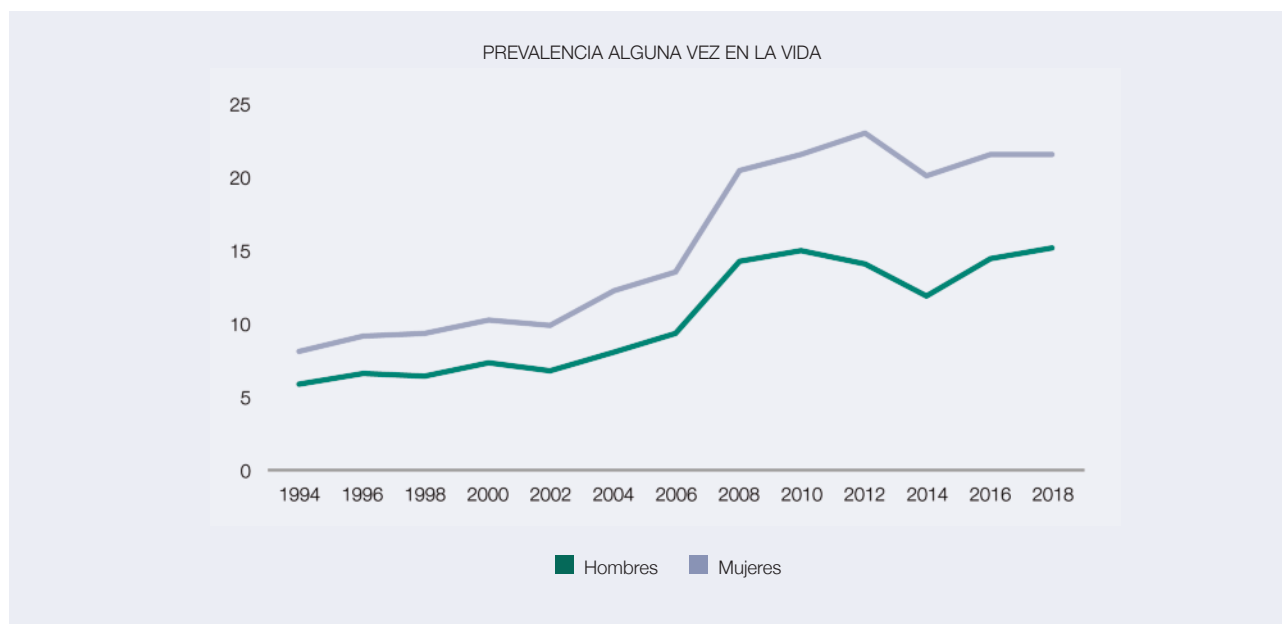
T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Tabla 1.2.35.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida	5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	9,3	13,6	14,2	20,4	14,9	21,5	14,1	23,0	11,9	20,1	14,4	21,5	15,1	21,5



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Hipnosedantes (sin receta médica)

El 8,6% de los estudiantes de 14 a 18 años admite que en alguna ocasión ha tomado hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico. Respecto al año anterior, la prevalencia ha aumentado 0,6 puntos porcentuales. En el resto de tramos temporales también se han registrado crecimientos en la prevalencia del consumo sin receta (figura 1.2.15).

A lo largo de la serie histórica, la edad de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta se ha mantenido entre los 14 y los 15 años, siendo el promedio registrado en 2018 de 14,3 años, ligeramente superior a la edad registrada en los dos últimos años.

Cuando se analiza el consumo de hipnosedantes sin prescripción médica, se observa que se trata de un consumo más extendido entre las chicas, en las que el consumo alguna vez alcanza el 10,3% (tabla 1.2.36). Esta diferencia por sexo se mantiene en todos los tramos temporales.

Al igual que ocurría con los hipnosedantes con o sin receta, el consumo de hipnosedantes sin receta adquiere más importancia a medida que aumenta la **edad** de las estudiantes, de manera que el mayor porcentaje de consumo se registran a los 18 años en todos los tramos temporales. En esta edad, se observa que el 15,5% de las chicas ha tomado hipnosedantes alguna vez en la vida sin prescripción médica, cifra muy superior a la registrada entre los chicos en el mismo tramo temporal (9,1%), siendo también para éstos la edad con una mayor prevalencia.

Figura 1.2.15.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



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

Tabla 1.2.36.

Prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	8,6	6,8	10,3	6,0	4,7	7,2	8,0	6,4	9,5	8,5	7,2	9,7	10,4	7,6	13,1	8,4	6,6	10	12,1	9,1	15,5
Último año	6,1	4,7	7,4	4,3	3,3	5,2	5,2	4,3	6,1	6,1	5,1	7,1	7,7	5,3	9,9	5,9	4,6	7,2	8,7	6,7	10,8
Último mes	2,9	2,2	3,5	2,2	1,9	2,4	2,5	2,0	2,9	2,9	2,3	3,4	3,6	2,6	4,6	2,8	2,2	3,4	4,3	2,6	6,2

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

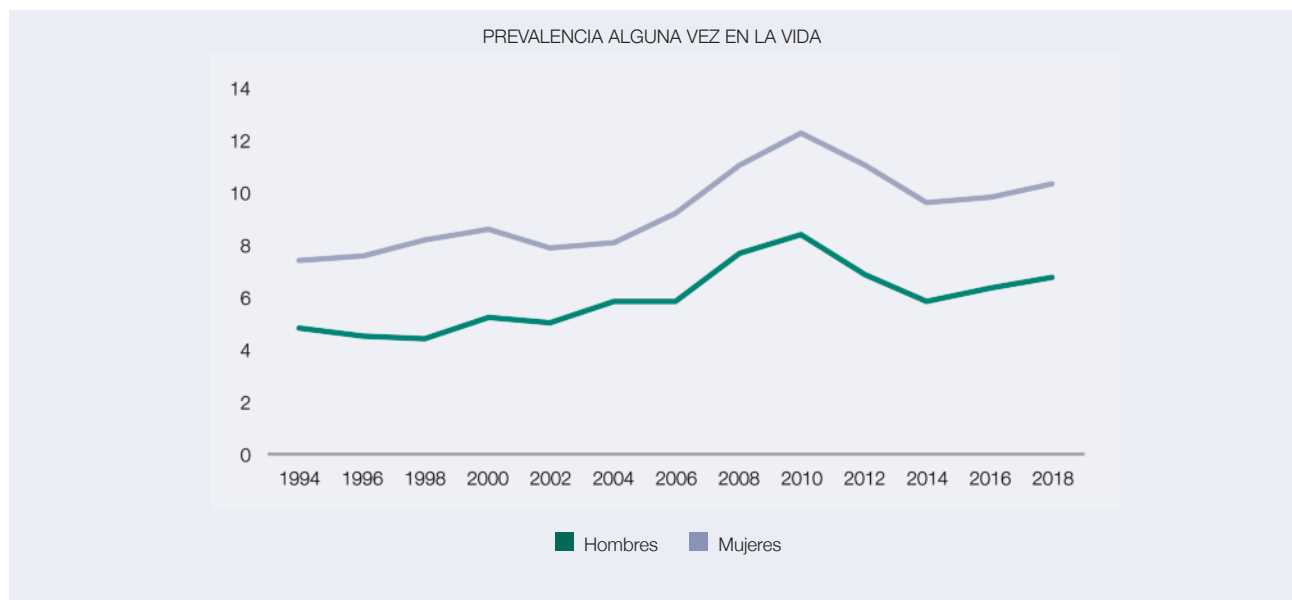
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

A lo largo de toda la serie histórica el consumo de hipnosedantes sin receta siempre ha estado más presente en las chicas (tabla 1.2.37). En ellas, la prevalencia relativa al consumo alguna vez en la vida se ha mantenido en una franja entre el 7,4% y el 12,3% a lo largo de la serie, mientras que, en el grupo masculino, la cifra de consumo ha oscilado históricamente entre el 4,4% y el 8,4%.

Tabla 1.2.37.

Características del consumo de hipnosedantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2016.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media inicio consumo hipnosedantes sin receta (años)	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,9	14,5	13,7	14,4	14,3	14,8	13,8	14,5	13,5	14,2	14,1	14,3
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	6,9	11,0	5,8	9,6	6,3	9,8	6,8	10,3
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta últimos 12 meses	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3	3,8	6,8	4,1	6,7	4,7	7,4
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta últimos 30 días	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3	2,0	3,9	2,0	3,3	2,2	3,5



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Analgésicos opioides

Una de las novedades de esta edición es la inclusión de preguntas para conocer el consumo de los analgésicos opioides para colocarse entre los estudiantes de 14 a 18 años.

El 2,2% de los estudiantes de 14 a 18 años reconoce haber consumido analgésicos opioides para colocarse alguna vez en sus vidas. Diferenciando por sexo, el 1,5% de las chicas declaran este consumo, duplicándose esta cifra en los chicos (3,0%). El consumo aumenta con la edad y es en los alumnos de 18 años en los que se registran las mayores prevalencias, tanto entre los chicos (4,1%) como entre las chicas (2,3%).

Por otra parte, un 1,5% de los alumnos ha consumido analgésicos opioides para colocarse en el último año y un 0,5% en el último mes. De nuevo el consumo es mayor entre los chicos en ambos tramos temporales.

Tabla 1.2.38.

Prevalencia de consumo de analgésicos opioides entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	2,2	3,0	1,5	1,0	1,3	0,7	2,1	2,8	1,5	2,5	3,6	1,5	2,8	3,7	2,0	2,2	2,9	1,5	3,2	4,1	2,3
Último año	1,5	2,2	0,8	0,7	0,9	0,6	1,6	2,3	0,9	1,7	2,7	0,7	1,6	2,4	0,9	1,5	2,2	0,8	1,9	2,7	0,9
Último mes	0,5	0,7	0,2	0,3	0,4	0,3	0,6	1,0	0,2	0,4	0,8	0,1	0,5	0,7	0,3	0,5	0,8	0,2	0,5	0,6	0,3

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

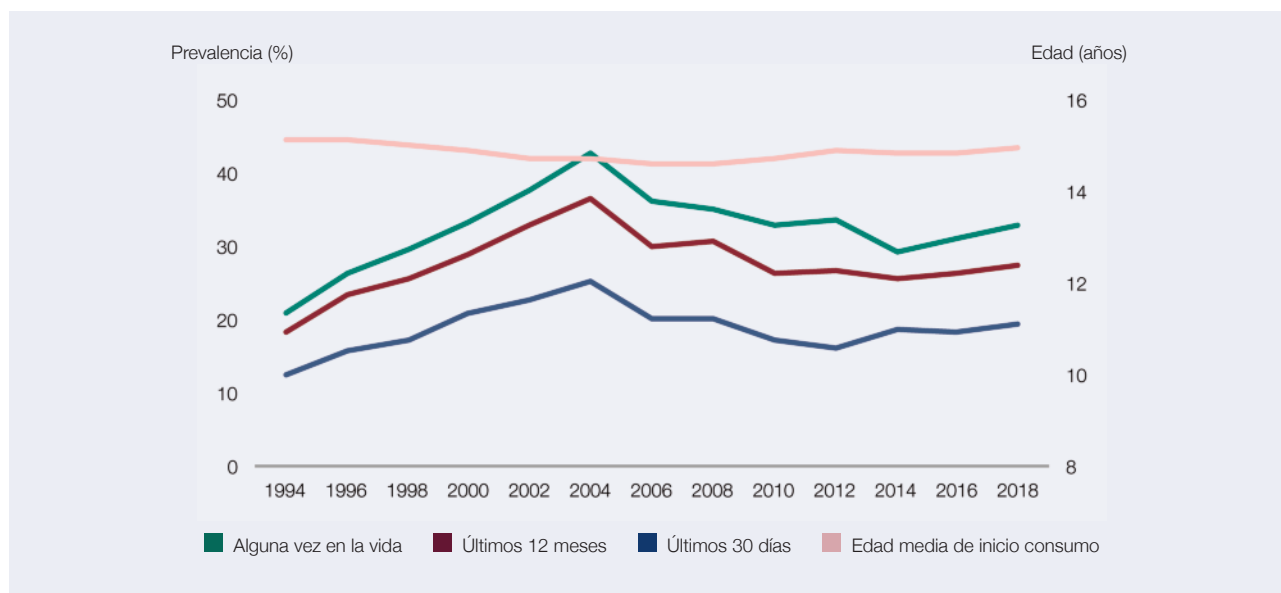
Cannabis

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo un 33,0% el porcentaje de alumnos que han consumido esta sustancia alguna vez en la vida (figura 1.2.16). Evolutivamente, la prevalencia del cannabis sigue con la tendencia creciente iniciada en 2016.

Por término medio, el consumo de esta droga comienza antes de cumplir los 15 años, sin apreciarse una variación reseñable en este ámbito con respecto a la serie histórica.

Figura 1.2.16.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%) y edad media de inicio del consumo (años). España, 1994-2018.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0
Últimos 12 meses	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6	25,4	26,3	27,5
Últimos 30 días	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1	18,6	18,3	19,3
Edad media de inicio del consumo	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9	14,8	14,8	14,9

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

El 27,5% de los estudiantes admite haber consumido cannabis en los últimos 12 meses, siendo ésta la prevalencia más alta desde 2010. Analizando el tramo temporal de los últimos 30 días, los estudiantes que confirman un consumo de cannabis representan el 19,3%, prevalencia que ha aumentado con respecto al año 2016, cuando la registrada fue de un 18,3%.

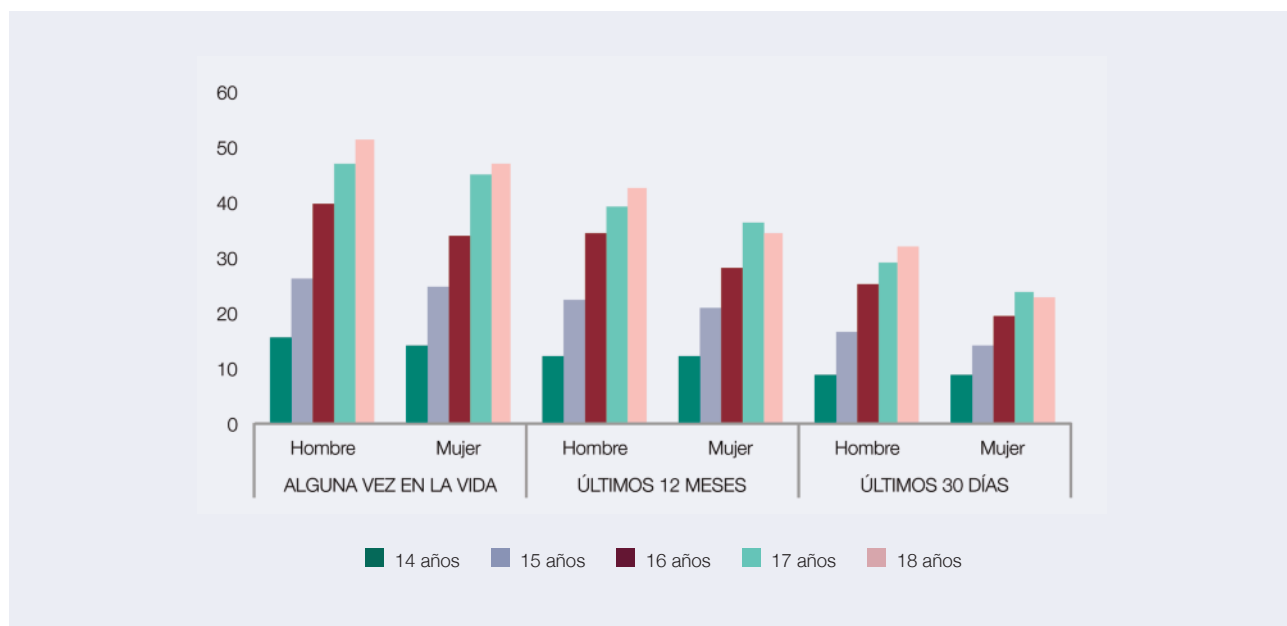
Independientemente de la edad y del tramo temporal analizado, el consumo de cannabis se encuentra más extendido en los chicos (figura 1.2.17). En este grupo, el 15,8% de los estudiantes de 14 años ha consumido cannabis alguna vez, proporción que aumenta progresivamente con la edad, encontrando que, en el grupo de 18, años ya son más de la mitad los que han consumido en alguna ocasión (51,2%).

En el grupo femenino, el 14,2% de las estudiantes de 14 años admite haber consumido esta droga alguna vez, aumentando también progresivamente con la edad, de manera que a los 18 años el consumo alcanza el 47,2%.

Al considerar el tramo temporal de los últimos 30 días en el grupo masculino, la prevalencia en los alumnos de 14 años es de 8,8%, porcentaje que se multiplica por 4 en el grupo de alumnos de 18 años (32,1%). En las chicas, la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días a los 14 años es de 8,7%, llegando hasta un 23,5% entre las chicas de 17 años, que es donde se registra la prevalencia de consumo más alta.

Figura 1.2.17.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.



		14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	Hombre	15,8	26,4	39,8	47,0	51,2
	Mujer	14,2	24,6	33,9	45,0	47,2
Últimos 12 meses	Hombre	12,4	22,5	34,5	39,4	42,5
	Mujer	12,1	21,0	28,3	36,5	34,5
Últimos 30 días	Hombre	8,8	16,6	25,2	29,2	32,1
	Mujer	8,7	14,1	19,3	23,5	23,0

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

A lo largo de la serie histórica, el consumo de cannabis siempre ha estado más extendido entre los varones en todos los tramos temporales. Evolutivamente apreciamos que, con independencia del sexo y del tramo temporal, la prevalencia ha experimentado un crecimiento con respecto al año 2016.

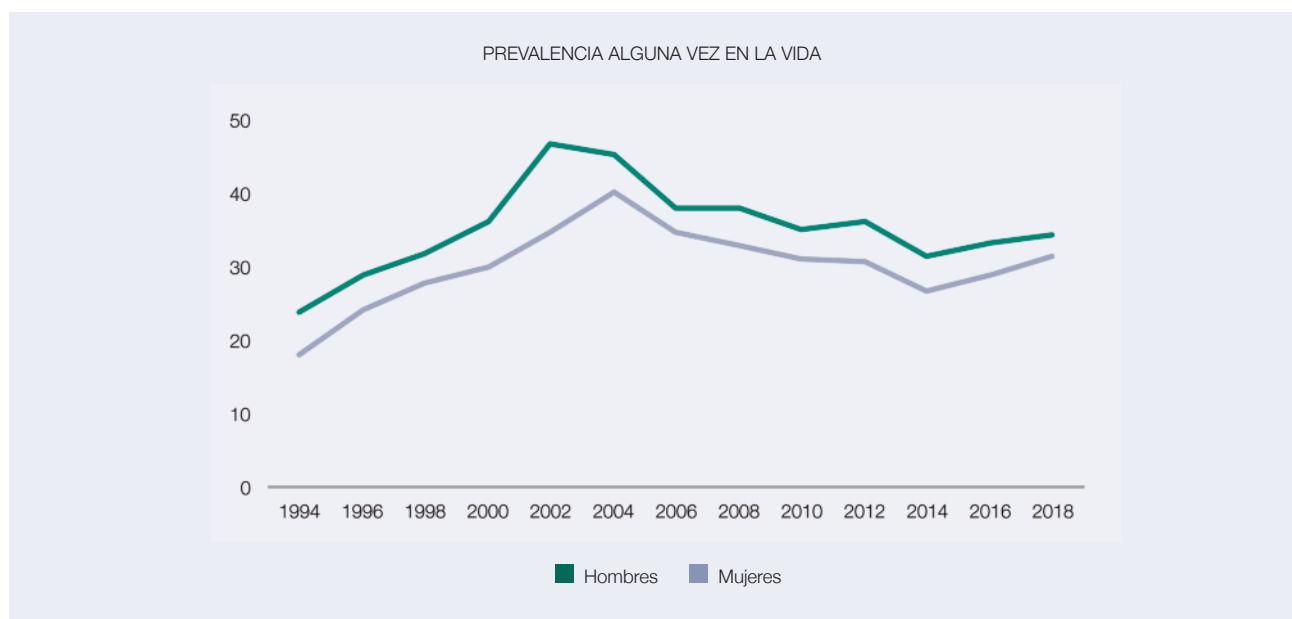
Por su parte, la edad media de inicio en el consumo apenas difiere una o dos décimas entre chicos y chicas, escenario que se ha contemplado a lo largo de la serie.

Entre los chicos y chicas que han consumido cannabis en los últimos 30 días, lo más frecuente es el consumo puntual (1 o 2 días), observándose que los chicos registran una mayor frecuencia de consumo. Así, el 3,3% de los hombres y el 1,4% de las mujeres consumió 20 o más días.

Tabla 1.2.39.

Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018			
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.784	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521		
Edad media de inicio de consumo (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8	14,8	15,0	14,8	14,9	14,8	14,9	14,9	15,0		
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5		
Prevalencia (%) últimos 12 meses	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9		
Prevalencia (%) últimos 30 días	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	18,6	14,6	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3		
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días																												
Nunca	84,9	90,2	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7	81,1	86,7	83,1	87,9	84,2	88,2	82,3	86,6		
1 a 2 días	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8	7,1	6,2	6,5	6,0	5,7	5,5	7,0	6,5		
3 a 5 días	3,0	2,1	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8	5,0	4,6	3,9	3,7	3,9	3,0	3,9	2,8	3,6	2,7	3,8	3,1		
6 a 9 días	2,1	1,4	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8	2,6	1,8	2,2	1,4	2,1	1,3	2,0	1,1	1,8	1,3	1,5	1,2		
10 a 19 días	1,5	0,6	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8	3,6	2,0	2,5	1,6	2,0	1,3	1,9	1,2	1,9	1,1	2,1	1,2		
20 a 29 días	1,5	0,6	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2	4,5	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4		



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Incidencia

La incidencia del consumo de cannabis permite saber cuántos estudiantes de 14 a 18 años comenzaron a consumir cannabis en el último año (tabla 1.2.40).

Como se ha comentado con anterioridad, la incidencia se calcula sobre una base formada por los estudiantes que nunca han consumido cannabis y aquellos que comenzaron su consumo en los últimos 12 meses, y se trata de dimensionar cuánto suponen éstos últimos sobre dicha base.

En 2018 han empezado a consumir cannabis 222.000 estudiantes, siendo ligeramente mayor el número de alumnas.

Tabla 1.2.40.

Incidencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (números absolutos*). España, 2014-2018.

	2014			2016			2018		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
En los últimos 12 meses	146.300	72.400	73.800	170.000	88.900	81.100	222.200	109.600	112.600

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2018. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Nota: debido al redondeo la suma de hombres y mujeres no coincide exactamente con el total.

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

Características del consumo de cannabis: cantidad y tipo

En cuanto a la **cantidad consumida**, entre los estudiantes que han fumado cannabis en los últimos 30 días, la media en un día de consumo es de 3,4 porros (tabla 1.2.41). Los varones realizan un consumo más intenso de esta sustancia, ya que por término medio fuman aproximadamente un porro más que los declarados por las chicas (3,8 para ellos frente a 2,9 para ellas).

Atendiendo a la edad de los estudiantes no se ven grandes diferencias, siendo el grupo de 16 el que consume un mayor número de porros (3,6 porros).

En cuanto a la **forma de consumo del cannabis**, la mayoría de los que han consumido cannabis en el último mes señalan que ha fumado principalmente marihuana (43,8%). Esta **forma de consumo** se encuentra más extendida entre las chicas y entre los consumidores más jóvenes.

Por otro lado, el 37,0% de los alumnos que han consumido cannabis en los últimos 30 días reconoce un consumo tanto de marihuana como de hachís. El consumo de las dos modalidades en el mismo periodo se encuentra más extendido entre los chicos y entres los consumidores de 15 años.

Entre los consumidores de cannabis, el consumo de hachís (resina o chocolate) es menos frecuente que la marihuana: el 19,3%, de los consumidores señala que lo que ha fumado principalmente en el periodo de los últimos 30 días ha sido hachís.

La mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco (87,1%), en ambos sexos y todas las edades.

Evolutivamente, ha aumentado el consumo de hachís entre los estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias, habiendo también crecido el número de personas que consumen el cannabis mezclado con tabaco.

Tabla 1.2.41.

Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2018.

	2016		2018	
	Total	Total	Hombre	Mujer
Tipo de consumo de cannabis				
Principalmente marihuana (hierba)	51,1	43,8	39,7	48,7
Principalmente hachís (resina, chocolate)	12,2	19,3	19,7	18,7
De los 2 tipos	36,7	37,0	40,6	32,6
Mezcla de cannabis con tabaco				
Sí	82,4	87,1	85,4	89,2
No	17,6	12,9	14,6	10,8
Media de porros consumidos el día que se consume cannabis	3,4	3,4	3,8	2,9

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

En cuanto al **modo de consumo del cannabis** (tabla 1.2.42), el porro o canuto es la forma más extendida (el 98,9% de los alumnos la han señalado), seguido del uso pipas de agua, “bongs”, cachimbas o “shishas”, aunque mucho menos habitual (11,9%).

El consumo usando cigarrillos electrónicos alcanza en esta edición el 5,4%, mientras que el consumo por vía oral (pasteles, galletas...) es minoritario (2,0%). Con respecto al año 2016, se ha reducido el consumo mediante pipas de agua y por vía oral; en el lado opuesto ha aumentado el consumo de cannabis usando cigarrillos electrónicos.

Tabla 1.2.42.

Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2018.

	2016		2018	
	Total	Total	Hombre	Mujer
En forma de porro o canuto	97,7	98,9	99,1	98,6
Usando pipas de agua, bongs, cachimbas, shishas	17,9	11,9	15,1	8,1
Por vía oral: pasteles, galletas...	5,7	2,0	2,5	1,4
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	5,4	5,8	4,9

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

En cuanto a la **legalidad del cannabis y su consumo** (tabla 1.2.43), entre los estudiantes que no han probado nunca el cannabis, el 84,6% manifiestan que no lo probarían ni aunque fuera legal, y el 15,4% restante sí lo probaría en caso de legalización, este porcentaje ha aumentado ligeramente con respecto a los datos obtenidos en el 2016.

Por sexo y edad no apreciamos grandes diferencias, siendo los hombres y los estudiantes de 15 años aquellos que tendrían una mayor predisposición a probar el cannabis.

Tabla 1.2.43.

Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que afirman que probarían o no hachís o marihuana si fuese legal, entre los estudiantes de 14 a 18 años que no lo han probado nunca, según sexo (%). España 2016-2018.

	2016		2018	
	Total	Total	Hombre	Mujer
Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana ¿lo probarías?				
Sí	12,5	15,4	15,8	15,2
No	87,5	84,6	84,2	84,8

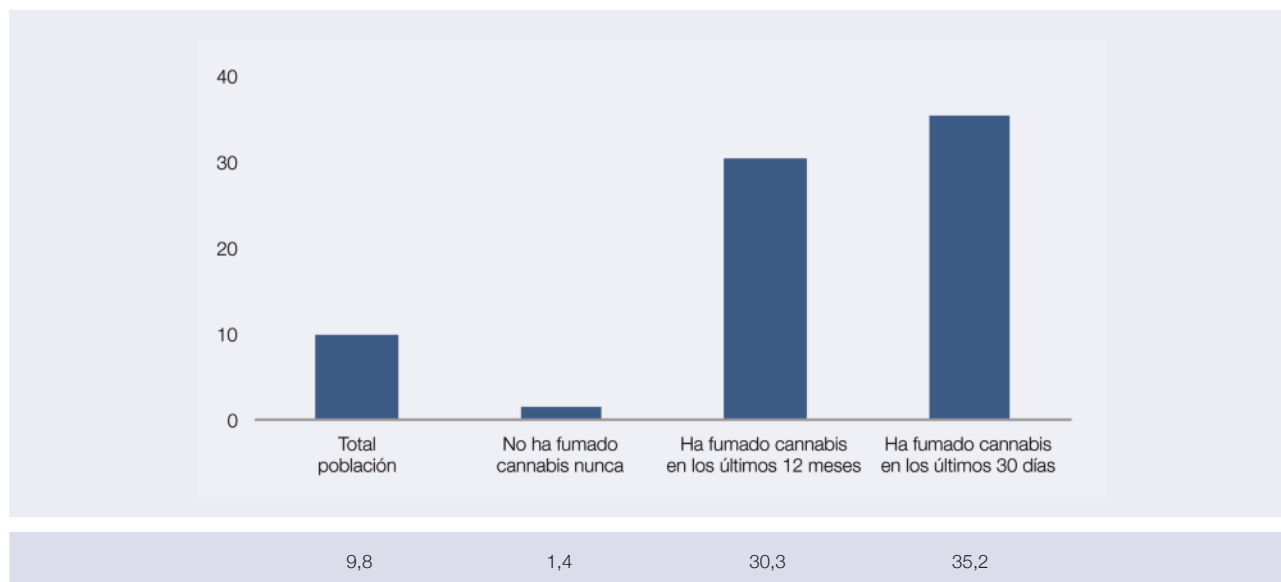
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El 87,1% de los consumidores de cannabis ha consumido **cannabis mezclado con tabaco**, siendo esta cifra mayor que en 2016 (82,4%).

Analizando el consumo de tabaco en función del consumo de cannabis, vemos que tan sólo el 1,4% de los estudiantes que nunca han fumado cannabis, dice haber consumido tabaco a diario, mientras que, aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes que sí lo han consumido, ha fumado a diario durante el último mes.

Figura 1.2.18.

Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su consumo de cannabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días (%). España, 2018.



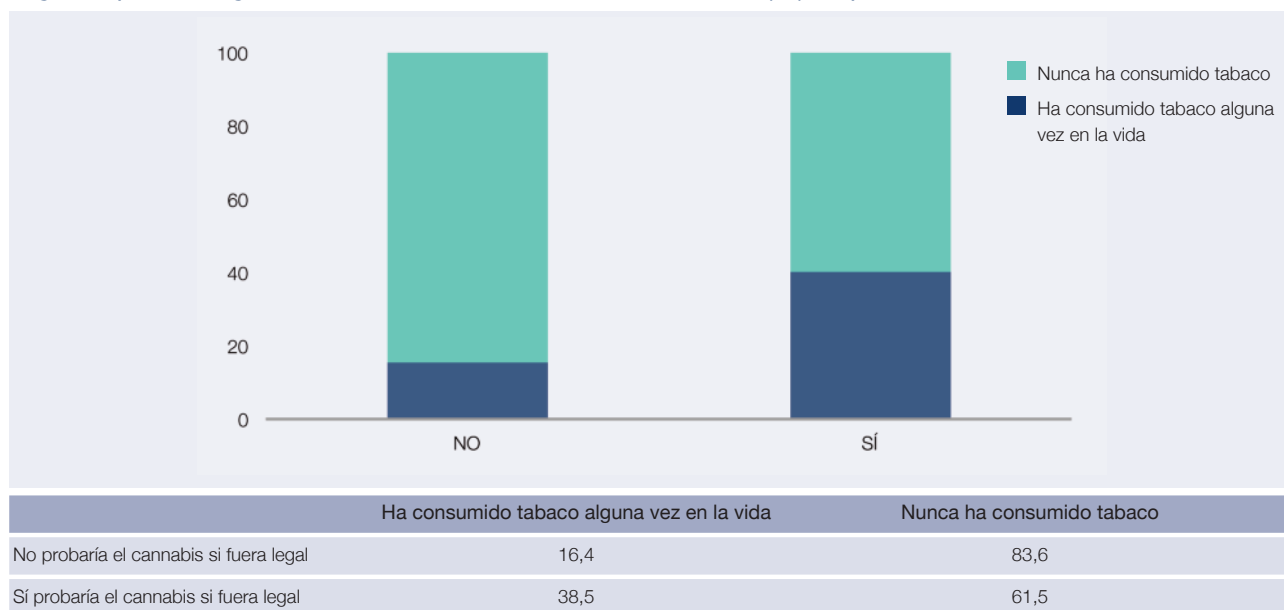
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cuando se analiza el consumo de tabaco según la **posibilidad de probar el hachís o la marihuana si fuese legal** (figura 1.2.19), se observa una clara relación entre ambos indicadores.

Así, el 38,5% de los que dicen que sí probarían el cannabis si fuese legal, han consumido tabaco alguna vez en la vida. En el lado opuesto, el 16,4% de los que no probarían el cannabis, aunque fuese legal, dice haber fumado tabaco alguna vez en la vida.

Figura 1.2.19.

Consumo de tabaco alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la posible legalidad del consumo de hachís o marihuana (%). España, 2018.



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

Consumo de riesgo de cannabis. Escala CAST

El consumo de cannabis se asocia con diversos efectos adversos para la salud entre los que destacan el aumento del riesgo de consumo de otras drogas y adicciones, así como los problemas de salud mental. Son importantes las reacciones agudas de la esfera cognitivo-emocional, incluyendo ansiedad y problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes, por lo que su relación con accidentes de tráfico es un aspecto de especial relevancia. También se ha demostrado relación con enfermedades respiratorias, incluida el asma y efectos cardiovasculares agudos como infarto de miocardio e ictus^{1,2}.

El consumo de cannabis se asocia con un aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis^{3,4}. Este riesgo aumenta cuanto mayor frecuencia de consumo y mayor potencia del cannabis utilizado⁵ (nota: los datos de las incautaciones en España y Europa indican un progresivo aumento de la pureza y potencia del cannabis). También es mayor cuanto más temprano es el consumo, de manera que es cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años (actual edad media de inicio en el consumo en España) que si se hace a los 26 años. Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes⁶. Incluso se ha demostrado que el consumo de cannabis de manera únicamente puntual puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes^{7,8,9}.

Es necesario conocer el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie

1. Volkow N, Baker RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med.* 2014;370(23): 2219-2227.
 2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24625>.
 3. Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biol Psychiatry* 2016; 79: 549-56.
 4. Mustonen A, Niemela S, Nordstrom T, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 227-33.
 5. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, et al, and the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry* 2019.
 6. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, Bloomfield MA, Curran HV, Baler R. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry.* 2016 Mar; 73(3):292-7.
 7. Orr C, Spechler P, Cao Z, et al. Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence. *J Neurosci.* 2019 Mar 6;39(10):1817-1827.
 Feeney, K.E., Kampman K. M.; Adverse effects of marijuana use. *The Linacre Quarterly* 83 (2) 2016, 174-178.
 8. Suerken C.K., Reboussin B. A., Egan K. L., Sutfin E. L., Wagoner K. G., Spangler J., Wolfson M.; Marijuana use trajectories and academic outcomes among college students. *Drug and Alcohol Dependence* 162 (2016) 137-145.
 9. Feeney, K.E., Kampman K. M.; Adverse effects of marijuana use. *The Linacre Quarterly* 83 (2) 2016, 174-178.

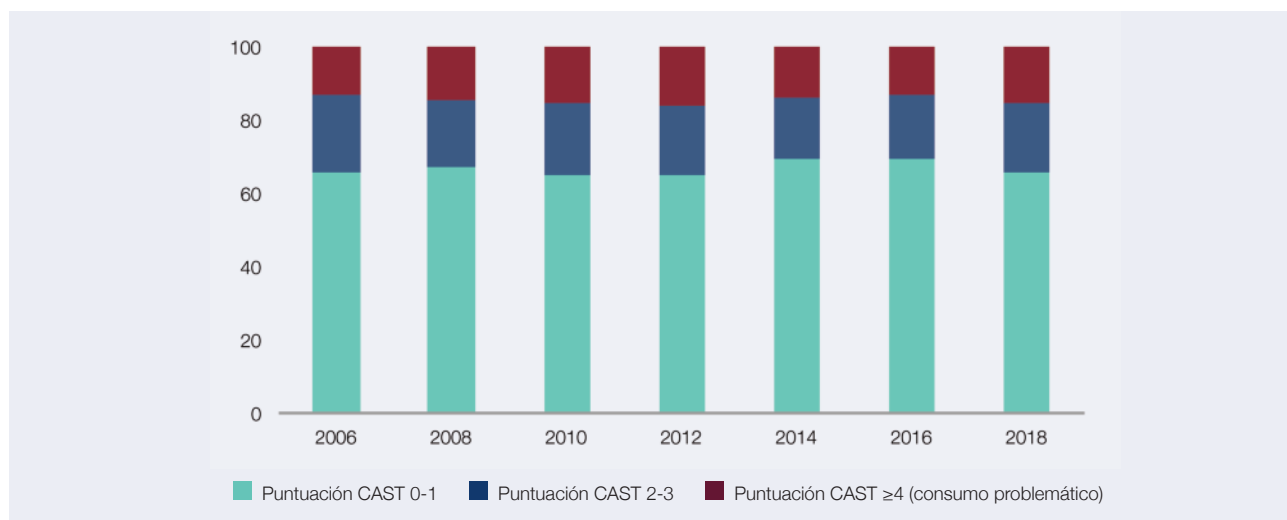
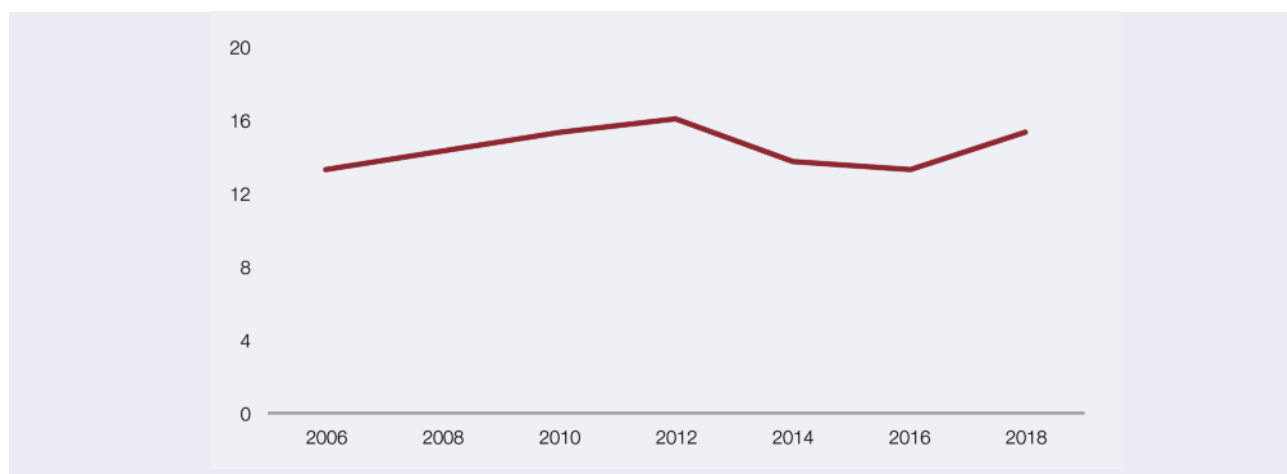
de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

En la encuesta de 2018, se ha mantenido en el cuestionario la escala CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al. 2007), que ya se introdujo en la encuesta ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 y 2016, lo que permite establecer una tendencia temporal.

La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Aquellos con una puntuación de 4 o más se califican como posibles consumidores problemáticos.

Figura 1.2.20.

Evolución de la categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado el cuestionario en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2006-2018.



	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Puntuación CAST 0-1	66,0	67,1	64,8	65,2	69,5	69,5	65,4
Puntuación CAST 2-3	20,7	18,6	19,9	18,7	16,7	17,2	19,2
Puntuación CAST ≥ 4 (consumo problemático)	13,3	14,3	15,3	16,1	13,8	13,3	15,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

A lo largo del informe se utilizará esta puntuación para clasificar a los consumidores problemáticos de cannabis, aunque existen otros artículos publicados posteriormente en los que plantea la posibilidad de fijar el punto de corte cuando la puntuación obtenida para la escala CAST resulte ser de 2 o de 3^{10,11,12}.

Entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, el 65,4% presentan una puntuación de 0 a 1, el 19,2% una puntuación de 2 a 3 y el 15,4%, una puntuación de 4 o más (posible consumo problemático). En términos evolutivos, se ha producido un incremento de más de dos puntos en la proporción de estudiantes que tienen un consumo problemático de cannabis, alcanzando este año el segundo dato más alto de la serie histórica, por detrás del registrado en 2012.

Si se considera a la totalidad del conjunto de estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias, los consumidores problemáticos de cannabis representarían un 3,4% de los alumnos, cifra con tendencia ascendente en las últimas tres ediciones (tabla 1.2.44).

Tabla 1.2.44.

Porcentaje y estimación de consumidores problemáticos de cannabis (según escala CAST) en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2006-2018

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Población de estudiantes de 14 a 18 años (en miles)							
con Puntuación CAST \geq 4 (consumo problemático)	52.468	55.025	78.572	65.239	37.238	43.844	55.387
Porcentaje entre la totalidad							
de individuos estudiantes de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Considerando a los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST (figura 1.2.21), se puede observar que la prevalencia de consumo problemático es superior entre los varones (18,5% frente a 12,4% de las mujeres) y que aumenta a medida que lo hace la edad (10,0% para los estudiantes de 14 años y 19,3% para los de 18).

En cuanto al tipo de sustancia consumida no se aprecian diferencias significativas: la marihuana se encuentra ligeramente más extendida entre las mujeres con consumo problemático y, por el contrario, los chicos muestran un mayor consumo conjunto de hachís y marihuana en el mismo periodo. Con independencia del sexo, para los consumidores problemáticos, la forma más frecuente de consumir cannabis es mezclándolo con tabaco.

Entre los consumidores problemáticos de cannabis la media de porros consumidos al día es de 5,8 (6,1 entre los chicos y 4,5 entre las chicas). Comparativamente, observamos que los consumidores problemáticos consumen en mayor medida cannabis de ambos tipos, a diferencia del resto, que consumen principalmente marihuana. En cuanto a la mezcla de cannabis con tabaco a la hora de consumirlo, apreciamos que los problemáticos lo hacen en mayor medida (94,1% frente a 87,1%). Finalmente, como era de esperar, la media de porros consumidos al día es notablemente superior entre los consumidores problemáticos.

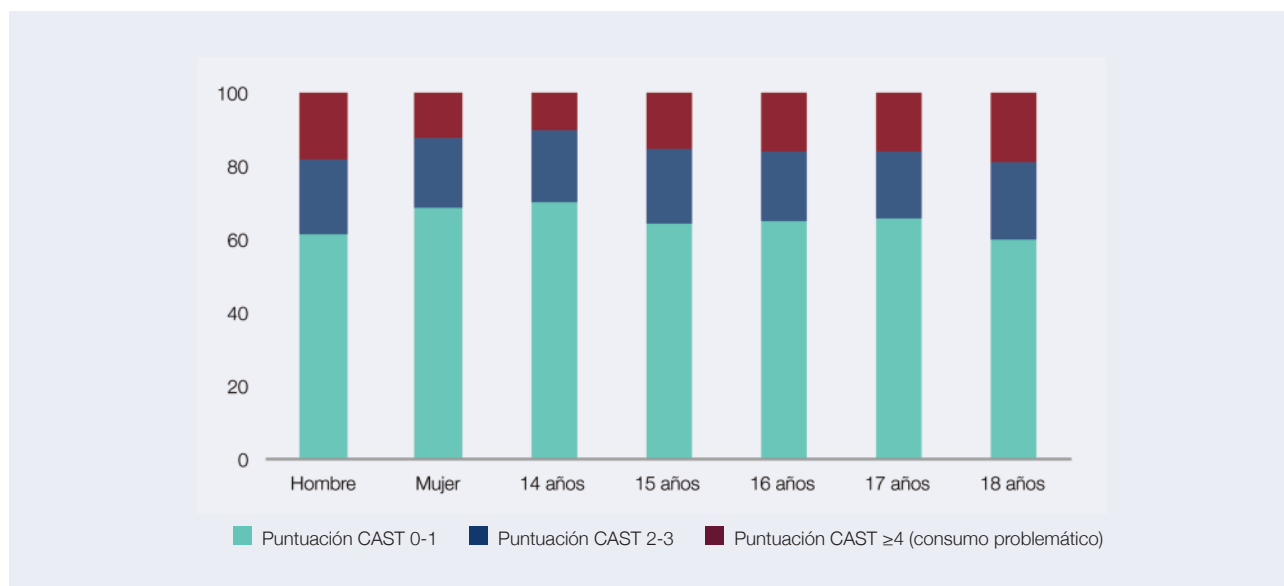
10. Legleye S., Piontek D., Kraus L.; Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 113 (2011) 229–235.

11. Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C.; Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. *Eur Addict Res* 2012;18:193–200

12. Gyepesi A., Urban R., Farkas J., Kraus L., Piontek D., Paksi B., Horvath G., Magi A., Eisinger A., Pilling J., Kokonyei G., Kun B., Demetrovics Z.; Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *Eur Addict Res* 2014;20:119–128.

Figura 1.2.21.

Categorización de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 12 meses según su clasificación en la escala CAST (%). España, 2018.



	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Puntuación CAST 0-1	66,0	67,1	64,8	65,2	69,5	69,5	65,4
Puntuación CAST 2-3	20,7	18,6	19,9	18,7	16,7	17,2	19,2
Puntuación CAST ≥4 (consumo problemático)	13,3	14,3	15,3	16,1	13,8	13,3	15,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Tabla 1.2.45.

Características de los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST≥4) de la población de estudiantes de 14-18 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Consumo cannabis últimos 30 días			
Principalmente marihuana	23,2	21,4	26,1
Principalmente hachís	19,7	20,0	19,1
De los 2 tipos	57,1	58,6	54,8
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días			
Sí	94,1	93,5	95,1
No	5,9	6,5	4,9
Media de porros consumidos al día	5,8	6,1	5,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Los consumidores de cannabis clasificados como “problemáticos” registran asimismo una mayor prevalencia del **consumo abusivo de alcohol** (tabla 1.2.46), ya que 7 de cada 10 han sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes, proporción notablemente superior que la obtenida entre la totalidad de estudiantes de Enseñanzas Secundarias

(24,3%). La prevalencia de las borracheras entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST <4 también es elevada, duplicando la que registran el total de estudiantes (52,6%).

Por otro lado, el 76,7% de los consumidores problemáticos de cannabis ha realizado *binge drinking* en el último mes, descendiendo esta cifra hasta un 61,7% en el caso de los consumidores con una puntuación en la escala CAST <4. Para ambos grupos la prevalencia de la realización de *binge drinking* en el último mes es bastante más alta que para el total de los estudiantes de 14 a 18 años (32,3%).

Tabla 1.2.46.

Prevalencia de borracheras y binge drinking en los últimos 30 días entre el total de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y según la clasificación de los estudiantes en la escala CAST (%). España, 2018,

	Total de Enseñanzas de Secundarias de 14-18 años	Clasificación CAST de los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses	
		Consumidores problemáticos	Puntuación CAST <4
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	24,3	72,0	52,6
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	32,3	76,7	61,7

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

El **consumo diario de tabaco** adquiere especial dimensión entre los consumidores problemáticos de cannabis, ya que un 66,5% de éstos manifiestan tener el hábito de fumar tabaco diariamente. Sin embargo, la prevalencia de este hábito disminuye entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST <4 (aproximadamente 3 de cada 10).

Tabla 1.2.47.

Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su clasificación en la escala CAST (%). España, 2018.

	Total alumnos	Consumidores de cannabis (CAST<4)	Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	Han consumido cannabis en los últimos 12 meses
Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días				
Sí	9,8	25,6	66,5	30,3
No	90,2	74,4	33,5	69,7

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

Cocaína

La prevalencia de la cocaína (polvo y/o base) ha descendido en todos los tramos temporales analizados, alcanzando así de nuevo el mínimo histórico. En 2016, el porcentaje de consumo alguna vez en la vida, se sitúa por debajo del 3%, algo que no sucedía desde el año 1994 cuando la prevalencia se situó en 2,5%.

Atendiendo a los otros tramos temporales, la prevalencia del consumo no ha cambiado prácticamente con respecto al 2016, siendo de un 2,4% en los últimos 12 meses y de un 0,9% el porcentaje de estudiantes que han consumido esta droga en el último mes.

Los estudiantes que han consumido cocaína alguna vez, por término medio, sitúan el primer consumo a los 15,2 años. Dato muy similar al registrado los años anteriores.

Figura 1.2.22.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



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

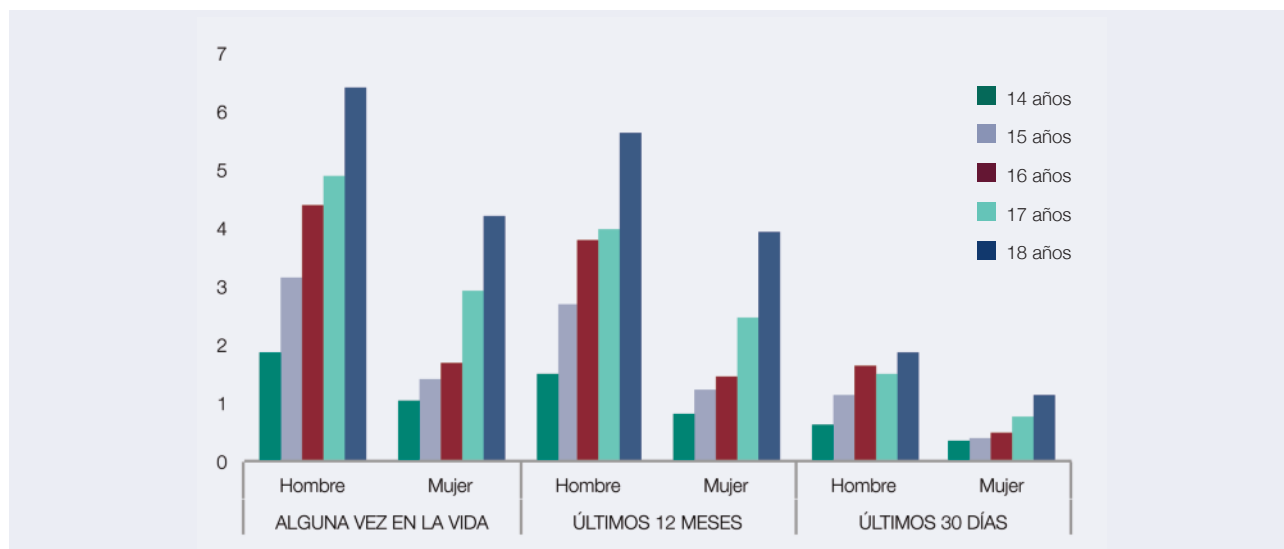
Al igual que se observaba en el consumo de cannabis, el consumo de cocaína (polvo y/o base) se encuentra más extendido entre los chicos (figura 1.2.23).

La mayor diferencia entre chicos y chicas se observa en el grupo de 16 años (4,4% frente al 1,7% registrado entre las chicas para el consumo alguna vez en la vida).

Evolutivamente, en el año 2018 ha descendido el consumo de alguna vez en la vida de cocaína (polvo y/o base) tanto entre los chicos como entre las chicas (tabla 1.2.48).

Figura 1.2.23.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%). España, 2018.



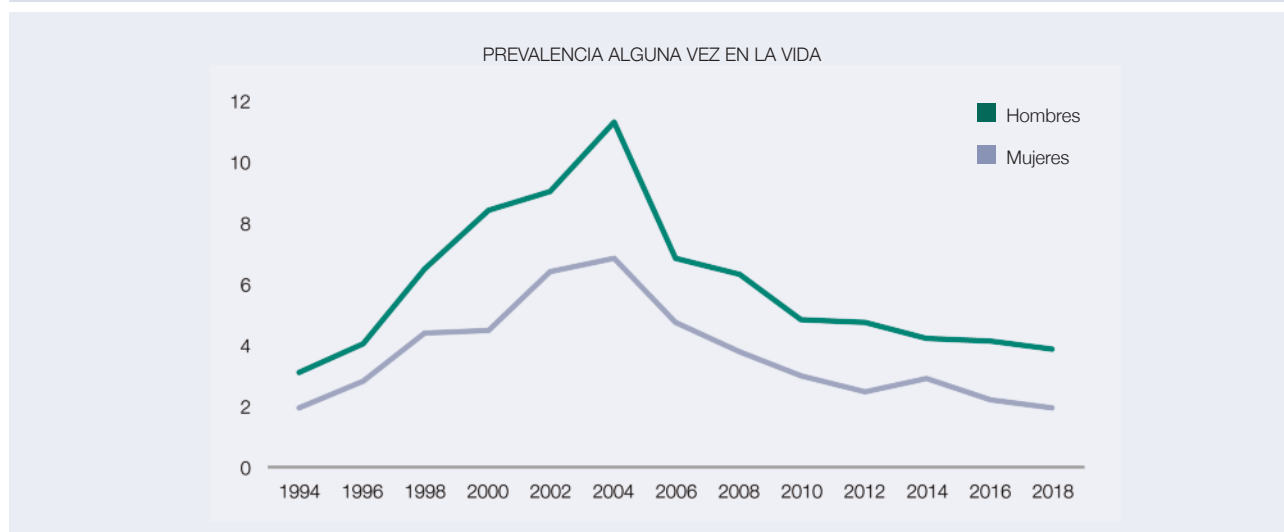
		14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	Hombre	1,9	3,1	4,4	4,9	6,4
	Mujer	1,0	1,4	1,7	2,9	4,2
Últimos 12 meses	Hombre	1,5	2,7	3,8	4,0	5,6
	Mujer	0,8	1,2	1,4	2,5	3,9
Últimos 30 días	Hombre	0,6	1,1	1,6	1,5	1,8
	Mujer	0,4	0,4	0,5	0,8	1,1

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

Tabla 1.2.48.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (%). España, 1994-2018.

1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018													
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M												
3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Cocaína según forma de presentación

Dentro del residual consumo de cocaína que existe entre los alumnos, observamos que cuando analizamos el consumo de la sustancia según la presentación, es la cocaína en polvo la que presenta una mayor prevalencia de consumo, como se refleja en la tabla 1.2.49.

Tabla 1.2.49.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.

	Cocaína polvo	Cocaína base	Cocaína polvo y/o base
Alguna vez en la vida	2,6	1,2	2,9
Últimos 12 meses	2,1	1,0	2,4
Últimos 30 días	0,7	0,4	0,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

Incidencia

En 2018, han empezado a consumir cocaína (polvo y/o base) cerca de 22.000 estudiantes, siendo muy superior el número en el grupo masculino.

Tabla 1.2.50.

Incidencia del consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (números absolutos)*. España, 2014-2018.

	2014			2016			2018		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
En los últimos 12 meses	24.700	13.800	10.900	21.500	13.700	7.800	21.800	14.200	7.700

T = Total, H = Hombres, M = Mujeres.

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2018. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Nota: debido al redondeo la suma de hombres y mujeres no coincide exactamente con el total.

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

Por otro lado, la prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base es mayor en los hombres que en las mujeres en los tres tramos temporales y se observa una disminución de la prevalencia de consumo, alcanzado valores semejantes a los obtenidos en 1994.

Tabla 1.2.51.

Características del consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.784	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media inicio consumo (años)	15,7	15,5	15,9	15,9	15,9	15,7	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7	15,4	15,4	15,3	15,2	14,7	15,0	15,5	15,5	14,9	15,1	15,1	15,0	15,2	15,3
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9
Prevalencia (%) últimos 12 meses	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	3,4	1,6	3,3	2,2	3,3	1,6	3,2	1,7
Prevalencia (%) últimos 30 días	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	2,2	0,8	2,3	1,4	1,5	0,5	1,3	0,6

H = Hombres; M = Mujeres.

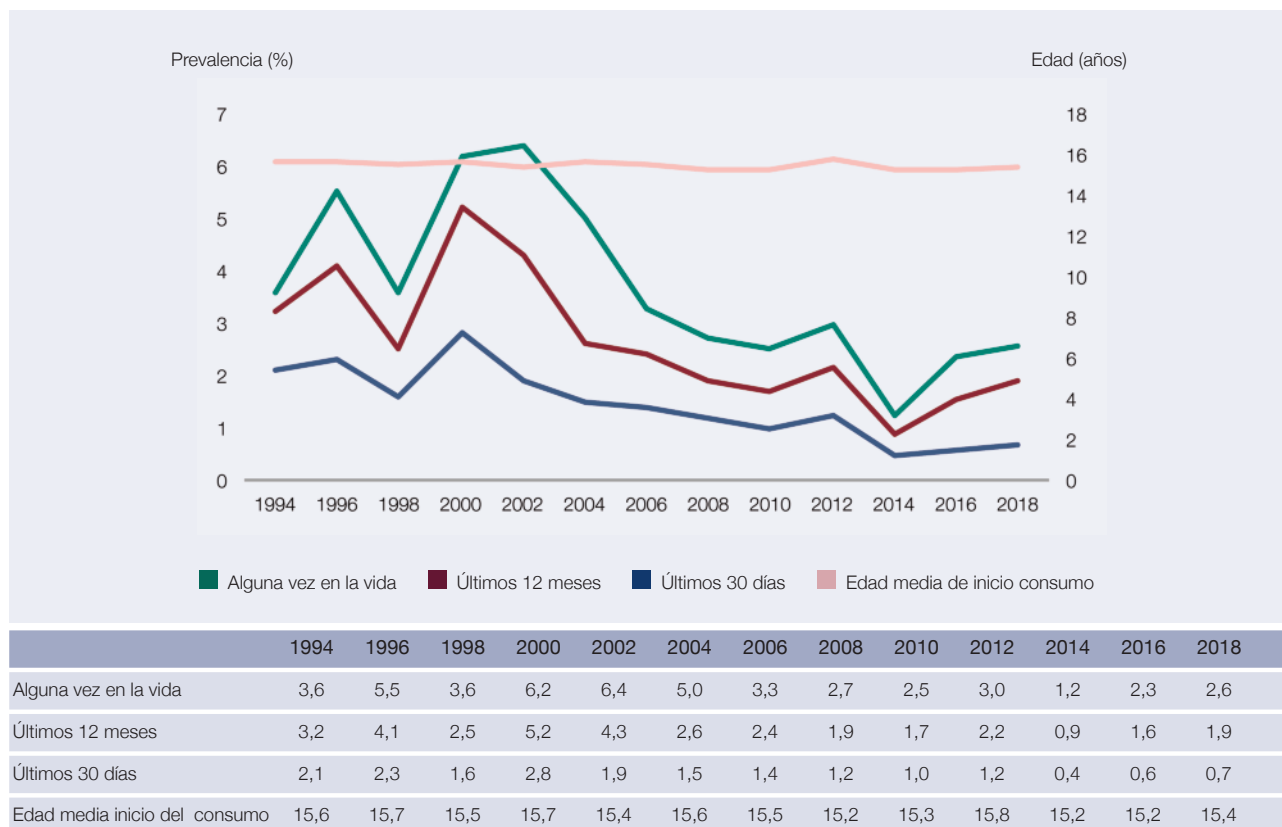
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Éxtasis

La prevalencia del consumo de éxtasis alcanzó los valores más elevados en el año 2002, cuando el porcentaje de estudiantes que habían consumido alguna vez en sus vidas era de 6,4%. En 2018, se ha registrado un 2,6% de prevalencia alguna vez en la vida, dato ligeramente superior al obtenido en 2016 (2,3%).

Figura 1.2.24.

Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.

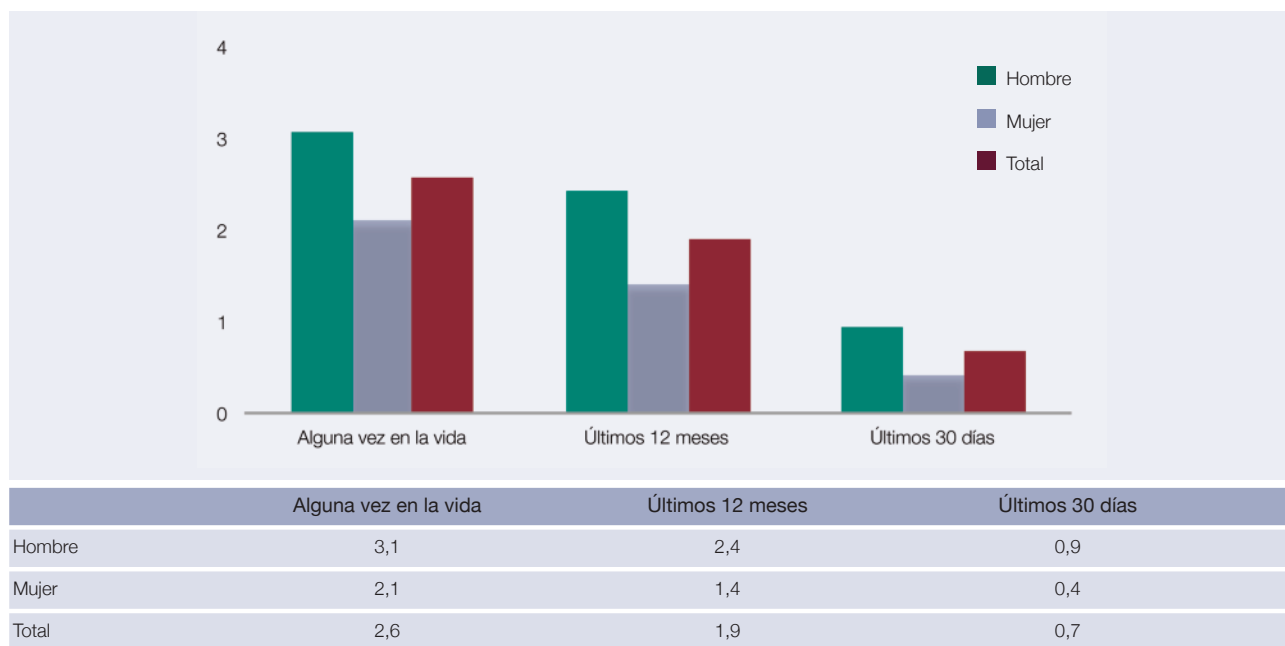


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otro lado, la prevalencia de consumo de dicha sustancia también se ha visto ligeramente incrementada en los otros dos tramos temporales analizados, alcanzando un 1,9% de consumo en los últimos 12 meses y un 0,7% en los últimos 30 días. A lo largo de la serie, el promedio de edad con el que comienza el consumo de esta droga se ha situado entre los 15,2 y los 15,8 años. Podemos observar que, con independencia del tramo temporal, el consumo de éxtasis muestra una mayor extensión entre los varones (figura 1.2.25).

Figura 1.2.25.

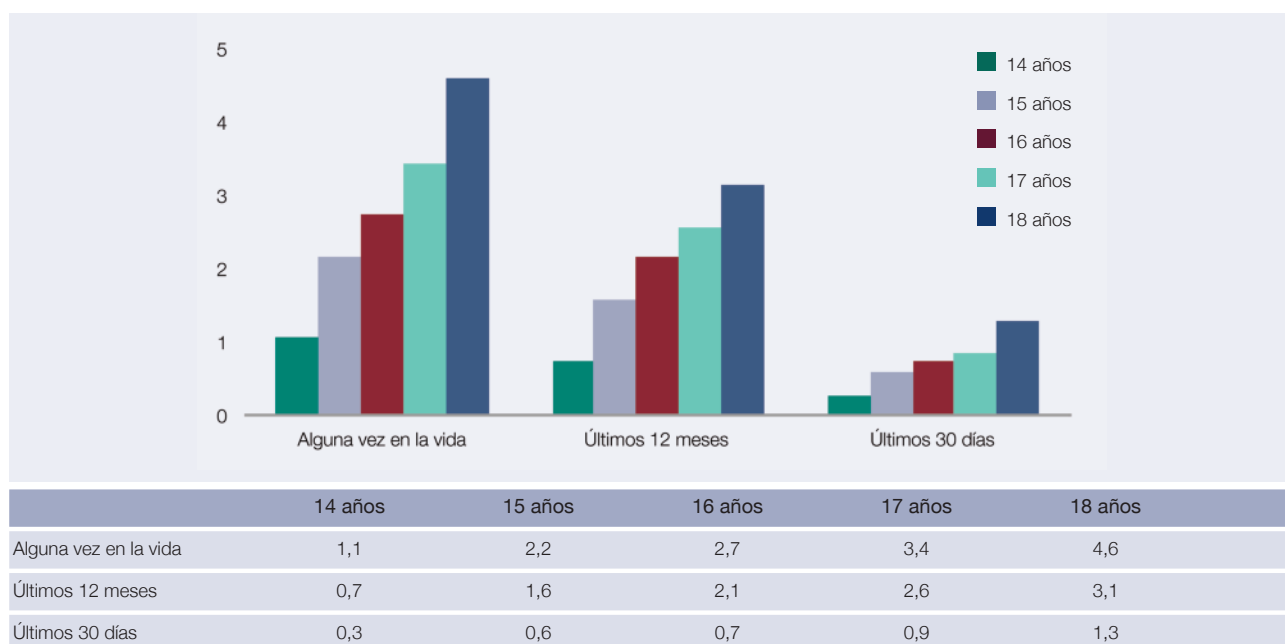
Prevalencia de consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2018.



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

Figura 1.2.26.

Prevalencia de consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2018.



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

La prevalencia aumenta a medida que se incrementa la edad encontrando el mayor dato de consumo en el grupo de 18 años, donde el 4,6% reconoce un consumo de éxtasis alguna vez en su vida (figura 1.2.26).

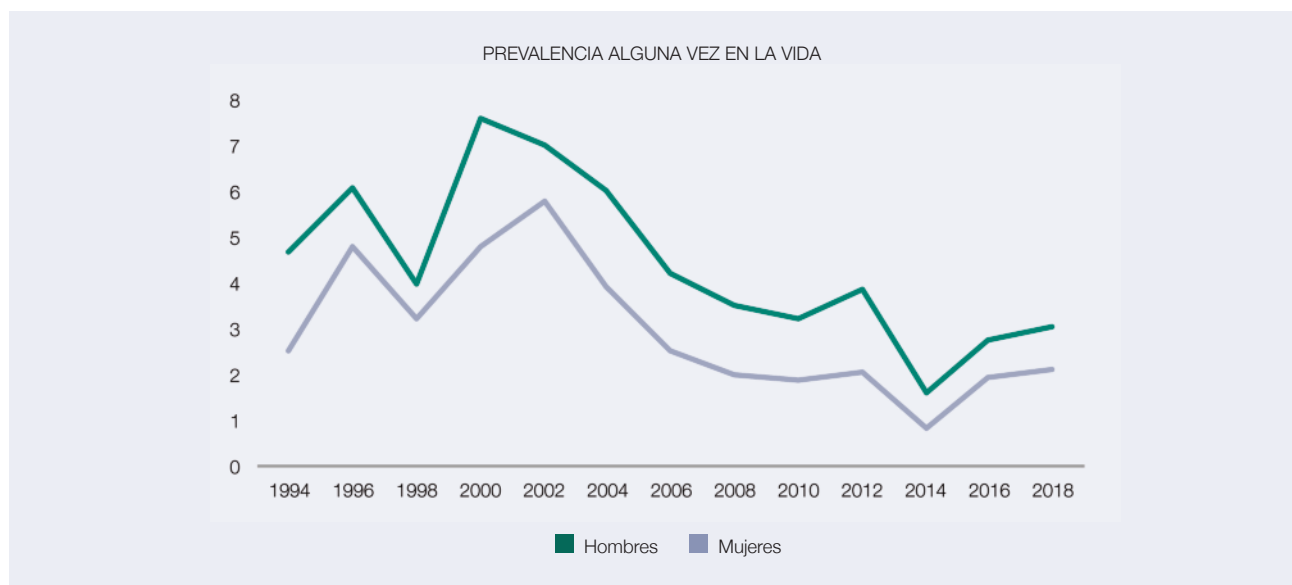
En el consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días ocurre algo similar, siendo en los estudiantes de 18 años donde se registra el mayor consumo de esta sustancia (3,1% y 1,3%, respectivamente).

En el año 2018, se aprecia un aumento del consumo de éxtasis para ambos sexos en todos los tramos temporales analizados, siendo en todos los casos, mayor la prevalencia de consumo del grupo masculino, algo que viene ocurriendo a lo largo de toda la serie histórica.

Tabla 1.2.52.

Características generales del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.764	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media de inicio de consumo (años)	15,7	15,5	15,6	15,7	15,5	15,5	15,9	15,4	15,4	15,3	15,7	15,4	15,4	15,5	15,2	15,2	15,2	15,4	15,9	15,6	15,3	15,0	15,3	15,1	15,6	15,3
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9	3,9	2,0	1,6	0,8	2,7	1,9	3,1	2,1
Prevalencia (%) últimos 12 meses	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,2	1,7	2,6	1,3	2,2	1,2	3,0	1,4	1,2	0,6	2,0	1,1	2,4	1,4
Prevalencia (%) últimos 30 días	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6	1,8	0,6	0,6	0,3	0,9	0,3	0,9	0,4



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Anfetaminas o speed

La prevalencia de consumo de anfetaminas alcanzó su máximo histórico de la serie en el año 2002 cuando el porcentaje de estudiantes que manifestaba tomar esta sustancia era de un 5,5%. Actualmente, el consumo de esta sustancia se ha reducido notablemente, habiéndose registrado una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de un 1,5%.

Por término medio, el primer consumo se produce a los 15,4 años, edad ligeramente superior a la registrada en 2016, cuando la edad media de inicio de consumo se situaba en 15,1 años.

Figura 1.2.27.

Evolución de la prevalencia de anfetaminas y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



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

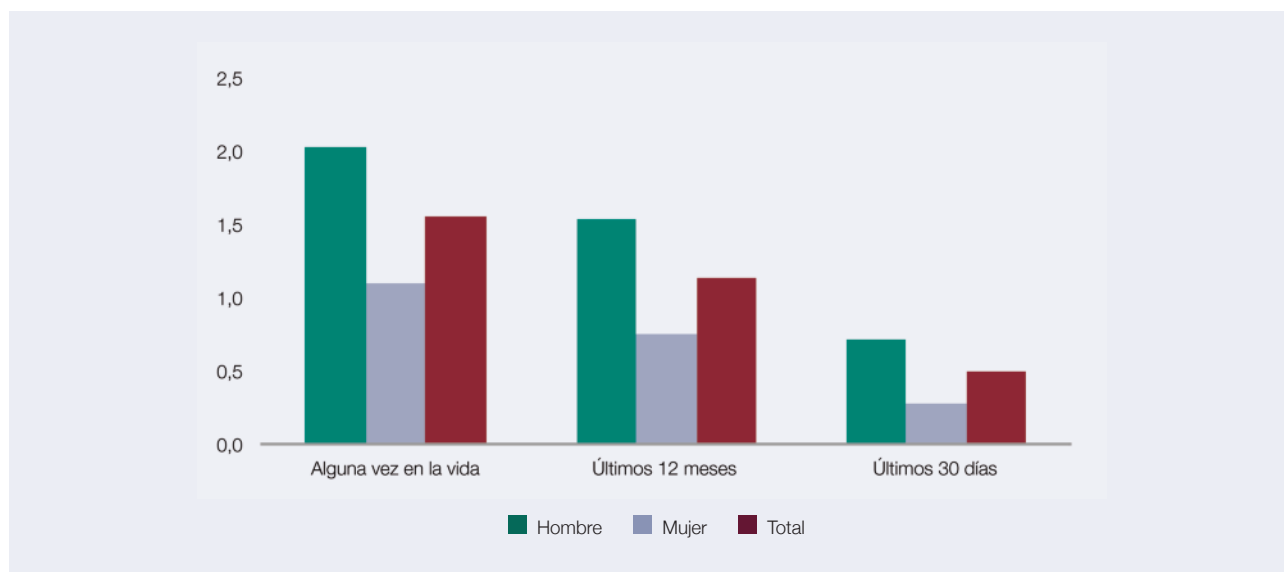
La extensión del consumo de anfetaminas es mayor entre los varones en todos los tramos temporales analizados, prácticamente duplicando los porcentajes de las chicas (figura 1.2.28).

En términos de edad (figura 1.2.29), el porcentaje de estudiantes de 14 años que ha consumido anfetaminas alguna vez en la vida es inferior al 1%. De la misma manera que ocurre con el resto de sustancias, la prevalencia se va incrementando con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 18 años (2,9%). El consumo de anfetaminas en los 30 días previos a la realización de la encuesta se sitúa por debajo del 1% en todas las edades.

En relación a la edad con la que los estudiantes inician el consumo de esta sustancia, en 2018 se observa que el primer consumo entre los chicos y las chicas se produce a una edad similar.

Figura 1.2.28.

Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2018.

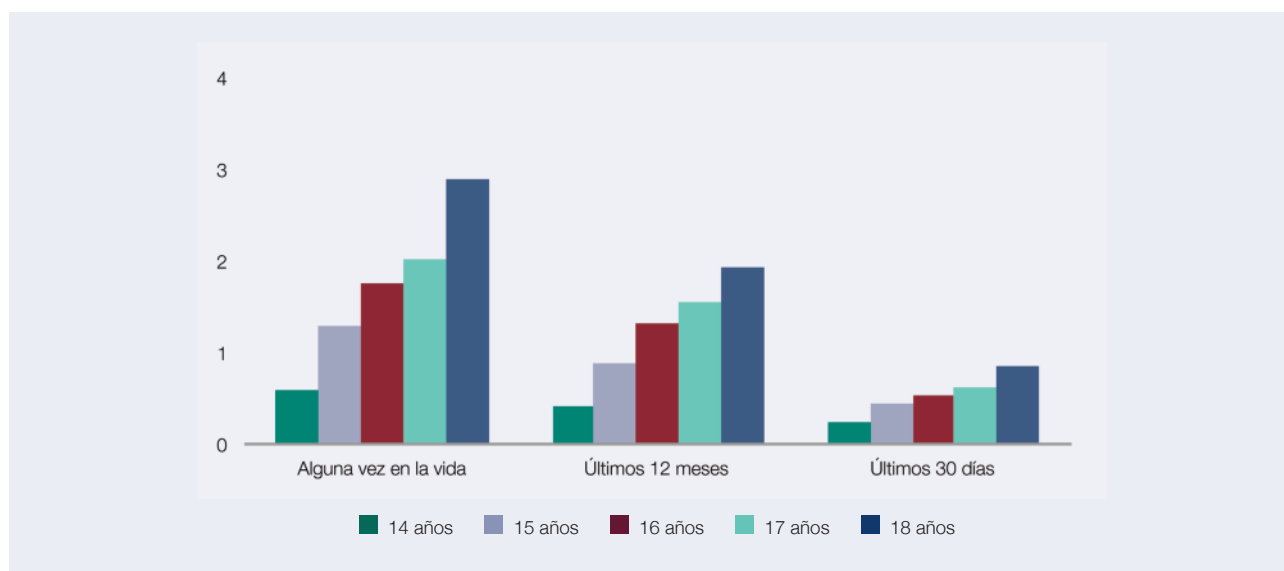


	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Hombre	2,0	1,5	0,7
Mujer	1,1	0,8	0,3
Total	1,5	1,1	0,5

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

Figura 1.2.29.

Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2018.



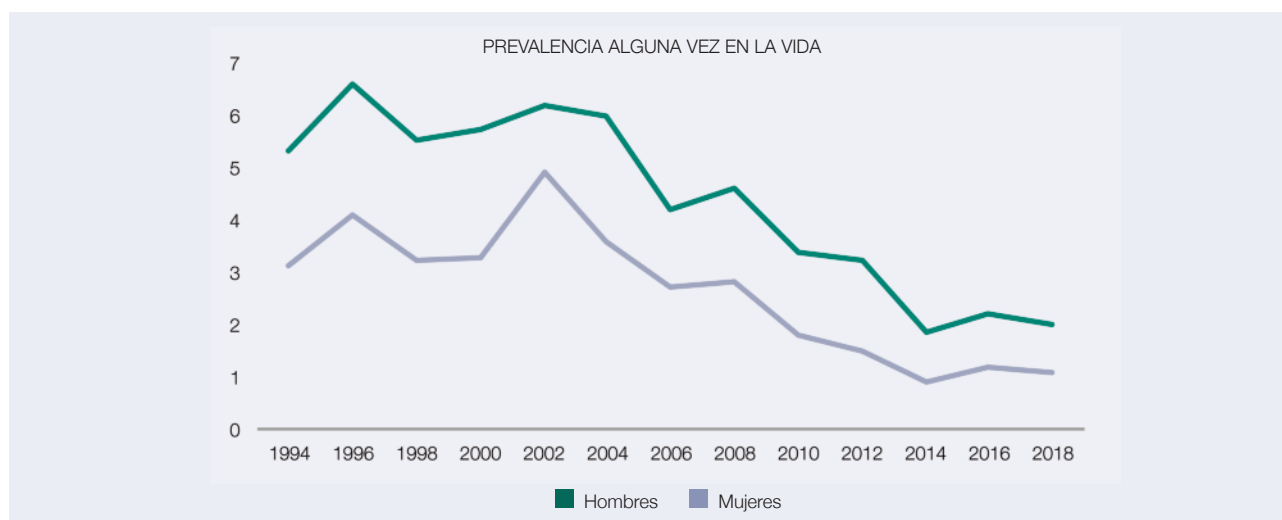
	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	0,6	1,3	1,8	2,0	2,9
Últimos 12 meses	0,4	0,9	1,3	1,6	1,9
Últimos 30 días	0,2	0,4	0,5	0,6	0,9

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

Tabla 1.2.53.

Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media de inicio de consumo (años)	15,5	15,4	15,7	15,7	15,7	15,5	15,7	15,3	15,6	15,5	15,8	15,6	15,6	15,5	15,4	15,4	15,5	15,6	15,6	15,2	15,1	15,4	15,1	15,0	15,4	15,4
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,6	2,8	3,4	1,8	3,2	1,5	1,8	0,9	2,2	1,2	2,0	1,1
Prevalencia (%), últimos 12 meses	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,0	1,9	2,2	1,0	2,4	1,1	1,3	0,6	1,6	0,7	1,5	0,8
Prevalencia (%) últimos 30 días	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,7	0,7	1,3	0,5	1,4	0,6	0,7	0,2	0,8	0,3	0,7	0,3



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Alucinógenos y setas mágicas

Tras la tendencia descendente iniciada en 2004, en 2018 la prevalencia de consumo de las anfetaminas se ha incrementado ligeramente, siendo de casi un 2% los estudiantes que han consumido alucinógenos alguna vez en la vida. Cuando analizamos el consumo en los últimos 12 meses y en el último mes, la prevalencia registrada en 2018 es de 1,4% y 0,5%, respectivamente.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 15,2 años, similar al obtenido durante toda la serie histórica.

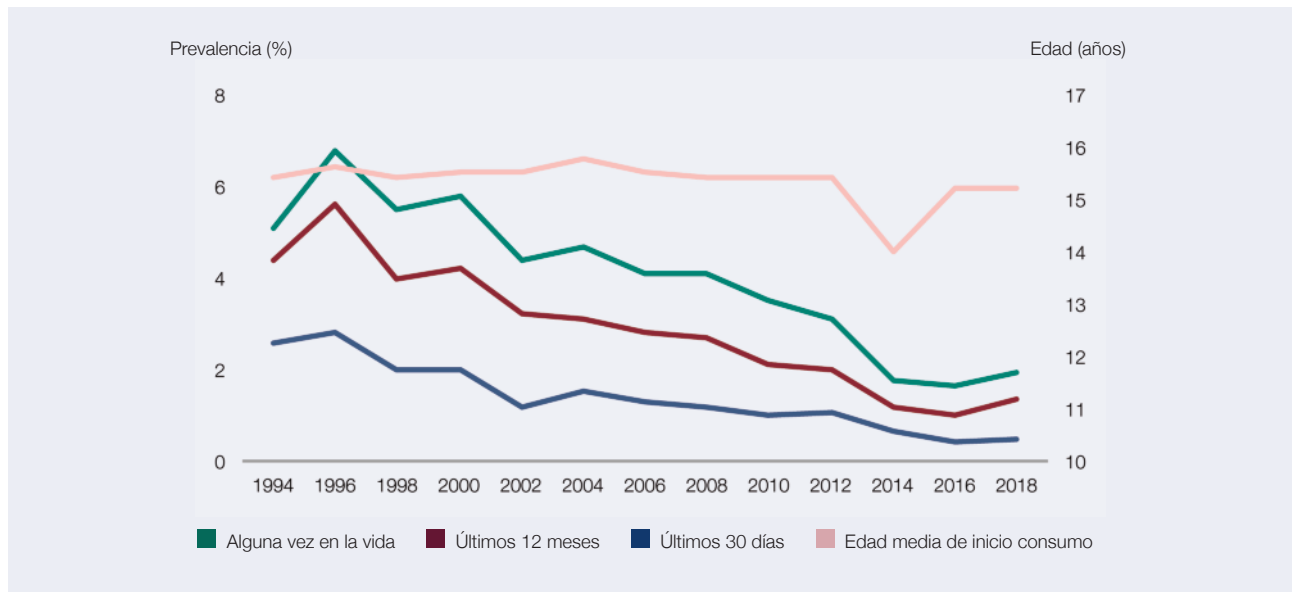
Tal y como se observaba en el resto de sustancias ilegales analizadas, el consumo de alucinógenos adquiere una mayor extensión en el grupo masculino (figura 1.2.31).

Analizando los resultados en función de la edad, se observa que la proporción de estudiantes que consumido alucinógenos alguna vez en la vida es de un 1% en los alumnos de 14 años, ascendiendo esta prevalencia hasta un 2,9% entre los estudiantes de 18 años.

En 2018 se ha registrado un crecimiento en el consumo de alucinógenos en ambos sexos, y con independencia del tramo temporal. En cuanto a la edad de inicio en el consumo, en 2018 es similar para los chicos y las chicas.

Figura 1.2.30.

Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.

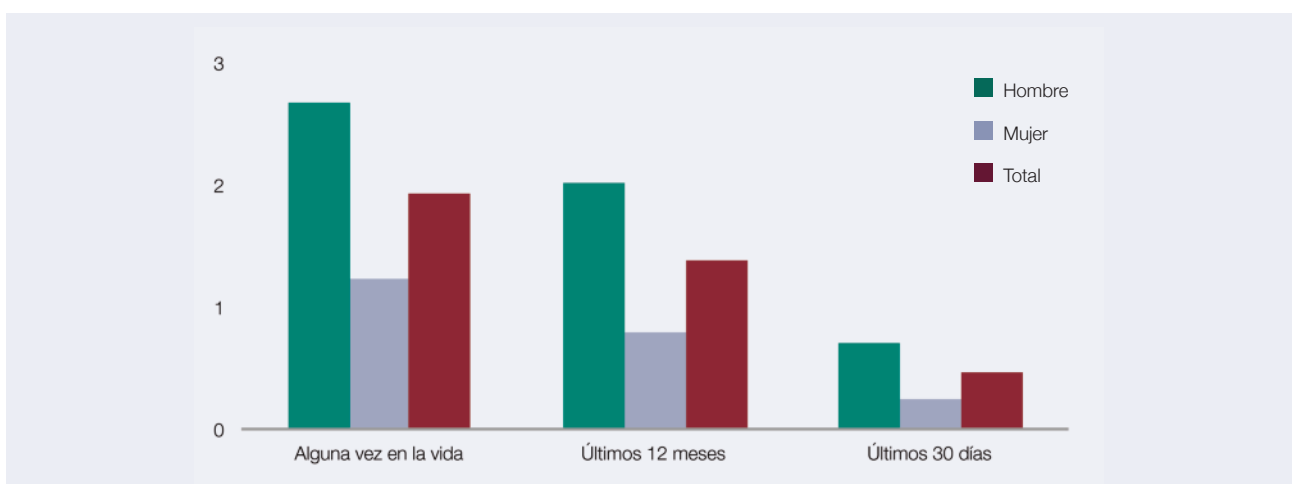


	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9
Últimos 12 meses	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0	1,2	1,0	1,4
Últimos 30 días	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	0,6	0,4	0,5
Edad media inicio consumo	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4	14,0	15,2	15,2

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

Figura 1.2.31.

Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (%). España, 2018.

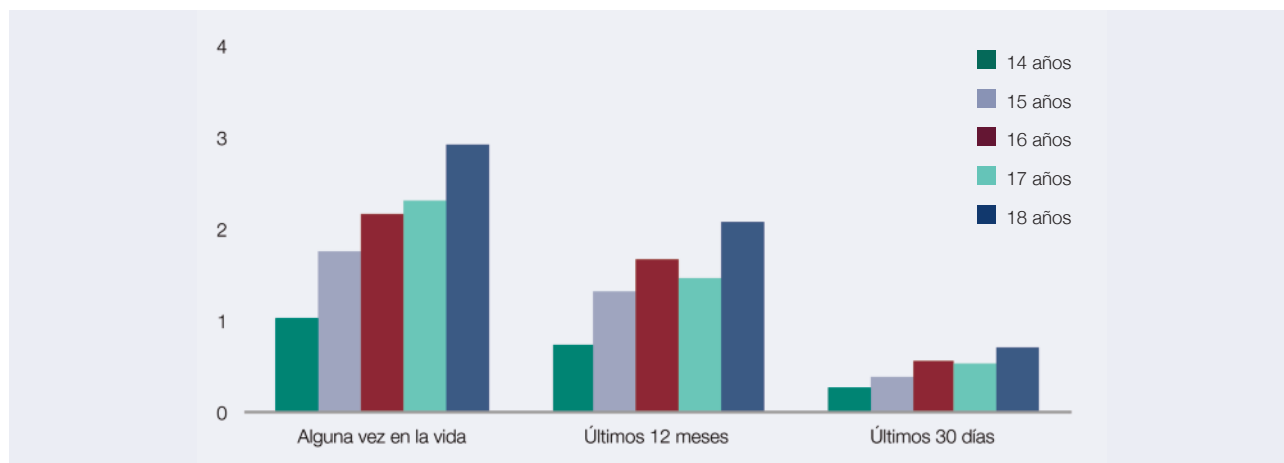


	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Hombre	2,7	2,0	0,7
Mujer	1,2	0,8	0,3
Total	1,9	1,4	0,5

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

Figura 1.2.32.

Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2018.



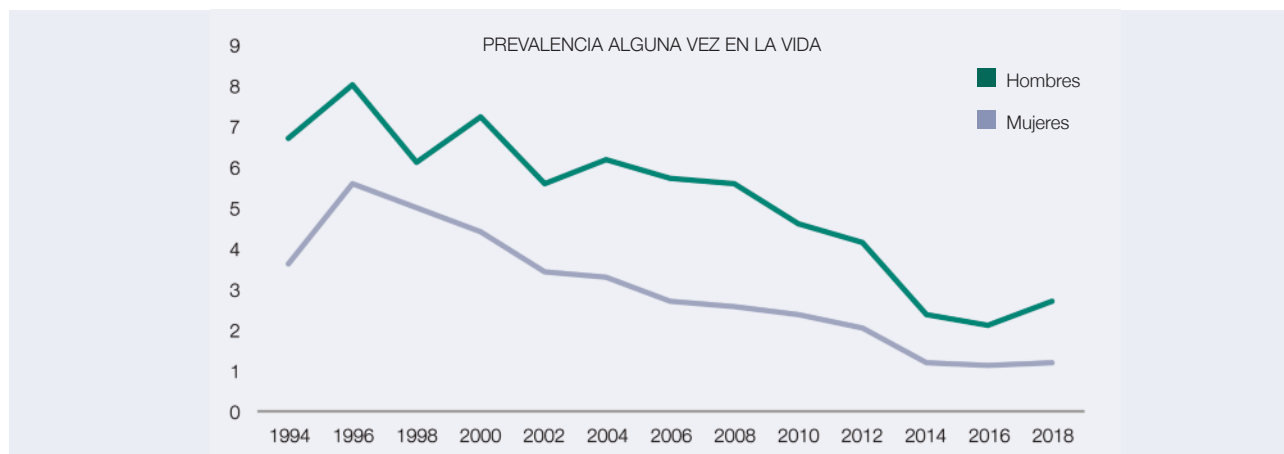
	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	1,0	1,8	2,2	2,3	2,9
Últimos 12 meses	0,7	1,3	1,7	1,5	2,1
Últimos 30 días	0,3	0,4	0,6	0,5	0,7

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

Tabla 1.2.54.

Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2018.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2018	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521
Edad media de inicio de consumo (años)	15,4	15,4	15,6	15,6	15,5	15,4	15,6	15,3	15,6	15,4	15,8	15,7	15,5	15,5	15,4	15,2	15,3	15,4	15,5	15,2	14,1	13,8	15,0	15,4	15,2	15,2
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4	4,1	2,1	2,3	1,2	2,1	1,1	2,7	1,2
Prevalencia (%) últimos 12 meses	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3	2,9	1,1	1,6	0,7	1,4	0,6	2,0	0,8
Prevalencia (%) últimos 30 días	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6	1,6	0,4	0,9	0,4	0,6	0,2	0,7	0,3



H = Hombres; M = Mujeres.

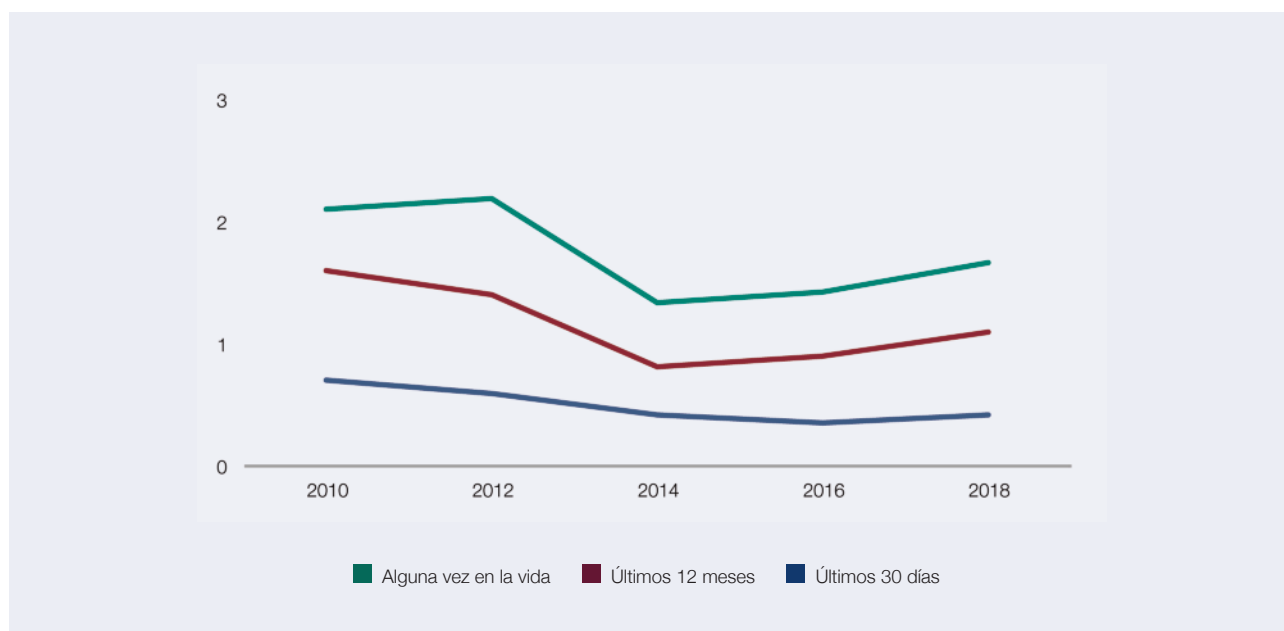
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Respecto a las setas mágicas, al igual que ocurría con los alucinógenos, este año ha aumentado su consumo en todos los tramos temporales.

Concretamente la prevalencia de consumo alguna vez en la vida en 2018 alcanza un 1,7%, como se refleja en la siguiente figura 1.2.33.

Figura 1.2.33.

Evolución del consumo de setas mágicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2018.



	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7
Últimos 12 meses	1,6	1,4	0,8	0,9	1,1
Últimos 30 días	0,7	0,6	0,4	0,3	0,4

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

Heroína

El porcentaje de consumidores de heroína entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa por debajo del 1% desde 1994 (figura 1.2.34), siendo del 0,7% en esta edición.

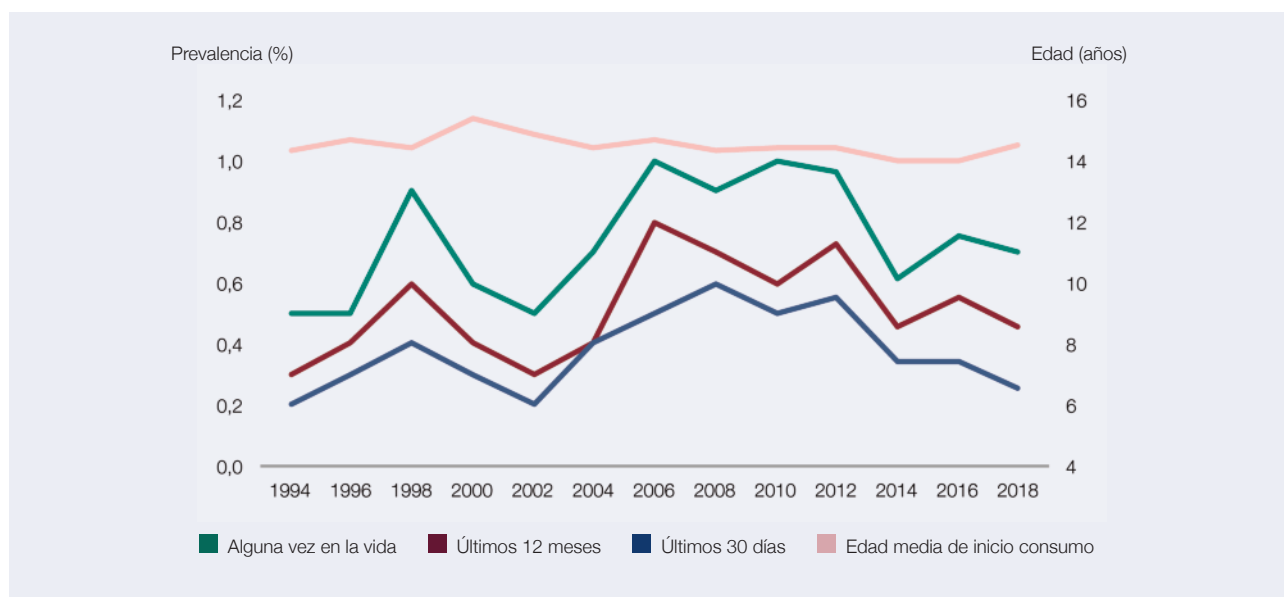
La edad media de inicio de consumo se ha retrasado con respecto a la registrada en el año 2016, comenzando a consumir esta sustancia a los 14,5 años.

Prácticamente la totalidad de los estudiantes opinan que el consumo habitual de heroína puede producir muchos o bastantes problemas para la salud.

Por otro lado, 1 de cada 5 alumnos piensa que le sería fácil conseguir esta sustancia en un periodo corto de tiempo (figura 1.2.35).

Figura 1.2.34.

Evolución de la prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.

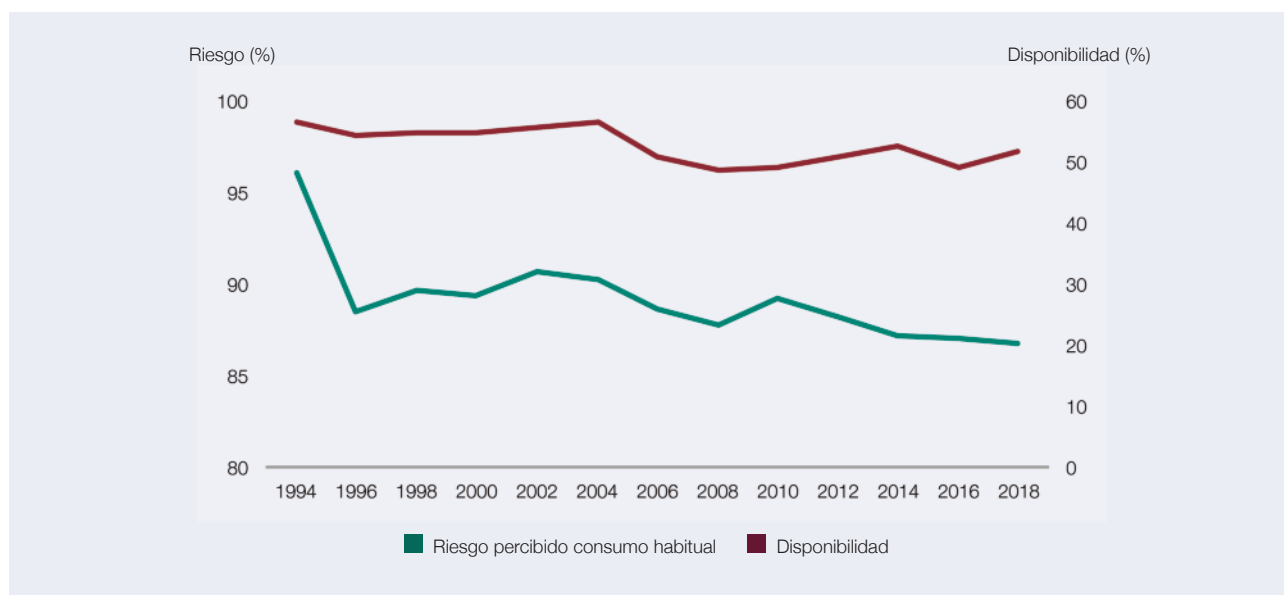


	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,7
Últimos 12 meses	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5
Últimos 30 días	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,3	0,3	0,3
Edad media inicio consumo	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4	14,0	14,0	14,5

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

Figura 1.2.35.

Evolución de la percepción del riesgo ante el consumo habitual de heroína (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y de la percepción de disponibilidad de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Riesgo percibido	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2	96,3	96,9	97,5	96,4	97,3
Disponibilidad	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8	24,8	21,4	21,2	20,2

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

Inhalables volátiles

Cuando se alude a los inhalables volátiles en el cuestionario, también se indican otros términos como “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “poppers”, “nitritos” o “gasolina”.

El consumo de inhalables volátiles resulta residual entre los estudiantes de 14 a 18 años, aunque el porcentaje que admite haber consumido este tipo de sustancias alguna vez en la vida se ha incrementado, alcanzando un 1,7% de prevalencia y registrando datos similares a los de 2012.

En el tramo temporal de los últimos 12 meses, también ha aumentado el consumo de estas sustancias, superando la barrera del 1%, algo que no sucedía desde el año 2012, cuando se registró una prevalencia de 1,2%.

Figura 1.2.36.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



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

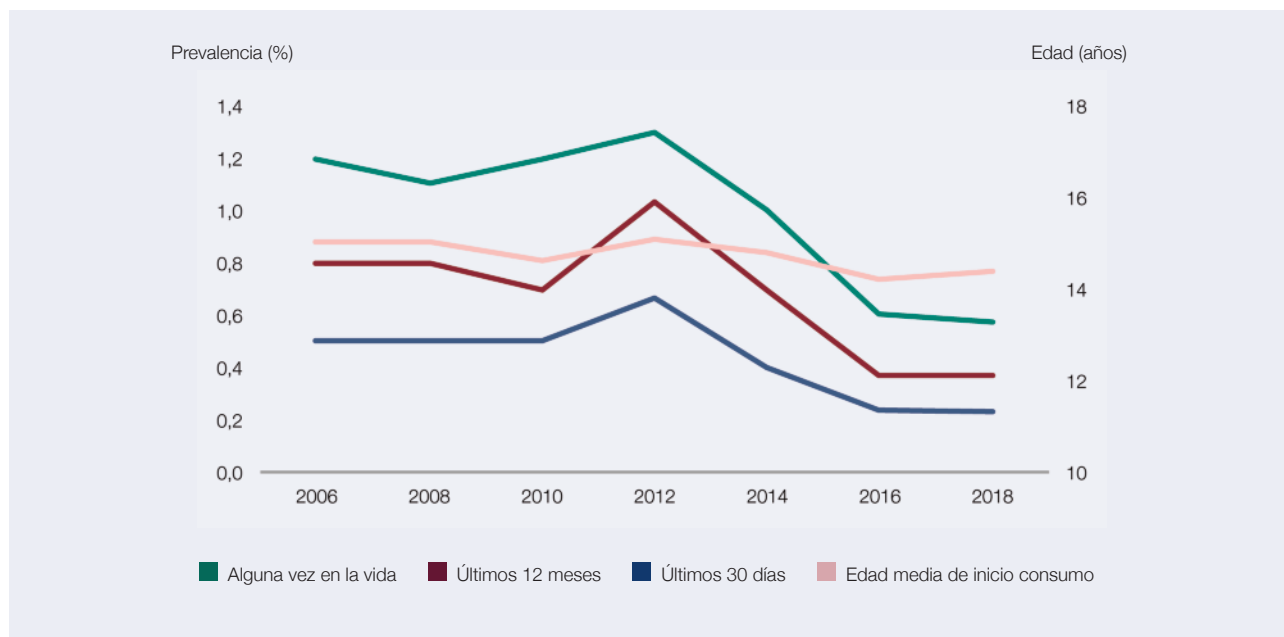
GHB

El consumo de GHB (gamma-hidroxibutirato) resulta residual entre los estudiantes de 14 a 18 años, ya que el porcentaje que admite haber consumido este tipo de sustancias alguna vez en la vida apenas alcanza el 0,6%, siendo inferior para el último año y los últimos 30 días (figura 1.2.37).

Desde 2012 la proporción de alumnos que ha consumido GHB ha ido descendiendo en los tres indicadores temporales, estabilizándose en el año 2016.

Figura 1.2.37.

Evolución de la prevalencia de consumo de GHB y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2006-2018.



	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6
Últimos 12 meses	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4	0,4
Últimos 30 días	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,2	0,2
Edad media de inicio en el consumo	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4

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

Metanfetaminas

Cuando se hace referencia a la metanfetamina en el cuestionario, también se indican otros términos como “meth”, “ice” o “cristal”. Hasta 2014, las metanfetaminas estaban incluidas en la encuesta ESTUDES dentro del módulo de nuevas sustancias, pero desde el año 2016 se preguntan de forma independiente.

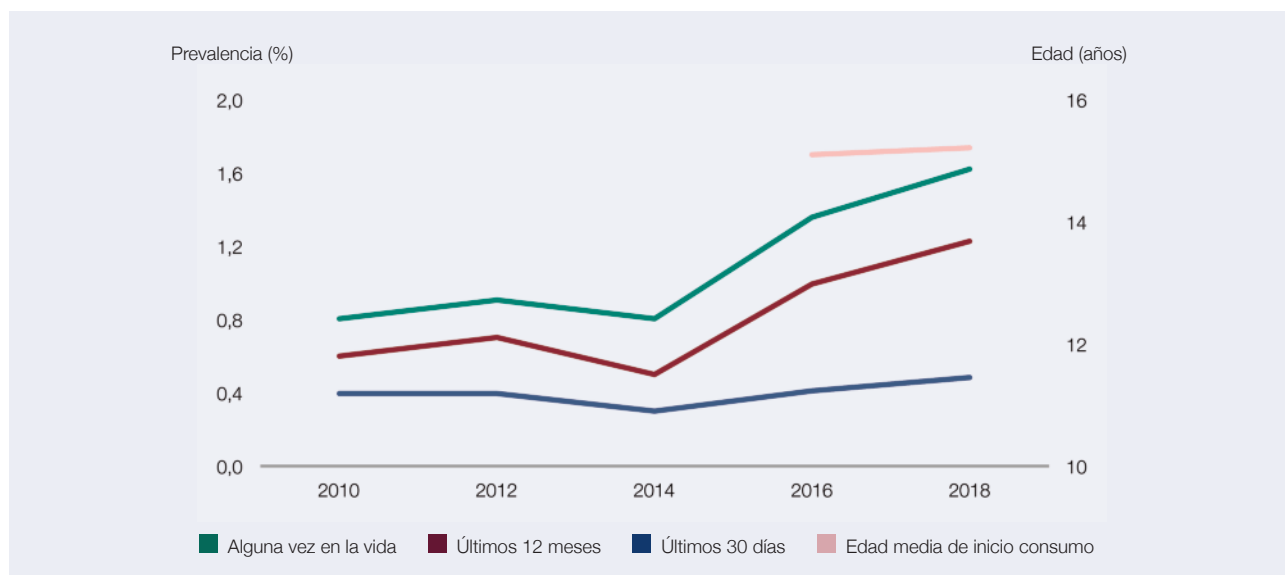
En 2018, la prevalencia se ha incrementado alcanzando el 1,6% en aquellos que han consumido alguna vez en la vida y un 1,2% en aquellos que lo han hecho el último año (figura 1.2.38).

Esteroides anabolizantes

El porcentaje de consumidores de esteroides anabolizantes es muy residual entre los estudiantes de 14 a 18 años, situándose por debajo del 1% en todos los tramos temporales (figura 1.2.39).

Figura 1.2.38.

Evolución de la prevalencia de consumo de metanfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2018.

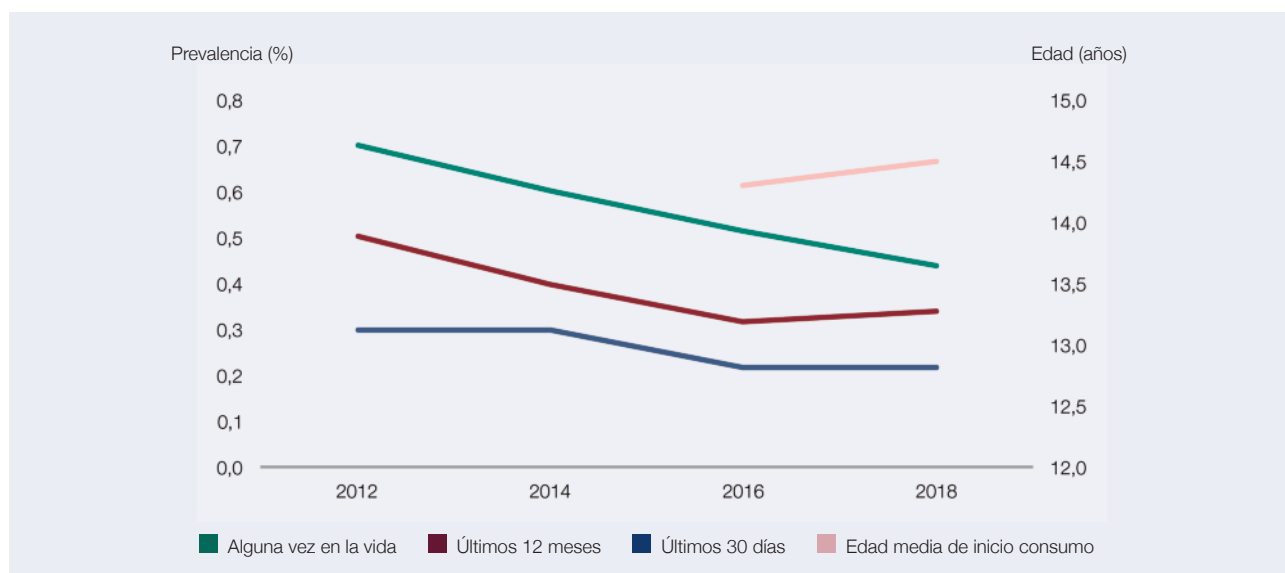


	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6
Últimos 12 meses	0,6	0,7	0,5	1,0	1,2
Últimos 30 días	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5
Edad media de inicio en el consumo	-	-	-	15,1	15,2

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

Figura 1.2.39.

Evolución de la prevalencia de consumo de esteroides anabolizantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2012-2018.



	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	0,7	0,6	0,5	0,4
Últimos 12 meses	0,5	0,4	0,3	0,3
Últimos 30 días	0,3	0,3	0,2	0,2
Edad media de inicio en el consumo	-	-	14,3	14,5

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

Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio

Entre los estudiantes de 14-18 años, el 7,0% afirma haber consumido alguna vez en la vida sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio, siendo ligeramente más común entre los chicos (7,1%) que entre las chicas (6,8%).

Se observa cómo a medida que aumenta la edad, se incrementa el consumo de este tipo de sustancias, pasando de un 5,1% en los jóvenes de 14 años a un 9,6% en los de 18 años.

Para todos los tramos de edad, son los hombres los que más consumen este tipo de sustancias, encontrando la mayor diferencia en los que tienen 17 años (33,5% para ellos frente a 27,8% para ellas).

Hay que tener en cuenta que el módulo de preguntas sobre el uso de sustancias estimulantes para mejorar su rendimiento en el estudio se introdujo en 2016, incluyendo: metilfenidato, elvanse, adderall, piracetam, aniracetam, donepezilo, modafinilo, durvitan, anfetaminas o speed y cocaína. En 2018 no se incluyeron dentro de este módulo otro tipo de sustancias estimulantes sí incluidas en 2016, tales como: refrescos de cola, café, té, complejos vitamínicos, bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...), productos que contienen: ginkgo biloba, guaraná, ácidos grasos omega 3, jalea real, acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...).

Tabla 1.2.55.

Prevalencia de consumo de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo y edad (%). España, 2018.

Total			14 años			15 años			16 años			17 años			18 años			14-17 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
7,0	7,1	6,8	5,1	4,8	5,3	6,7	6,7	6,7	7,1	8,2	6,0	7,9	7,9	7,9	9,6	8,4	11,0	6,8	7,1	6,5

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

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

Analizando de forma individual cada una de las sustancias estimulantes, vemos que entre los alumnos que las han tomado, lo más común es consumir cocaína (25,0%), metilfenidato (20,7%) y anfetaminas (16,6%). Con respecto a 2016, cabe destacar que el consumo de durvitan y modafinilo se ha reducido ligeramente entre los estudiantes, en el lado opuesto el consumo de metilfenidato y de anfetaminas ha aumentado.

Tabla 1.2.56.

Prevalencia de consumo de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido estas sustancias alguna vez en la vida (%). España, 2016-2018*.

	2016	2018
Cocaína	24,4	25,0
Metilfenidato (concerta, rubifen, medikinet, equasym, medicebran, ritalín)	18,0	20,7
Anfetaminas o speed (anfetam, metanfetamina, ice)	15,6	16,6
Piracetam (nootropil, ciclofalina, anacervix), aniracetam	11,3	10,6
Elvanse, adderall	7,8	9,5
Donepezilo (aricept, donebrain)	6,9	6,2
Durvitan	8,4	5,9
Modafinilo (modiodal, provigil)	7,6	5,5

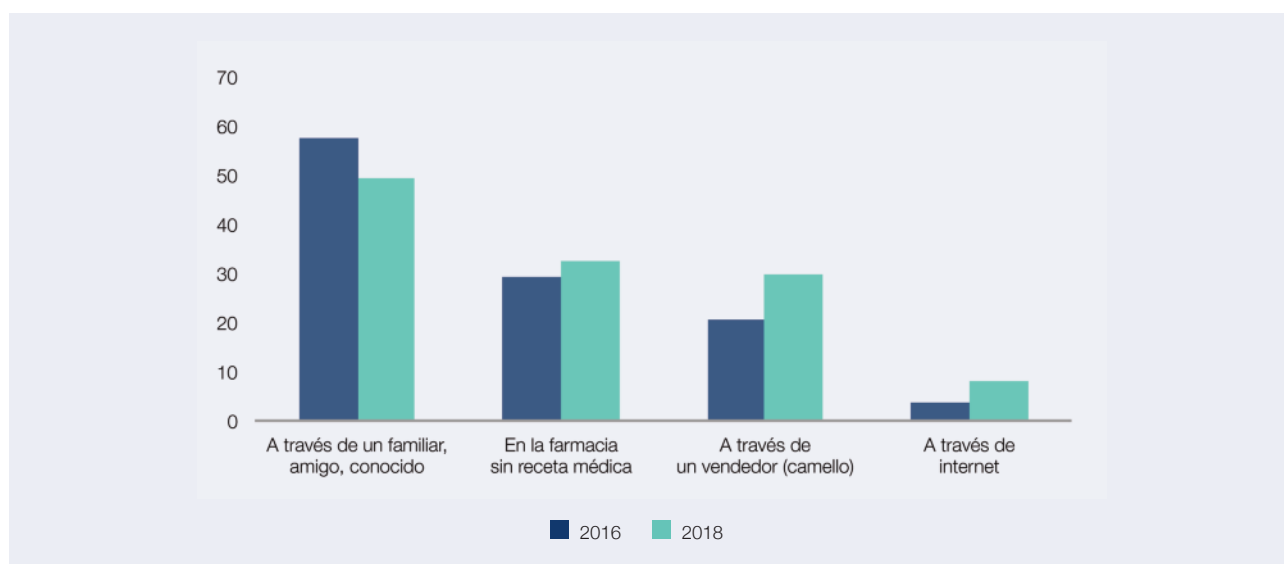
* Calculado sobre los estudiantes que han consumido alguna vez en la vida sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio.

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

Prácticamente la mitad de los estudiantes que han consumido este tipo de sustancias las obtienen a través de un familiar o amigo (49,2%), siendo ésta la forma más habitual de conseguir este tipo de productos, seguido de la obtención en farmacias sin receta médica (32,3%); la obtención de estas sustancias a través de internet, ha resultado ser la opción más minoritaria, pero se ha incrementado con respecto a 2016 (7,8%).

Figura 1.2.40.

Modo de obtención de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 que han consumido sustancias estimulantes (%). España, 2016-2018.



	2016	2018
A través de un familiar/amigo/conocido	57,5	49,2
En la farmacia sin receta médica	29,3	32,3
A través de un vendedor (camello)	20,7	29,7
A través de internet	3,6	7,8

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

Nuevas sustancias psicoactivas

A través de este apartado se pretende conocer la prevalencia de consumo de las llamadas nuevas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de 14 a 18 años. Como novedad, este año se ha incluido la ayahuasca en este bloque de nuevas sustancias.

La prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en general muestra una tendencia descendente, presentando en 2018 una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de 2,4%.

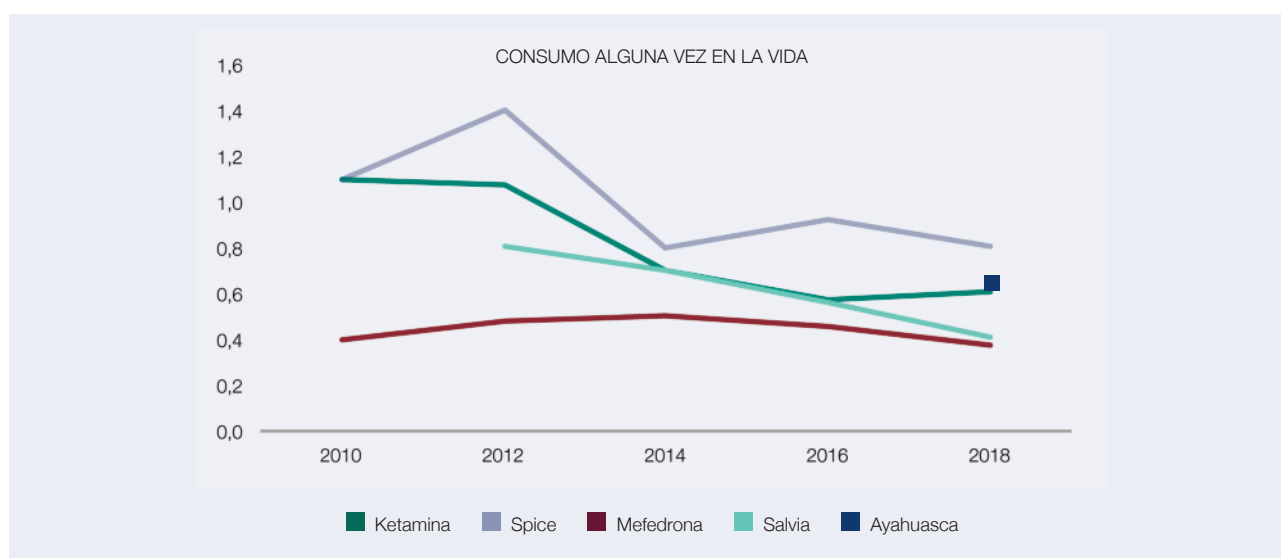
Con independencia del tramo temporal y de la sustancia, el consumo de los alumnos es muy residual, no superando la prevalencia el 1% en ninguno de los casos en el consumo de cada nueva sustancia psicoactiva individualmente.

Atendiendo al tramo temporal de alguna vez en la vida, el spice es la sustancia que registra una mayor prevalencia (0,8%), seguido de la ketamina (0,6%) y finalmente la mefedrona, la salvia y la ayahuasca, todas ellas con una prevalencia de 0,4%. En los otros dos tramos temporales, también es el spice la nueva sustancia con mayor prevalencia entre el total de los alumnos de 14 a 18 años (0,5% en el último año y 0,2% en el último mes).

Tabla 1.2.57.

Evolución de las prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2018.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida					Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses					Prevalencia de consumo en los últimos 30 días				
	2010	2012	2014	2016	2018	2010	2012	2014	2016	2018	2010	2012	2014	2016	2018
NPS*	-	-	4,0	4,5	2,4	-	-	2,8	3,1	1,7	-	-	1,6	1,7	0,8
Ketamina	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2
Spice	1,1	1,4	0,8	0,9	0,8	0,8	1,0	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6	0,3	0,3	0,2
Mefedrona	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1
Salvia	-	0,8	0,7	0,6	0,4	-	0,5	0,4	0,4	0,3	-	0,3	0,3	0,2	0,1
Ayahuasca	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	0,2



* NPS = Nuevas sustancias psicoactivas: son aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales como cannabis, cocaína, éxtasis... Estas nuevas sustancias (keta, spice, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc. Esta prevalencia se obtiene de la pregunta directa y general, sin especificar sustancias.

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

Más de la mitad de los alumnos **no ha oído hablar nunca de estas nuevas sustancias psicoactivas**, no apreciándose diferencias reseñables en función del sexo. Respecto al año 2016 ha aumentado el nivel de desconocimiento, volviendo a los niveles registrados en el año 2014.

Tabla 1.2.58.

Evolución del porcentaje de personas que nunca han oído hablar de nuevas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo. España, 2014-2018.

	2014			2016			2018		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
NUNCA han oído hablar de nuevas sustancias psicoactivas	53,7	55,8	51,8	46,3	46,9	45,8	54,4	53,6	55,0

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

Las **vías de obtención** de las nuevas sustancias psicoactivas más habituales entre los consumidores son los amigos y los vendedores o camellos, datos que no difieren notablemente con los registrados las ediciones anteriores, salvo un incremento en la obtención a través de internet o a través de un vendedor o camello en el año 2018.

Tabla 1.2.59.

Evolución de la forma de obtención de nuevas sustancias psicoactivas entre la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que ha consumido nuevas sustancias en los últimos 12 meses (%). España, 2014-2018.

	Formas de obtener nuevas sustancias		
	2014	2016	2018
Me la ofreció un amigo	55,0	53,7	54,8
A través de un vendedor (camello)	45,0	34,5	46,7
Me la ofrecieron en una fiesta, en un pub, en un bar	23,1	27,3	29,4
A través de internet	6,2	5,3	12,1
Las compré en una tienda especializada (Smart shop o head shop)	8,0	6,4	9,1
Otros sitios	15,9	5,8	5,9

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

Aproximadamente 7 de cada 10 estudiantes opinan que el consumo de todas estas sustancias podría causar muchos o bastantes problemas a la salud.

Tabla 1.2.60.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo alguna vez* de nuevas sustancias psicoactivas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (%). España, 2012-2018.

	2012	2016	2014	2018
Ketamina	68,2	82,2	77,2	74,5
Spice	72,4	82,7	77,7	74,8
Mefedrona	74,8	83,0	75,9	72,9
Salvia divinorum	71,2	78,8	71,5	69,8
Ayahuasca	-	-	-	69,0

* Alguna vez: una vez al mes o menos frecuentemente.

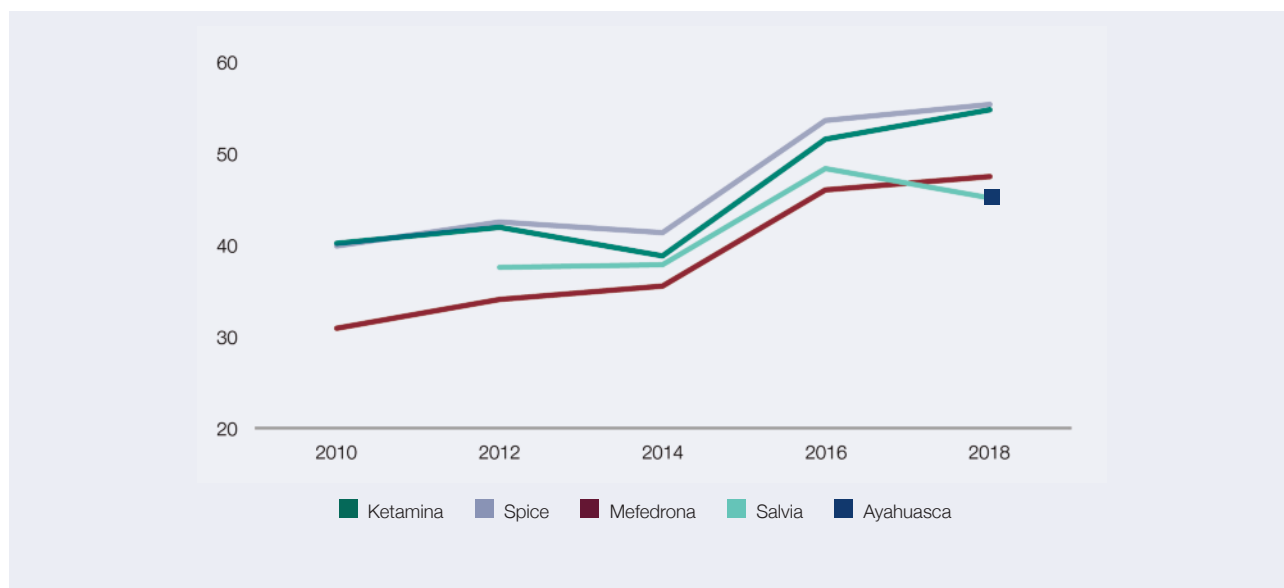
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cuando analizamos la **facilidad** que tendrían los alumnos **para obtener estas drogas**, observamos que, son el spice y la ketamina las que con una mayor facilidad podrían obtener, siendo fácil o muy fácil de conseguir para más de la mitad del alumnado.

Más del 90% de los consumidores de nuevas sustancias han realizado policonsumo, es decir han consumido dos o más sustancias, dato ligeramente superior al registrado en 2016 (88,0%).

Figura 1.2.41.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 2010-2018.



	2010	2012	2014	2016	2018
Ketamina	40,2	41,9	38,8	51,5	54,8
Spice	39,8	42,6	41,4	53,7	55,3
Mefedrona	30,9	33,9	35,4	46,0	47,4
Salvia divinorum	-	37,5	37,7	48,5	45,2
Ayahuasca	-	-	-	-	45,2

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

Tabla 1.2.61.

Prevalencia de consumo de una o más sustancias psicoactivas* entre los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2016-2018.

	2016	2018
Ninguna sustancia	3,6	3,9
Una sola sustancia	8,5	5,0
Dos sustancias	8,5	5,4
Tres sustancias	32,6	22,4
Cuatro o más sustancias	46,9	63,4

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

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

Se aprecia una clara correlación entre el **consumo** de nuevas sustancias y del resto de **sustancias (legales o ilegales)**, así mientras que el consumo de sustancias ilegales entre los no consumidores de NPS es de 32,4%, éste asciende hasta el 88,3% cuando atendemos a los estudiantes que han consumido NPS alguna vez en su vida.

Tabla 1.2.62.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales* alguna vez en la vida en función de haber consumido o no nuevas sustancias psicoactivas (NPS) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2018.

	Sustancias psicoactivas legales	Sustancias psicoactivas ilegales	Ninguna sustancia psicoactiva legal e ilegal
Ha consumido NPS alguna vez en la vida	96,2	88,3	3,5
No ha consumido NPS alguna vez en la vida	80,9	32,4	18,2

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

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

Policonsumo

El policonsumo hace referencia al consumo de diversas sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Algo más de la mitad (50,2%) de los estudiantes de 14 a 18 años ha realizado policonsumo alguna vez en su vida, siendo un 18,3% los estudiantes que jamás han consumido ninguna droga legal o ilegal.

Considerando los 12 meses previos a la realización de la encuesta, el 42,8% de los estudiantes realizó algún tipo de policonsumo, mientras que el 35,7% consumió una única sustancia. Así, los estudiantes que no realizaron ningún consumo de drogas representan el 21,5% de los alumnos.

Si se contemplan los últimos 30 días, el porcentaje de alumnos que han realizado policonsumo se reduce notablemente, siendo el 30,6% aquellos estudiantes que han consumido dos o más sustancias.

Tabla 1.2.63.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	18,3	21,5	37,0
Una sola sustancia	31,5	35,7	32,5
Dos sustancias	18,8	17,7	15,5
Tres sustancias	20,9	18,2	12,6
Cuatro o más sustancias	10,5	6,9	2,4

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

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

Si comparamos las cuatro últimas encuestas, podemos observar cómo el consumo de dos o más sustancias aumenta ligeramente con respecto a 2016 (41,7% de 2016 frente a 42,8% de 2018).

Si únicamente se consideran las drogas ilegales (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB), se percibe que el policonsumo es muy residual entre los estudiantes, menos del 5% de los alumnos ha consumido dos o más sustancias ilegales diferentes alguna vez en sus vidas.

El 33,3% de los estudiantes ha consumido alguna droga ilegal en su vida, reduciéndose este porcentaje hasta un 19,2% cuando analizamos el tramo temporal de los últimos 30 días.

Tabla 1.2.64.

Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2018.

	2012	2014	2016	2018
Ninguna sustancia	16,8	21,0	21,7	21,5
Una sola sustancia	38,9	39,1	36,7	35,7
Dos sustancias	20,1	17,7	18,1	17,7
Tres sustancias	17,5	16,7	17,5	18,2
Cuatro sustancias o más sustancias	6,7	5,5	6,1	6,9

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

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

Tabla 1.2.65.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	66,7	72,3	80,8
Una sola sustancia	28,6	24,2	18,0
Dos sustancias	2,6	1,8	0,6
Tres sustancias	0,9	0,7	0,2
Cuatro o más sustancias	1,3	0,9	0,3

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

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

Evolutivamente hablando, desde 2012 se observa una tendencia ligeramente ascendente de los estudiantes que han consumido alguna droga ilegal en los últimos 12 meses. Este año son un 72,3% los estudiantes que no han consumido ninguna droga ilegal en el último mes, frente al 73,8% registrado en 2016.

Tabla 1.2.66.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2018.

	2012	2014	2016	2018
Ninguna sustancia	73,2	74,1	73,8	72,3
Una sola sustancia	22,7	22,9	23,2	24,2
Dos sustancias	1,6	1,5	1,4	1,8
Tres sustancias	0,8	0,7	0,6	0,7
Cuatro o más sustancias	1,7	0,8	1,0	0,9

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

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

La extensión del policonsumo se incrementa conforme aumenta la edad de los estudiantes. En el grupo de 14 años, el 24,3% consumió al menos dos sustancias diferentes en el último año, proporción que se incrementa hasta un 57,0% en el grupo de 18 años.

Tabla 1.2.67.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la edad (%). España, 2018.

	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Ninguna sustancia	39,9	26,5	15,6	11,5	22,2	11,1
Una sola sustancia	35,7	37,7	36,4	34,0	36,0	31,9
Dos sustancias	12,2	15,7	19,6	21,0	17,5	21,0
Tres sustancias	9,1	14,7	20,7	24,1	17,7	24,9
Cuatro o más sustancias	3,0	5,3	7,7	9,4	6,6	11,1

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

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

La prevalencia del policonsumo es mayor entre las chicas en todos los tramos temporales. En este sentido, también se observa que la proporción de estudiantes que no ha consumido ninguna droga en los diferentes indicadores temporales es mayor en el colectivo masculino. Cabe recordar que las chicas registraban mayores consumos en las sustancias legales y más prevalentes entre los alumnos, tabaco y alcohol, así como en los hipnosedantes.

Tabla 1.2.68

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguna sustancia	20,0	16,7	23,6	19,6	38,6	35,5
Una sola sustancia	32,7	30,5	36,7	34,8	32,7	32,3
Dos sustancias	16,7	20,7	15,5	19,8	13,6	17,3
Tres sustancias	20,6	21,3	17,4	18,9	12,5	12,6
Cuatro o más sustancias	10,1	10,8	6,9	6,8	2,6	2,3

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

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

Sin embargo, si nos ceñimos a las **sustancias ilegales** (tabla 1.2.69), el policonsumo es más frecuente entre los chicos con independencia del tramo temporal analizado, mientras que, únicamente un 2,5% de las chicas ha consumido dos o más sustancias ilegales en el último año, este porcentaje asciende hasta el 4,5% en el grupo masculino.

En primer lugar, observamos que, según va avanzando la edad de los estudiantes va aumentando el número de drogas consumidas en los últimos 30 días; en lo que respecta al género, son las mujeres las que en mayor medida realizan policonsumo.

Con independencia de la sustancia ilegal a la que nos refiramos, vemos que el consumo de todas ellas está más extendido entre aquellos alumnos que han hecho *binge drinking* o se han emborrachado en los últimos 30 días.

Tabla 1.2.69

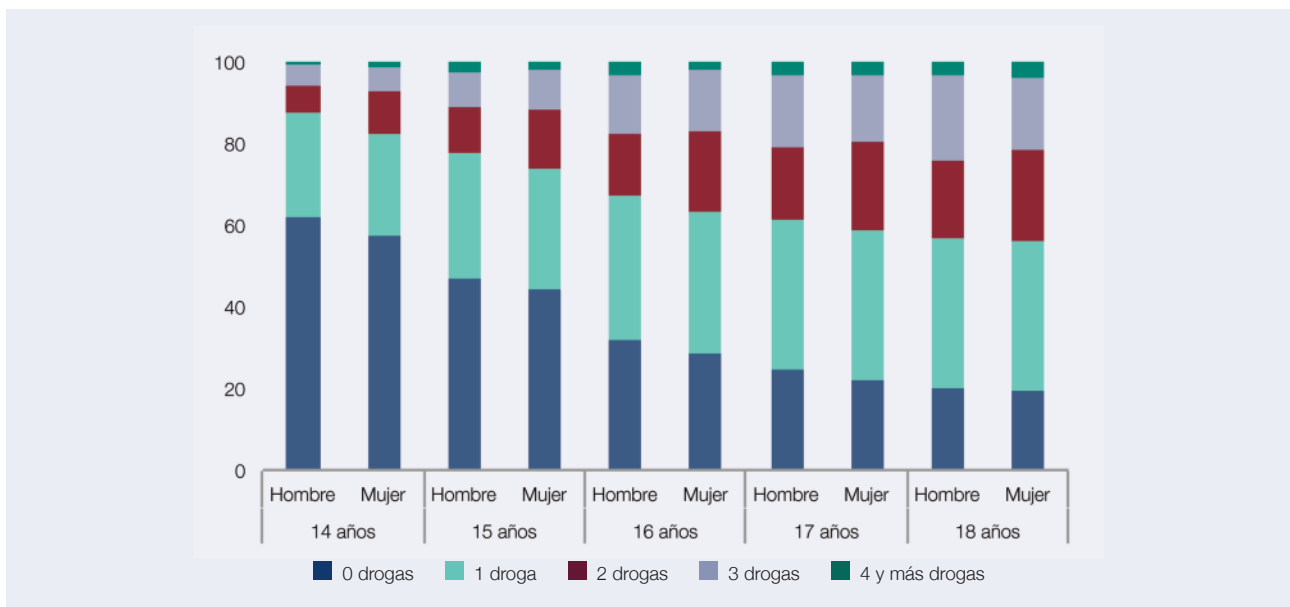
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguna sustancia	65,0	68,4	70,5	74,0	78,7	82,8
Una sola sustancia	29,2	28,0	25,0	23,5	19,6	16,5
Dos sustancias	3,1	2,1	2,2	1,4	0,9	0,4
Tres sustancias	1,1	0,6	1,0	0,5	0,3	0,1
Cuatro o más sustancias	1,7	0,9	1,3	0,6	0,5	0,2

* Drogas legales e ilegales: tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.42.

Prevalencias del número de sustancias psicoactivas consumidas (legales e ilegales)* en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según edad y sexo (%) España, 2018.



		0 drogas	1 droga	2 drogas	3 drogas	4 y más drogas
14 años	Hombre	62,0	25,4	6,9	4,8	0,9
	Mujer	57,2	25,0	10,3	6,2	1,4
15 años	Hombre	46,9	30,8	11,4	8,5	2,4
	Mujer	44,0	29,5	14,5	10,2	1,9
16 años	Hombre	31,8	35,1	15,4	14,7	3,0
	Mujer	28,7	34,7	19,8	14,8	2,0
17 años	Hombre	24,7	36,7	17,4	18,0	3,3
	Mujer	22,0	36,9	21,4	16,4	3,3
18 años	Hombre	20,1	36,5	19,3	20,5	3,5
	Mujer	19,7	36,3	22,6	17,3	4,0

* Drogas legales e ilegales: Tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.70.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido alcohol o no en el mismo periodo (%) España, 2018.

	Ha hecho binge drinking	No ha hecho binge drinking	Se ha emborrachado	No se ha emborrachado
Consumo de cannabis	40,5	9,2	45,5	10,3
Consumo de cocaína polvo y/o base	2,2	0,3	2,4	0,3
Consumo de éxtasis	1,8	0,1	2,1	0,2
Consumo de anfetaminas o speed	1,2	0,2	1,3	0,2
Consumo de alucinógenos	1,2	0,1	1,1	0,2
Consumo de heroína	0,7	0,1	0,7	0,1
Consumo de inhalables volátiles	1,1	0,3	1,2	0,3
Consumo de GHB	0,5	0,1	0,6	0,1

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

Percepciones y opiniones de la población ante el consumo de sustancias psicoactivas

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo da idea de en qué medida los estudiantes piensan que una determinada conducta puede ocasionar problemas. En este sentido, el riesgo asociado al consumo de drogas se comporta como un elemento protector frente al consumo y constituye un freno cuando los estudiantes se planteen consumir este tipo de sustancias psicoactivas.

Las percepciones de riesgo más elevadas se asocian con el **consumo habitual de sustancias ilegales** como la heroína, la cocaína en polvo o el éxtasis, para las cuales prácticamente la totalidad de los estudiantes creen que consumir dichas drogas una vez por semana o más, tendría graves consecuencias para la salud, hecho que se ha mantenido similar a lo largo de toda la serie histórica.

En relación con el **consumo de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana**, se observa que la percepción de riesgo asociada ha aumentado notablemente en 2018 (76,8% frente al 56,1% del 2016) coincidiendo con el descenso de consumo de alcohol en los últimos 30 días.

Por otro lado, el **consumo diario de alcohol** (tomar 1 o 2 cañas/copas cada día) es considerado peligroso por el 57,6% de los estudiantes, dato superior al registrado en 2016, volviendo a niveles similares a los registrados hace 4 años.

En cuanto a la sustancia ilegal más extendida, el **cannabis**, el 87,5% estudiantes opina que su consumo habitual puede conllevar bastantes o muchos problemas. Dicha percepción ha descendido ligeramente, coincidiendo con el leve aumento en el consumo de dicha sustancia.

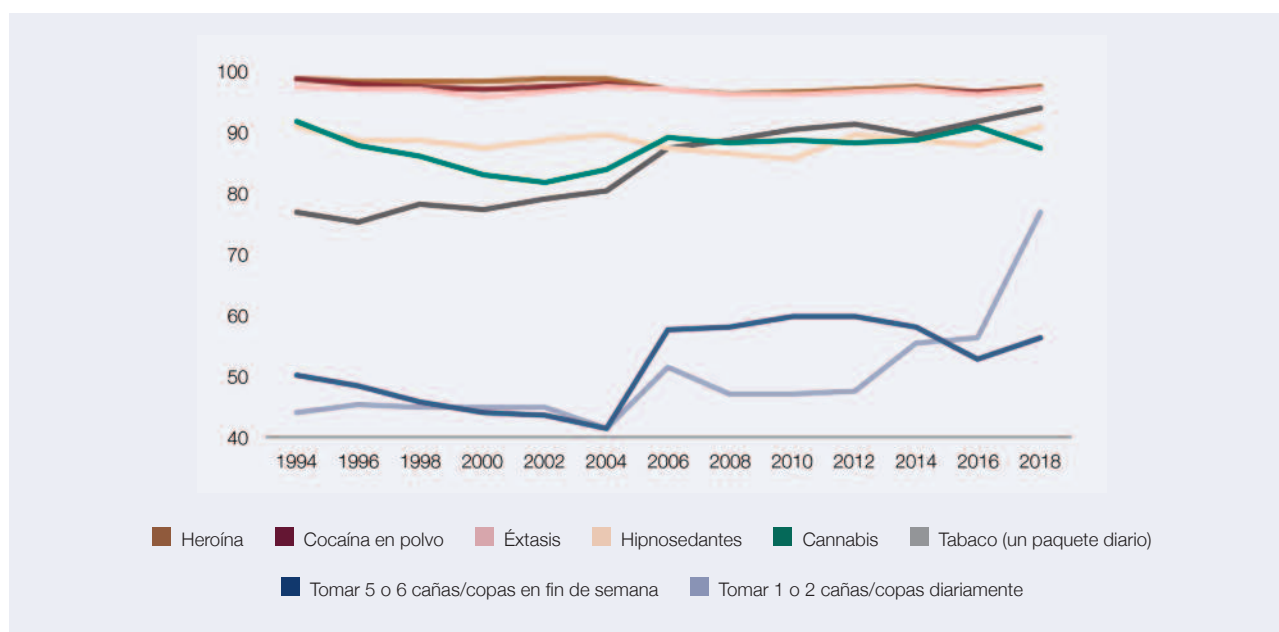
El 93,8% de los estudiantes de 14 a 18 años advierte un peligro cuando se alude al consumo habitual de **hipnosedantes**, siendo la sustancia legal con una mayor percepción de riesgo. Evolutivamente, este año ha registrado el máximo histórico de la serie, superando en más de 6 puntos el dato obtenido en 2016 (87,7%).

Finalmente, el 88,7% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que el **consumo diario de tabaco** puede causar muchos o bastantes problemas para la salud.

Tabla 1.2.71.

Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más frecuentemente, puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Cocaína en polvo	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0	96,2	96,6	96,9	96,4	97,1
Heroína	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2	96,3	96,9	97,5	96,4	97,3
Éxtasis	97,2	97,1	97,0	95,5	96,7	97,2	97,0	96,1	95,9	96,5	96,9	96,2	96,9
Tabaco (un paquete diario)	76,9	75,2	78,0	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4	91,4	89,7	91,8	93,8
Hipnosedantes	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5	89,5	88,6	87,7	90,7
Cannabis	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89,0	88,3	88,7	88,1	88,8	90,7	87,5
Tomar 5 o 6 cañas/copas en fin de semana	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,2	51,3	47,2	47,0	47,5	55,3	56,1	76,8
Tomar 1 o 2 cañas/copas diariamente	50,2	48,5	45,9	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8	59,7	57,8	52,9	56,4



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

Al igual que ocurría con el consumo habitual, la gran mayoría de los alumnos opinan que **consumir de manera esporádica** sustancias como cocaína, metanfetamina o heroína puede causar muchos o bastantes problemas (tabla 1.2.72).

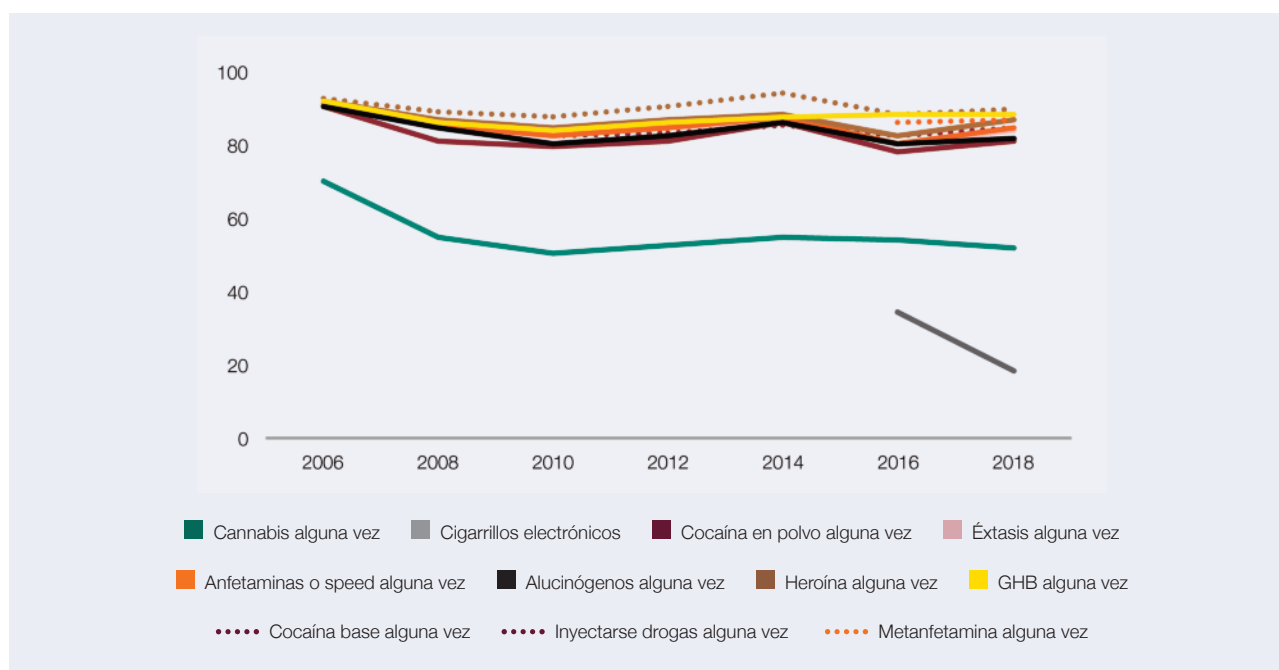
En lo que respecta al cannabis, algo más de la mitad de los estudiantes piensa que el consumo esporádico de esta sustancia podría causar problemas a la salud.

Finalmente observamos cómo el riesgo percibido del uso esporádico de cigarrillos electrónicos es el más bajo de los analizados (18,3%), destacando el descenso registrado con respecto a 2016.

Tabla 1.2.72.

Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo esporádico de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo esporádico, una vez al mes o menos frecuentemente, puede causar bastantes o muchos problemas) (%). España, 2006- 2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Fumar cannabis alguna vez	70,2	54,8	50,4	52,6	54,9	54,1	51,9
Fumar cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	-	34,2	18,3
Consumir cocaína en polvo alguna vez	90,8	81,4	79,6	81,4	86,1	78,1	81,3
Consumir cocaína base alguna vez	90,5	86,0	82,3	83,3	85,6	82,8	84,8
Consumir éxtasis alguna vez	91,3	85,0	82,6	84,9	87,1	80,3	83,7
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	91,0	85,1	82,6	84,9	87,3	80,4	84,7
Consumir alucinógenos alguna vez	90,3	84,8	80,5	82,6	86,5	80,3	82,1
Consumir heroína alguna vez	92,0	86,8	84,9	87,2	88,7	82,3	86,8
Inyectarse drogas alguna vez	92,9	88,9	87,7	90,7	94,0	88,7	89,6
Consumir GHB alguna vez	91,9	86,1	83,7	85,8	87,8	88,1	88,1
Consumir metanfetamina alguna vez	-	-	-	-	-	85,9	87,0



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

Percepción de disponibilidad

La disponibilidad percibida de drogas contempla en qué medida los estudiantes consideran que es difícil o fácil acceder a las diferentes sustancias psicoactivas.

El alcohol y el tabaco son, con diferencia, las sustancias más accesibles para los estudiantes de 14 a 18 años. En este sentido, más del 90% de los estudiantes no aprecia ninguna dificultad para conseguir bebidas alcohólicas o tabaco, escenario que apenas ha variado a lo largo de la serie histórica.

Si se analiza la percepción de disponibilidad de estas dos sustancias en función de la edad (tabla 1.2.73), se aprecia que ésta se encuentra generalizada tanto entre los estudiantes que tienen la mayoría de edad como entre los menores.

Por otro lado, siguiendo con las **sustancias legales** prácticamente la mitad de los estudiantes percibe un fácil acceso a los **hipnosedantes** (47,4%), dato muy similar al registrado en el 2016.

El **cannabis** es la droga ilegal que se considera más accesible y casi un 70% de los alumnos piensa que es fácil o muy fácil adquirirlo.

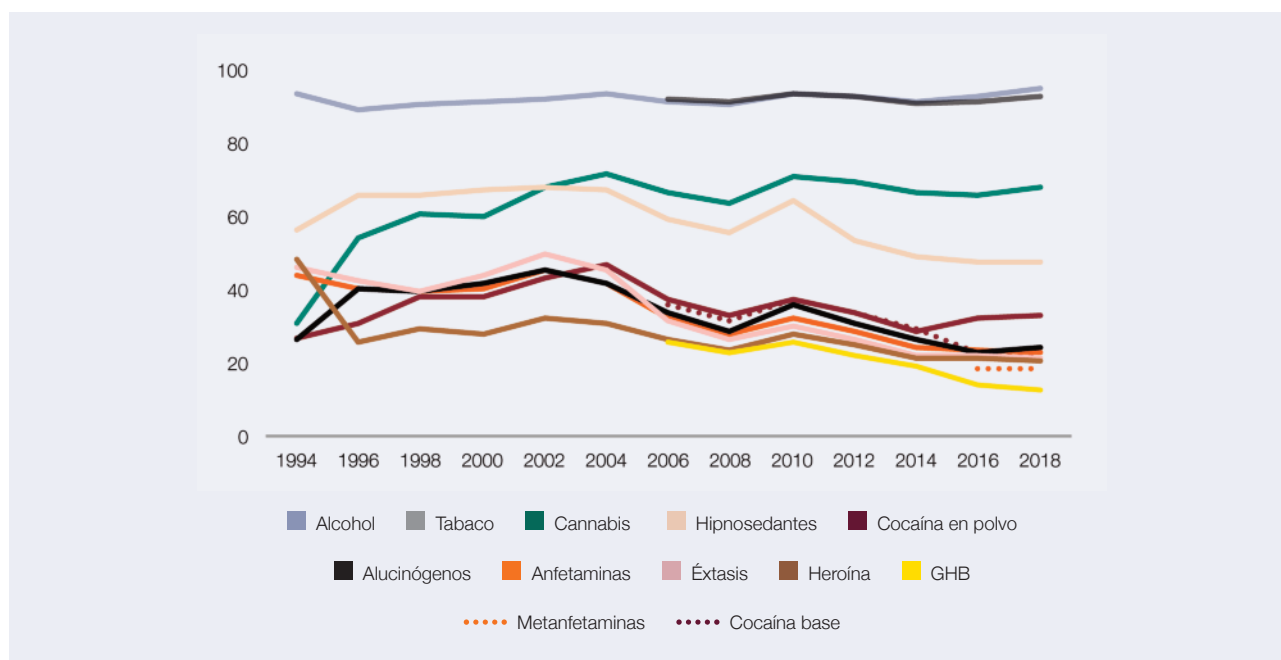
Al igual que ocurría en 2016, el porcentaje de estudiantes que opina que puede conseguir **cocaína en polvo** sin problemas se ha incrementado con respecto al año anterior (32,8% de 2018 frente a 32,3% de 2016).

El resto de sustancias (la heroína, las anfetaminas, el éxtasis, los alucinógenos y el GHB) son las sustancias menos accesibles según los estudiantes, estando entre el 75% y el 85% el porcentaje de alumnos que piensa que es complicado adquirir este tipo de sustancias.

Tabla 1.2.73.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje de estudiantes que piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisiera) (%). España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	93,8	89,0	90,5	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3	92,9	91,4	93,0	94,9
Tabaco	-	-	-	-	-	-	91,7	90,9	93,6	92,8	90,8	91,4	93,1
Cannabis	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1	69,4	66,3	65,9	68,1
Hipnosedantes	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6	64,0	53,3	49,1	47,5	47,4
Cocaína polvo	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2	33,8	28,9	32,3	32,8
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6	35,8	30,9	26,2	22,8	24,1
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1	32,5	28,7	24,2	23,4	22,8
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6	29,9	26,2	21,8	21,8	21,0
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8	24,8	21,4	21,2	20,2
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,4	18,5
GHB	-	-	-	-	-	-	25,5	22,4	25,8	22,3	18,7	14,2	12,6
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	36,1	31,8	37,0	33,4	29,5	22,9	21,8



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

La disponibilidad percibida del tabaco y del alcohol va aumentando según se va incrementando la edad de los estudiantes, siendo la metanfetamina (2,6%) y la heroína (2,7%) las sustancias que se les ha ofrecido en menor proporción. De la misma manera que ocurría con las nuevas sustancias, la mayoría de los estudiantes que consumen cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis y setas mágicas, las obtienen a través de un amigo/conocido o a través de un vendedor (camello).

Tabla 1.2.74.

Disponibilidad percibida del alcohol y del tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) según edad (%). España, 2018.

Disponibilidad percibida		14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Del tabaco	Fácilmente disponible	86,2	91,6	94,6	96,2	97,3
Del alcohol	Fácilmente disponible	88,9	93,7	96,0	97,8	98,6

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

Tabla 1.2.75.

Distintos modos en los que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han conseguido alguna de las siguientes drogas entre los estudiantes que han consumido estas drogas alguna vez (%) España, 2018.

	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Éxtasis	Setas mágicas
A través de un familiar/amigo/conocido	47,0	33,9	20,3	21,2	39,0
A través de un vendedor (camello)	37,7	33,9	28,1	23,2	32,1
En una zona de ocio (festival, concierto...)	12,1	16,5	12,7	11,9	14,4
A través de una tienda especializada (smart shop, herbolario...)	5,4	4,0	6,1	4,9	10,3
A través de internet	1,9	4,1	6,1	5,5	8,5

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

El 42% de los estudiantes manifiesta **le han ofrecido** cannabis a lo largo del último año; la siguiente sustancia que observamos es la cocaína, sustancia que le ha sido ofrecida al 8,5% de los estudiantes de Secundaria. El resto de sustancias registran porcentajes inferiores al 5%.

Tabla 1.2.76.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años a los que les han ofrecido alguna vez en los últimos 12 meses alguna de las siguientes drogas, ya sea de forma gratuita o para comprar, según sexo (%). España, 2018.

	Total	Hombre	Mujer
Cannabis	42,0	43,4	40,7
Cocaína en polvo	8,5	10,4	6,8
Alucinógenos	4,9	6,0	3,8
Anfetaminas o speed	4,1	5,3	3,1
Éxtasis	3,9	4,7	3,0
Cocaína base	3,3	4,2	2,5
Heroína	2,7	3,2	2,2
Metanfetamina	2,6	3,3	1,9

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

Vías de información sobre sustancias psicoactivas

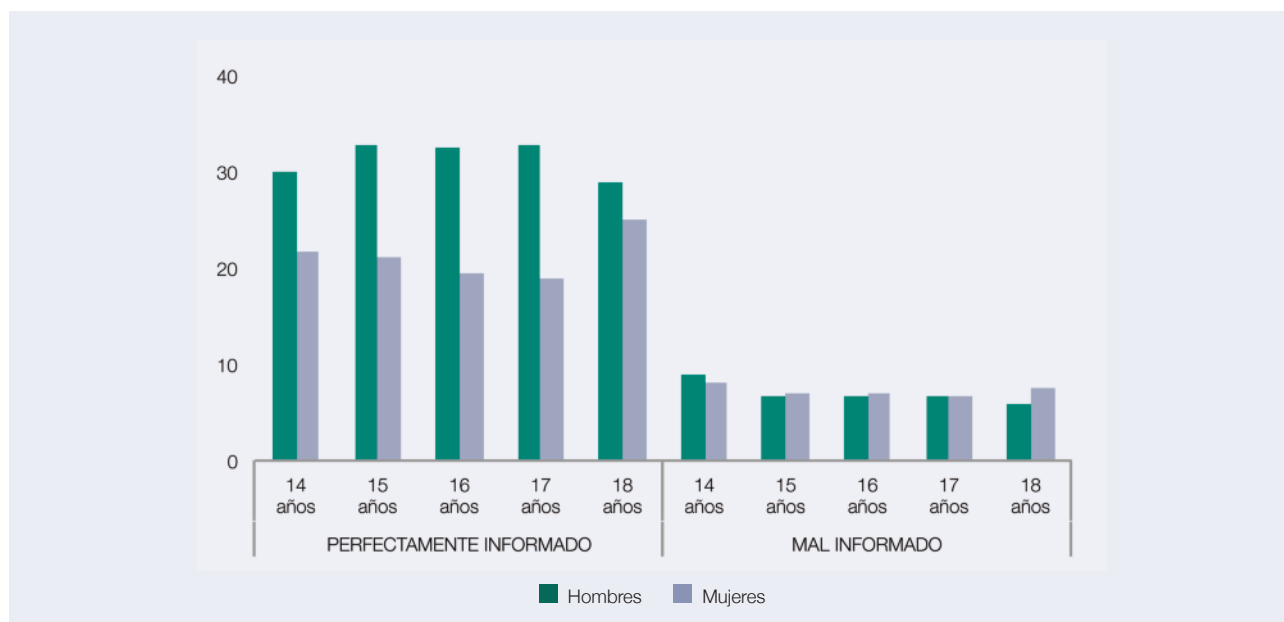
En el año 2018, el 26,0% de los estudiantes de 14 a 18 años cree estar perfectamente informado sobre drogas, si bien este porcentaje varía notablemente si lo analizamos por sexo: el 20,4% de las chicas piensa que está bien informada, frente al 32% de los chicos. Cuando se analiza esta variable **en función del sexo y de la edad** (figura 1.2.43), se aprecia que en todos los grupos de edad la percepción de estar perfectamente informado se encuentra más extendida entre los chicos.

Por edad no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los dos sexos.

Evolutivamente, ha descendido el porcentaje de alumnos que se sienten perfectamente informados, pasando del 31,3% en 2016 al 26,0% registrado en esta edición. Este descenso se ha producido tanto entre los chicos como entre las chicas.

Figura 1.2.43.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se sienten perfectamente informados o mal informados en tema de drogas, según sexo y edad (%). España, 2018.



		Hombres	Mujeres
Perfectamente informado	14 años	30,0	21,7
	15 años	32,8	21,0
	16 años	32,6	19,5
	17 años	32,9	18,9
	18 años	28,8	24,9
Mal informado	14 años	8,8	8,1
	15 años	6,7	6,9
	16 años	6,8	7,0
	17 años	6,8	6,7
	18 años	6,0	7,5

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

Veamos ahora el papel que tienen el **centro escolar y la familia** en la educación sobre drogas y los efectos y problemas asociados en los alumnos.

El 81,7% de los estudiantes indica que en su centro educativo ha recibido información, o se ha tratado el tema del consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las diversas sustancias, siendo las chicas las que manifiestan recibir más educación acerca de este tema.

Por otro lado, el 68,6% de los estudiantes indica que ha recibido este tipo de información en el entorno familiar, no apreciándose diferencias por sexo ni por edad.

Tabla 1.2.77.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han recibido formación en su centro educativo o en su familia sobre el consumo de drogas y los problemas asociados, según sexo y edad (%). España, 2018.

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
He recibido información en el centro educativo	81,7	79,7	83,7	77,7	81,6	83,6	82,6	81,6	83,1
He recibido información en mi familia	68,6	68,6	68,5	65,6	68,3	70,0	69,3	68,5	69,9

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Los chicos y las chicas coinciden en que han sido alertados en sus centros educativos en mayor medida sobre los problemas asociados al consumo de drogas legales y sobre el mal uso de las tecnologías (76,9% y 74,8%, respectivamente). En el lado opuesto, tan sólo el 38,8% de los estudiantes manifiestan haber sido informados de los efectos y los problemas asociados al juego *online* y a las apuestas.

Tabla 1.2.78.

Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han recibido formación en su centro educativo sobre el consumo de drogas y los problemas asociados y otras adicciones, según sexo (%). España, 2016-2018.

	Total	Hombre	Mujer
Efectos y problemas asociados a drogas legales	76,9	74,7	79,0
Efectos y problemas asociados a drogas ilegales	69,4	69,8	69,2
Efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías	74,8	71,6	78,0
Efectos y problemas asociados al juego online, apuestas	38,8	42,3	35,5

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

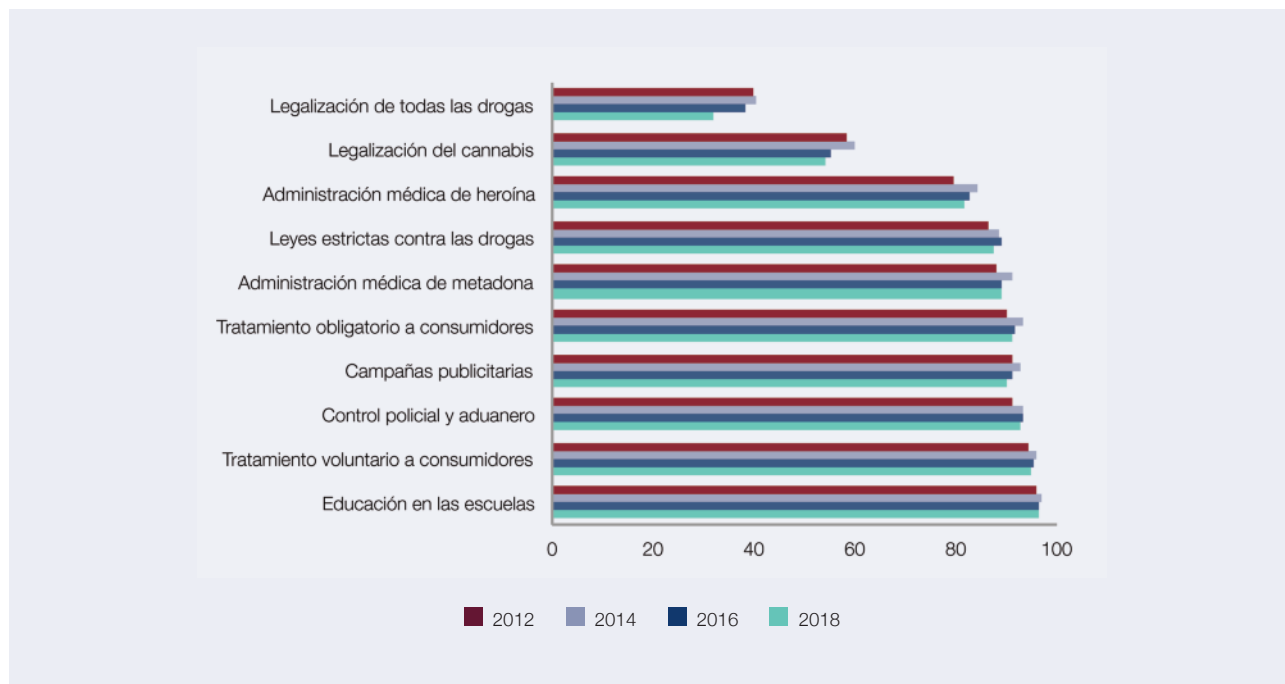
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Cuando se abordan las posibles medidas que pueden ser efectivas para resolver el problema de las drogas (figura 1.2.44), prácticamente todos los alumnos coinciden en la importancia de la educación en las escuelas (96,2%) y el tratamiento voluntario a consumidores (95,0%).

Otras medidas que también son muy populares entre los estudiantes son el control policial y aduanero (92,6%), el tratamiento obligatorio a los consumidores (91,0%) y las campañas publicitarias (90,3%). En el lado opuesto, las medidas en las que tienen menos confianza para resolver el problema de las drogas son las relativas a la legalización (54,3% para el cannabis y 31,9% para todas las drogas).

Figura 1.2.44.

Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2018.



	2012	2014	2016	2018
Educación en las escuelas	95,7	96,8	96,4	96,2
Tratamiento voluntario a consumidores	94,2	96,0	95,2	95,0
Control policial y aduanero	91,2	93,1	93,2	92,6
Campañas publicitarias	90,9	92,5	91,3	90,1
Tratamiento obligatorio a consumidores	90,3	93,0	91,6	91,0
Administración médica de metadona	88,0	91,2	89,3	89,0
Leyes estrictas contra las drogas	86,2	88,4	88,9	87,5
Administración médica de heroína	79,3	84,1	82,5	81,7
Legalización del cannabis	58,3	59,9	55,1	54,3
Legalización de todas las drogas	39,6	40,6	38,0	31,9

* Algo importante o muy importante.

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

Como era de esperar, cuanto mayor es el nivel de consumo de cannabis, en mayor medida piensan que la legalización de esta droga sería muy importante para resolver el problema de las drogas, pasando de 18% entre los que no han consumido en el último año hasta un 51,8% entre aquellos con un consumo problemático.

Tabla 1.2.79.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas, según hayan consumido o no cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2014-2018.

	2014	2016	2018
No han consumido cannabis en el último año	22,6	19,5	18,0
Han consumido cannabis en el último año (CAST<4)*	45,4	34,9	39,8
Han consumido cannabis en el último año (CAST ≥4 Consumo problemático)*	58,2	48,2	51,8

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

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

Consumo de sustancias psicoactivas, contexto y consecuencias negativas

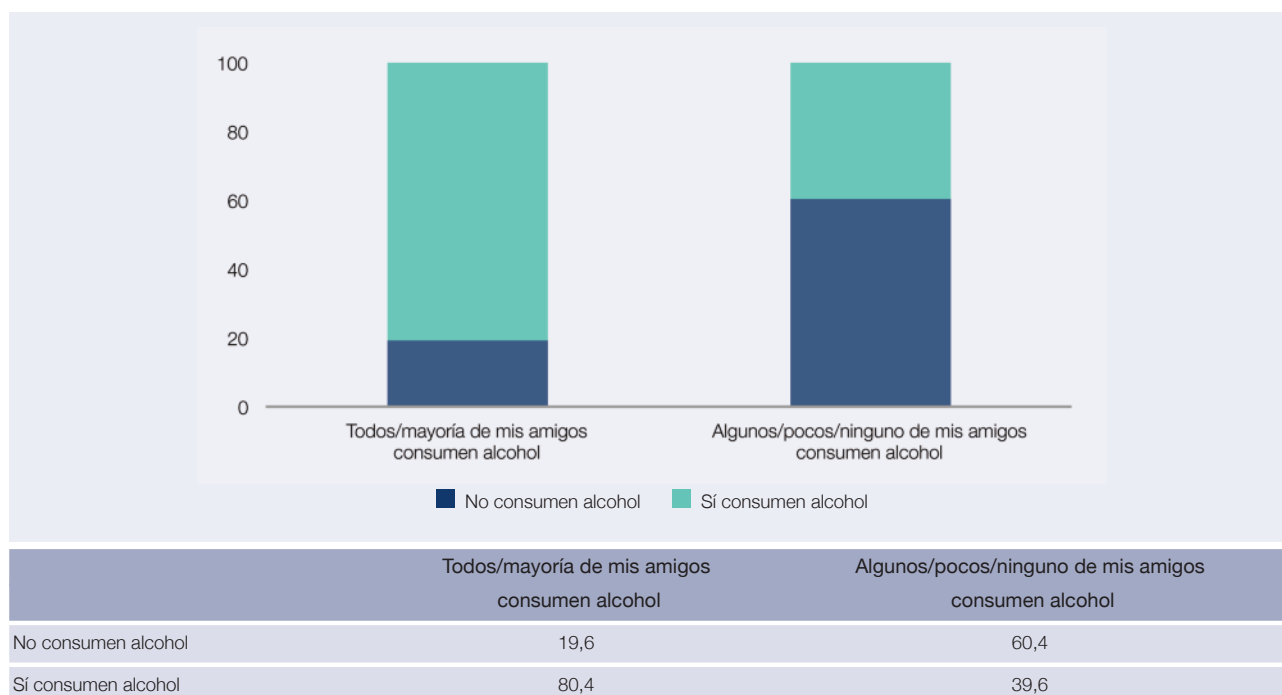
Amigos: relación/influencia de los iguales

Se ha analizado el consumo en los últimos 30 días de determinadas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína) en función de la presencia que tienen en el grupo de amigos del estudiante. En general, se observa que la prevalencia de consumo es más elevada en los alumnos que cuentan con amigos que también consumen.

En cuanto a la sustancia más extendida entre los jóvenes, el alcohol, se observa que su consumo está generalizado en los estudiantes que confirman que sus amigos han **tomado alcohol** (figura 1.2.45). En concreto, el 80,4% de aquellos que indican que todos o la mayoría de sus amigos bebieron alcohol en los últimos 30 días también admite un consumo en este periodo. Sin embargo, en el grupo en el que pocos o ninguno de sus amigos consume, la prevalencia desciende al 39,6%.

Figura 1.2.45.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2018.

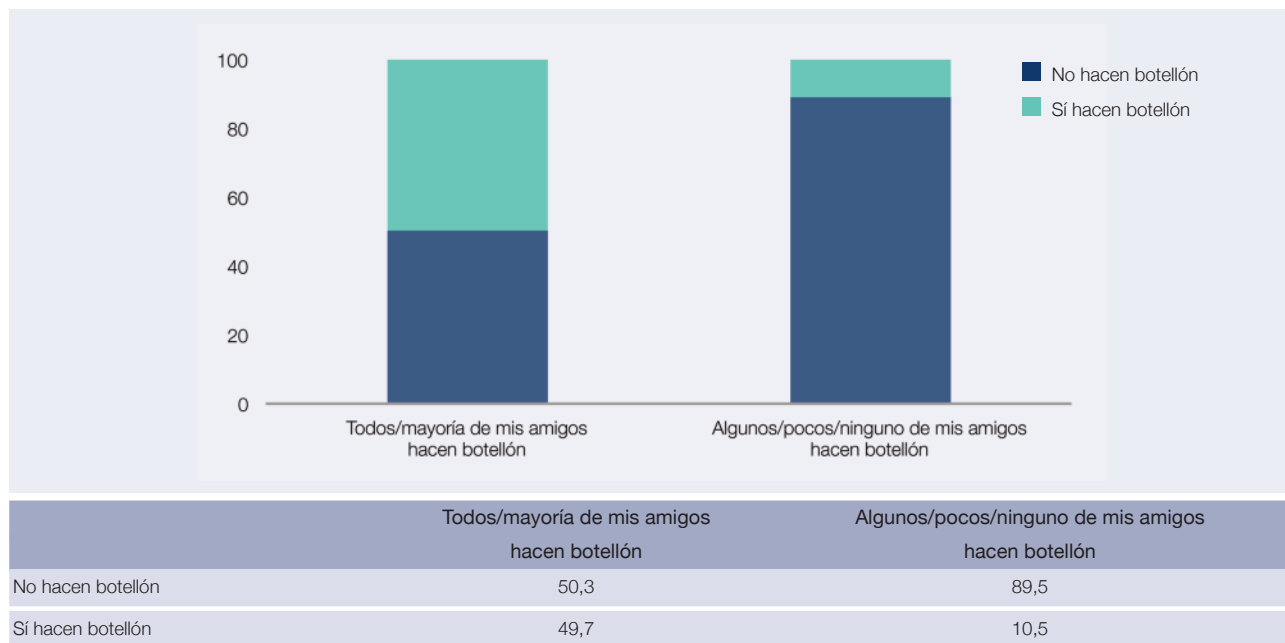


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Se observa un patrón similar cuando se explora la prevalencia del **botellón** (figura 1.2.46) y de las **borracheras** (figura 1.2.47), notablemente más extendida entre los estudiantes que cuentan con una mayoría de amigos que lo realizan. En esta línea, se observa que el 49,7% de los alumnos cuya mayoría de amigos que realizan botellón, lo han realizado también, cifra que asciende al 55,8% en el caso de los alumnos que se han emborrachado, teniendo grupos de amigos que también lo hacen.

Figura 1.2.46.

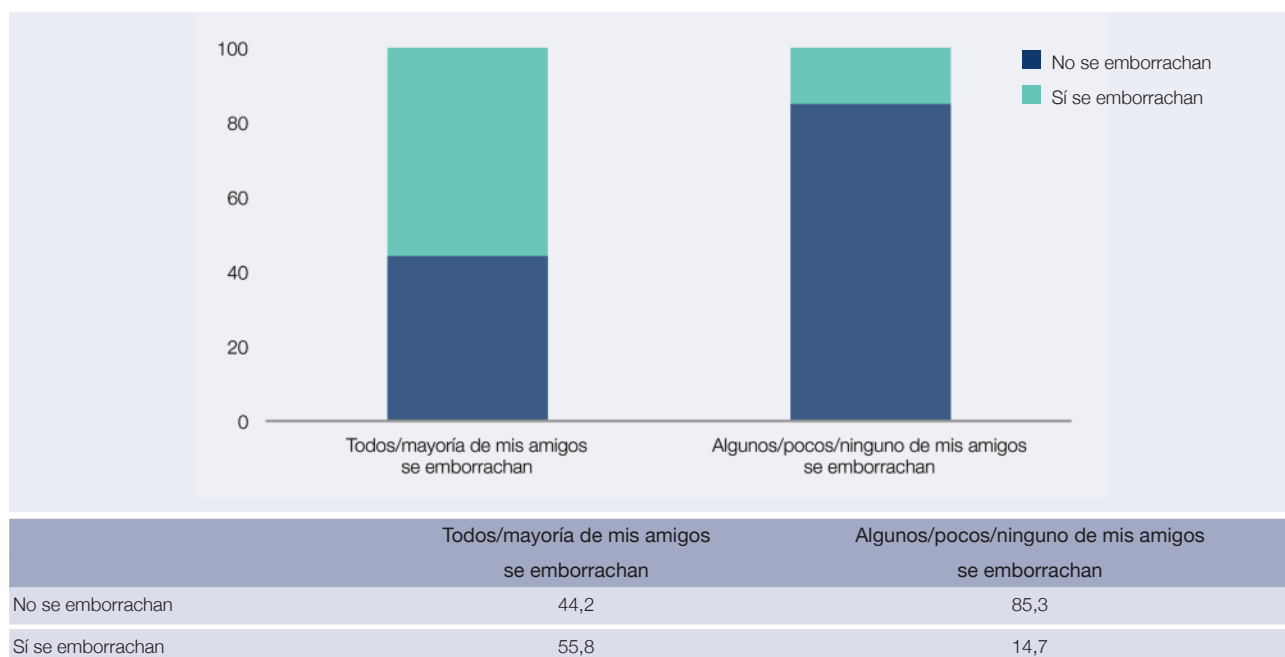
Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales hacen botellón (últimos 30 días) (%). España, 2018.



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

Figura 1.2.47.

Prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales se emborrachan (últimos 30 días) (%). España, 2018.

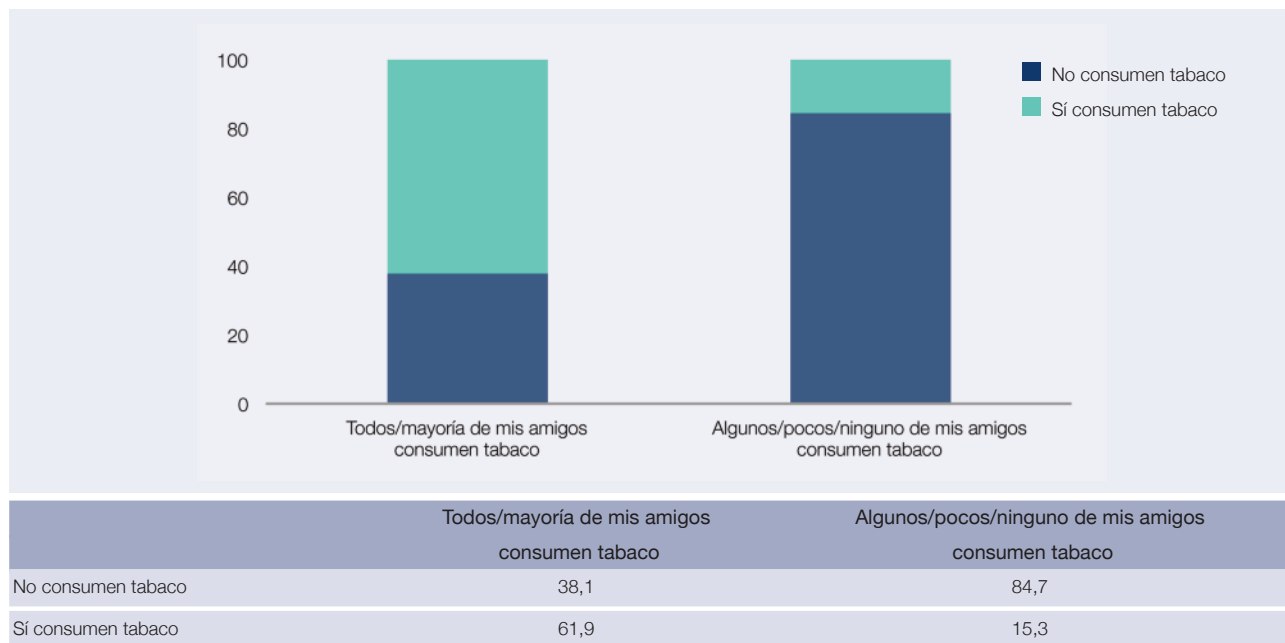


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

La influencia de la conducta del grupo de amigos en los estudiantes resulta evidente cuando se aborda el consumo de tabaco (figura 1.2.48) o de cannabis (figura 1.2.49).

Figura 1.2.48.

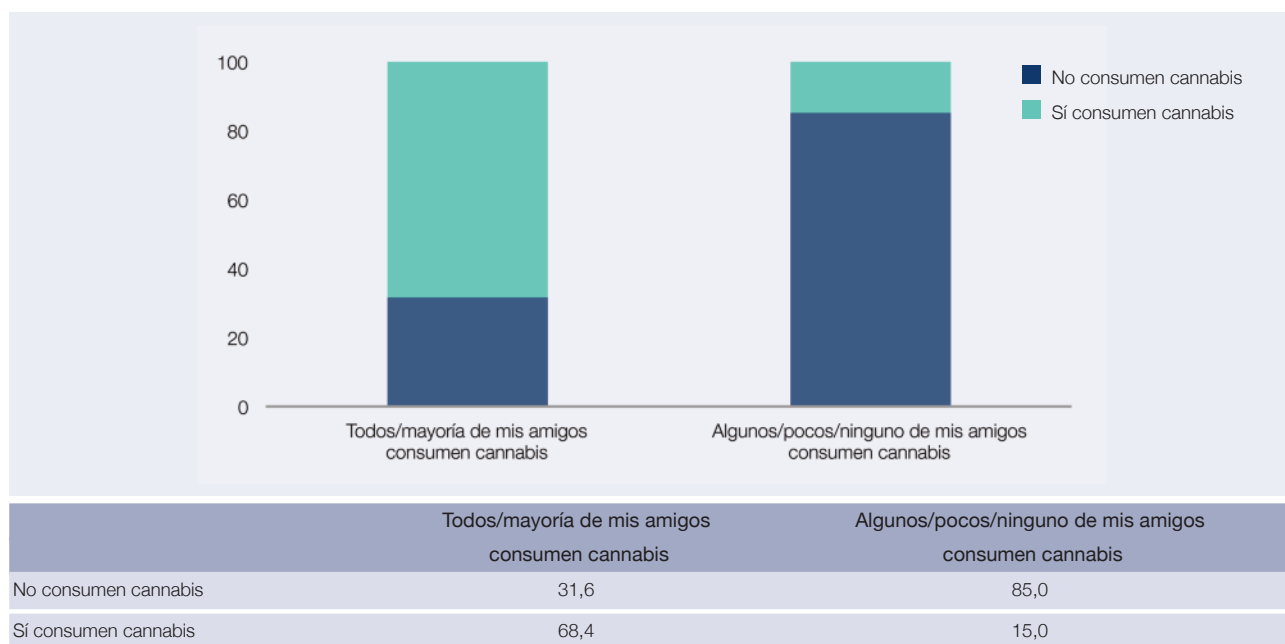
Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2018.



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

Figura 1.2.49.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2018.



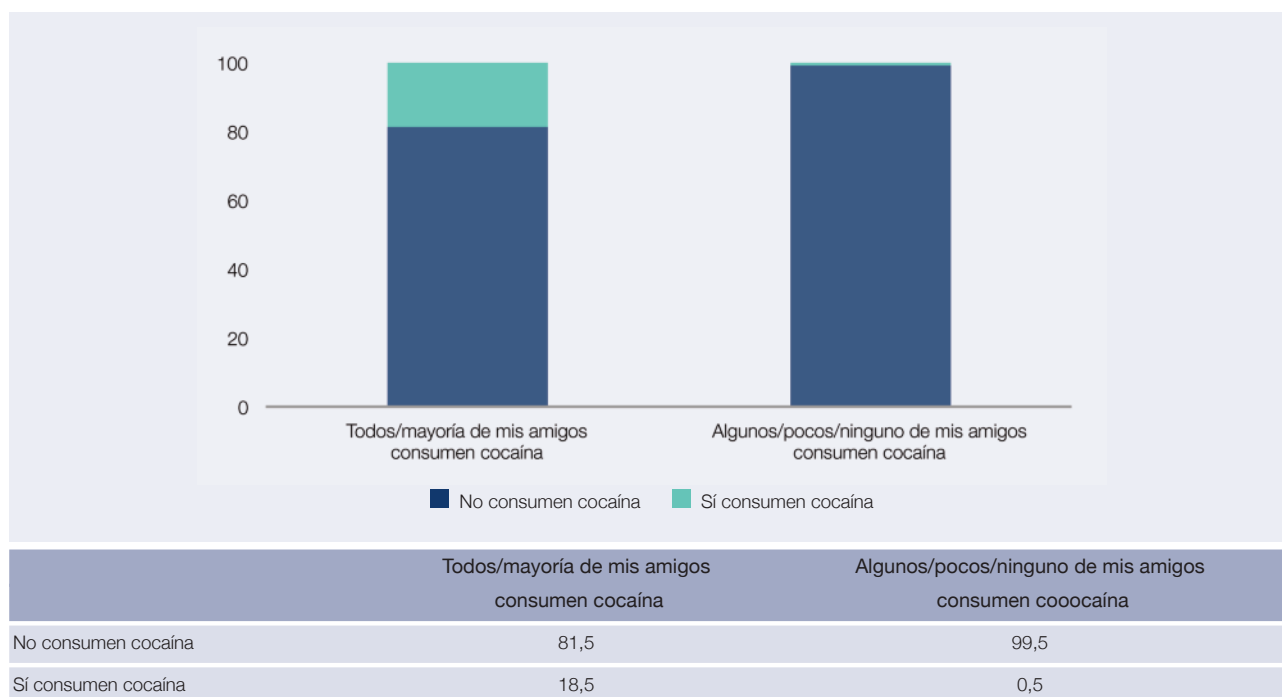
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tanto la prevalencia del consumo de cannabis como la del tabaco son mayores al 60% en los alumnos que cuentan con una mayoría de amigos que han consumido estas sustancias en el último mes. En ambos casos, se trata de prevalencias notablemente superiores a las registradas en los estudiantes que cuentan con un grupo de amigos donde la extensión del consumo es menor (15,3% y 15,0% la prevalencia del tabaco y del cannabis respectivamente).

Las diferencias son muy notables para el **consumo de cocaína** (figura 1.2.50), donde la prevalencia entre aquellos que tienen una mayoría de amigos que han consumido es del 18,5% frente al 0,5% entre los que no tienen amigos consumidores.

Figura 1.2.50.

Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2018.



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

Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible

Actividades de ocio

Dentro de las diferentes actividades de ocio que realizan los estudiantes, el 69,9% **practica algún deporte** semanalmente, siendo bastante más frecuente en el grupo masculino.

Únicamente el 19,8% de los alumnos mantiene un **hábito de lectura** semanal, siendo de un 37,3% el porcentaje de alumnos que declaran que nunca leen por diversión. Las chicas manifiestan tener un mayor hábito de lectura que los chicos.

Por otro lado, respecto al **ocio nocturno** (discotecas, bares, fiestas, cafés...) se observa que aproximadamente 1 de cada 4 alumnos sale semanalmente, siendo el porcentaje ligeramente superior en el grupo masculino.

Es muy frecuente entre los estudiantes **salir con los amigos por las tardes de compras, a pasear, al parque** a pasar el rato, concretamente el 63,1% realizan este tipo de ocio de forma semanal, no apreciándose diferencias de actitud por sexo.

Un 36,7% de los estudiantes indican **tener un hobby** (tocar un instrumento, cantar, pintar, escribir...) al que le dedica tiempo de manera semanal. Esta alternativa de ocio es más popular en las chicas.

Por su parte, prácticamente la totalidad de los estudiantes utilizan **internet** como alternativa de ocio.

Con respecto a **visitar páginas de adultos**, el 50% de los alumnos admite no visitar nunca dichas páginas. Visitar páginas de adultos es un comportamiento que resulta ser mayoritario en los chicos.

Finalmente, el hábito de realizar **compras por internet** semanalmente está muy poco extendido entre los alumnos, apenas el 10% compra una vez a la semana o casi todos los días, aunque algo más de la mitad de ellos lo hace al menos 1 vez al mes. En este caso, no existen diferencias reseñables por sexo.

Tabla 1.2.80

Frecuencia de actividades de ocio realizadas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%). España, 2018.

		Total	Hombres	Mujeres
Practicar algún deporte	Nunca	11,0	6,8	15,1
	Anualmente	5,2	3,0	7,4
	Mensualmente	13,9	10,1	17,5
	Semanalmente	69,9	80,1	60,1
Leer libros por diversión	Nunca	37,3	47,3	27,9
	Anualmente	21,6	21,7	21,4
	Mensualmente	21,3	18,4	24,0
	Semanalmente	19,8	12,6	26,6
Salir con amigos por las noches	Nunca	17,3	17,9	16,7
	Anualmente	15,8	15,5	16,2
	Mensualmente	41,1	39,1	43,0
	Semanalmente	25,8	27,6	24,2
Salir con amigos por las tardes	Nunca	4,2	5,2	3,2
	Anualmente	5,1	5,6	4,7
	Mensualmente	27,7	26,5	28,8
	Semanalmente	63,1	62,7	63,3
Tener otros hobbies	Nunca	38,9	43,4	34,7
	Anualmente	8,9	8,6	9,2
	Mensualmente	15,5	14,4	16,5
	Semanalmente	36,7	33,5	39,6
Usar internet por diversión	Nunca	1,0	1,0	0,9
	Anualmente	0,9	0,9	0,9
	Mensualmente	2,7	3,2	2,3
	Semanalmente	95,4	94,9	95,9
Visitar páginas para adultos en internet	Nunca	51,5	24,5	77,0
	Anualmente	8,5	7,6	9,4
	Mensualmente	14,1	20,3	8,1
	Semanalmente	25,9	47,5	5,5
Realizar compras a través de internet	Nunca	12,7	15,9	9,6
	Anualmente	23,8	25,1	22,6
	Mensualmente	53,3	50,3	56,2
	Semanalmente	10,1	8,7	11,5

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

Actividades de ocio y consumo de sustancias psicoactivas

Al poner en relación el consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína (polvo y/o base) con las actividades que han realizado a lo largo del último año, se observa que los alumnos que **salen por la noche** de manera frecuente las consumen en mayor medida, de la misma manera esto también sucede entre los que **salen habitualmente por la tarde** con sus amigos.

Por otro lado, cabe destacar que los estudiantes que **no leen libros por diversión** y aquellos que **compran por internet** de manera habitual, cuentan con unas mayores prevalencias de consumo en las sustancias anteriormente mencionadas.

Por último, también encontramos diferencias de consumo en relación con la **visita de páginas para adultos en internet**, siendo mayores los consumos entre aquellos que realizan esta actividad de manera habitual.

Tabla 1.2.81.

Prevalencia de consumo de sustancias de en los últimos 12 meses entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años según las actividades de ocio realizadas (%). España, 2018.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
Ha practicado algún deporte	76,2	34,2	27,1	2,3
No ha practicado ningún deporte	74,1	40,9	30,9	3,1
Ha leído libros para divertirse	72,6	30,8	23,4	1,7
No ha leído libros para divertirse	81,7	41,9	34,2	3,7
Ha salido con amigos por las noches	84,0	40,1	31,7	2,7
No ha salido con amigos por las noches	37,4	10,7	7,1	0,8
Ha salido con amigos por las tardes	76,8	35,6	28,0	2,4
No ha salido con amigos por las tardes	56,1	21,7	15,2	2,7
Tiene otros hobbies	74,3	32,6	25,3	2,1
No tiene otros hobbies	78,7	38,8	30,9	2,9
Ha usado Internet para divertirse	76,0	34,9	27,4	2,3
No ha usado Internet para divertirse	72,9	38,5	32,0	8,1
Ha visitado paginas sólo para adultos	81,5	39,3	35,1	3,4
No ha visitado páginas sólo para adultos	70,9	30,9	20,3	1,5
Realiza compras en internet	78,5	36,4	28,5	2,5
No realiza compras en internet	59,1	24,8	20,1	2,1

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

Salidas nocturnas, frecuencia

En ESTUDES también se analiza la frecuencia de las salidas nocturnas y el horario de regreso a casa en dichas salidas debido a la asociación que existe entre el consumo de drogas y el tiempo de ocio.

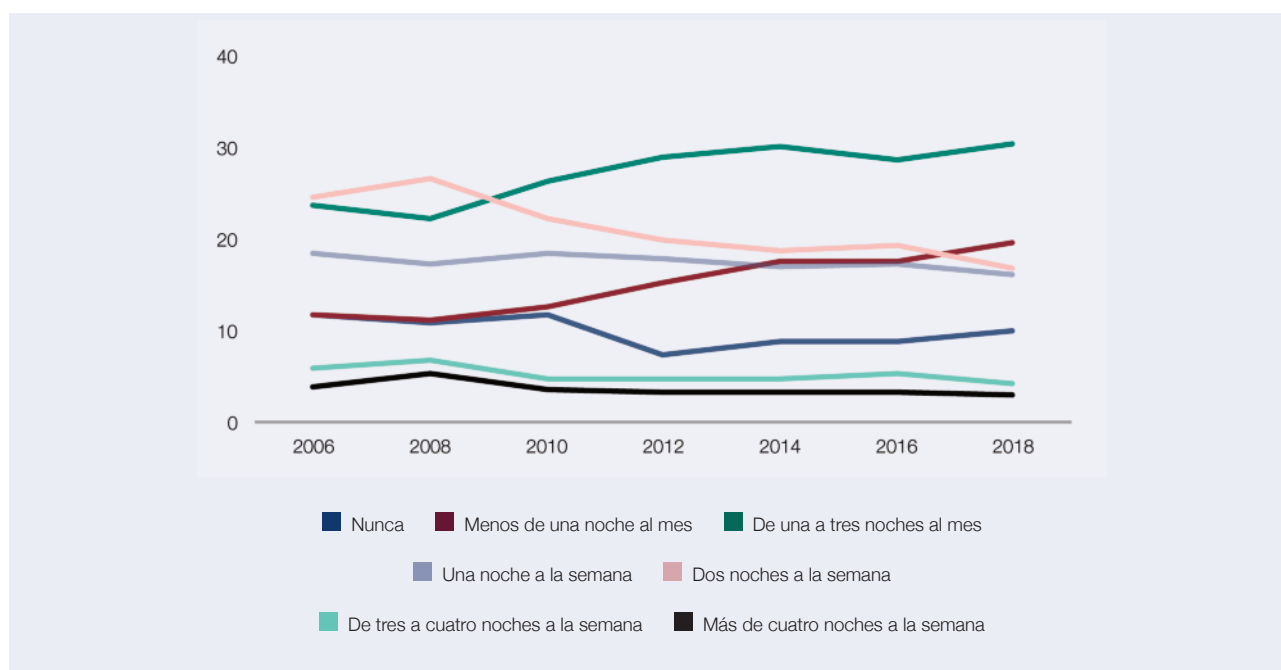
Con respecto a las salidas nocturnas en los últimos 12 meses (tabla 1.2.82), la frecuencia señalada por un mayor número de alumnos es entre 1 y 3 noches al mes (30,3%), dato muy similar al obtenido en las anteriores mediciones.

En general los chicos salen por la noche con más asiduidad que las chicas. Además, como cabría esperar, la frecuencia de salidas nocturnas aumenta a medida que lo hace la edad, de forma que aproximadamente 1 de cada 4 jóvenes de 18 años salen 2 noches o más a la semana (tabla 1.2.83).

Tabla 1.2.82.

Evolución de la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Nunca	11,8	10,7	11,8	7,2	8,7	8,7	10,1
Menos de una noche al mes	11,7	11,0	12,7	15,1	17,7	17,6	19,6
De 1 a 3 noches al mes	23,6	22,1	26,2	28,8	30,1	28,7	30,3
1 noche a la semana	18,5	17,3	18,4	17,9	17,0	17,2	16,1
2 noches a la semana	24,5	26,7	22,1	19,9	18,6	19,3	16,8
3-4 noches a la semana	5,9	6,8	4,7	4,8	4,7	5,2	4,2
Más de 4 noches a la semana	3,9	5,3	3,6	3,2	3,3	3,3	2,9



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

Tabla 1.2.83.

Frecuencia de salidas nocturnas (en los últimos 12 meses) en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo y edad (%). España, 2018.

	TOTAL	H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Nunca	10,1	10,2	10,0	17,1	12,4	7,7	6,6	6,3
Menos de una noche al mes	19,6	18,2	21,0	23,9	22,8	17,4	16,5	17,5
De 1 a 3 noches al mes	30,3	28,5	32,0	26,7	27,7	32,3	32,3	33,5
1 noche a la semana	16,1	17,1	15,0	12,9	14,8	17,0	18,6	16,2
2 noches a la semana	16,8	18,0	15,7	13,3	15,4	17,8	19,0	19,3
3-4 noches a la semana	4,2	4,7	3,7	3,4	4,1	4,6	4,4	4,6
Más de 4 noches a la semana	2,9	3,3	2,5	2,7	2,8	3,3	2,7	2,7

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Salidas nocturnas, frecuencia y consumo de sustancias psicoactivas

Al poner en relación el patrón de salidas nocturnas con el consumo de las drogas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína) se observa que la extensión del consumo se incrementa cuanto mayor es la frecuencia de salidas nocturnas (tabla 1.2.84).

Así, vemos que más del 80% de los alumnos que han salido al menos una noche al mes han tomado **bebidas alcohólicas** en el último año, frente al 29,2% que han consumido bebidas alcohólicas y dicen no haber salido de noche.

En relación con el consumo de **tabaco**, 2 de cada 10 estudiantes que salieron esporádicamente (menos de una noche al mes) reconocen haber fumado en este periodo, pero esta proporción oscila entre el 42% y el 60% entre los que salen al menos una noche a la semana.

Por otro lado, el consumo de **cannabis** es minoritario entre los adolescentes que no han salido por la noche en el último año o han salido de forma puntual (menos de una noche al mes). Sin embargo, la prevalencia aumenta cuando empieza a registrarse cierto hábito de salidas nocturnas, siendo más de la mitad los alumnos que consumen cannabis cuando manifiestan salir más de 4 noches a la semana.

Se contempla el mismo escenario respecto al consumo de **cocaína**, que registra una prevalencia residual entre los estudiantes que salen menos de una noche a la semana y alcanza el máximo valor entre aquellos que salen más de 4 noches a la semana (10,6%).

Tabla 1.2.84.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2018.

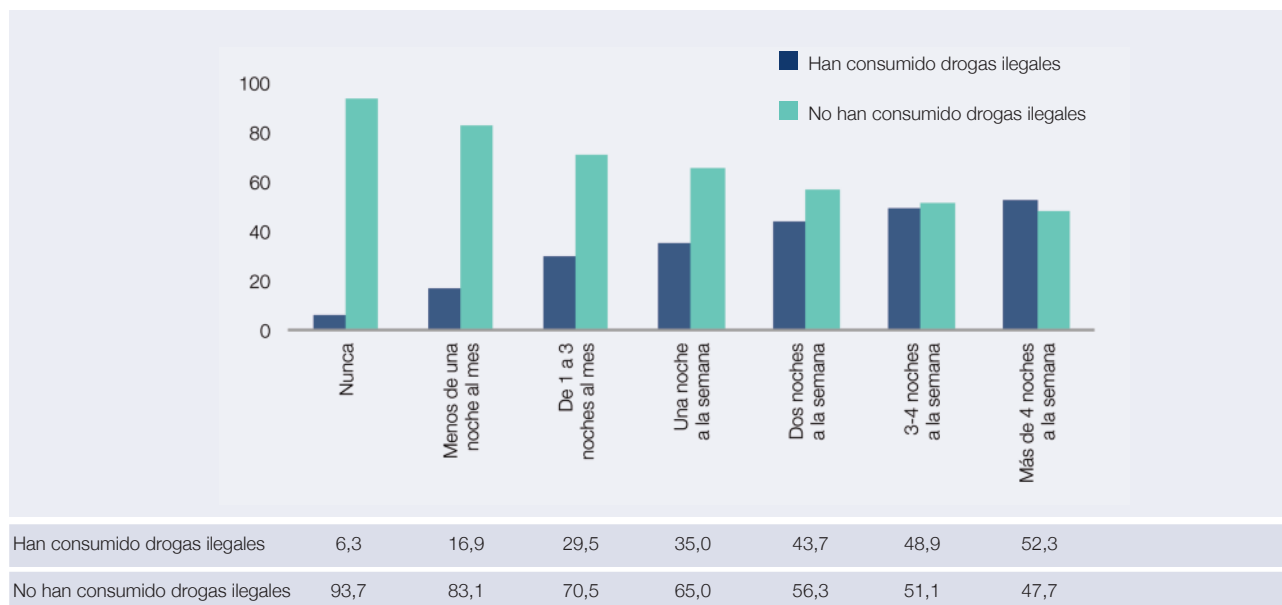
	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
Nunca	29,2	8,5	5,5	0,7
Menos de una noche al mes	68,3	22,2	16,3	0,8
De 1 a 3 noches al mes	84,1	37,3	28,6	1,9
1 noche a la semana	85,9	42,0	33,8	2,5
2 noches a la semana	90,7	51,7	42,7	4,0
3-4 noches a la semana	90,4	57,0	47,6	7,0
Más de 4 noches a la semana	92,0	61,7	51,2	10,6

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

Si se analiza la extensión del consumo de **drogas ilegales** (en los últimos 12 meses) junto con la frecuencia de las salidas nocturnas, resulta evidente que el consumo se encuentra más extendido entre los adolescentes que salen por la noche con mayor frecuencia (figura 1.2.51).

Figura 1.2.51.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2018.



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

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

Salidas nocturnas, horario de regreso a casa

El cuestionario de ESTUDES incluye también preguntas sobre la hora de regreso a casa durante la última salida por la noche, en fin de semana por diversión, en los últimos 12 meses (tabla 1.2.85).

Considerando a los estudiantes que en los últimos 12 meses salieron a divertirse por la noche, el 35,8% regresó a casa antes de la 1 de la madrugada en su última salida en fin de semana, y el 35,9% volvió entre la 1 y las 4 de la mañana, mientras que el 28,4% regresó más tarde de las 4 de la madrugada.

Con respecto a ESTUDES 2016 se ha incrementado el número de alumnos que regresan a sus casas después de las 4 de la mañana. En línea con esto, también encontramos en 2018 un menor porcentaje de alumnos que regresan a sus casas de manera temprana (antes de la 1 de la madrugada).

Tabla 1.2.85.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que regresan a casa (última salida en fin de semana), en cada una de las franjas horarias señaladas (%). España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Antes de las 12 de la noche	16,1	14,5	16,5	14,6	17,1	20,2	19,3
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	15,1	15,7	16,4	14,0	17,1	18,0	16,5
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	13,9	13,8	13,8	11,3	12,7	12,5	11,3
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	13,8	14,6	13,0	11,4	12,3	12,0	11,1
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	15,3	15,3	15,6	14,9	14,0	12,7	13,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	20,6	20,3	19,6	25,2	21,0	19,0	22,2
Después de las 8 de la mañana	5,2	5,9	5,1	8,6	5,8	5,6	6,2

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

Salidas nocturnas, horario de regreso a casa y consumo de sustancias psicoactivas

Por otro lado, atendiendo a las sustancias psicoactivas más extendidas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), se observa que al igual que ocurría con el número de noches que salían, cuanto más tarde regresan a casa los alumnos, mayor es la prevalencia de consumo de estas drogas.

Tabla 1.2.86.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2018.

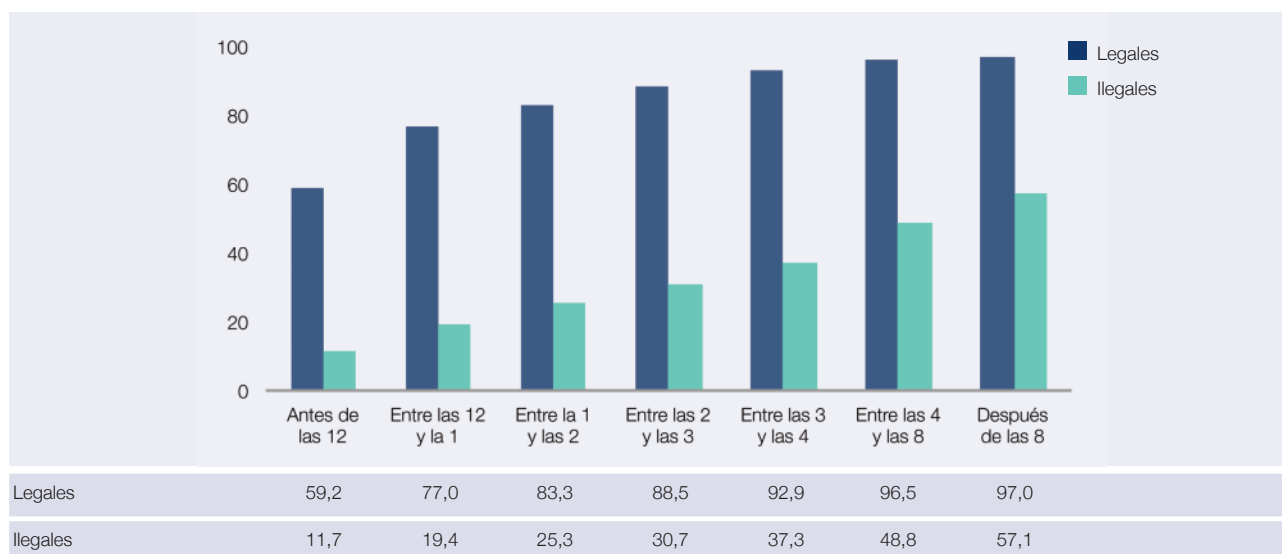
	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína polvo y/o base
No ha salido	29,8	8,2	5,4	0,7
Antes de las 12 de la noche	54,2	17,9	11,0	0,6
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	73,8	25,6	18,3	1,1
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	80,6	32,3	24,3	1,8
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	87,0	38,9	29,7	1,9
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	91,9	44,0	36,1	2,3
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	95,9	57,0	47,5	4,1
Después de las 8 de la mañana	96,5	61,7	55,2	11,3

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

Así, vemos que tanto el consumo de **drogas legales** (alcohol, tabaco e hipnosedantes) como el consumo de **drogas ilegales** (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB) adquiere mayor prevalencia conforme se retrasa la hora de regreso a casa de las salidas nocturnas.

Figura 1.2.52.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales* e ilegales**) en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2018.

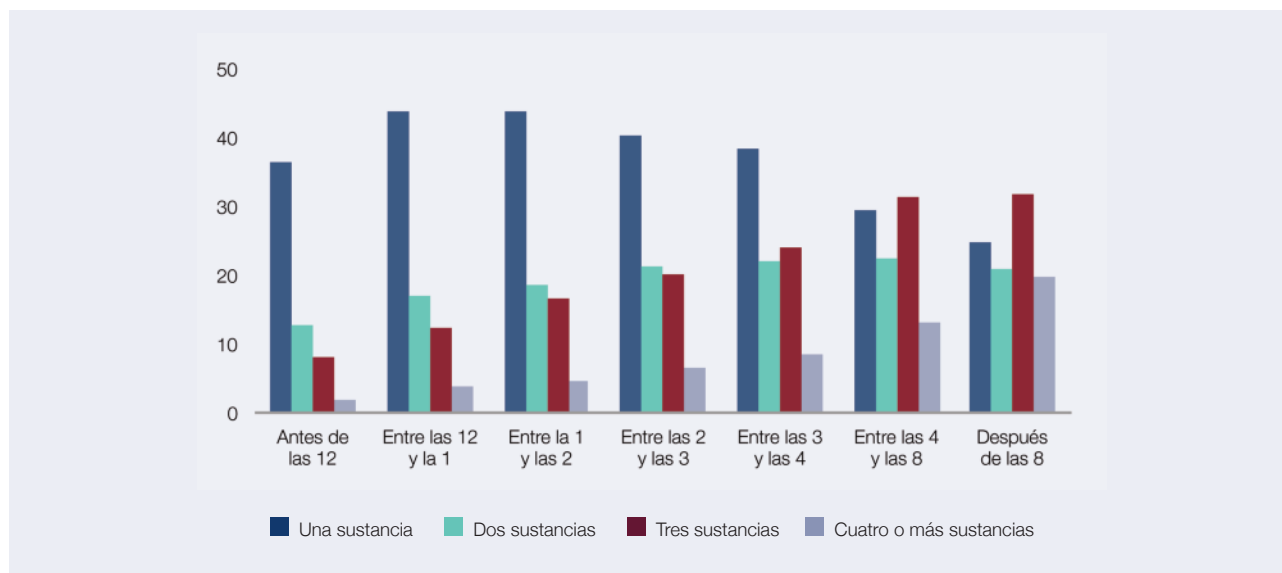


* Sustancias psicoactivas legales: Alcohol, tabaco e hipnosedantes. ** Sustancias psicoactivas ilegales: Cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cuando consideramos el **policonsumo** (consumo de dos o más sustancias diferentes en el mismo periodo), la prevalencia se va incrementando según se va retrasando la hora de llegada a casa de los alumnos, oscilando entre un 22,7% entre los que vuelven a casa antes de las 12 y un 72,4% entre aquellos que regresan después de las 8 de la mañana.

Figura 1.2.53.

Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales*) consumidas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2018.



	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Antes de las 12 de la noche	36,4	12,7	8,0	2,0
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	43,7	17,0	12,5	3,7
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	43,7	18,5	16,8	4,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	40,3	21,3	20,2	6,5
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	38,4	22,1	23,9	8,3
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	29,5	22,4	31,3	13,2
Después de las 8 de la mañana	24,7	20,7	31,8	19,9

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables, GHB.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al poner en relación el consumo de **alcohol** y la hora de regreso a casa en la última salida, dado que es una sustancia generalizada entre los estudiantes, se percibe que la extensión del consumo aumenta al retrasarse el momento de volver a casa (tabla 1.2.87).

En relación al **binge drinking**, observamos que, entre los alumnos que regresaron antes de las 12 en su última salida nocturna, la prevalencia del consumo en forma de **binge drinking** es de apenas un 10%, mientras que entre aquellos que regresaron a casa después de las 8 de la mañana, la prevalencia supera el 65%. Algo similar sucede cuando analizamos las **borracheras** y la ingesta de alcohol en un **botellón**, registrando en ambos casos las mayores prevalencias entre los alumnos que regresaron a casa más tarde en su última salida nocturna.

Por otro lado, considerando exclusivamente a los alumnos que consumieron cannabis en los últimos 12 meses y contestaron la escala CAST, se observa que el **consumo problemático de cannabis** resulta especialmente notorio entre los consumidores que regresaron a partir de las 8 de la mañana (29,4%).

Tabla 1.2.87.

Prevalencia de binge drinking, borracheras en los últimos 30 días, hacer botellón en los últimos 12 meses y puntuación CAST ≥ 4 entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2018.

	Total estudiantes 14-18 años	Binge drinking últimos 30 días	Borrachera últimos 30 días	Botellón últimos 12 meses	Consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4)
Antes de las 12 de la noche	19,3	10,8	6,1	22,6	8,1
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	16,5	20,9	14,4	42,9	9,8
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	11,3	28,4	19,5	52,4	11,9
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	11,1	34,5	25,2	61,3	14,4
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	13,5	44,9	34,1	69,8	13,1
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	22,2	58,1	48,2	80,9	16,0
Después de las 8 de la mañana	6,2	65,9	53,5	81,4	29,4

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

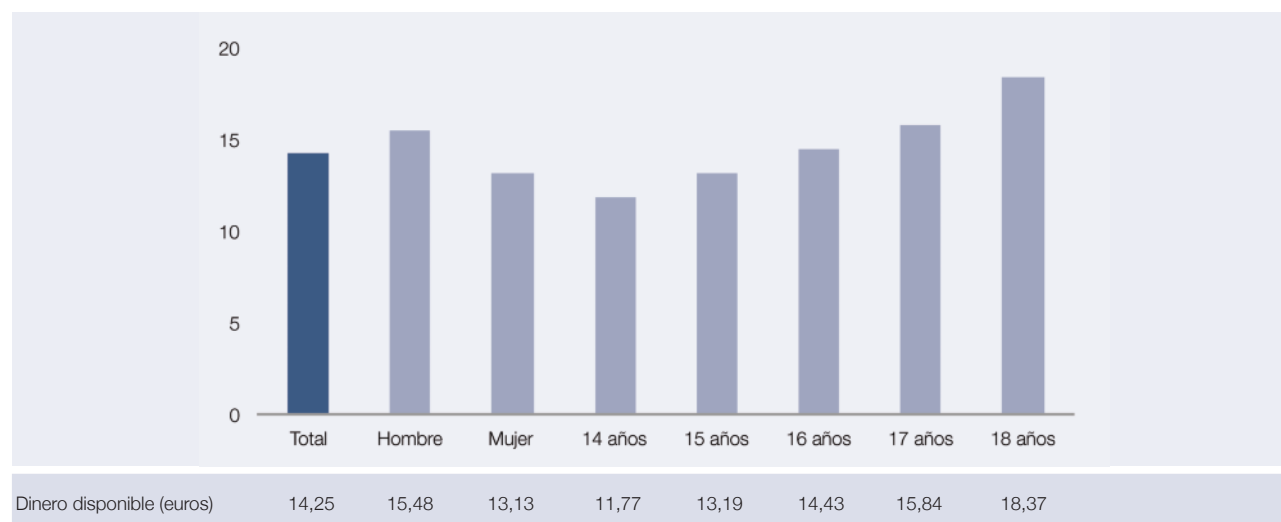
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Dinero disponible para gastos personales

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años disponen, por término medio, de 14,25 euros a la semana para sus gastos personales (salir con los amigos, ir al cine, ir a tomar algo...). De media, los chicos cuentan con una mayor cantidad de dinero que las chicas, y el dinero disponible se incrementa conforme aumenta la edad (figura 1.2.54).

Figura 1.2.54.

Dinero disponible (euros) por término medio a la semana para gastos personales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y según edad. España, 2018.

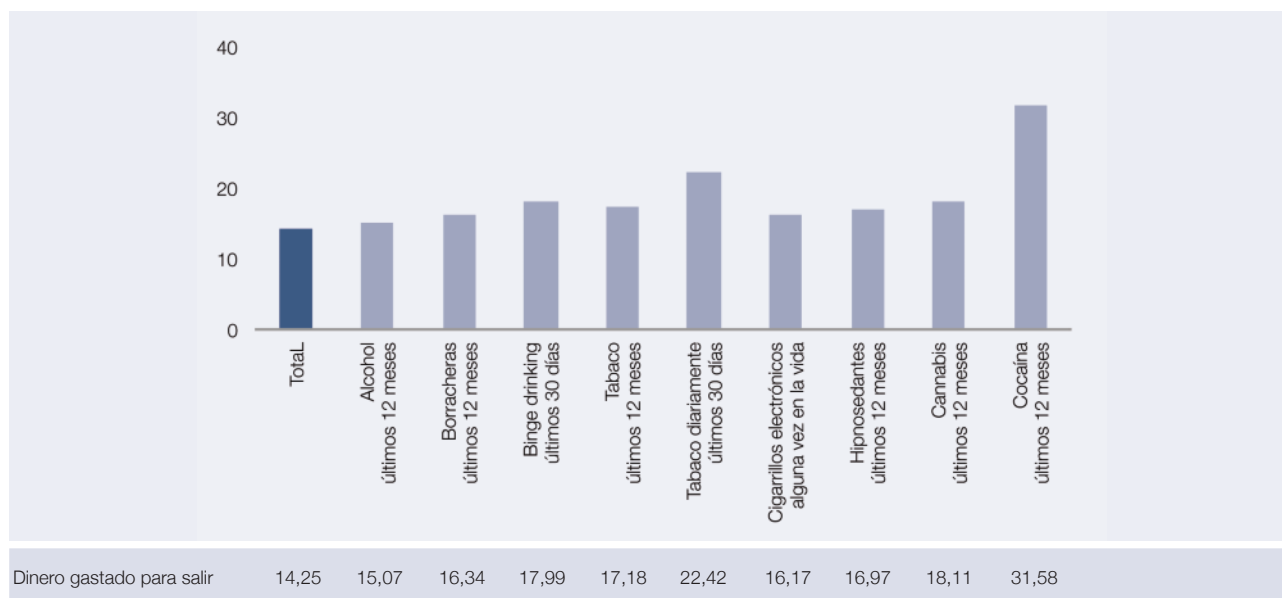


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otra parte, analizando el dinero del que disponen los estudiantes en función de que hayan consumido sustancias psicoactivas (figura 1.2.55). Cabe destacar la cantidad de dinero disponible entre los alumnos que han consumido cocaína en el último año (31,58 euros semanales).

Figura 1.2.55.

Dinero disponible (euros) a la semana para gastos personales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función del consumo de sustancias psicoactivas. España, 2018.



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

Situación económica familiar

La mayoría de los estudiantes (82,0%) opinan que la situación económica de su familia es más o menos igual que la de la media, un 13,5% opina que está por encima de la media y únicamente un 4,4% piensa que la situación es peor que la media.

Si analizamos la situación económica de las familias según el consumo de los alumnos, observamos que no se aprecian diferencias notables cuando atendemos a los consumidores de las sustancias más prevalentes; no obstante, entre los consumidores habituales de cocaína encontramos unos porcentajes más altos de alumnos que manifiestan que la situación económica de sus familias se encuentra por encima y por debajo de la media nacional.

Tabla 1.2.88.

Situación económica de la familia entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según consumo de sustancias en los últimos 30 días. España, 2018.

	Total estudiantes 14-18 años	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína
Por encima de la media	13,5	14,0	15,0	15,0	23,3
Más o menos como la media	82,0	81,5	79,4	79,0	64,5
Por debajo de la media	4,4	4,5	5,6	5,9	12,2

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

Entorno escolar: rendimiento escolar y conflictos

En la tabla 1.2.89 se presentan algunas circunstancias relacionadas con el ámbito escolar según el consumo de diferentes sustancias psicoactivas. En general, los datos indican que, respecto a la media del total de los alumnos, aquellos que consumen sustancias psicoactivas muestran peores resultados en el ámbito escolar (en términos de notas, repetición de curso, expulsiones del centro o dificultad de concentración en el colegio).

Tabla 1.2.89.

Circunstancias relacionadas con el ámbito escolar entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según el consumo de sustancias psicoactivas (% de fila). España, 2018.

	Notas saca habitualmente			Repetido curso alguna vez	
	Sobresaliente/notable	Aprobado/bien	Suspense	Sí	No
TOTAL ALUMNOS	45,2	47,9	7,0	24,2	75,8
Ha consumido alcohol en los últimos 30 días	40,7	51,2	8,1	28,0	72,0
No ha consumido alcohol en los últimos 30 días	51,6	43,0	5,4	18,7	81,3
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	38,4	52,4	9,2	30,7	69,3
No se ha emborrachado en los últimos 30 días	47,9	46,0	6,1	21,4	78,6
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	36,9	54,0	9,1	32,1	67,9
No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	49,2	44,9	5,9	20,3	79,7
Ha hecho botellón en el último año	37,7	53,0	9,3	32,9	67,1
No ha hecho botellón en el último año	47,4	46,3	6,3	21,5	78,5
Ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	24,7	60,0	15,3	49,3	50,7
No ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	47,5	46,5	6,0	21,2	78,8
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	30,1	57,4	12,6	38,2	61,8
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	48,9	45,5	5,6	20,6	79,4
Consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	21,4	58,8	19,8	53,1	46,9
Consumo de cannabis (CAST $<$ 4)	35,3	55,5	9,3	30,2	69,8

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

En cuanto al rendimiento escolar, aproximadamente 3 de cada 7 estudiantes de 14 a 18 años consiguen obtener de manera habitual sobresalientes o notables (45,2%), siendo la nota más frecuente el aprobado o bien, obtenido habitualmente por el 47,9% de los estudiantes. Por su parte, el porcentaje que representan los estudiantes que suelen suspender se sitúa en el 7,0% de los alumnos.

Cuando se observan estos rendimientos académicos en función del consumo de sustancias psicoactivas se percibe que:

- La proporción que saca habitualmente notables o sobresalientes es notablemente más reducida en el grupo consumidor de alcohol (aquellos que en el último mes han bebido alcohol, se han emborrachado o han hecho *binge drinking*) con respecto a los que no han realizado estas acciones.
- Sucede lo mismo entre los que han consumido **cannabis** en el último mes, el número de alumnos que obtiene normalmente notable/sobresaliente (30,1%) resulta muy inferior al registrado entre los que no han consumido esta sustancia (48,9%).
- Únicamente el 21,4% de los estudiantes identificados como **consumidores problemáticos de cannabis** logran obtener de manera habitual sobresalientes o notables. En el lado opuesto, el porcentaje que suspende habitualmente en este grupo de alumnos se sitúa muy cercano al 20%.
- Finalmente, cabe destacar el porcentaje que normalmente suspende entre los consumidores de **cocaína** en los últimos 30 días, siendo este dato muy similar al obtenido entre los consumidores problemáticos de **cannabis**.

Se aprecia una correlación entre el hecho de haber faltado a clase porque no apetecía asistir (“hacer pellas”) en el último mes y el consumo de sustancias, destacando principalmente que más de la mitad de los alumnos que han fumado diariamente en el último mes han hecho “pellas” en dicho periodo. Ocurre lo mismo con el hecho de la dificultad de los alumnos para concentrarse en clase, 3 de cada 10 alumnos que se han emborrachado en el último mes han tenido dicho problema.

En cuanto a las situaciones disciplinarias, son un 6,0% de los alumnos, aquellos que han sido expulsados del centro educativo en el último año. Con independencia de la sustancia, este porcentaje es mayor entre los alumnos que han consumido sustancias, destacando que 2 de cada 10 alumnos que han consumido tabaco diariamente en el último mes han sido expulsados en ese mismo periodo.

Tabla 1.2.90.

Prevalencia de experimentar ciertas situaciones entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no diferentes sustancias psicoactivas (% de fila). España, 2018.

	Últimos 30 días ha hecho pellas	Últimos 12 meses no ha podido concentrarse en el colegio al día siguiente de salir	Últimos 12 meses ha sido expulsado del centro educativo
TOTAL ALUMNOS	24,4	16,9	6,0
Ha consumido alcohol en los últimos 30 días	33,2	24,5	8,0
No ha consumido alcohol en los últimos 30 días	11,9	6,3	3,1
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	43,1	33,9	11,4
No se ha emborrachado en los últimos 30 días	17,8	11,0	4,0
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	40,9	31,4	10,2
No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	16,3	9,9	3,9
Ha hecho botellón en los últimos 30 días	43,3	33,6	11,8
No ha hecho botellón en los últimos 30 días	18,8	12,0	4,2
Ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	57,6	38,9	19,8
No ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	16,8	11,1	4,4
Ha consumido hipnosedantes en los últimos 30 días	38,0	30,6	11,6
No han consumido hipnosedantes en los últimos 30 días	23,3	15,9	5,5
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	49,6	34,1	14,9
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	18,2	12,8	3,8

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

Consecuencias negativas del consumo: accidentes vehículos de motor, peleas/agresiones y otras

Se ha analizado en qué medida los estudiantes de entre 14 y 18 años han conducido algún tipo de vehículo de motor bajo los efectos del **alcohol** en los últimos 12 meses (tabla 1.2.91), observando que el porcentaje que reconoce esta conducta se sitúa en el 2,7%, siendo más elevado en el grupo masculino (4,0%). Por edad, el porcentaje se va incrementando según aumenta la edad, registrando el mayor entre los estudiantes de 18 años (6,2%).

Siguiendo con el alcohol, el 17,2% de los alumnos dice haber viajado como pasajero en un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol (el 20,5% de las chicas y el 17,2% de los chicos). Este indicador también expe-

rimenta un incremento progresivo a medida que aumenta la edad de los estudiantes, de modo que en los estudiantes de 18 años el porcentaje asciende al 30,6%.

En relación al consumo de **cannabis** y la conducción de vehículos de motor, el 1,9% de los alumnos reconoce haber conducido bajo los efectos de esta droga en los últimos 12 meses, el 1,7% si se considera a los alumnos de 14 a 17 años y el 4,4% si se contempla el grupo de 18 años. Por otro lado, el porcentaje de alumnos que manifiesta haber viajado como pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis se sitúa en el 9,4%, dato que asciende hasta casi un 20% entre los estudiantes de 18 años.

Entre los alumnos de 14 a 18 años es residual el porcentaje que ha conducido bajo los efectos de la **cocaína**. De la misma manera, menos del 2% ha viajado en el último año como pasajero de un vehículo conducido por alguien que había consumido esta sustancia ilegal.

Tabla 1.2.91.

Conducción de un vehículo de motor bajo los efectos de sustancias psicoactivas y viajar como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%). España, 2018.

	Total	H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	14-17 años
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos del alcohol	2,7	4,0	1,5	0,8	1,7	3,0	4,1	6,2	2,5
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de hachís o marihuana	1,9	3,0	0,9	0,5	1,3	2,2	2,7	4,4	1,7
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de cocaína	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol	18,9	17,2	20,5	10,9	14,1	19,9	25,6	30,6	18,1
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de hachís o marihuana	9,4	9,8	9,0	2,9	5,9	10,6	14,2	19,0	8,8
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cocaína	1,9	2,1	1,7	0,6	1,0	1,9	3,1	4,0	1,7

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Otras situaciones no deseables

En la tabla 1.2.92 se presentan algunas situaciones no deseables experimentadas en los últimos 12 meses en función de que el alumno haya consumido alguna de las diferentes sustancias psicoactivas analizadas: conflicto importante con padres o hermanos, incapacidad de recordar lo sucedido la noche anterior después de haber salido, tener resaca, haber tenido relaciones sexuales sin preservativo, haber sido víctima de una relación no consentida o haber sufrido *bullying*.

El 39,1% de los alumnos de 14 a 18 años reconoce haber tenido **algún conflicto o discusión importante** con padres o hermanos, porcentaje que se incrementa notablemente entre los consumidores de todas las sustancias analizadas, obteniendo su valor máximo entre los consumidores problemáticos de cannabis, donde este porcentaje alcanza un 71,4%.

Por otro lado, el 6,3% de los alumnos reconoce haberse visto **implicado en una pelea o agresión** habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las dos horas previas. Esta proporción asciende hasta el 16,9%, el 19,4% y el 39% entre los que se han emborrachado, han consumido cannabis o cocaína en el último mes, respectivamente.

El 20,7% de los alumnos reconoce haber sido incapaz de recordar lo sucedido la noche anterior tras haber salido algún día del último año. Cuando se analizan los resultados en función del consumo observamos que los valores máximos se registran entre los que han consumido cannabis de manera problemática o se han emborrachado en los últimos 30 días, registrando porcentajes cercanos al 50%.

En cuanto al ámbito de las relaciones sexuales sin preservativo, el porcentaje de estudiantes que reconoce haberlas tenido es del 15,8%, incrementándose de manera muy notable entre los consumidores de todas las sustancias, destacando los consumidores problemáticos de cannabis y los consumidores de cocaína, entre los cuales la prevalencia de haber tenido relaciones sin protección se sitúa por encima del 50%.

Siguiendo con las relaciones sexuales, el 6,7% de los alumnos manifiesta haber tenido en el último año alguna relación sexual de la que se ha arrepentido, cifra superior entre aquellos que han consumido alcohol u otras drogas en el mes previo, destacando el consumo de cocaína (29,1%) o el consumo problemático de cannabis (25%).

Finalmente, con respecto al *bullying* (acoso), observamos que el 19% de los alumnos que han consumido hipnosedantes en el último mes, admiten haber sufrido *bullying* a través de internet o por otros medios, porcentaje muy superior al registrado en el total de los alumnos (9,4%).

Tabla 1.2.92.

Prevalencia de experimentar ciertas situaciones en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no diferentes sustancias psicoactivas (% de fila). España, 2018.

	Discusión familiar	Peleas o agresiones	No recordar noche anterior	Rel. sexuales sin preservativo	Rel. sexuales arrepentido	Sufrir bullying
TOTAL ALUMNOS	39,1	6,3	20,7	15,8	6,7	9,4
Ha consumido alcohol en los últimos 30 días	45,6	10,0	31,5	22,6	9,8	9,7
No ha consumido alcohol en los últimos 30 días	30,2	1,0	5,6	6,2	2,4	9,1
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	50,8	16,9	49,3	30,6	13,9	9,8
No se ha emborrachado en los últimos 30 días	35,2	2,6	11,1	10,6	4,2	9,2
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	49,0	14,9	43,1	28,8	13,3	9,9
No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	34,4	2,1	10,0	9,5	3,6	9,2
Ha hecho botellón en los últimos 30 días	50,0	17,5	45,4	30,7	14,4	9,9
No ha hecho botellón en los últimos 30 días	36,0	3,0	13,5	11,4	4,5	9,3
Ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	59,5	24,5	45,0	44,6	19,2	13,1
No ha consumido tabaco diariamente en los últimos 30 días	36,8	4,2	18,0	12,5	5,4	9,1
Ha consumido hipnosedantes en últimos 30 días	59,2	14,4	29,7	26,8	14,2	19,0
No ha consumido hipnosedantes en últimos 30 días	37,7	5,7	20,0	15,0	6,2	8,8
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	54,3	19,4	42,3	36,1	15,8	11,0
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	35,6	3,2	15,6	10,9	4,6	9,1
Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	71,4	38,5	49,8	54,8	25,0	12,8
Consumo de cannabis (CAST<4)	50,9	14,2	40,9	31,1	13,1	9,6
Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses	60,4	39,0	47,7	52,9	29,1	15,8
No ha consumido cocaína en los últimos 12 meses	38,6	5,4	20,0	14,8	6,1	9,3

Las definiciones completas son las siguientes: Ha tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos. Ha sufrido una pelea habiendo consumido alcohol u otras drogas. No ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido. Ha tenido relaciones sexuales sin preservativo. Ha tenido relaciones sexuales de las que se ha arrepentido. Has sufrido bullying (acoso) a través de internet o por otros medios.

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

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por comunidad/ciudad autónoma

En este apartado se exponen los consumos de las sustancias con mayor prevalencia de consumo (alcohol, tabaco y cannabis) en las diversas comunidades y ciudades autónomas y en los diferentes tramos temporales.

Hay que tener en cuenta que la muestra correspondiente a Ceuta y Melilla es pequeña y el margen de error elevado, de forma que conviene tomar con precaución las comparaciones entre las diferentes comunidades autónomas.

Además, se contempla la **edad media de inicio en el consumo** de dichas sustancias (tabla 1.2.93). En cuanto a la edad media con la que los estudiantes empiezan a consumir tabaco, se aprecia que la dispersión de este promedio entre las diferentes comunidades autónomas es de menos de un año, situándose entre los 13,9 años registrados en Aragón y los 14,5 años obtenidos en Melilla. En todas las comunidades transcurre un año o menos entre el primer consumo y la adquisición del hábito de fumar a diario.

Tabla 1.2.93.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Muestra	Edad media inicio en el consumo de			
		Tabaco	Tabaco diario	Alcohol	Cannabis
Andalucía	2.884	14,3	14,8	14,2	15,1
Aragón	2.590	13,9	14,5	13,6	14,9
Asturias	2.039	14,3	14,6	14,0	14,9
Baleares	840	14,3	14,7	14,0	14,8
Canarias	1.328	14,0	14,5	14,1	14,6
Cantabria	1.960	14,1	14,4	13,9	14,9
Castilla y León	2.538	14,1	14,6	14,0	15,0
Castilla-La Mancha	2.036	14,2	14,6	14,0	15,1
Cataluña	2.640	14,0	14,7	14,0	14,8
C. Valenciana	3.628	14,2	14,7	13,9	14,9
Extremadura	907	14,0	14,4	13,8	14,9
Galicia	2.026	14,4	14,8	14,3	15,0
Madrid	4.172	14,1	14,8	14,1	15,0
Murcia	2.240	14,1	14,6	14,1	14,9
Navarra	2.353	14,1	14,5	13,8	14,8
País Vasco	1.314	14,1	14,5	13,8	14,7
Rioja	1.033	14,2	14,6	13,9	15,0
Ceuta	668	14,4	15,4	14,6	15,3
Melilla	814	14,5	14,8	14,8	15,2
Total	38.010	14,1	14,7	14,0	14,9

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

Respecto a la edad media de inicio en el consumo de alcohol, Aragón y Melilla son las autonomías donde se obtienen los promedios extremos, presentando Aragón la edad más temprana (13,6 años) y Melilla la edad más tardía (14,8 años), con una diferencia entre ambos valores que se sitúa en 1,2 años.

En cuanto a la edad media de inicio en el consumo de cannabis, se aprecia menos disparidad entre las comunidades que en el caso del alcohol, siendo los estudiantes de Canarias los más jóvenes en probarlo (14,6 años) y los de Ceuta los más tardíos (15,3 años).

Haciendo referencia al **consumo de tabaco** (tabla 1.2.94), el porcentaje de alumnos que reconoce haber fumado alguna vez en la vida resulta más elevado en Cataluña, Aragón, País Vasco, Extremadura y Madrid, con prevalencias que

superan el 43%. Asimismo, cuando se concreta el análisis en el consumo diario de tabaco, Aragón, País Vasco, Extremadura, Castilla la Mancha, Cataluña, La Rioja, Madrid, Castilla y León y Navarra superan la prevalencia media nacional. Por el contrario, los porcentajes de consumo de tabaco más discretos, en todos los tramos temporales analizados, se observan en Ceuta, Melilla y Canarias.

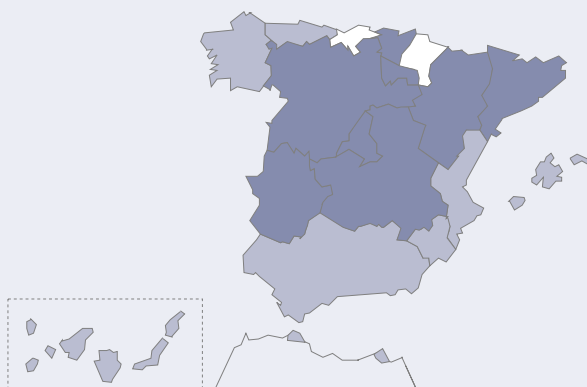
Tabla 1.2.94.

Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario en los últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	37,8	36,0	39,6	32,2	30,5	33,9	23,8	22,2	25,4	8,6	7,6	9,6
Aragón	2.590	46,1	44,2	48,0	38,1	36,3	40,0	29,4	27,6	31,1	13,4	12,1	14,7
Asturias	2.039	39,6	37,5	41,8	34,2	32,2	36,3	26,1	24,2	28,0	9,2	8,0	10,5
Baleares	840	42,9	39,5	46,2	36,2	33,0	39,5	29,3	26,2	32,4	7,4	5,6	9,2
Canarias	1.328	34,6	32,1	37,2	27,2	24,8	29,6	20,8	18,6	23,0	5,1	3,9	6,3
Cantabria	1.960	38,5	36,3	40,6	32,9	30,8	34,9	24,4	22,5	26,3	9,8	8,5	11,2
Castilla y León	2.538	40,2	38,3	42,1	34,2	32,4	36,1	26,3	24,6	28,0	10,7	9,5	11,9
Castilla-La Mancha	2.036	41,6	39,4	43,7	35,7	33,6	37,8	27,8	25,9	29,8	11,9	10,5	13,3
Cataluña	2.640	46,6	44,7	48,5	40,7	38,8	42,5	31,2	29,4	32,9	11,7	10,5	12,9
C. Valenciana	3.628	41,7	40,1	43,3	35,1	33,6	36,7	26,8	25,3	28,2	9,0	8,1	10,0
Extremadura	907	43,3	40,0	46,5	36,6	33,5	39,8	27,5	24,6	30,4	12,2	10,1	14,3
Galicia	2.026	35,9	33,8	38,0	31,2	29,2	33,2	22,9	21,1	24,7	7,4	6,3	8,5
Madrid	4.172	43,3	41,8	44,8	35,5	34,1	37,0	27,6	26,3	29,0	10,8	9,8	11,7
Murcia	2.240	37,9	35,9	39,9	31,7	29,8	33,6	23,6	21,8	25,3	7,7	6,6	8,8
Navarra	2.353	40,8	38,8	42,7	34,3	32,4	36,2	25,7	23,9	27,5	10,1	8,9	11,3
País Vasco	1.314	45,2	42,5	47,8	39,2	36,6	41,9	29,9	27,4	32,4	12,4	10,6	14,2
Rioja	1.033	42,3	39,3	45,3	36,6	33,6	39,5	28,1	25,4	30,9	11,3	9,4	13,2
Ceuta	668	22,0	18,9	25,2	18,2	15,2	21,1	15,7	13,0	18,5	5,2	3,5	6,9
Melilla	814	19,9	17,2	22,7	14,3	11,9	16,7	10,6	8,5	12,7	3,8	2,5	5,1
Total	38.010	41,3	40,8	41,8	35,0	34,5	35,5	26,7	26,2	27,1	9,8	9,6	10,1

CONSUMO DE TABACO A DIARIO ÚLTIMOS 30 DIAS

- < media España
- > media España
- = media España



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

En cuanto al **consumo de alcohol** (tabla 1.2.95), son Ceuta, Melilla, Galicia y Canarias las comunidades que registran las prevalencias más reducidas en los tres tramos temporales contemplados, correspondiendo a Ceuta ser el mínimo nacional. Las tres comunidades con mayor prevalencia alguna vez en la vida son Navarra, País Vasco, La Rioja, Castilla y León y Aragón, y para los últimos 30 días, el mayor consumo corresponde a La Rioja, Navarra, Aragón y Baleares.

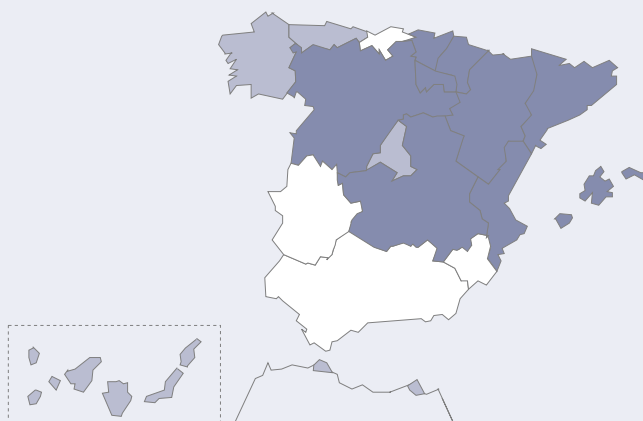
Tabla 1.2.95.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			
	Muestra	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	78,4	76,9	79,9	76,8	75,2	78,3	58,6	56,8	60,4
Aragón	2.590	81,7	80,2	83,2	80,0	78,5	81,5	64,0	62,1	65,8
Asturias	2.039	77,3	75,5	79,2	75,7	74,2	77,6	59,4	57,3	61,6
Baleares	840	80,8	78,1	83,5	79,3	77,8	82,0	63,6	60,4	66,9
Canarias	1.328	72,5	70,1	74,9	69,3	67,6	71,8	51,4	48,7	54,1
Cantabria	1.960	77,4	75,5	79,2	75,1	73,5	77,0	58,7	56,5	60,9
Castilla y León	2.538	81,9	80,4	83,4	80,0	78,5	81,5	61,9	60,0	63,8
Castilla-La Mancha	2.036	79,5	77,8	81,3	77,7	76,2	79,5	60,3	58,2	62,4
Cataluña	2.640	79,1	77,5	80,6	76,7	75,1	78,3	60,4	58,5	62,2
C. Valenciana	3.628	78,0	76,6	79,3	75,9	74,4	77,3	60,3	58,7	61,8
Extremadura	907	80,3	77,7	82,9	78,8	77,3	81,5	58,4	55,2	61,6
Galicia	2.026	72,5	70,5	74,4	70,2	68,5	72,2	50,9	48,8	53,1
Madrid	4.172	75,6	74,3	76,9	73,5	71,8	74,8	55,5	54,0	57,0
Murcia	2.240	74,9	73,2	76,7	73,0	71,4	74,9	58,0	56,0	60,1
Navarra	2.353	83,8	82,3	85,3	82,5	81,1	84,0	65,4	63,5	67,4
País Vasco	1.314	82,5	80,5	84,6	80,2	78,8	82,4	61,0	58,4	63,7
Rioja	1.033	82,1	79,7	84,4	81,0	79,6	83,4	66,5	63,6	69,4
Ceuta	668	41,9	38,2	45,7	40,3	38,5	44,0	29,9	26,4	33,3
Melilla	814	48,1	44,7	51,5	46,2	44,4	49,7	35,0	31,8	38,3
Total	38.010	77,9	77,5	78,3	75,9	74,3	76,3	58,5	58,0	59,0

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS 30 DIAS

- < media España
- > media España
- = media España



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

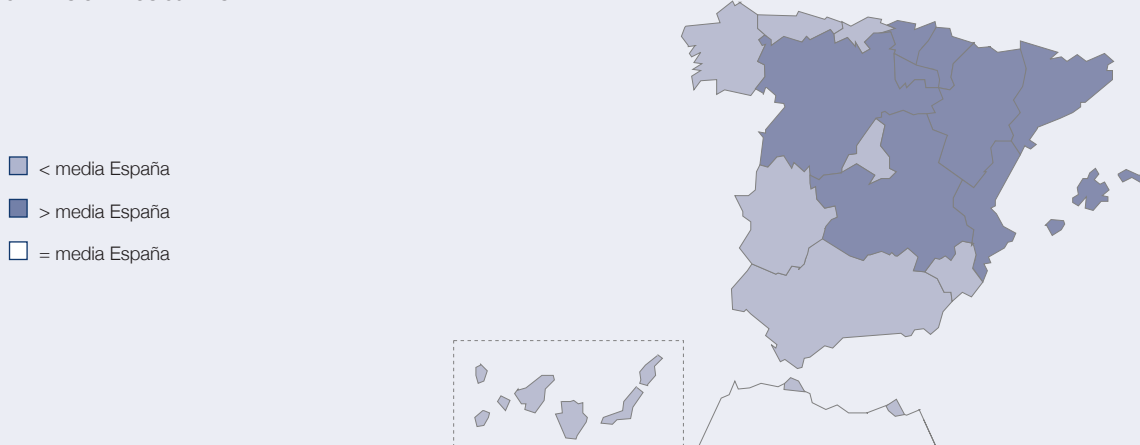
Si analizamos la prevalencia de las **borracheras** (intoxicaciones etílicas agudas) (tabla 1.2.96), podemos apreciar cómo La Rioja ocupa el máximo nacional para los tres indicadores registrados (60,6% para alguna vez vida, 54,6% para los últimos 12 meses y 30,4% para los últimos 30 días), seguida de Navarra y de Aragón.

Tabla 1.2.96.

Prevalencia de consumo de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			
	Muestra	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	50,5	48,7	52,3	44,1	42,2	45,9	23,8	22,2	25,4
Aragón	2.590	58,2	56,3	60,1	51,4	49,6	53,3	28,0	26,2	29,7
Asturias	2.039	49,2	47,1	51,4	42,9	41,1	45,0	22,5	20,7	24,4
Baleares	840	54,3	51,0	57,7	49,2	47,4	52,6	28,2	25,2	31,3
Canarias	1.328	40,3	37,7	43,0	33,4	31,6	35,9	17,7	15,6	19,7
Cantabria	1.960	48,9	46,7	51,1	42,6	40,8	44,7	23,1	21,3	25,0
Castilla y León	2.538	55,6	53,7	57,6	47,8	45,9	49,7	25,1	23,4	26,8
Castilla-La Mancha	2.036	55,6	53,4	57,7	48,1	46,2	50,2	26,5	24,5	28,4
Cataluña	2.640	53,0	51,1	54,9	47,2	45,3	49,1	28,5	26,8	30,2
C. Valenciana	3.628	52,2	50,6	53,8	45,6	43,8	47,2	25,8	24,4	27,2
Extremadura	907	53,5	50,3	56,8	46,0	44,2	49,2	20,7	18,0	23,3
Galicia	2.026	40,2	38,0	42,3	33,9	32,2	36,0	16,0	14,4	17,6
Madrid	4.172	50,1	48,5	51,6	42,8	41,0	44,3	22,3	21,0	23,5
Murcia	2.240	46,9	44,9	49,0	40,0	38,2	42,0	22,1	20,4	23,9
Navarra	2.353	60,2	58,3	62,2	54,0	52,2	56,0	30,3	28,5	32,2
País Vasco	1.314	56,3	53,6	59,0	50,0	48,2	52,7	26,8	24,4	29,2
Rioja	1.033	60,6	57,7	63,6	54,6	52,7	57,6	30,4	27,5	33,2
Ceuta	668	18,0	15,1	21,0	15,1	13,8	17,8	7,5	5,5	9,5
Melilla	814	22,9	20,0	25,8	18,2	16,7	20,8	10,2	8,1	12,2
Total	38.010	51,1	50,5	51,6	44,5	42,6	45,0	24,3	23,9	24,8

BORRACHERAS ÚLTIMOS 30 DIAS



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

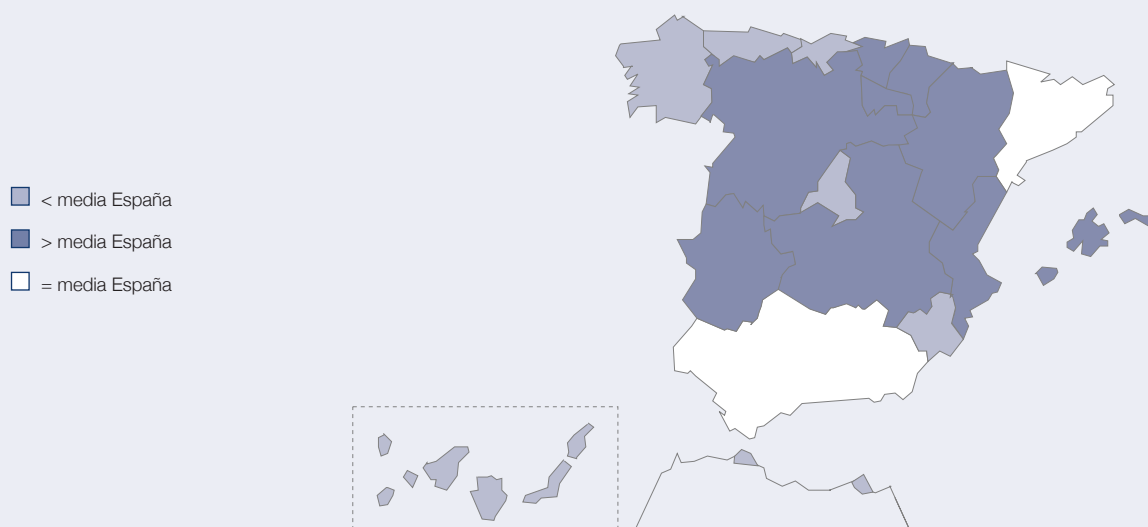
Por su parte, la realización de *binge drinking* (tabla 1.2.97), que se define como el consumo de 5 o más vasos/cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (en los últimos 30 días) adquiere la mayor prevalencia en Navarra, La Rioja y Aragón, donde se registran prevalencias superiores al 38%. Por el contrario, aquellas autonomías donde el *binge drinking* se encuentra menos extendido son, además de Ceuta y Melilla, Canarias y Galicia.

Tabla 1.2.97.

Prevalencia de binge drinking entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Muestra	Últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	32,7	31,0	34,4
Aragón	2.590	38,6	36,7	40,5
Asturias	2.039	31,0	29,0	33,1
Baleares	840	34,2	31,0	37,4
Canarias	1.328	27,3	24,9	29,7
Cantabria	1.960	31,1	29,0	33,1
Castilla y León	2.538	33,5	31,7	35,3
Castilla-La Mancha	2.036	35,2	33,2	37,3
Cataluña	2.640	32,5	30,7	34,3
C. Valenciana	3.628	34,1	32,6	35,7
Extremadura	907	35,4	32,3	38,5
Galicia	2.026	23,7	21,8	25,5
Madrid	4.172	29,2	27,8	30,6
Murcia	2.240	31,5	29,6	33,4
Navarra	2.353	41,9	39,9	43,9
País Vasco	1.314	37,2	34,6	39,8
Rioja	1.033	40,0	37,0	43,0
Ceuta	668	12,8	10,2	15,3
Melilla	814	17,4	14,8	20,1
Total	38.010	32,3	31,8	32,7

BINGE DRINKING ÚLTIMOS 30 DIAS



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

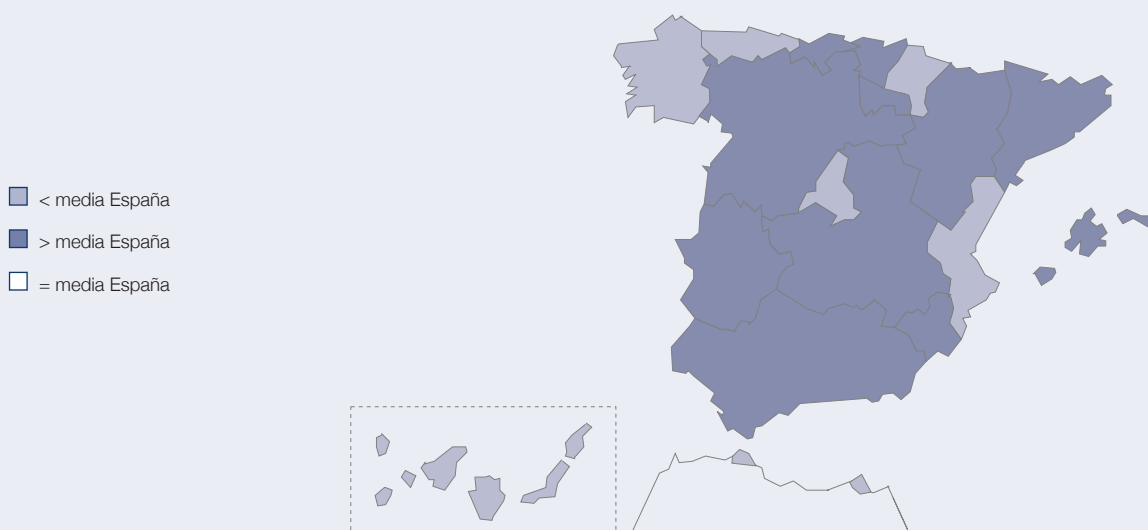
Otro de los aspectos que se analizan en la encuesta es el fenómeno del **botellón** (tabla 1.2.98). Con respecto a la media nacional, la práctica del botellón se encuentra más extendida en Extremadura, Aragón y País Vasco, siendo en Extremadura donde prácticamente 7 de cada 10 estudiantes confirma haber participado en un botellón en el último año. Sin embargo, las autonomías donde el botellón se encuentra menos presente en el mismo periodo son Ceuta, Melilla y Canarias.

Tabla 1.2.98.

Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Muestra	Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	54,5	52,6	56,3	25,7	24,1	27,3
Aragón	2.590	60,0	58,1	61,9	28,6	27,0	30,4
Asturias	2.039	48,9	46,7	51,1	18,9	17,5	20,6
Baleares	840	52,2	48,8	55,6	27,7	26,1	30,7
Canarias	1.328	30,1	27,6	32,5	11,0	9,8	12,6
Cantabria	1.960	54,8	52,6	57,0	31,5	29,8	33,6
Castilla y León	2.538	53,6	51,7	55,6	22,7	21,2	24,4
Castilla-La Mancha	2.036	56,3	54,1	58,4	28,2	26,6	30,2
Cataluña	2.640	54,1	52,2	56,0	21,5	20,0	23,1
C. Valenciana	3.628	49,6	47,9	51,2	23,5	22,0	24,9
Extremadura	907	66,5	63,5	69,6	31,2	29,5	34,2
Galicia	2.026	40,5	38,3	42,6	18,0	16,6	19,7
Madrid	4.172	46,8	45,3	48,3	17,4	16,0	18,6
Murcia	2.240	53,4	51,4	55,5	23,4	21,8	25,1
Navarra	2.353	48,9	46,9	50,9	19,2	17,8	20,8
País Vasco	1.314	58,2	55,5	60,9	26,7	25,1	29,1
Rioja	1.033	57,3	54,3	60,3	26,4	24,8	29,1
Ceuta	668	22,5	19,3	25,6	13,8	12,5	16,4
Melilla	814	29,2	26,1	32,3	16,4	15,1	19,0
Total	38.010	51,3	50,8	51,8	22,6	21,0	23,0

BOTELLÓN ÚLTIMOS 12 MESES



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

En relación al consumo de cannabis (tabla 1.2.99), las comunidades de País Vasco, Cataluña, Baleares y Comunidad Valenciana tienen las prevalencias más elevadas para los tres indicadores temporales, siendo el País Vasco quien presenta el máximo nacional (39,6% para alguna vez en la vida, 33% para los últimos 12 meses y 23,8% para los últimos 30 días). El consumo de cannabis alguna vez en la vida en estas cuatro comunidades supera el 35%, para los últimos 12 meses está alrededor del 30% y para los últimos 30 días es mayor del 21%. En el lado opuesto se encuentran Melilla, Ceuta y Extremadura. Melilla (que marca el mínimo nacional) y Ceuta tienen las menores prevalencias, inferiores al 20% para alguna vez en la vida, no superan el 15% para los 12 meses y son menores de 12% para los 30 días.

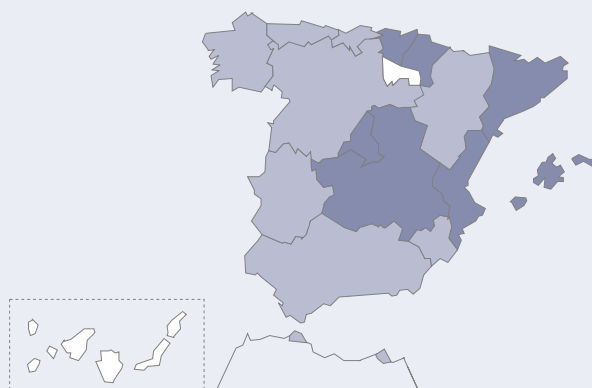
Tabla 1.2.99.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			
	Muestra	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.884	28,8	27,1	30,4	23,8	22,2	25,3	16,6	15,3	18,0
Aragón	2.590	34,9	33,0	36,7	28,3	26,6	30,1	18,8	17,3	20,3
Asturias	2.039	30,6	28,6	32,6	26,1	24,2	28,1	18,9	17,2	20,6
Baleares	840	35,9	32,7	39,1	30,4	27,2	33,5	21,9	19,1	24,7
Canarias	1.328	29,6	27,2	32,1	24,6	22,2	26,9	17,0	15,0	19,1
Cantabria	1.960	28,9	26,9	30,9	23,9	22,0	25,8	16,6	14,9	18,2
Castilla y León	2.538	31,1	29,3	32,9	25,7	24,0	27,4	17,1	15,6	18,6
Castilla-La Mancha	2.036	32,4	30,4	34,5	27,6	25,6	29,5	20,0	18,2	21,7
Cataluña	2.640	39,4	37,6	41,3	33,2	31,4	35,0	23,1	21,5	24,8
C. Valenciana	3.628	36,0	34,5	37,6	29,8	28,3	31,3	21,5	20,2	22,8
Extremadura	907	25,2	22,3	28,0	19,8	17,2	22,4	14,8	12,5	17,1
Galicia	2.026	25,7	23,8	27,6	22,4	20,6	24,3	15,9	14,3	17,5
Madrid	4.172	34,1	32,6	35,5	28,6	27,2	30,0	20,1	18,9	21,3
Murcia	2.240	27,9	26,0	29,7	22,4	20,7	24,1	15,5	14,0	17,0
Navarra	2.353	33,6	31,7	35,5	28,6	26,8	30,4	20,1	18,5	21,8
País Vasco	1.314	39,6	36,9	42,2	33,0	30,5	35,6	23,8	21,5	26,1
Rioja	1.033	33,9	31,0	36,8	27,5	24,8	30,2	19,6	17,2	22,0
Ceuta	668	19,9	16,9	23,0	14,5	11,9	17,2	11,1	8,7	13,5
Melilla	814	15,0	12,5	17,4	10,2	8,2	12,3	8,4	6,5	10,3
Total	38.010	33,0	32,5	33,5	27,5	27,1	28,0	19,3	19,0	19,7

CONSUMO DE CANNABIS ÚLTIMOS 30 DIAS

- < media España
- > media España
- = media España



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

En Andalucía, Cataluña, Castilla-La Mancha y Madrid se aprecia un mayor porcentaje de alumnos que han fumado a través **cigarrillos electrónicos** con respecto al resto de comunidades (tabla 1.2.100); en esas regiones algo más de 5 de cada 10 estudiantes han utilizado estos dispositivos alguna vez en la vida.

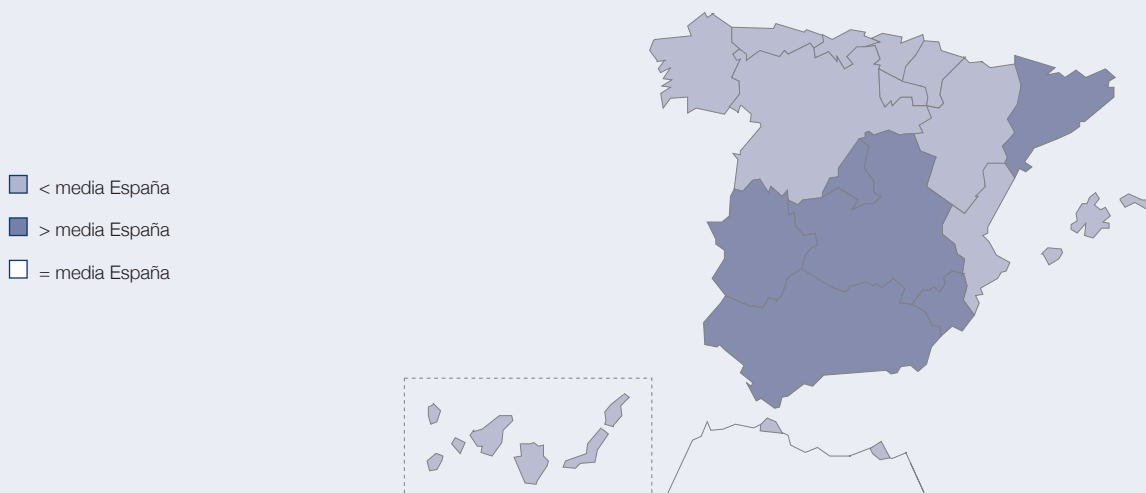
En el otro lado del consumo, Melilla, Galicia, La Rioja y Cantabria son las comunidades donde el uso de cigarrillos electrónicos es menor, registrando prevalencias inferiores al 40%.

Tabla 1.2.100.

Prevalencia de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2018.

	Cigarrillos electrónicos	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	52,3	50,4	54,1
Aragón	44,5	42,5	46,4
Asturias	40,8	38,7	42,9
Baleares	43,3	40,0	46,7
Canarias	46,5	43,8	49,2
Cantabria	39,1	36,9	41,2
Castilla y León	46,8	44,9	48,8
Castilla-La Mancha	50,5	48,3	52,7
Cataluña	50,1	48,2	52,0
C. Valenciana	46,3	44,7	47,9
Extremadura	49,9	46,6	53,1
Galicia	36,6	34,5	38,7
Madrid	52,8	51,3	54,3
Murcia	45,2	43,1	47,2
Navarra	41,1	39,2	43,1
País Vasco	46,3	43,6	49,0
Rioja	39,0	36,0	41,9
Ceuta	42,4	38,7	46,2
Melilla	34,6	31,3	37,9
Total	48,4	47,9	48,9

CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA



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

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



Problemas
relacionados con
las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2018

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las comunidades/ciudades autónomas notifican a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas comunidades/ciudades autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)³.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) <https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2018), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

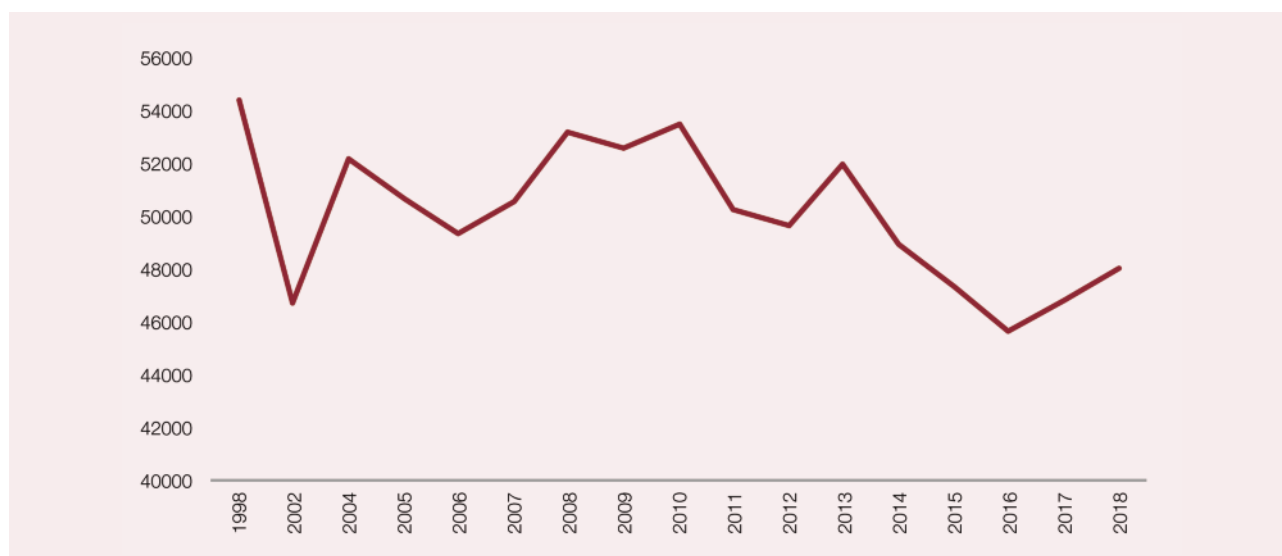
Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según comunidad/ciudad autónoma.

Resultados generales. Drogas ilegales

En 2018, se registraron en España 47.972 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (figura 2.1.1), cifra superior a las admisiones del 2017 (aumento del 4%). Asimismo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) también ha aumentado con respecto a 2017.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2018.



Total admisiones		Total admisiones	
1999	51.482	2009	52.549
2000	49.487	2010	53.434
2001	49.376	2011	50.281
2002	46.744	2012	49.678
2003	50.103	2013	51.946
2004	51.936	2014	48.926
2005	50.630	2015	47.308
2006	49.283	2016	45.637
2007	50.555	2017	46.799
2008	53.155	2018	47.972

Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo. Mientras que durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a partir de 2004 se produjo un descenso de demandas por heroína, en paralelo con un significativo aumento del número de demandas de admisión a tratamiento por cocaína, que alcanzó su máximo en 2008. Por su parte, el cannabis entró con fuerza, mostrando un aumento de las admisiones que alcanzó su valor más alto en 2014.

En 2018 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (43,7% del total), seguida del cannabis (28,1%) y los opioides 23,7% (figura 2.1.2). La proporción de los admitidos a tratamiento por cocaína y opiodes es más elevada en hombres que en mujeres (45,2% *versus* 36,5% en cocaína; 24,1% *versus* 21,7% en opioides). Por otro lado, la proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor entre las mujeres (33,2%) que entre los hombres (27,0%), al igual que ocurre con los hipnosedantes (5,9% en mujeres, 1,4% en hombres) (figura 2.1.3).

Figura 2.1.2.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España (%). España, 2018.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años

Nota: El porcentaje puede o no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.

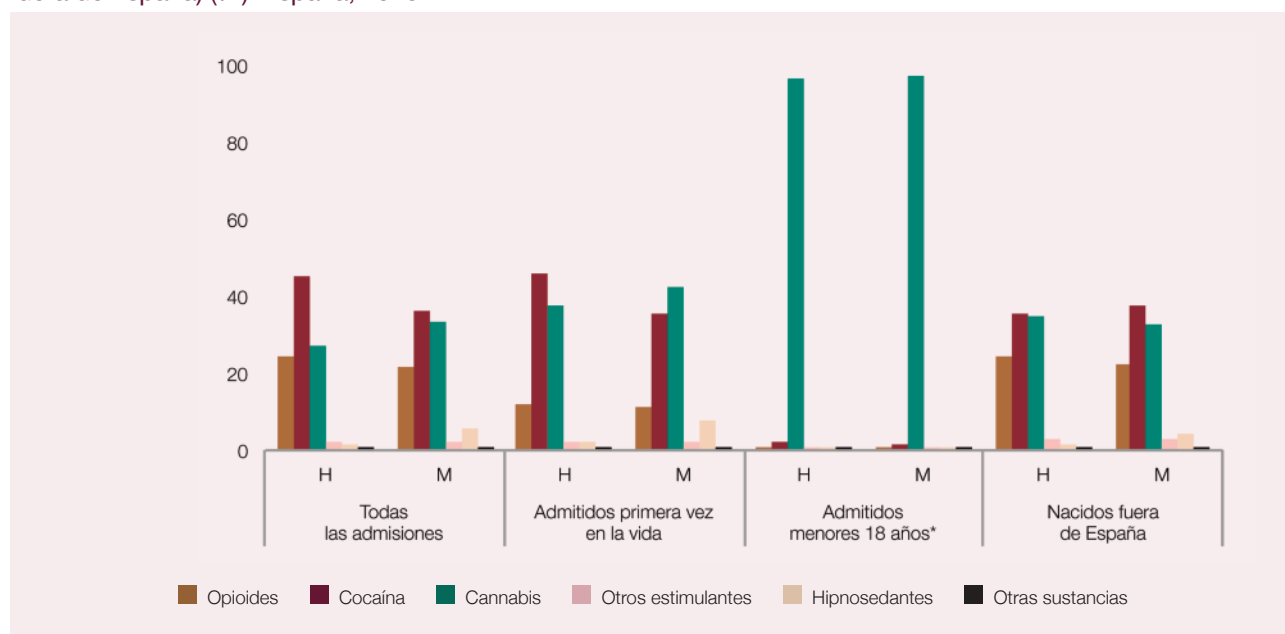
Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones), desde 2012, el cannabis venía siendo la sustancia que más primeras admisiones a tratamiento generaba; sin embargo, en 2017, la cocaína superó al cannabis, situación que se confirma en 2018. En este año, la cocaína es la sustancia ilegal que mayor número de primeras admisiones a tratamiento causó (44,1%), seguida del cannabis (38,5%)

y de los opioides (11,7%) (figura 2.1.2). Hay una mayor proporción de admisiones a tratamiento por primera vez por cocaína entre los hombres (46,1%) que entre las mujeres (35,4%). Por el contrario, el porcentaje de admitidos a tratamiento por primera vez por cannabis e hipnosedantes es mayor entre las mujeres (42,6% y 7,8%, respectivamente) que entre los hombres (cannabis: 37,5%; hipnosedantes: 1,9%). En el caso de los admitidos a tratamiento por primera vez por opiodes, hombres y mujeres presentan porcentajes muy similares (figura 2.1.3).

Figura 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol, en función del sexo (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2018.



Droga	Todas las admisiones		Admitidos primera vez en la vida		Admitidos menores de 18 años*		Nacidos fuera de España	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Opioides	24,1	21,7	11,8	11,4	0,3	0,3	24,4	22,2
Cocaína	45,2	36,5	46,1	35,4	1,9	1,7	35,8	37,9
Cannabis	27,0	33,2	37,5	42,6	96,8	97,1	34,9	32,5
Otros estimulantes	1,9	2,3	2,3	2,2	0,3	0,4	2,7	2,8
Hipnosedantes	1,4	5,9	1,9	7,8	0,2	0,1	1,6	4,3
Otras sustancias	0,4	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6	0,3
Número de admisiones	39.894	8.037	20.092	4.553	2.408	688	4.570	856

* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la principal droga de admisiones a tratamiento (96,8%) (figura 2.1.2). Apenas existen diferencias en la proporción de hombres y mujeres menores de 18 años admitidos a tratamiento por cannabis, siendo ligeramente superior el porcentaje en el grupo de las mujeres (97,1%) que en el grupo de hombres (96,8%) (figura 2.1.3).

Para los nacidos fuera de España, el peso de las tres sustancias más consumidas se ha ido modificando. Desde el inicio de la serie histórica hasta el 2007, los opioides eran las sustancias que más admisiones generaban en esta pobla-

ción; posteriormente fueron aumentando las admisiones por cocaína y por cannabis, llegando cada una de estas sustancias a ser responsable de un tercio de las admisiones. En 2018 la cocaína (36,1%) ha mostrado un repunte a costa, principalmente, de los opiodes (24%) que, al igual que en el total de las admisiones, presentan el valor más bajo de la serie histórica (figura 2.1.2). La cocaína muestra un mayor peso en las mujeres (37,9%) que entre los hombres (35,8%), mientras que cannabis y opiodes muestran una proporción mayor entre los hombres que entre las mujeres (figura 2.1.3).

En 2018, más de la mitad (53,6%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida. Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2018 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,2%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35,5 años para el conjunto de las admisiones, estabilizándose la tendencia ascendente que se viene observando en los últimos años. La edad media para las primeras admisiones fue de 32,5 años. El 11,5% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias en función del sexo (tabla 2.1.1).

Tabla. 2.1.1.

Características sociodemográficas y del consumo del total de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales y según hayan tenido tratamiento previo y según sexo. España, 2018.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
No consumió	18,4	24,5	13,3	18,3	19,0
Vía más frecuente de consumo droga principal en últimos 30 días (%)					
Oral	6,0	4,5	7,2	4,9	11,2
Pulmonar	51,4	51,0	52,2	51,0	53,3
Intranasal/esnifada	38,7	38,0	39,0	39,9	32,3
Parenteral	3,3	5,9	1,0	3,5	2,2
Otras	0,7	0,7	0,6	0,6	1,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	12,6	21,6	4,7	13,0	10,5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	5,2	9,0	1,8	5,5	4,0
Prevalencia VIH Mínima	3,6	5,9	1,6	3,5	3,9
Prevalencia VIH Máxima	8,9	11,0	5,4	8,8	9,4
Prevalencia Hepatitis C Mínima	6,4	11,6	2,0	6,5	6,0
Prevalencia Hepatitis C Máxima	16,6	22,5	7,0	16,9	14,9
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,6	0,9	0,4	0,6	0,4
Prevalencia Hepatitis B Máxima	2,6	3,1	2,1	2,7	2,1

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

Prevalencia Mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

Prevalencia Máxima: Positivos entre los casos con información (positivos y negativos); en Hepatitis B (portador crónico entre portador crónico más inmune, mas no inmune).

Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la residencia habitual de los admitidos, en España, la gran mayoría (86,6%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2018, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones era del 9,1% (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) y el 2,8% tenía un alojamiento precario o inestable. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (con cónyuge/pareja y/o hijos).

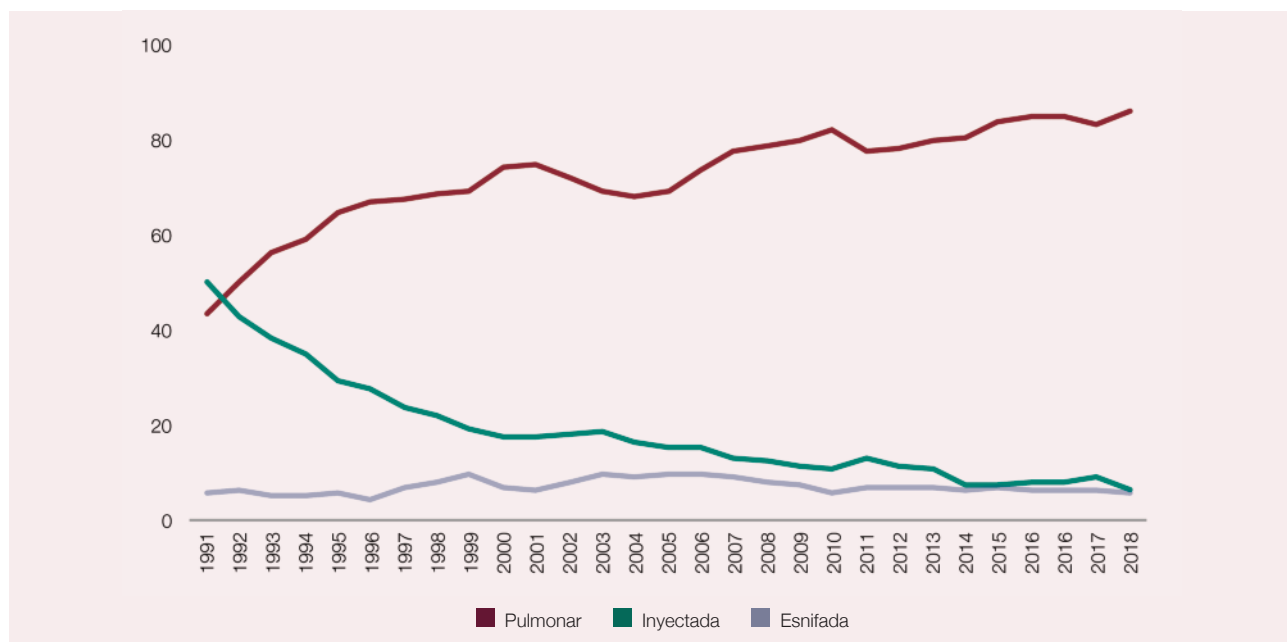
Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (57%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud/médico general/Atención Primaria de salud y otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento aproximadamente a un tercio de los admitidos (24,7%).

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada, pero en todos los casos se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2018, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (51,4%), seguida de la esnifada (38,7%); la vía inyectada es minoritaria (3,3%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por heroína (12,8%).

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína, en 2018, la vía de administración predominante es la pulmonar (85,8%), seguida de la inyectada (6,4%) y la esnifada (5,8%). El porcentaje de utilización de la vía inyectada ha descendido respecto años anteriores, registrándose el valor más bajo de la serie histórica (6,4%) (figura 2.1.4).

Figura 2.1.4.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2018.



	Pulmonar	Inyectada	Esnifada		Pulmonar	Inyectada	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8	2006	73,8	15,5	9,6
1992	50,0	42,9	6,4	2007	77,4	12,8	8,9
1993	56,1	38,1	5,3	2008	78,5	12,4	7,7
1994	59,2	35,0	5,3	2009	79,7	11,3	7,5
1995	64,5	29,1	5,9	2010	82,0	10,6	5,9
1996	67,0	27,5	4,3	2011	77,7	12,8	7,1
1997	67,2	23,8	7,0	2012	78,3	11,6	6,7
1998	68,3	21,8	7,9	2013	79,6	11,0	6,8
1999	69,3	19,4	9,5	2014	80,6	7,4	6,0
2000	74,1	17,7	6,7	2015	83,7	7,6	6,6
2001	74,9	17,5	6,5	2016	84,7	7,9	6,2
2002	71,8	18,1	8,1	2016	84,7	7,9	6,2
2003	69,3	18,5	9,5	2017	83,0	9,3	6,5
2004	68,0	16,4	9,0	2018	85,8	6,4	5,8

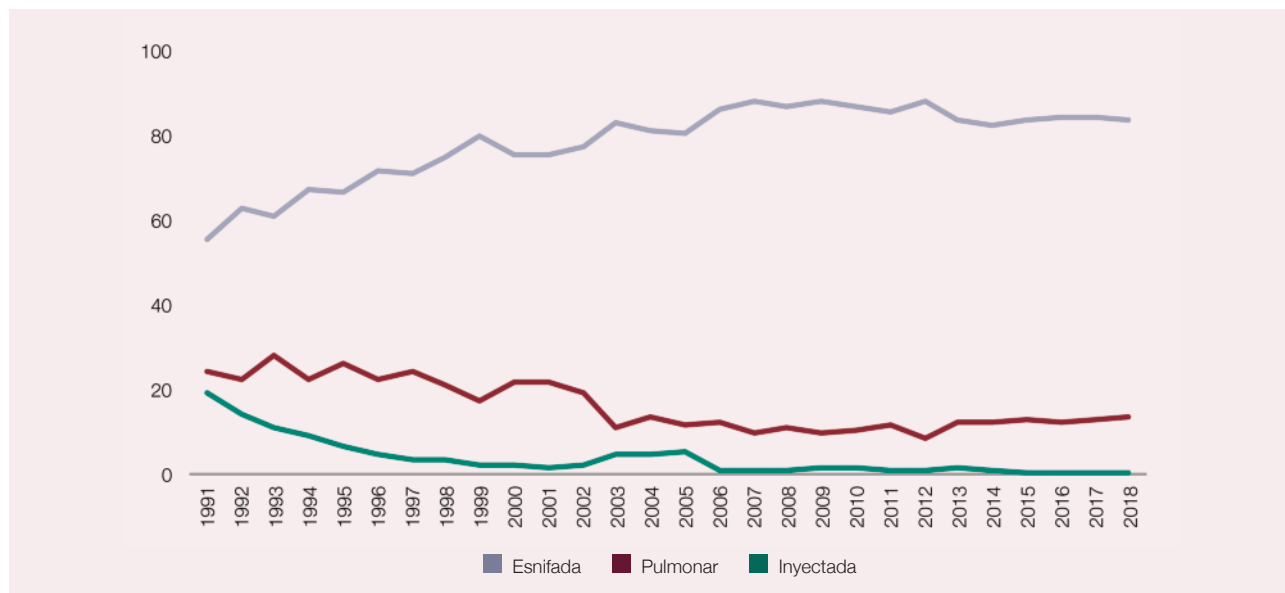
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína (en general, polvo o base) por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (83,6%), seguida de la pulmonar (13,3%) y de la inyectada (0,4%), manteniéndose estable respecto a años anteriores (figura 2.1.5).

Figura 2.1.5.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína (en general), según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2018.



	Esnifada	Pulmonar	Inyectada		Esnifada	Pulmonar	Inyectada
1991	55,4	24,4	19,2	2005	80,6	11,5	5,2
1992	62,7	22,5	13,9	2006	86,0	12,5	0,8
1993	60,8	27,7	10,7	2007	88,0	10,0	1,0
1994	67,4	22,5	9,2	2008	86,9	10,7	1,0
1995	66,5	25,8	6,7	2009	87,7	9,7	1,2
1996	71,7	22,6	4,5	2010	86,8	10,5	1,4
1997	71,0	24,2	3,3	2011	85,5	11,7	0,9
1998	74,8	20,8	3,3	2012	88,3	8,3	1,0
1999	79,5	17,4	2,1	2013	83,8	12,3	1,2
2000	75,2	21,7	1,9	2014	82,6	12,0	0,7
2001	75,2	21,9	1,6	2015	83,5	12,9	0,4
2002	77,0	19,2	2,1	2016	83,9	12,3	0,4
2003	83,0	11,2	4,4	2017	84,3	12,6	0,3
2004	80,9	13,3	4,8	2018	83,6	13,3	0,4

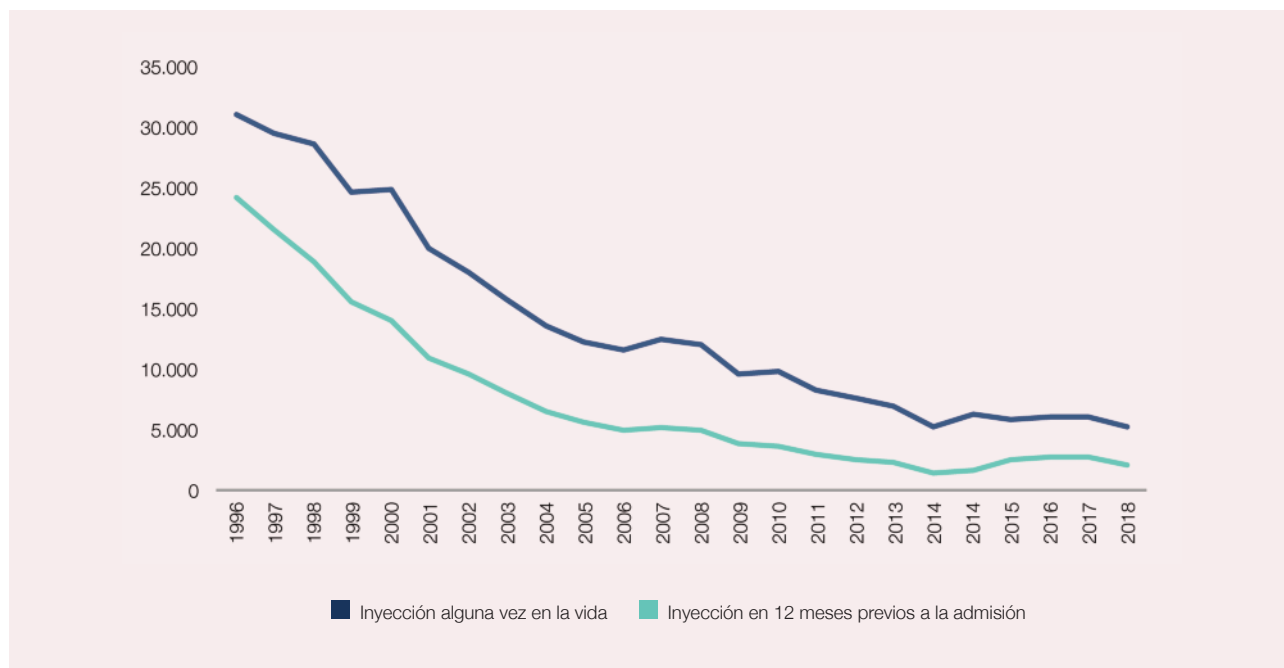
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.6 refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en 2018 la cifra más baja de la serie histórica (5.223 inyectores). En la misma línea, el número de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses se ha estabilizado en los últimos años, manteniéndose desde 2012 en valores cercanos a 2.500 inyectores y alcanzando el valor más bajo de la serie histórica en 2018 (2.161), sin tener en cuenta el 2014, año en el que algunas CCAA no notificaron los datos de inyección. No obstante, las pequeñas variaciones interanuales en el número de inyectores han de ser valoradas con cautela debido a la existencia de casos sin información en esta variable, pero manteniendo una actitud vigilante que permita identificar un posible cambio de tendencia en un área de tanta relevancia como es ésta.

Figura 2.1.6.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento). España, 1996-2018.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	31.046	24.224
1997	29.419	21.605
1998	28.527	18.910
1999	24.520	15.562
2000	24.941	13.955
2001	19.988	10.898
2002	17.950	9.583
2003	15.806	7.966
2004	13.605	6.516
2005	12.252	5.620
2006	11.601	4.892
2007	12.487	5.055
2008	12.066	5.050
2009	9.637	3.763
2010	9.697	3.549
2011	8.195	3.010
2012	7.580	2.562
2013	7.026	2.237
2014**	6.360	1.664
2015	5.904	2.413
2016	6.117	2.621
2017	5.946	2.691
2018	5.223	2.161

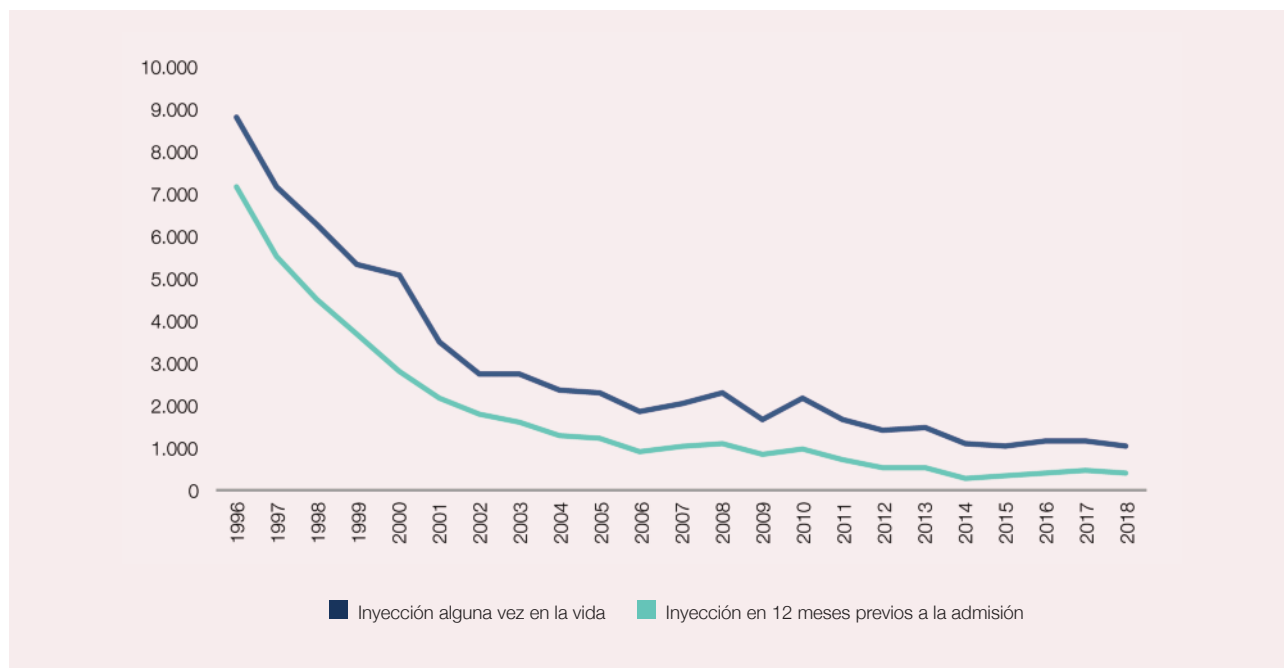
* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.7.

Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez). España, 1996-2018.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	8.801	7.132
1997	7.154	5.488
1998	6.247	4.526
1999	5.315	3.655
2000	5.055	2.793
2001	3.483	2.181
2002	2.765	1.801
2003	2.722	1.583
2004	2.356	1.303
2005	2.283	1.228
2006	1.879	928
2007	2.073	1.060
2008	2.271	1.124
2009	1.687	866
2010	2.196	979
2011	1.635	702
2012	1.393	523
2013	1.457	530
2014**	1.065	261
2015	1.038	367
2016	1.141	416
2017	1.150	471
2018	1.039	392

* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2018 es de 73.768, situándose el alcohol (35,0%) en primer lugar, seguido de la cocaína (28,4%), el cannabis (18,2%) y los opioides (15,4%) (tabla 2.1.2).

Tabla 2.1.2.

Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2018.

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	20.981	28,4
Cocaína polvo	18.240	24,7
Cocaína base	2.732	3,7
Opioides	11.354	15,4
Heroína	10.086	13,7
Metadona (mal uso)	452	0,6
Otros opioides	817	1,1
Cannabis	13.459	18,2
Hipnosedantes	1.050	1,4
Estimulantes	941	1,3
Anfetaminas/metanfetamina	755	1,0
Éxtasis y derivados	72	0,1
Otros estimulantes	114	0,2
Alucinógenos	76	0,1
Inhalantes volátiles	26	0,0
Otras drogas ilegales	85	0,1
Alcohol	25.796	35,0
Total drogas ilegales	47.972	–
Total drogas ilegales y alcohol	73.768	–

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Atendiendo a la variable sexo, en la tabla 2.1.3 se puede observar que, entre las mujeres, las admisiones por alcohol (42,5%) y cannabis (19,1%) tienen un mayor peso que entre los hombres (alcohol: 33,2%, cannabis: 18,1%); por otro lado, el peso de las admisiones por cocaína y opioides es mayor entre los hombres (30,2% y 16,1% respectivamente) que entre las mujeres (cocaína: 21,0%, opioides: 12,5%).

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mitad de los admitidos en 2018 había consumido otras drogas distintas de la que había motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión: el 32,9% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga; el 13,1% había consumido dos drogas; el 3,4% admitió consumir 3 drogas y el 0,6% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron el cannabis y la cocaína, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cannabis. Por último, el 50,1% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

Tabla. 2.1.3.

Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por sexo (%). España, 2018.

	Hombres		Mujeres	
	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	18.029	30,2	2.933	21,0
Cocaína polvo	15.739	26,4	2.486	17,8
Cocaína base	2.282	3,8	446	3,2
Opioides	9.595	16,1	1.745	12,5
Heroína	8.677	14,5	1.396	10,0
Metadona (mal uso)	358	0,6	94	0,7
Otros opioides	560	0,9	255	1,8
Cannabis	10.781	18,1	2.670	19,1
Hipnosedantes	574	1,0	476	3,4
Estimulantes	760	1,3	181	1,3
Anfetaminas/metanfetamina	603	0,9	152	1,0
Éxtasis y derivados	56	0,1	16	0,1
Otros estimulantes	101	0,3	13	0,2
Alucinógenos	71	0,1	5	0,0
Inhalantes volátiles	25	0,0	1	0,0
Otras drogas ilegales	59	0,1	26	0,2
Alcohol	19.822	33,2	5.943	42,5
Total drogas ilegales	39.894		8.037	
Total drogas ilegales y alcohol	59.716		13.980	

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.4).

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Por ejemplo, la edad media de las personas admitidas presenta una gran variación en función de la sustancia que genera la entrada a tratamiento, siendo mucho más mayores los admitidos por opioides (43,3 años) que los admitidos por cannabis (26,6 años).

El máximo nivel de estudios alcanzado de los pacientes admitidos a tratamiento se ha modificado ligeramente con el tiempo y sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2018, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (66,9%) había finalizado como máximo estudios primarios, mientras que el 50% de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 44,5% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Atendiendo a la variable sexo, se observa que, entre los admitidos a tratamiento por cocaína, el nivel de estudios secundarios terminados es mayor entre las mujeres que entre los hombres (48,2% versus 44,0% respectivamente), ocurriendo lo mismo con el cannabis (44,2% versus 40,0% respectivamente) (tabla 2.1.5).

Tabla 2.1.4.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2018.

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Total	25.796	18.240	13.459	10.086	2.732	1.050	941	816	452	76	26
Tratamiento previo											
Si	45,9	45,2	26,3	77,2	50,5	26,0	39,0	45,7	46,8	36,8	19,2
No	54,1	54,8	73,7	22,8	49,5	74,0	61,0	54,3	53,2	63,2	80,8
Sexo											
Hombre	76,9	86,4	80,2	86,1	83,7	54,7	80,8	68,7	79,2	93,4	96,2
Mujer	23,1	13,6	19,8	13,9	16,3	45,3	19,2	31,3	20,8	6,6	3,8
Edad calculada	46,8	36,5	26,6	43,0	37,6	43,1	35,2	44,7	45,7	32,3	28,0
Máximo nivel de estudios											
Sin estudios	0,8	0,5	0,8	1,6	0,8	1,3	0,2	0,8	1,9	0,0	8,3
Primaria	47,1	49,5	54,7	65,3	57,5	52,6	38,7	53,1	69,6	30,1	62,5
Secundaria	42,9	44,5	40,8	30,4	38,2	34,7	49,0	38,3	24,9	61,6	29,2
Estudios superiores	9,2	5,5	3,7	2,6	3,5	11,5	12,0	7,8	3,5	8,2	0,0
Situación laboral											
Trabajando	42,4	50,4	25,4	21,5	28,4	26,4	44,3	22,9	23,1	54,1	16,0
Parado, no habiendo trabajado antes	2,5	3,4	9,3	7,0	6,8	7,6	5,6	5,5	9,0	5,4	4,0
Parado, habiendo trabajado antes	34,2	36,1	29,0	50,6	49,9	41,4	38,3	38,2	46,2	29,7	32,0
Otras situaciones	20,9	10,1	36,4	20,9	14,9	24,6	11,9	33,5	21,7	10,8	48,0
Extranjero											
Español	86,3	90,8	85,9	88,2	88,8	89,5	84,4	88,1	90,4	86,5	38,5
Extranjero	13,7	9,2	14,1	11,8	11,2	10,5	15,6	11,9	9,6	13,5	61,5
Fuente de referencia principal											
Otros servicios tto. drogodep.	3,1	3,9	2,0	12,2	6,0	2,5	6,0	12,3	17,6	2,7	3,8
Médico general, At. Primaria	25,8	13,3	12,4	4,6	9,8	24,1	14,1	20,7	5,3	10,8	7,7
Hospitales/ otros serv. salud	14,9	6,9	11,6	2,7	5,0	20,6	13,9	17,9	4,5	9,5	11,5
Servicios Sociales	4,9	2,4	6,5	1,5	3,1	2,5	4,1	1,5	1,3	0,0	19,2
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	2,0	4,1	5,7	12,5	7,7	4,9	5,7	3,5	6,2	8,1	7,7
Servicios legales o policiales	1,9	4,4	11,8	2,3	5,7	2,4	7,3	2,7	1,3	2,7	3,8
Empresas o empleador	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0
Familiares y amigos	11,1	13,6	16,1	5,6	11,6	8,7	14,1	4,5	2,7	9,5	0,0
Iniciativa propia	34,2	50,1	29,6	57,2	49,8	32,7	33,4	35,0	59,5	55,4	15,4
Servicios de educación	0,1	0,1	1,4	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0
Otra	1,6	1,2	2,9	1,4	1,3	1,6	1,2	1,4	1,1	1,4	30,8

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Nº hijos	1,3	1,0	0,5	1,1	1,0	1,1	0,5	1,2	1,2	0,3	0,3
Convivencia											
Solo/a	21,4	14,0	9,4	20,7	16,5	20,0	21,4	17,3	20,3	20,5	10,5
Únicamente con pareja	16,6	14,3	8,5	12,6	11,3	13,9	13,4	17,2	19,4	17,8	10,5
Únicamente con hijos/as	5,4	3,2	1,6	2,0	2,3	6,3	3,0	4,8	4,1	1,4	0,0
Con la pareja e hijos/as	24,3	24,1	10,3	13,4	14,9	19,5	8,4	22,1	17,8	6,8	5,3
Con padres o familia origen	22,9	34,4	56,5	28,9	36,1	29,2	37,3	23,0	24,6	31,5	21,1
Con amigos/as	3,2	2,7	2,8	5,2	4,3	2,6	6,9	4,6	2,7	15,1	5,3
Detenido (ej. centro penitenciario o inserción social)	2,2	4,6	4,2	10,9	9,1	4,9	4,7	4,0	5,9	5,5	5,3
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,7	1,5	4,2	3,3	3,2	2,5	4,2	5,6	1,1	0,0	31,6
Otros	1,3	1,4	2,3	3,0	2,3	1,1	,8	1,4	4,1	1,4	10,5
Lugar vive											
Casas, pisos, apartamentos	91,4	91,4	88,9	76,3	80,5	89,3	86,4	87,0	83,5	93,3	40,0
Prisión, centro reforma o internamiento para menores	2,1	4,8	4,5	11,2	9,9	4,5	5,5	3,6	7,7	6,7	8,0
Otras instituciones	2,2	1,4	3,8	3,3	2,6	2,0	3,2	4,3	2,0	0,0	32,0
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,3	0,3	0,8	0,6	0,4	0,4	1,0	0,7	0,0	4,0
Alojamiento inestable/precarios	2,6	1,4	1,5	6,6	4,6	2,9	2,7	2,9	3,8	0,0	12,0
Otros lugares	1,1	0,6	1,0	1,7	1,8	0,9	1,8	1,3	2,3	0,0	4,0
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días											
Opioides	4,1	3,1	2,8	9,8	24,6	11,4	1,1	10,2	23,2	0,0	0,0
Cocaína	64,5	0,3	39,5	46,7	2,9	33,8	28,2	44,4	21,9	47,8	0,0
Estimulantes sin cocaína	3,9	5,1	9,5	1,4	4,7	5,5	8,3	2,0	1,3	17,4	28,6
Hipnosedantes	6,3	4,5	5,5	12,8	12,5	0,0	7,5	15,1	17,9	2,2	0,0
Alucinógenos	0,7	0,9	1,7	0,3	1,0	0,3	6,0	0,7	0,9	0,0	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0
Cannabis	50,0	50,1	0,0	51,8	57,3	55,4	50,8	44,7	52,2	63,0	85,7
Alcohol	0,0	71,3	71,5	32,4	50,8	48,7	49,1	30,6	40,6	30,4	28,6
Otras sustancias psicoactivas	0,7	0,4	0,7	0,2	0,9	0,6	1,3	0,7	0,0	2,2	0,0
Edad de inicio droga principal	18,1	20,7	15,4	21,7	20,9	29,4	22,6	30,7	28,6	21,7	20,4
Frecuencia de consumo de la droga principal											
Todos los días	58,3	24,3	68,2	53,9	40,2	84,6	31,8	68,5	85,8	31,3	33,3
4-6 días a la semana	6,9	12,3	5,6	5,2	11,0	2,1	9,5	3,4	1,4	10,4	0,0
2-3 días a la semana	11,1	24,3	7,5	7,8	18,3	3,0	20,4	3,0	2,1	25,4	33,3
1 día a la semana	4,1	9,9	2,3	2,6	4,8	1,3	7,2	0,9	1,4	4,5	8,3
Menos de 1 día a la semana	5,1	10,9	3,3	3,6	7,3	1,4	11,4	1,7	1,6	10,4	16,7
No consumió	14,4	18,3	13,1	26,9	18,4	7,5	19,7	22,5	7,8	17,9	8,3

	Alcohol	CLH Cocaína	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Estimulantes*	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	Sust. volátiles
Vía de administración droga principal											
Oral	99,5	2,8	1,5	0,6	0,1	98,8	22,7	43,2	91,8	36,8	0,0
Pulmonar o fumada	0,3	2,6	97,9	79,2	94,6	0,6	11,4	33,0	5,8	3,9	54,2
Intranasal o esnifada	0,1	93,0	0,5	6,4	4,9	0,5	61,8	7,3	0,9	57,9	41,7
Inyectada o parenteral	0,0	0,9	0,0	12,8	0,3	0,1	3,9	9,9	1,6	1,3	0,0
Otras	0,1	0,6	0,2	1,0	0,1	0,1	0,2	6,5	0,0	0,0	4,2
Inyección drogas											
Alguna vez en la vida	3,1	3,3	2,2	42,0	11,5	6,0	9,7	29,0	34,2	5,9	0,0
Últimos 12 meses	0,6	1,5	0,5	18,0	3,4	1,1	6,7	14,2	7,1	2,0	0,0
Últimos 30 días	0,4	1,4	0,3	16,0	2,2	0,8	5,4	12,3	4,1	2,0	0,0
Prevalencia máxima VIH	3,0	3,5	3,6	17,8	6,1	10,2	18,6	15,7	19,7	15,2	25,0
Prevalencia máxima Hepatitis C	6,8	4,8	4,4	38,6	13,4	12,5	14,1	27,2	31,6	0,0	12,5
Prevalencia máxima Hepatitis B	2,5	1,3	1,8	5,1	2,7	1,3	1,7	3,4	4,2	5,6	0,0
Prevalencia mínima VIH	1,1	1,4	1,0	10,1	2,9	3,8	8,3	7,2	9,3	6,6	7,7
Prevalencia mínima Hepatitis C	2,4	1,8	1,2	21,5	6,1	4,5	5,5	12,3	14,6	0,0	3,8
Prevalencia mínima Hepatitis B	1,6	0,8	0,9	4,1	2,1	0,8	1,1	2,5	3,4	5,0	0,0

* Estimulantes sin cocaína.

Notas:

- Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos).
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.
- El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la situación laboral: la proporción de empleados entre los tratados por cocaína polvo (50,4 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (21,5%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (25,4%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (tabla 2.1.4). Atendiendo a la variable sexo, entre los tratados por cocaína polvo, el porcentaje de empleados es mayor entre los hombres (52,5%) que entre las mujeres (37,4%), también ocurre en el caso de los atendidos por cannabis (hombres: 26% frente a mujeres: 22,8%) y heroína (hombres: 22,1% frente a mujeres: 17,5%) pero aquí las diferencias son menores (tabla 2.1.5).

También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2018, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (6,6%) o por cocaína base (4,6%) que entre los admitidos por cannabis (1,5%) o cocaína polvo (1,4%) (tabla 2.1.4). También es más frecuente tener un alojamiento precario entre las mujeres admitidas a tratamiento por heroína (8,2%) y cocaína base (7,2%) que entre los hombres (6,4% y 4,1% respectivamente) (tabla 2.1.5).

Tabla. 2.1.5.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento por sexo. España, 2018.

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Total	19.822	5.943	15.739	2.486	10.781	2.670	8.677	1.396	2.282	446	574	476	760	181
Tratamiento previo														
Sí	46,0	45,6	45,9	40,9	26,9	23,8	77,3	76,5	51,0	47,4	29,9	21,1	38,3	42,0
No	54,0	54,4	54,1	59,1	73,1	76,2	22,7	23,5	49,0	52,6	70,1	78,9	61,7	58,0
Edad calculada	46,7	47,2	36,3	37,2	26,6	26,6	43,3	41,6	37,6	37,6	39,2	47,8	35,4	34,7
Máximo nivel de estudios														
Sin estudios	0,9	0,5	0,5	0,6	0,9	0,3	1,7	1,5	0,8	0,9	1,8	0,6	0,1	0,6
Primaria	49,7	38,5	50,3	44,2	56,0	49,4	66,8	56,0	58,5	52,0	55,8	48,7	39,2	37,0
Secundaria	42,0	46,1	44,0	48,2	40,0	44,2	29,1	38,5	37,2	43,2	33,3	36,3	48,2	52,6
Estudios superiores	7,5	14,9	5,2	7,1	3,1	6,1	2,4	4,0	3,5	3,9	9,1	14,4	12,6	9,8
Situación laboral														
Trabajando	43,9	37,2	52,5	37,4	26,0	22,8	22,1	17,5	29,8	21,4	25,2	27,9	46,1	36,9
Parado, no habiendo trabajado antes	2,3	3,3	3,2	4,6	9,4	8,8	6,3	10,7	6,0	10,7	9,2	5,7	5,5	6,1
Parado, habiendo trabajado antes	33,1	37,9	34,7	44,8	28,3	31,7	50,2	53,1	49,4	52,6	44,1	38,1	37,8	40,2
Otras situaciones	20,7	21,6	9,6	13,2	36,3	36,7	21,3	18,7	14,8	15,3	21,5	28,3	10,7	16,8
Extranjero														
Español	87,4	82,7	91,1	88,8	85,0	89,5	88,1	88,3	88,9	88,6	87,3	92,1	83,8	86,7
Extranjero	12,6	17,3	8,9	11,2	15,0	10,5	11,9	11,7	11,1	11,4	12,7	7,9	16,2	13,3
Fuente de referencia principal														
Otros servicios tto. drogodep.	3,0	3,4	3,8	4,5	2,0	1,8	11,2	18,7	5,8	7,4	3,5	1,3	5,5	7,8
Médico general, At. Primaria	25,9	25,6	13,2	13,5	12,1	13,5	4,6	4,1	9,7	10,1	21,5	27,3	14,0	14,5
Hospitales/otros serv. salud	14,2	17,3	6,0	12,2	10,5	16,1	2,5	4,1	4,9	5,4	17,7	24,2	13,1	17,3
Servicios Sociales	4,3	7,1	1,4	8,7	5,4	10,8	1,3	3,1	2,2	7,6	2,1	3,0	3,3	7,3
Prisión, centro reforma o de internamiento menores	2,5	0,5	4,4	1,7	6,3	3,2	13,5	6,2	8,1	5,2	7,7	1,5	6,6	1,7
Servicios legales o policiales	2,2	1,0	4,6	3,2	12,7	8,0	2,4	2,1	6,2	2,7	3,5	1,1	7,4	6,7
Empresas o empleador	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Familiares y amigos	11,6	9,4	14,2	9,8	16,8	13,3	5,6	4,9	11,3	12,8	7,3	10,4	13,9	15,1
Iniciativa propia	34,3	34,2	51,0	44,6	29,8	28,7	57,5	55,3	50,5	46,5	34,8	30,1	34,7	27,9
Servicios de educación	0,1	0,1	0,1	0,1	1,4	1,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Otra	1,7	1,4	1,1	1,5	2,8	3,2	1,4	1,5	1,1	2,2	1,9	1,3	1,1	1,7
Nº hijos	1,2	1,4	0,9	1,3	0,5	0,7	1,0	1,5	0,9	1,5	0,9	1,5	0,4	0,7

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Convivencia														
Solo/a	21,5	21,3	13,9	14,1	9,3	9,7	20,9	19,3	16,5	16,4	21,2	18,5	21,6	20,3
Únicamente con pareja	15,9	18,8	14,1	15,2	7,7	11,5	11,0	22,5	10,3	16,4	10,5	18,0	12,8	15,7
Únicamente con hijos/as	3,1	13,2	1,9	11,6	0,7	5,2	1,4	6,2	1,3	7,4	2,0	11,5	1,8	8,1
Con la pareja e hijos/as	24,6	23,1	24,4	21,9	10,1	11,1	13,7	11,5	15,9	9,9	15,7	24,1	8,4	8,7
Con padres o familia origen	24,8	16,7	35,2	28,8	57,9	50,8	30,2	20,9	36,8	32,3	35,1	22,0	37,5	36,6
Con amigos/as	3,1	3,5	2,5	4,0	2,8	3,0	5,1	5,8	4,0	6,2	3,4	1,7	7,6	4,1
Detenido (ej. centro penitenciario o inserción social)	2,7	0,5	5,1	1,2	4,9	1,5	11,7	6,1	9,9	5,1	7,5	1,7	5,4	1,7
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,9	1,9	1,4	1,8	4,1	4,7	3,1	4,2	3,0	4,4	3,6	1,3	4,3	3,5
Otros	1,4	1,0	1,4	1,5	2,3	2,5	2,9	3,5	2,4	1,8	1,1	1,1	0,7	1,2
Lugar vive														
Casas, pisos, apartamentos	90,3	95,3	91,1	93,6	88,1	92,0	76,0	78,3	80,4	81,1	83,6	96,2	85,8	88,8
Prisión, centro de reforma o internamiento menores	2,6	0,5	5,4	1,6	5,3	1,6	12,1	6,0	10,6	6,1	7,4	1,1	6,6	0,6
Otras instituciones	2,3	1,8	1,3	2,2	3,7	4,2	3,1	4,4	2,4	3,6	2,6	1,3	2,8	5,1
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,5	0,3	0,4	0,3	0,2	0,8	0,8	0,6	0,7	0,4	0,4	0,5	0,0
Alojamiento inestable/precario	2,9	1,5	1,3	1,6	1,6	1,1	6,4	8,2	4,1	7,2	4,4	1,1	2,7	2,8
Otros lugares	1,2	0,5	0,6	0,6	1,0	1,1	1,6	2,3	1,9	1,4	1,6	0,0	1,6	2,8
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días														
Opioides	4,3	3,2	2,9	4,5	2,9	2,1	9,5	11,9	23,6	30,7	14,1	3,4	1,4	0,0
Cocaína	66,0	56,5	0,3	0,7	40,3	35,9	45,7	53,3	2,8	3,6	39,5	17,2	27,7	30,8
Estimulantes sin cocaína	3,7	4,9	5,0	5,7	9,3	11,0	1,3	1,9	4,9	3,6	6,3	3,4	9,3	3,3
Hipnosedantes	4,9	13,5	4,1	7,3	5,7	4,9	12,7	13,2	13,0	8,8	0,0	0,0	8,6	2,2
Alucinógenos	0,6	1,1	0,9	0,5	1,6	2,3	0,3	0,1	1,0	0,8	0,4	0,0	5,9	6,6
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,0	0,1	0,7	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0
Cannabis	50,6	47,0	50,8	44,9	0,0	0,0	52,7	45,3	58,6	49,4	61,7	36,8	52,4	42,9
Alcohol	0,0	0,0	72,0	66,2	71,9	69,6	34,0	21,8	51,7	45,4	46,9	54,0	47,6	56,0
Otras sustancias psicoactivas	0,6	0,7	0,4	0,2	0,7	0,6	0,2	0,1	1,0	0,0	0,0	2,3	1,6	0,0
Edad de inicio droga principal	17,3	21,0	20,3	23,0	15,3	16,1	21,5	23,2	20,6	22,8	26,2	33,3	22,7	22,0
Frecuencia de consumo de la droga principal														
Todos los días	59,1	55,7	24,2	24,8	68,6	66,5	54,4	50,8	39,5	44,4	82,2	87,4	31,5	32,8
4-6 días a la semana	6,7	7,7	12,7	10,3	5,8	5,0	5,1	5,5	11,1	10,5	2,8	1,3	9,5	9,6
2-3 días a la semana	10,9	11,7	24,5	23,1	7,5	7,4	8,1	5,8	18,6	16,7	2,8	3,2	20,7	19,2
1 día a la semana	4,0	4,6	9,8	10,3	2,2	2,5	2,6	2,9	4,6	5,5	1,8	0,9	7,5	5,6
Menos de 1 día a la semana	4,9	5,6	10,8	11,5	3,2	3,8	3,5	3,8	7,8	4,6	1,9	0,9	11,3	11,9
No consumió	14,3	14,6	18,0	20,0	12,7	14,7	26,2	31,3	18,5	18,3	8,5	6,4	19,5	20,9

	Alcohol		CLH Cocaína		Cannabis		Heroína		Cocaína base		Hipnosedantes		Estimulantes*	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Vía de administración droga principal														
Oral	99,5	99,6	2,8	3,1	1,4	1,6	0,6	0,6	0,1	0,0	98,4	99,2	22,6	23,2
Pulmonar o fumada	0,3	0,2	2,6	2,7	97,9	97,6	79,1	80,5	94,8	93,3	0,9	0,2	12,7	6,1
Intranasal o esnifada	0,1	0,1	93,1	92,4	0,5	0,5	6,2	8,0	4,6	6,3	0,5	0,4	59,8	70,2
Inyectada o parenteral	0,0	0,0	0,9	0,7	0,1	0,0	13,2	9,9	0,3	0,4	0,2	0,0	4,8	0,0
Otras	0,0	0,1	0,6	1,1	0,2	0,2	0,9	1,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,6
Inyección drogas														
Alguna vez en la vida	3,4	2,1	3,2	3,8	2,3	1,5	42,5	38,9	11,2	13,0	9,1	2,2	10,7	5,4
Últimos 12 meses	0,6	0,4	1,5	1,6	0,5	0,2	18,4	15,4	3,2	4,3	2,0	0,0	8,0	1,3
Últimos 30 días	0,4	0,3	1,4	1,4	0,3	0,2	16,5	13,2	2,1	3,3	1,4	0,0	6,5	0,7
Prevalencia máxima de VIH	3,2	2,5	3,4	3,9	3,5	3,8	17,1	22,2	6,1	6,3	13,6	4,7	21,6	6,9
Prevalencia máxima Hepatitis C	7,1	5,8	4,8	4,7	4,5	4,1	38,8	38,0	12,7	16,9	15,2	7,9	15,8	7,7
Prevalencia máxima Hepatitis B	2,5	2,6	1,2	1,6	1,8	1,8	5,2	4,3	3,1	0,0	2,0	0,0	1,7	1,9
Prevalencia mínima VIH	1,2	0,9	1,3	1,7	0,9	1,2	9,6	13,5	2,9	2,9	5,7	1,5	9,5	3,3
Prevalencia mínima Hepatitis C	2,5	2,1	1,7	1,9	1,2	1,2	21,3	22,5	5,9	7,6	6,3	2,3	6,1	3,3
Prevalencia mínima Hepatitis B	1,6	1,7	0,7	1,1	0,9	1,0	4,2	3,5	2,4	0,0	1,4	0,0	1,1	1,2

* Estimulantes sin cocaína.

Notas:

- Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En Hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).
- Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.
- El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.
- El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable sexo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

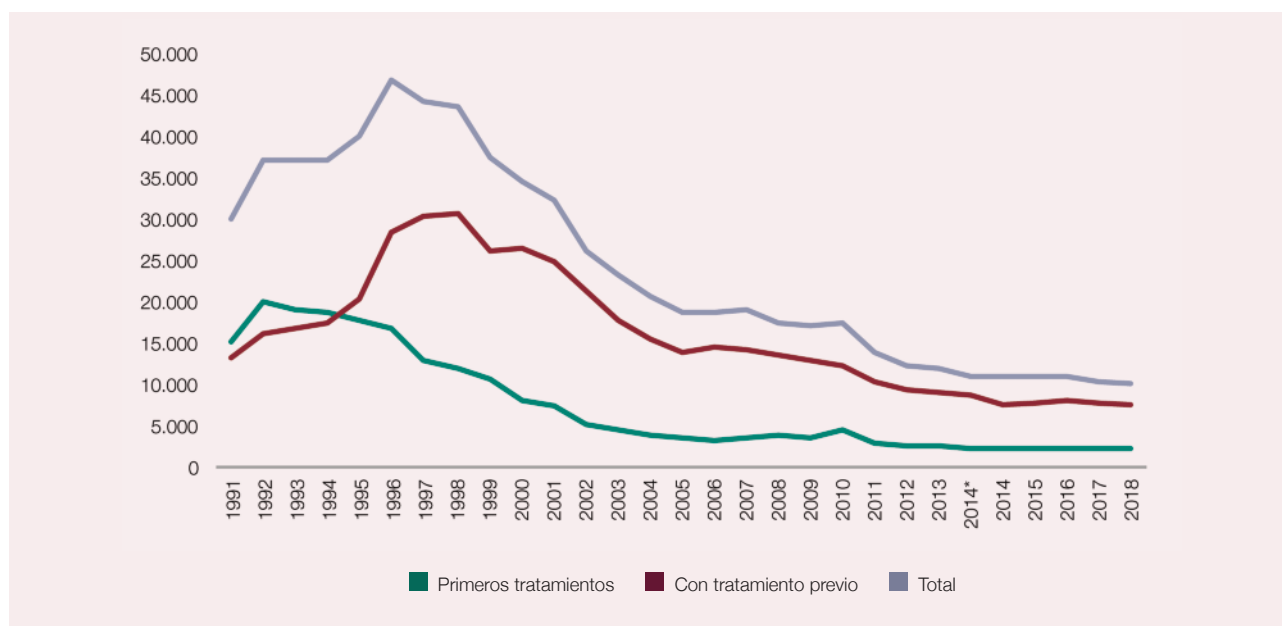
En 2018, más de la mitad del total de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento por esa sustancia en concreto, por primera vez en su vida. Según la sustancia por la que fueron admitidos, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (22,8%) que entre los admitidos por alcohol (54,1%), cocaína en polvo (54,8%), hipnosedantes (74%) o cannabis (73,7%) (tabla 2.1.4). Atendiendo a la variable sexo, la proporción de primeras admisiones por alcohol es prácticamente igual entre los hombres (54,0%) que entre las mujeres (54,4%). Por otro lado, la proporción de primeras admisiones por cocaína polvo es mayor entre las mujeres (59,1%) que entre los hombres (54,1%), siendo también mayor la proporción de primeras admisiones por hipnosedantes y por cannabis entre las mujeres (78,9% y 76,2%, respectivamente) que entre los hombres (hipnosedantes: 70,1%; cannabis: 73,1%) (tabla 2.1.5).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.086 en 2018, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.530 personas), como por los admitidos por primera vez (2.223 personas) (figura 2.1.8).

Figura 2.1.8.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2018.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	30.146	2005	3.604	14.005	18.653
1992	20.017	15.956	37.239	2006	3.318	14.502	18.803
1993	18.977	16.703	37.188	2007	3.672	14.331	18.904
1994	18.770	17.526	37.225	2008	3.840	13.616	17.456
1995	17.878	20.369	40.007	2009	3.412	12.750	16.989
1996	16.647	28.382	46.635	2010	4.526	12.166	17.325
1997	12.993	30.173	44.089	2011	2.951	10.391	13.898
1998	11.867	30.756	43.598	2012	2.555	9.302	12.238
1999	10.473	26.031	37.417	2013	2.572	8.940	11.756
2000	8.151	26.412	34.563	2014*	2.356	8.555	10.911
2001	7.461	24.844	32.305	2015	2.202	7.713	10.978
2002	5.051	21.162	26.213	2016	2.353	7.907	10.807
2003	4.337	17.867	23.225	2017	2.259	7.775	10.384
2004	3.836	15.617	20.532	2018	2.223	7.530	10.086

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos: un varón de 43 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 11,2% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente cannabis, cocaína y alcohol (tabla 2.1.4).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

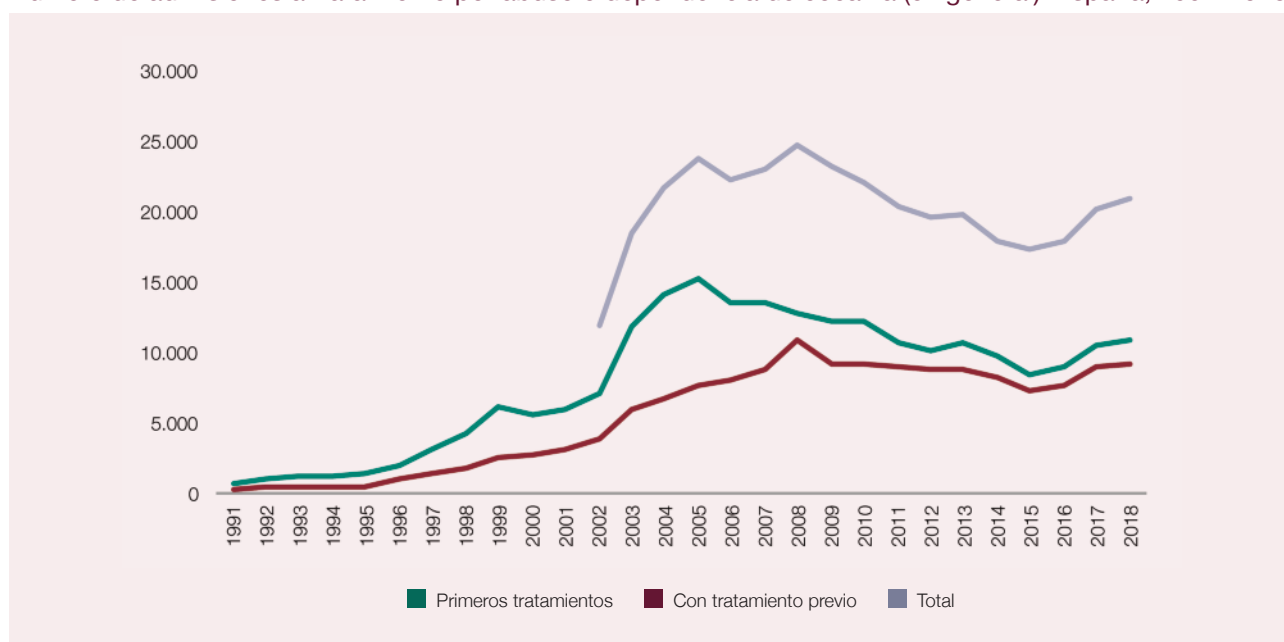
Las admisiones por cocaína en general han venido aumentando desde el inicio de la serie histórica, pasando de tener menos de 1.000 casos en 1991 a cerca de los 25.000 en 2008. En 2018 se ha registrado 20.981 admisiones a tratamiento por cocaína, de las cuales 18.240 eran por cocaína polvo y 2.732 por cocaína base. El número de primeras ad-

misiones también aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años).

Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a los 9.000. Tras algún repunte puntual, la tendencia siguió a la baja hasta el 2015. En 2016 se registró un repunte en el número de primeras admisiones por cocaína, repunte que se confirma en 2018 (10.871) y que parece marcar una tendencia ascendente, que posiciona a la cocaína como la sustancia responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento (figura 2.1.9), superando al cannabis que, desde 2012 era la sustancia responsable del mayor número de primeras admisiones a tratamiento. En cuanto a las admisiones de cocaína con tratamiento previo, la evolución ha sido similar, detectándose en 2016 un repunte que se confirma en 2018, indicando una tendencia ascendente.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1991-2018.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	–	2005	15.258	7.562	23.746
1992	932	367	–	2006	13.463	8.036	22.242
1993	1.146	431	–	2007	13.429	8.753	23.037
1994	1.265	491	–	2008	12.847	10.786	24.680
1995	1.415	516	–	2009	12.142	9.107	23.132
1996	1.892	932	–	2010	12.130	9.095	22.087
1997	3.129	1.402	–	2011	10.637	8.889	20.335
1998	4.174	1.838	–	2012	10.142	8.855	19.497
1999	6.126	2.576	–	2013	10.734	8.726	19.848
2000	5.499	2.773	–	2014*	9.683	8.182	17.864
2001	5.977	3.046	–	2015	8.445	7.248	17.327
2002	7.125	3.893	11.904	2016	9.052	7.678	17.889
2003	11.851	5.893	18.359	2017	10.393	9.025	20.168
2004	14.126	6.747	21.646	2018	10.871	9.226	20.981

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de la cocaína, la cocaína polvo supone el 87,9% del total de las admisiones por cocaína, mientras que el 13,1% son admitidos por cocaína base, mostrando ambas un perfil diferente.

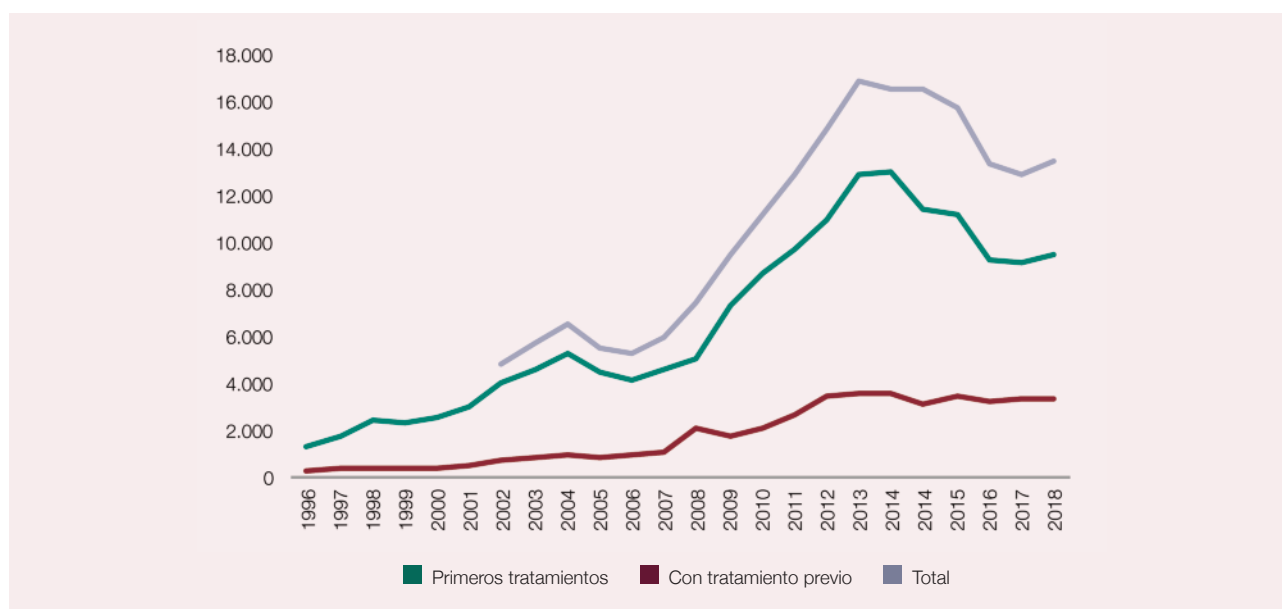
El perfil del admitido a tratamiento por cocaína polvo es el de un varón de 36,5 años que nunca ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, que está trabajando y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo no diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis. El perfil del admitido a tratamiento por cocaína base es el de un varón, un poco más mayor (37,6 años) que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras sustancias, principalmente alcohol, cannabis y opioides.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2018 fue de 13.459, cifra ligeramente superior a la registrada en 2017 y similar a la de 2016 (figura 2.1.10).

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2018.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	-	2008	5.058	2.055	7.419
1997	1.768	387	-	2009	7.273	1.705	9.503
1998	2.412	407	-	2010	8.639	2.101	11.192
1999	2.335	418	-	2011	9.736	2.603	12.873
2000	2.487	408	-	2012	10.982	3.402	14.869
2001	2.966	540	-	2013	12.912	3.585	16.914
2002	3.972	665	4.772	2014*	12.968	3.510	16.478
2003	4.613	871	5.711	2015	11.185	3.448	15.676
2004	5.319	928	6.500	2016	9.278	3.208	13.304
2005	4.426	844	5.524	2017	9.122	3.314	12.932
2006	4.125	941	5.304	2018	9.485	3.386	13.459
2007	4.619	1.114	5.936				

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Evolutivamente el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis mostró una tendencia claramente ascendente hasta 2013, iniciando en 2014 un descenso hasta 2017. En 2018 se aprecia un ligero repunte, tanto en las primeras admisiones como entre las personas con tratamiento previo.

Es importante señalar, una vez más, el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 96,8% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2018 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 26,6 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia (29,6%) o por presión familiar (16,1%), vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia (68,2%) y ser consumidor de otras sustancias, principalmente alcohol (71,5%).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2018, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue 1.050, las admisiones por estas sustancias están más o menos estabilizadas desde el 2015, en un rango entre 1.000 y 1.100 admisiones al año (figura 2.1.11).

El porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento por hipnosedantes es mucho más elevado que para el resto de admitidos por otras sustancias, situándose en el 45,3% del total de admisiones por hipnosedantes.

Teniendo en cuenta el peso de las mujeres entre los admitidos por hipnosedantes, se pueden identificar dos perfiles claramente diferenciados:

- El perfil de los hombres es el de un varón de 39,2 años que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o bien derivado por el médico de Atención Primaria, y que vive con su familia de origen, está parado o es pensionista. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- En el caso femenino, se trata de una mujer de 47,8 años, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por diferentes servicios de salud, y que vive con su pareja y/o hijos. Está parada o es pensionista, aunque es remarcable que el 4% se dedica a las tareas del hogar. Consume, además, alcohol como droga secundaria.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2018, el 2% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Los alucinógenos por su parte suponen el 0,1% del total de admisiones (76 casos en 2018). Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es reducido.

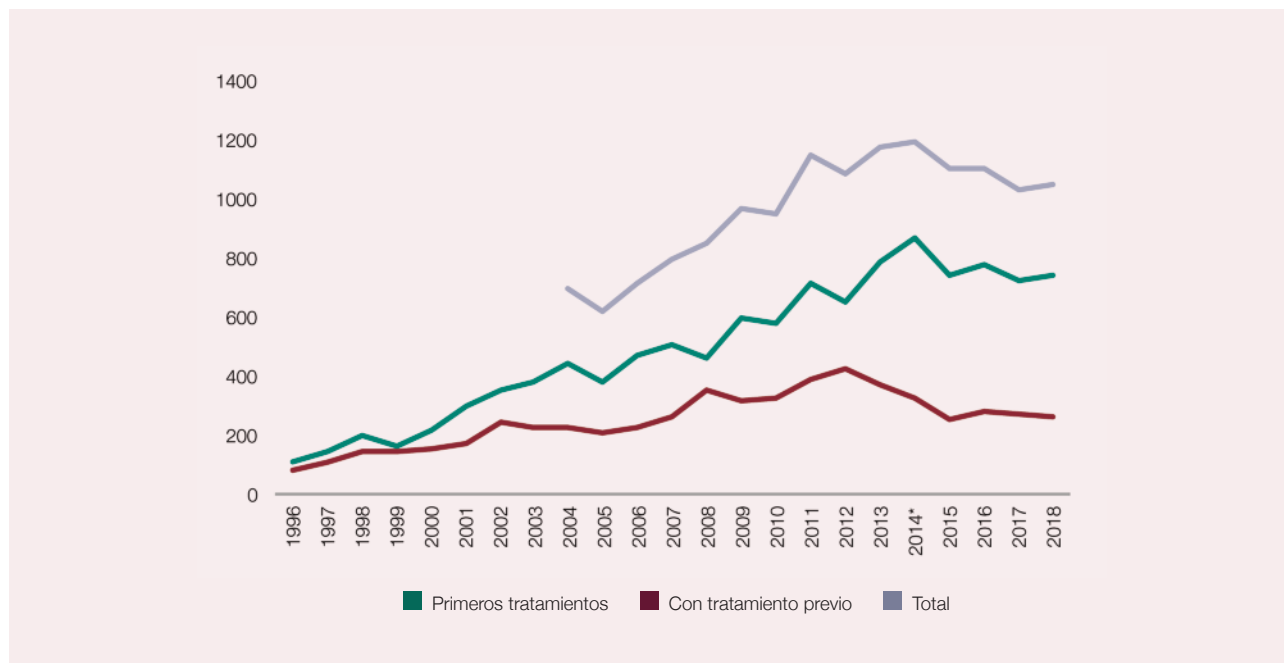
Dentro de los estimulantes distintos de la cocaína, las anfetaminas son la sustancia que más admisiones a tratamiento genera. La serie histórica mostraba una tendencia ascendente que alcanzó su valor más alto en 2016 (699). Esta tendencia se frenó en 2017 y, en 2018, parece volver a presentar un repunte (662 admisiones a tratamiento), que será necesario vigilar. El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos: varón de 35,2 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria, que acude a tratamiento por iniciativa propia, está trabajando y vive con su familia de origen.

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha presentado altibajos desde el inicio de la serie histórica. En 2002 presentó el valor más alto y desde entonces ha mostrado una tendencia descendente con repuntes puntuales. En 2018 se notificaron 72 admisiones a tratamiento por esta sustancia, valor ligeramente superior al registrado en 2017 (68 casos) (figura 2.1.12).

Desde el inicio de la serie histórica, las admisiones a tratamiento por alucinógenos se han situado en niveles relativamente bajos (menos de 100 casos en toda España), superándose las 100 admisiones por esta sustancia sólo en 2012 y en 2013. En 2018 se han notificado 76 admisiones por alucinógenos, siendo más de la mitad por ketamina, que es la responsable de 53 admisiones en 2018 (figura 2.1.13).

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2018.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	109	77	-	2008	463	352	845
1997	144	111	-	2009	598	312	963
1998	197	143	-	2010	580	323	944
1999	165	147	-	2011	709	386	1.143
2000	214	154	-	2012	648	421	1.083
2001	299	170	-	2013	787	374	1.175
2002	350	242	-	2014*	871	321	1.192
2003	382	225	-	2015	742	256	1.068
2004	441	224	693	2016	772	282	1.105
2005	383	209	618	2017	721	269	1.032
2006	466	223	717	2018	744	261	1.050
2007	503	261	795				

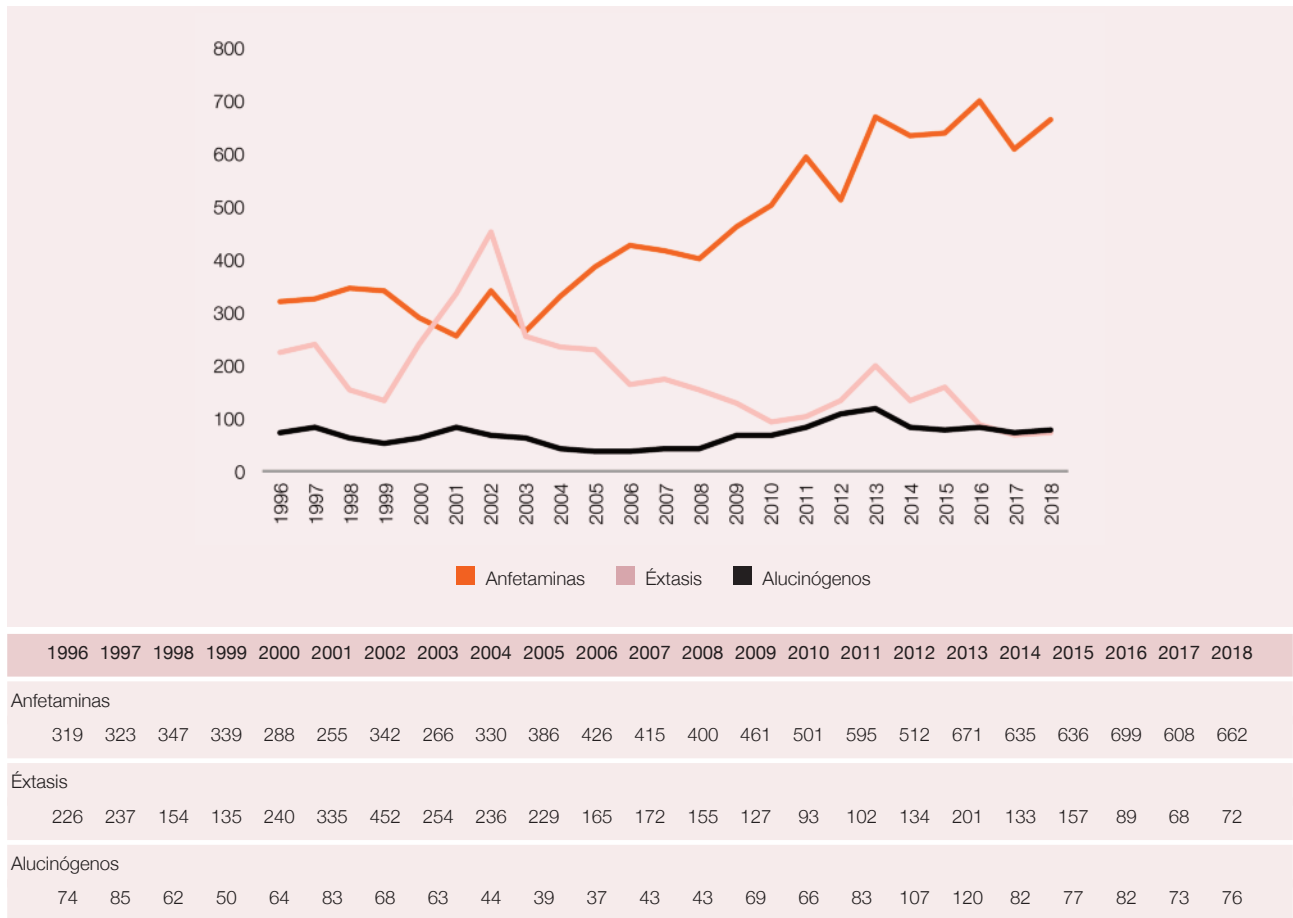
* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.12.

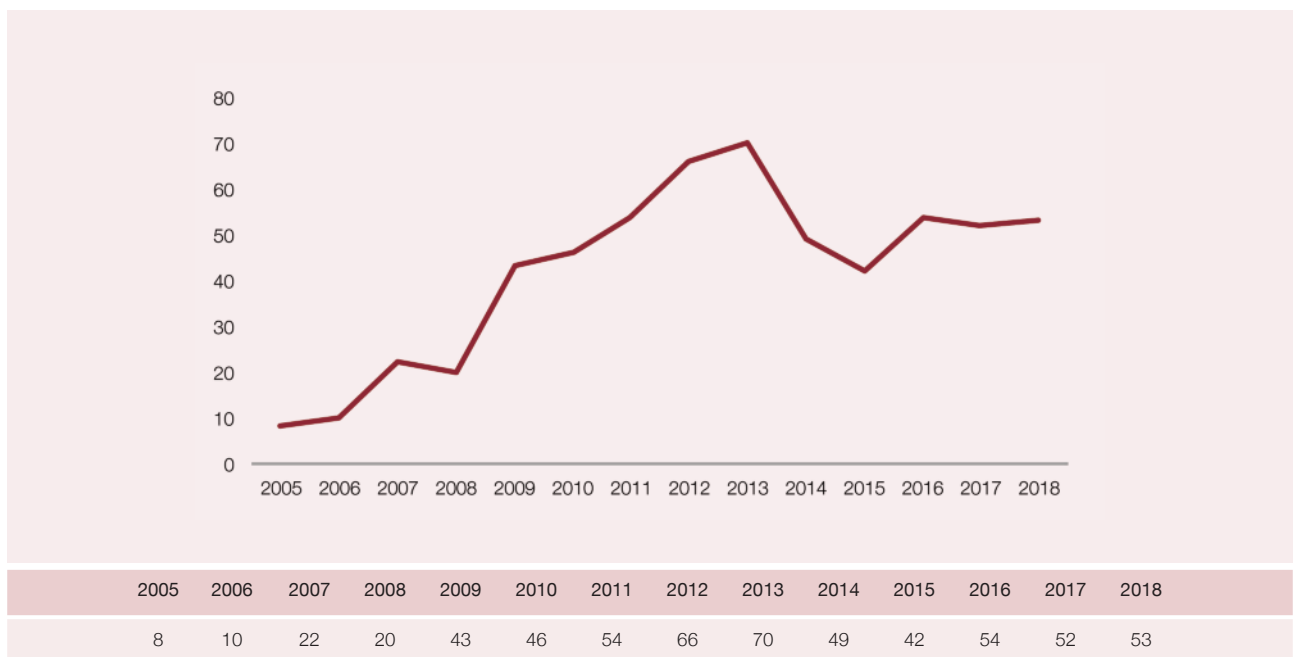
Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2018.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2018.



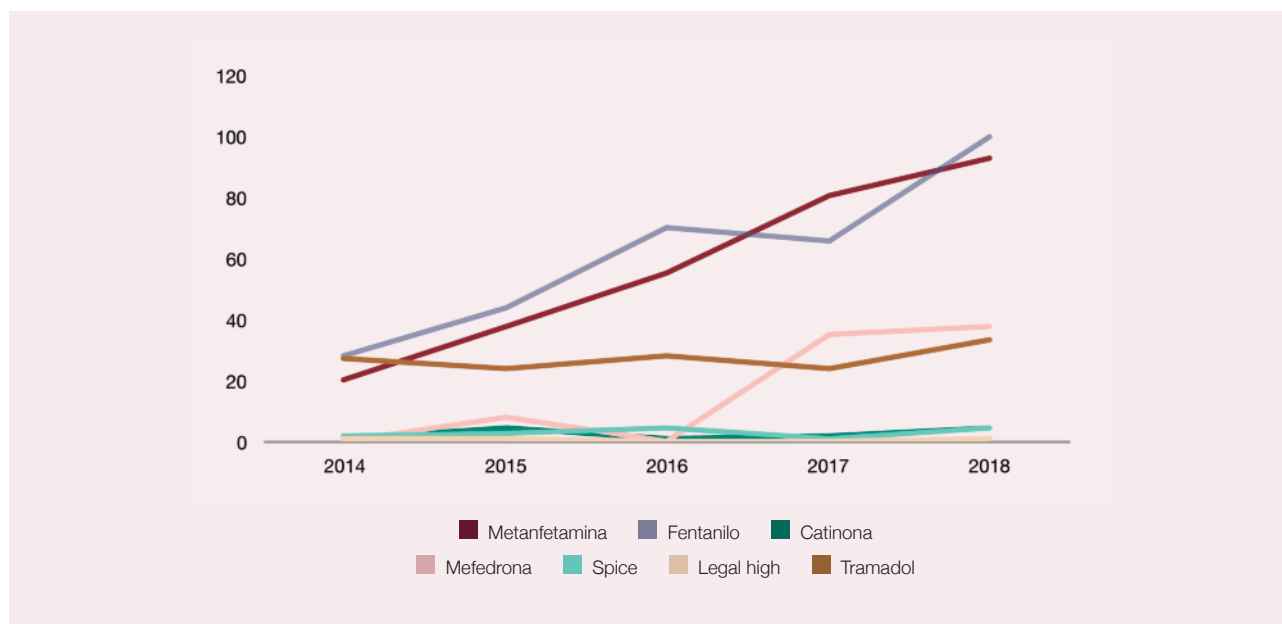
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia otras sustancias

El indicador de admisiones a tratamiento permite el seguimiento de sustancias más minoritarias, lo que facilita ver cambios o aumentos en la presencia de estas sustancias, o comprobar que ocurre en nuestro país respecto a nuevos consumos detectados en otros países. Por ello, desde el 2014 se ha hecho un seguimiento de sustancias como el fentanilo, el tramadol, las catinonas, la mefedrona o el spice, entre otras. Este seguimiento nos ha permitido ver un aumento del fentanilo, de la metanfetamina, de la mefedrona y una tendencia estable del spice y del tramadol.

Figura 2.1.14.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de diferentes sustancias como droga principal. España, 2014-2018.



	2014	2015	2016	2017	2018
Metanfetamina	20	38	55	81	93
Fentanilo	28	44	70	66	100
Catinona	1	5	1	2	5
Mefedrona	0	8	0	35	38
Spice	2	3	5	1	5
Legal high	1	1	0	0	1
Tramadol	27	24	28	24	33

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

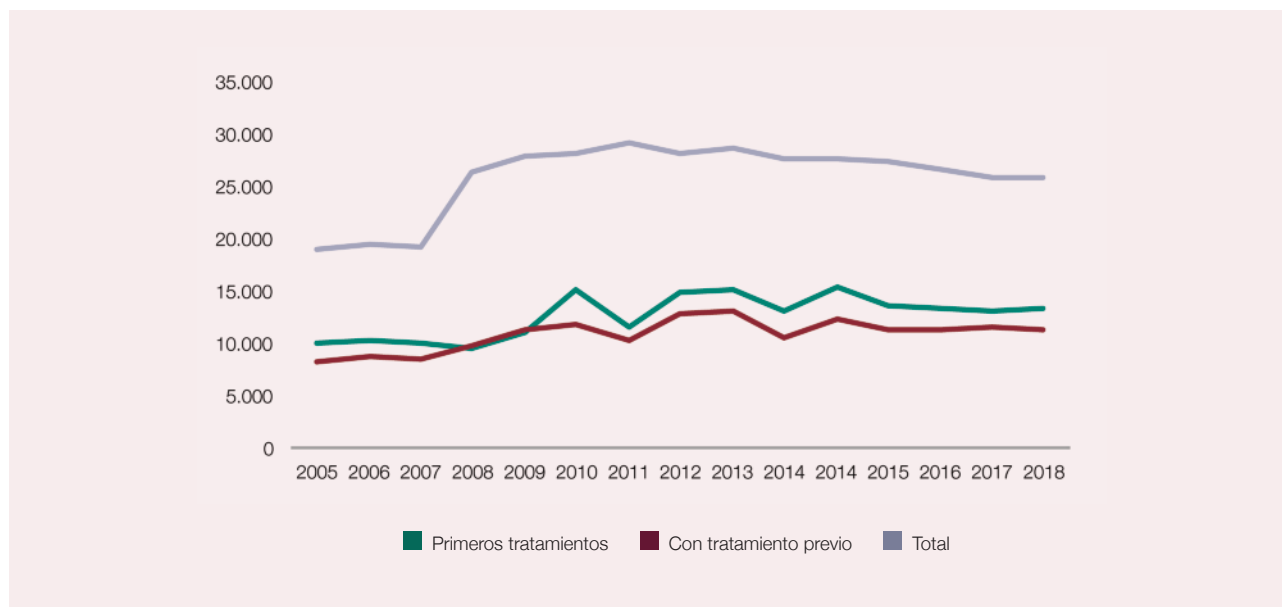
En 2018, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 25.796, cifra que se mantiene más o menos estable desde 2008 (figura 2.1.15). Aunque ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de metodología, debe tenerse en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

El alcohol es responsable, en 2018, del 35% de las admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de 46,8 años que vive con su familia propia (pareja y/o hijos) que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días. La mayoría (74,5%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 2.1.15.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2018.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014*	15.240	12.418	27.658
2015	13.457	11.254	27.469
2016	13.319	11.323	26.655
2017	13.060	11.556	25.753
2018	13.243	11.224	25.796

* Datos estimados para el conjunto nacional porque algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

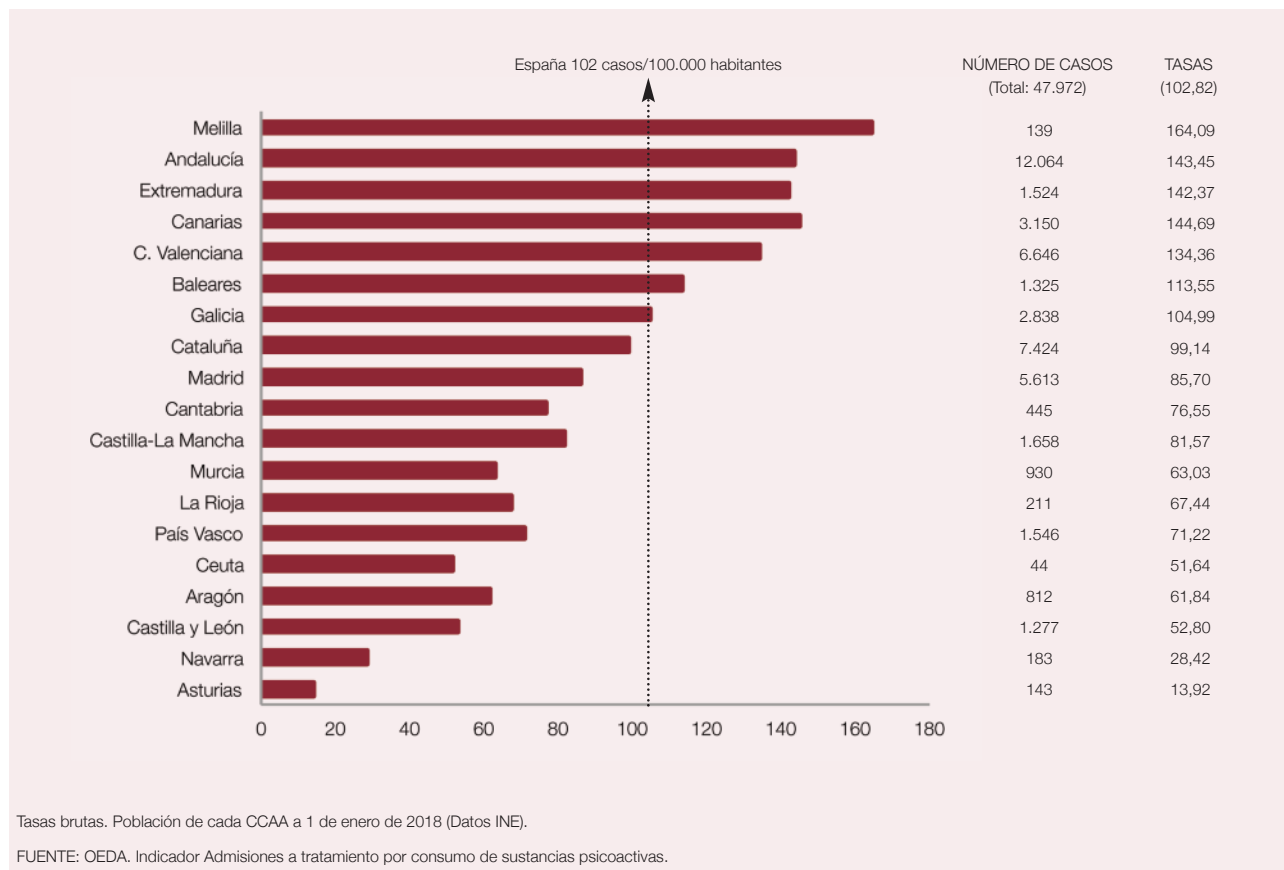
Resultados por comunidades/ciudades autónomas

Todas las comunidades y ciudades autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por comunidad/ciudad autónoma (figura 2.1.16).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/100.000 habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.16.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según comunidad/ciudad autónoma. España, 2018.



2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2018

Introducción

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

En España, uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Este indicador forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación, se presenta la metodología y los principales resultados del indicador.

Metodología

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

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada comunidad/ciudad autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987, aunque la cobertura no es completa, presentando variaciones interanuales, tanto de comunidades/ciudades autónomas, como de número de hospitales notificados. En 2018, notificaron al indicador 14 de las 19 comunidades/ciudades autónomas (todas salvo Cataluña, País Vasco, Galicia, Ceuta y Melilla).

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas¹.

1. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

Resultados

En 2018 se notificaron al indicador 5.027 episodios de urgencias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. Tendencia más o menos estable desde 2011 (tabla 2.2.1).

Tabla 2.2.1.

Número de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje según tipo de droga. España*, 1996-2018.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Sustancias volátiles
1996	2.585	19,9	12,4	6,2	23,6	56,1	2,2	13,5	1,3	2,1	0,2
1997	1.932	25,0	15,2	6,6	18,9	50,9	2,9	17,4	2,2	1,8	0,1
1998	2.099	31,6	22,2	8,9	24,3	38,7	3,0	16,8	2,2	2,4	0,3
1999	2.141	39,4	20,0	9,3	23,8	33,0	9,8	18,9	2,4	1,7	0,1
2000	2.328	40,9	26,8	12,8	28,9	35,3	2,2	18,0	4,5	2,7	0,3
2001	2.145	40,5	29,0	16,9	29,2	29,2	4,2	17,4	4,4	1,9	0,9
2002	2.673	44,7	35,4	19,9	30,1	21,4	3,4	13,1	5,3	1,3	0,2
2004	5.828	50,0	30,7	19,3	22,3	17,5	2,3	9,1	3,2	0,8	0,6
2005	7.089	55,5	32,3	21,7	17,0	19,0	4,2	8,3	4,7	1,7	0,5
2006	7.042	51,1	36,0	23,9	21,0	16,9	4,7	8,5	6,4	1,7	0,4
2007	7.822	53,8	35,7	22,9	15,8	16,9	4,2	8,1	5,0	2,0	0,5
2008	6.431	55,1	37,3	24,7	15,6	17,2	4,4	7,5	4,2	1,6	0,5
2009	5.567	51,1	40,2	29,5	16,5	17,1	4,6	7,6	2,4	2,6	0,5
2010	5.626	49,5	36,3	30,5	16,7	17,8	5,5	6,7	2,9	1,7	0,4
2011	5.279	45,2	40,4	33,3	18,9	14,2	9,2	6,2	3,9	2,1	0,3
2012	5.999	46,0	39,0	33,0	18,3	13,0	8,9	6,1	4,6	2,5	0,5
2013	5.715	44,9	38,7	34,6	17,8	11,9	9,0	5,7	4,8	2,5	0,4
2014	6.441	43,7	38,7	35,5	18,5	10,3	8,6	7,6	4,5	2,5	0,3
2015	5.238	43,5	39,8	42,2	18,2	11,2	8,0	7,4	3,7	1,6	0,3
2016	4.565	42,5	43,9	40,1	20,5	8,6	7,5	7,7	3,2	1,5	0,3
2017	4.293	50,2	37,1	50,3	16,9	9,0	8,7	10,3	2,8	1,5	0,5
2018	5.027	52,0	39,0	49,4	17,9	7,4	7,6	10,1	3,4	1,4	0,5

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

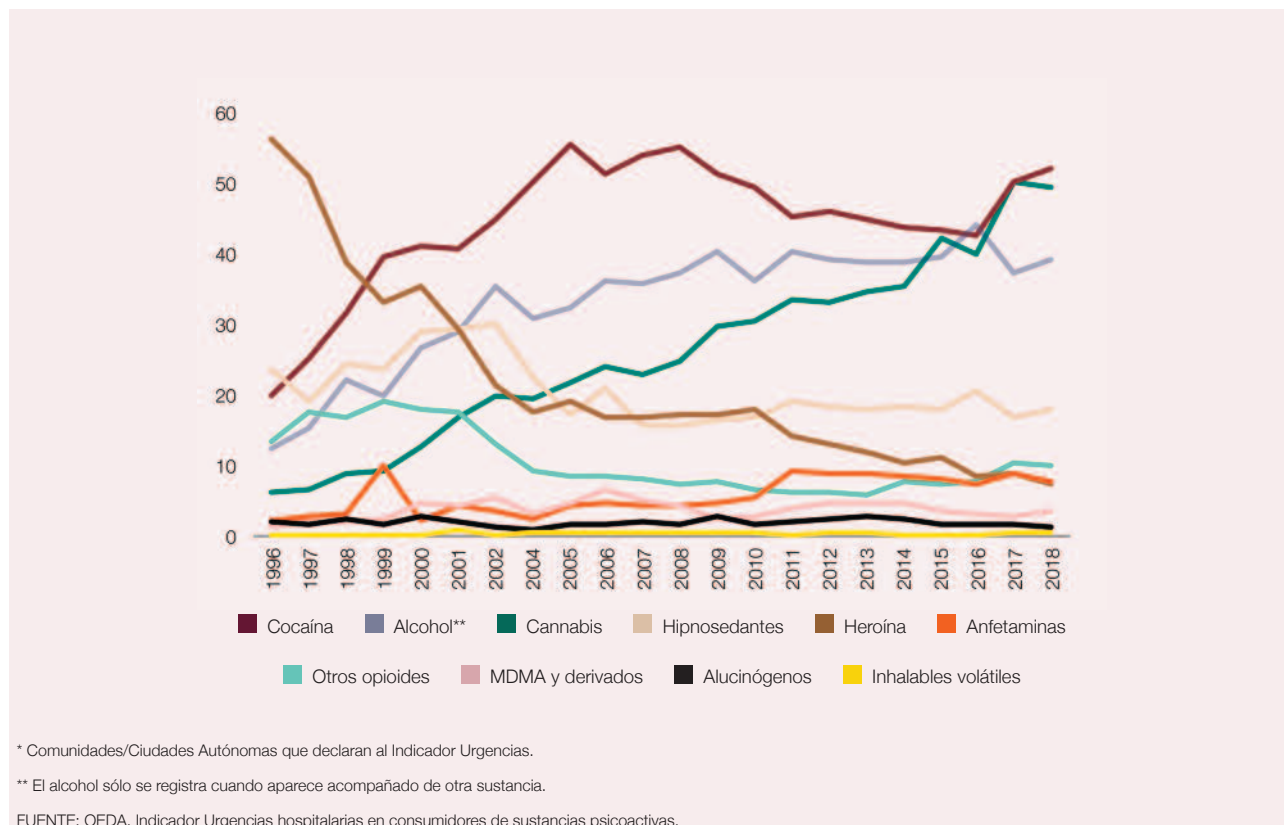
FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

En la figura 2.2.1 se muestra la evolución desde 1996 de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas según el tipo de droga.

En 2018, de los 5.027 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 52,0% la urgencia se relacionó con la cocaína, que junto con el cannabis (49,4%) son las sustancias ilegales con mayor presencia. Las urgencias relacionadas con la cocaína presentan un ligero ascenso respecto al año anterior, mientras que las urgencias relacionadas con el cannabis parecen estabilizarse, tras el ascenso de 2017. Este comportamiento se confirma en el resto de indicadores y de las encuestas nacionales, donde la cocaína y el cannabis ocupan una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España (figura 2.2.1).

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España*, 1996-2018.



En las tablas 2.2.2 y 2.2.4 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en 2018 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie histórica del indicador, situándose entre el 20% y el 28% de las urgencias (tabla 2.2.2).

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,8 años (2018), aumento que podría estar asociado con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 36,4 años). No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen una edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas son más jóvenes (tabla 2.2.3).

La condición legal de los pacientes también ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997 (22,4%), año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2015 (2,7%). En 2018 llegaron detenidos el 3,4% de los episodios de urgencias analizados (tabla 2.2.2).

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1996-2018.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
NÚMERO DE EPISODIOS	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279	5.999	5.715	6.441	5.238	4.565	4.293	5.027	
EDAD MEDIA (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	33,0	32,6	32,7	32,8	33,0	33,2	34,1	34,3	34,6	34,8	
SEXO (%)																							
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7	26,1	26,1	24,5	22,6	22,6	22,7	25,3	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS RELACIONADAS¹ (%)																							
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9	17,2	17,1	17,8	14,2	13,0	11,9	10,3	11,2	8,6	9,0	7,4	
Otros opiodes	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1	7,5	7,6	6,7	6,2	6,1	5,7	7,6	7,4	7,7	10,3	10,1	
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8	55,1	51,1	49,5	45,2	46,0	44,9	43,7	43,5	42,5	50,2	52,0	
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2	4,4	4,6	5,5	9,2	8,9	9,0	8,6	8,0	7,5	8,7	7,6	
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0	4,2	2,4	2,9	3,9	4,6	4,8	4,5	3,7	3,2	2,8	3,4	
Hipnosedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8	15,6	16,5	16,7	18,9	18,3	17,8	18,5	18,1	20,5	16,9	17,9	
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9	24,7	29,5	30,5	33,3	33,0	34,6	35,5	42,2	40,1	50,3	49,4	
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0	1,6	2,6	1,7	2,1	2,5	2,6	2,5	1,6	1,5	1,5	1,4	
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	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	37,3	40,2	36,3	40,4	39,0	38,7	38,7	39,8	43,9	37,1	39,0	
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	4,4	4,9	4,2	3,7	4,1	3,8	4,3	2,7	3,7	3,4	3,4	
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	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8	69,8	72,2	71,6	71,1	72,7	
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5	8,2	9,4	9,9	8,2	8,2	8,3	8,4	
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	8,1	10,2	12,5	12,5	14,8	15,9	16,0	17,0	17,1	15,2	
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6	3,3	2,9	4,2	3,6	3,1	3,5	3,7	

1. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (72,7% en 2018). No obstante, se registra una tendencia ascendente a lo largo de los años del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (7,6% en 1996 al 15,2% en 2018), con pequeños repuntes derivados del diferente peso de las sustancias relacionadas con las urgencias. Aunque la resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, otros opioides, hipnosedantes y cannabis. Además, se observan más traslados a otros centros en las urgencias relacionadas con hipnosedantes (5,2%) y hay más altas voluntarias entre los consumidores de alucinógenos (15,6%) y éxtasis (10,8%) (tabla 2.2.3).

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2018.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos	I. volátiles
Número de episodios	5.027	3.747	1.266	2.448	1.835	2.323	840	349	357	473	161	65	23
Edad media (años)	34,8	34,9	34,5	36,4	35,4	31,1	37,5	40,2	31,8	42,5	28,3	31,7	30,9
Sexo (%) mujeres	25,3			21,8	22,8	22,7	27,7	17,2	25,6	29,6	21,9	27,7	34,8
Detenidos (%)	3,4	3,8	2,3	3,3	3,8	3,8	2,8	3,8	4,1	4,5	4,8	2,0	5,0
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	72,7	73,0	72,3	73,6	74,6	71,9	70,5	69,0	72,7	68,9	80,4	70,3	65,2
Alta voluntaria	8,4	8,9	7,0	8,6	8,8	7,6	7,7	8,7	7,3	8,7	10,8	15,6	4,3
Ingreso hospitalario	15,2	14,7	16,4	13,8	12,8	16,6	16,6	19,1	16,1	18,3	6,3	4,7	21,7
Muerte en urgencias	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,7	3,4	4,2	4,1	3,8	3,9	5,2	3,2	3,9	4,1	2,5	9,4	8,7

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2018, según sexo.

Tanto en hombres como en mujeres, las sustancias que más episodios de urgencias generan son la cocaína, el cannabis y el alcohol. Sin embargo, se observan algunas diferencias en función del sexo. Así, podemos ver como tienen más peso las urgencias por hipnosedantes y opioides distintos de la heroína, entre las mujeres que entre los hombres; mientras que las urgencias por cocaína, cannabis y heroína tienen más peso entre los hombres. La información sobre el resto de sustancias no permite hacer comparaciones porque existe un número bajo de casos registrados (tabla 2.2.4).

En las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, lo más habitual es que se asocie más de una sustancia con la urgencia: en 2018, en el 58% de los episodios notificados había al menos 2 sustancias relacionadas con la urgencia. Entre los hombres este patrón supone el 60%, mientras que entre las mujeres es más habitual tener urgencias relacionadas con una única sustancia (45,1%). Teniendo esto en cuenta, se pueden establecer perfiles en función de las sustancias que se relacionan con la urgencia.

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales, según sexo. España*, 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	52,0	53,9	46,3
Cannabis	49,4	50,6	45,7
Alcohol**	39,0	39,9	36,3
Hipnosedantes	17,9	17,0	20,1
Otros opioides	10,1	9,3	12,1
Anfetaminas	7,6	7,5	7,9
Heroína	7,4	8,1	5,2
MDMA y derivados	3,4	3,5	3,0
Alucinógenos	1,4	1,3	1,6
Inhalables volátiles	0,5	0,4	0,7

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **cocaína** es el de un hombre (78,2%), con una edad media de 36,4 años, que no llega detenido (96,7%) y, en el 73,6% de los episodios, la urgencia termina con el alta médica. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, mostrando en los dos últimos años la edad media más elevada de la serie histórica (tabla 2.2.3)

El **cannabis** ocupa el segundo lugar, pero muy cerca de la cocaína, relacionándose con el 49,4% de los episodios de urgencias notificados. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis es el de un hombre (77,3%) con una edad media de 31,1 años y que no llega detenido (96,2%). El 71,9% de los episodios acaba con alta médica y el 16,6% con ingreso hospitalario. La edad media es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente, que parece estabilizarse en los últimos años (tabla 2.2.3).

Los **opioides** se sitúan en tercer lugar (15,6%), en cuanto al peso que suponen dentro del total de urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Desde el inicio de la serie histórica se han diferenciado las urgencias relacionadas con la heroína (7,4%) de las urgencias relacionadas con otros opioides (10,1%) en los que se detectan principalmente metadona, fentanilo, tramadol y codeína. En el 2017, por primera vez en la evolución histórica del indicador, el peso de otros opioides superó al peso de la heroína en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, hecho que se confirma en 2018 (figura 2.2.1).

Las urgencias relacionadas con **heroína** muestran una clara tendencia descendente desde 1996, con algunas variaciones interanuales, registrando en 2018 el valor más bajo de la serie histórica. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (82,8%) con una edad media de 40,2 años, cifra estabilizada en los últimos dos años, pero siendo la edad más elevada de la serie histórica. El 3,8% llegan detenidos, en el 69,0% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 19,1% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

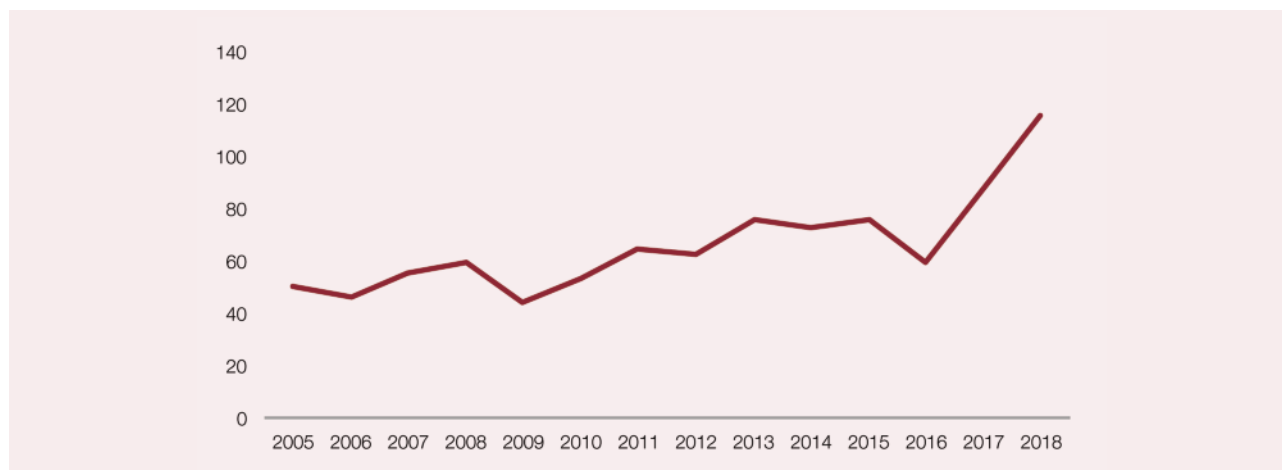
Por otro lado, podemos analizar el perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de **otros opioides** distintos de la heroína, en el que se observa una mayor presencia de mujeres (29,6%), son personas más mayores (42,5 años) y un mayor porcentaje de detenidos (4,5%). En cuanto a la resolución de la urgencia, los datos muestran un pa-

trón similar al de la heroína, en el 68,9% la urgencia finaliza con el alta médica y en el 18,3% de los episodios en ingreso hospitalario (tabla 2.2.3).

Tras el aumento del consumo de **analgésicos opioides** en EEUU y en el resto de Europa, se monitorizó de manera retrospectiva desde 2005, la presencia de analgésicos opioides en urgencias. Los datos (figura 2.2.2) muestran que estas sustancias tienen una baja frecuencia de aparición en urgencias; sin embargo, se observa cierta tendencia ascendente, pasando de 50 episodios en 2005 a 115 en 2018, detectándose principalmente tramadol (51 episodios) y fentanilo (16 episodios).

Figura 2.2.2.

Evolución del número de urgencias relacionadas con analgésicos opioides. España, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Analgésicos opioides	50	46	55	59	44	53	64	62	76	73	76	59	88	115

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

La siguiente sustancia más detectada en las urgencias son las **anfetaminas**, que en 2018 estaban presentes en el 7,6% de las urgencias relacionadas con drogas, mostrando una tendencia estable desde 2011. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (74,4%), con una edad media de 31,8 años; el 4,1% llegan detenidos y la urgencia se resuelve con el alta médica (72,7%). La edad media es de 31,8 años, valor estabilizado en los últimos años (tabla 2.2.3).

El resto de sustancias que se relacionan con las urgencias, **MDMA y derivados, alucinógenos e inhalables volátiles**, tienen una baja presencia en el total de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Son sustancias que han presentado altibajos a lo largo de la serie histórica, pero que por el bajo número de casos en las que se detectan y que habitualmente aparecen con otras sustancias, no permiten establecer perfiles de consumidores. Como se observa en la tabla 2.2.4, el MDMA se detectó en 2018 en el 3,4% de las urgencias, los alucinógenos en el 1,4% y los inhalables volátiles en el 0,5%.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de **nuevas sustancias psicoactivas**. En 2018 se detectaron 16 episodios relacionados con la mefedrona (2 episodios en 2017), no detectándose ninguna otra nueva sustancia. Este dato debe ser interpretado con cautela, porque pueden observarse nuevas sustancias por un aumento real o simplemente porque se haya identificado la sustancia de forma individualizada.

Respecto a estos datos y al registro de nuevas sustancias en el indicador de urgencias, hay que tener en cuenta que, debido a las características de las urgencias relacionadas con estas sustancias y a que en muchas ocasiones los usuarios no saben exactamente lo que han consumido, el registro de estas nuevas sustancias es complicado con este indicador. Por ello, actualmente, el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Por lo que respecta a los episodios de urgencias relacionados con el **consumo de alcohol**, debe tenerse en cuenta que solamente se recoge información en este indicador en el caso de que el alcohol aparezca junto con otra sustancia, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representan sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias. Según los casos notificados, el alcohol está presente, junto con otras sustancias psicoactivas, en el 39,0% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, valor que muestra una estabilización en los últimos años.

Otra información relevante que nos da este indicador, son las vías de administración de las sustancias consumidas. En la figura 2.2.3 y la tabla 2.2.5 se muestran los datos según la vía de administración. Hay que tener en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben valorarse con cautela.

En 2018, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (50,7%), seguida de la parenteral o inyectada (27,9%). Evolutivamente se detecta un cambio en las vías de administración de esta sustancia, disminuyendo considerablemente la vía inyectada, estabilizándose la vía pulmonar y aumentando la vía esnifada y oral.

A pesar de la disminución de la vía inyectada, el peso de esta vía es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores, que motivan la necesidad de acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

En las urgencias relacionadas con la cocaína, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (85,1%) seguida de la pulmonar o fumada (11,8%). Evolutivamente se detecta una disminución considerable de la vía inyectada, que ha pasado de un 23,1% en 2012 a una 1,5% en 2018 (tabla 2.2.5).

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso de los hipnosedantes, el MDMA, los alucinógenos y las anfetaminas, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar o fumada (94,8%) pero evolutivamente se mantiene una pequeña proporción de vía oral (4,8%), siendo esta proporción superior en 2018 respecto al 2017.

Figura 2.2.3.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2018.

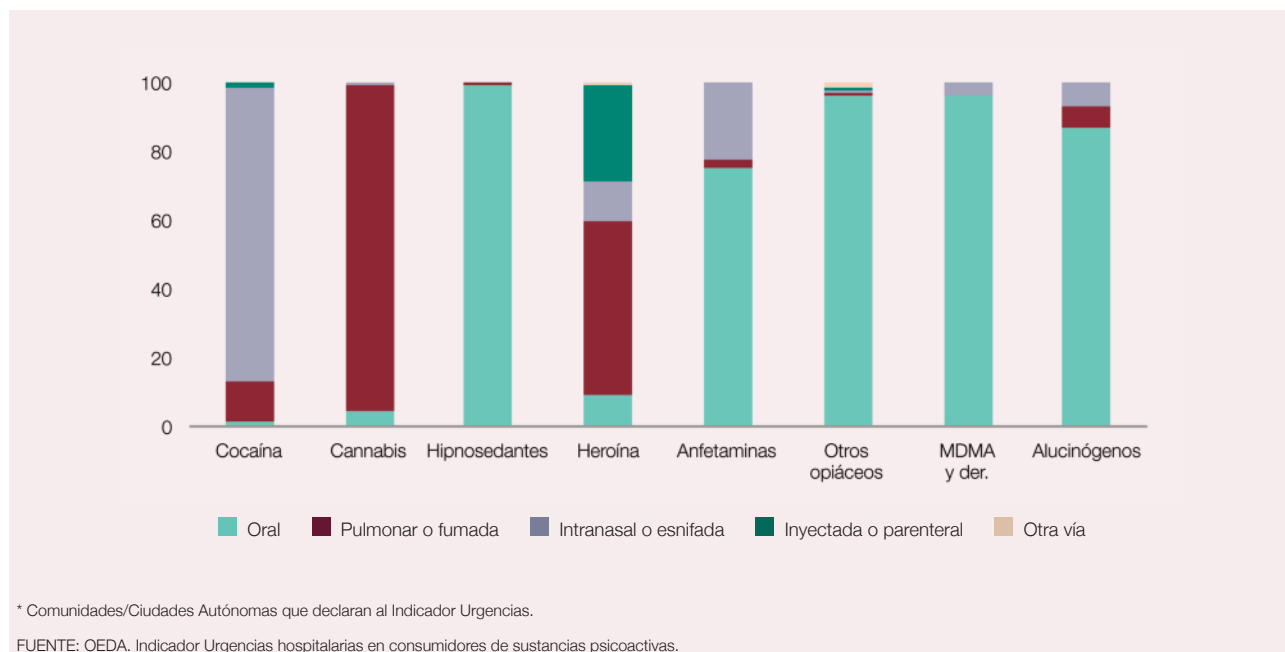


Tabla 2.2.5.

Evolución vía de administración (número y porcentaje) de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de drogas, según tipo de droga. España*, 2011-2018.

Drogas y vía de administración	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
HEROÍNA								
Oral	1,6	0,8	0,2	1,5	1,5	2,2	2,7	9,0
Pulmonar o fumada	35,4	25,4	30,6	25,7	26,0	50,0	61,0	50,7
Intranasal o esnifada	6,8	8,9	9,5	5,2	5,3	6,7	5,1	11,9
Parenteral o inyectada	56,3	64,9	59,6	67,7	68,5	41,1	30,7	27,9
Otra vía	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5
OTROS OPIOIDES								
Oral	94,5	96,8	98,7	89,3	85,0	91,3	95,1	95,9
Pulmonar o fumada	1,1	0,8	0,4	1,8	3,2	1,7	1,4	0,8
Intranasal o esnifada	1,8	1,0	0,1	0,0	2,4	0,4	0,0	0,6
Parenteral o inyectada	1,9	0,8	0,5	7,7	7,3	6,1	1,6	1,1
Otra vía	0,7	0,6	0,2	1,2	2,0	0,4	1,9	1,6
COCAÍNA								
Oral	1,4	1,0	0,5	2,3	2,0	3,3	2,5	1,6
Pulmonar o fumada	20,8	18,2	18,5	10,4	18,4	17,9	11,1	11,8
Intranasal o esnifada	61,9	57,5	61,2	72,7	71,6	73,5	85,6	85,1
Parenteral o inyectada	15,8	23,1	19,6	14,4	10,0	8,6	3,3	1,5
Otra vía	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
ANFETAMINAS								
Oral	81,6	78,0	69,9	71,9	68,2	65,9	72,3	75,0
Pulmonar o fumada	5,3	5,9	10,6	4,5	7,1	4,8	9,9	2,4
Intranasal o esnifada	12,5	16,1	18,7	21,9	24,7	27,8	17,7	22,6
Parenteral o inyectada	0,3	0,0	0,4	1,7	0,0	1,6	0,0	0,0
Otra vía	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA								
Oral	97,3	97,4	98,6	95,3	92,1	98,1	100,0	96,2
Pulmonar o fumada	1,4	1,1	0,0	1,6	3,2	0,0	0,0	0,0
Intranasal o esnifada	0,9	1,6	0,0	2,4	4,8	1,9	0,0	3,8
Parenteral o inyectada	0,0	0,0	0,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HIPNOSEDANTES								
Oral	99,5	99,3	99,5	98,8	99,3	99,5	98,5	99,1
Pulmonar o fumada	0,1	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	0,7	0,6
Intranasal o esnifada	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,6	0,0
Parenteral o inyectada	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3
Otra vía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0

Drogas y vía de administración	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CANNABIS								
Oral	2,6	2,4	2,2	5,3	4,3	5,1	1,8	4,8
Pulmonar o fumada	96,6	97,3	97,3	93,5	95,5	94,8	98,1	94,8
Intranasal o esnifada	0,6	0,3	0,4	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2
Parenteral o inyectada	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
Otra vía	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
ALUCINÓGENOS								
Oral	72,9	73,3	54,8	37,1	76,1	82,8	77,8	86,6
Pulmonar o fumada	15,3	2,7	11,3	2,2	13,0	3,4	0,0	6,7
Intranasal o esnifada	11,9	14,7	17,7	16,9	2,2	13,8	22,2	6,7
Parenteral o inyectada	0,0	6,7	16,1	43,8	8,7	0,0	0,0	0,0
Otra vía	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2018. Mortalidad relacionada con drogas

Introducción

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de dichas sustancias. Sin embargo, la recogida de información no es una tarea fácil pues las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es complicado recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte suele ser el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. Una posibilidad es monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas, y que actualmente incluye otras sustancias. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe, habitualmente, documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA)² y a la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD)³ los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel internacional.

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas (OEDA) y el Registro General de Mortalidad (INE)⁴.

A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España, y la estimación resultante de combinar ambos.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD) <https://www.unodc.org/unodc/es/index.html>

4. INE. Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/>

Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

Metodología

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas y ciudades autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología e Institutos de Medicina Legal que notifican los datos a su comunidad autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y cocaína, pero, actualmente, se notifican además otras muchas sustancias psicoactivas.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2018 notificaron, por primera vez desde que se inició la recogida de este indicador, todas las CCAA. Y todas, a excepción de Aragón, la Comunidad Valenciana e Islas Canarias notificaron todos los partidos judiciales. Con lo que se estima que la cobertura de este indicador en 2018 es del 90,3% de la población española (85,5% en 2017).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las comunidades/ciudades autónomas que declaran anualmente al Indicador Mortalidad no siempre son las mismas todos los años, se analizan dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador cada año y, en la segunda los datos de 6 ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas 6 ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables que incluye el registro, cómo se registra y los criterios de inclusión y exclusión. La descripción detallada, así como la ficha de recogida de datos puede consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas⁵.

Resultados

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y de vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un considerable descenso y permanece bastante estabilizada en los últimos años. No obstante, la globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca la implementación del indicador y los resultados obtenidos.

Las características metodológicas del indicador dan lugar a la identificación de algunos picos, según las sustancias y los años de notificación, que podrían justificarse más por variaciones en la notificación de algunas de las comunidades/ciudades autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales que notifican

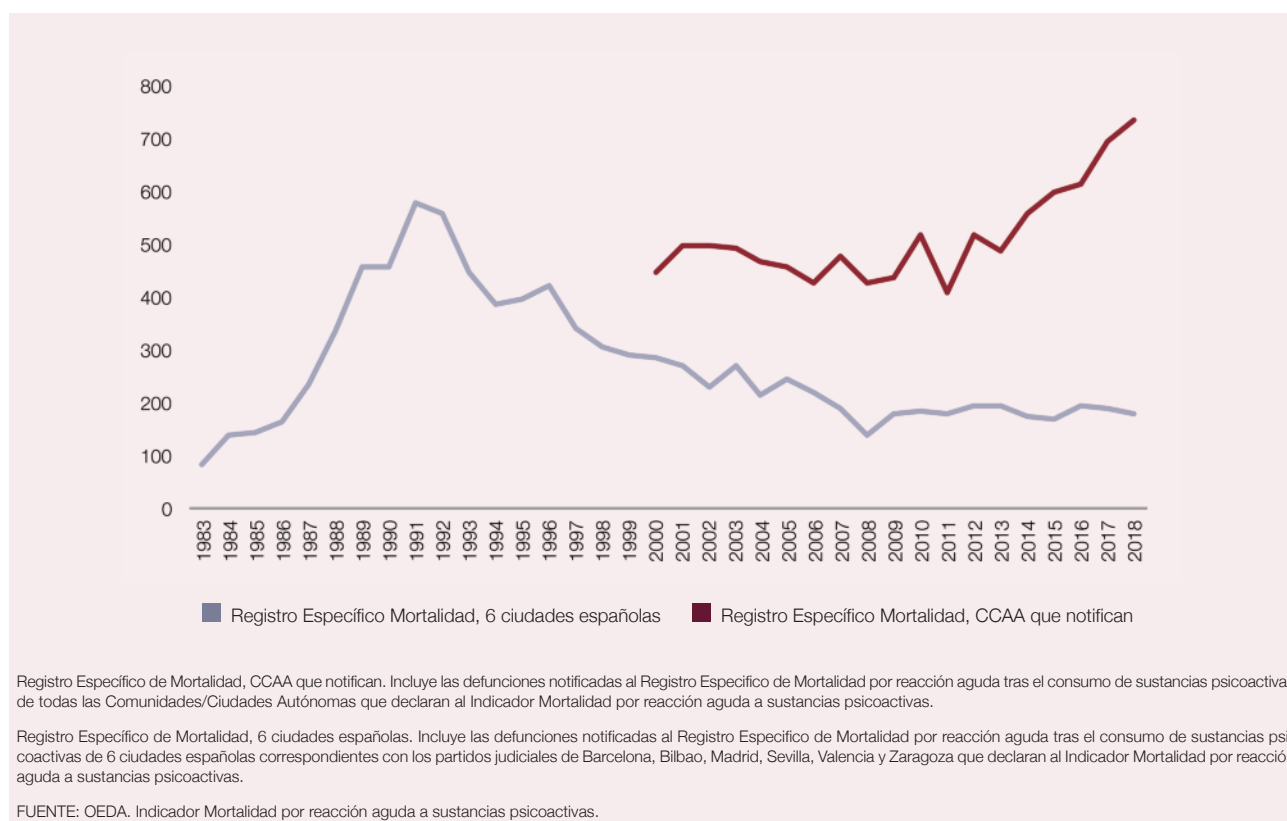
5. <http://www.pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas. En este sentido, el indicador correspondiente a las 6 ciudades se utiliza como referencia de los cambios evolutivos.

El Indicador de Mortalidad de las 6 ciudades españolas incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. La notificación de estas 6 ciudades constituyó el punto de partida de la notificación al Indicador de Mortalidad y no ha sufrido modificaciones relevantes, por lo que se dispone de información desde 1983. A partir de los resultados obtenidos, este indicador permite confirmar la tendencia estable de la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas en España en los últimos 6 años (figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2018.



En 2018, a nivel nacional, se notificaron 732 defunciones (de éstas en 657 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

El 81,6% de los fallecidos fueron varones frente a un 18,4% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 44,9 años, manteniéndose estable desde 2014. En 2018, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años (72,3%). En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (62,9%). En la mayoría de los cadáveres hubo evidencia de consumo reciente de drogas (80,4%) y el 11,3% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En el 31% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias y la serología frente a VIH fue positiva en el 25,8% de los casos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2018, el perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un hombre mayor de 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos de venopunción, y en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente, hipnosedantes, cocaína y opioides). Este perfil se viene manteniendo estable en los últimos años (tabla 2.3.1).

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2018.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657
Sexo (%)																
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6	83,4	78,1	81,6
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4	16,6	21,9	18,4
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42,0	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5	44,9
Grupo de edad (años)																
15-19 años	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5	0,0	0,3
20-24 años	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8	1,0	2,2
25-29 años	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4	5,5	4,4
30-34 años	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3	8,3	7,8
35-39 años	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14,0	15,9	13,0
40-44 años	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4	16,7	16,5
≥45 años	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6	52,6	55,8
Estado civil (%)																
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8	64,2	63,3	62,9
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1,0	3,1	0,9	2,5	1,9	2,1
Procedencia del cadáver (%)																
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6	68,5	71,9	68,7
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1	2,4	3,3	3,8	4,0	2,6
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2	8,2	6,1	7,5
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1	2,1	3,0	2,6
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9	8,4	7,7	6,6
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1	1,5	3,1	3,3	2,7	5,6
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6,0	5,1	4,7	5,6	4,6	6,5
Evidencias de consumo reciente (%)																
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9	82,0	88,1	80,4
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1	18,0	11,9	19,6
Evidencia de suicidio (%)																
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4	20,6	22,9	18,4
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6	79,4	77,1	81,6
Signos recientes venopunción (%)																
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5	13,0	13,3	11,3
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5	87,0	86,7	88,7
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)																
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0	35,4	27,0	31,5	38,2	31,0
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0	64,6	73,0	68,5	61,8	69,0
Anticuerpos anti-VIH (%)																
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2	21,4	22,1	25,8
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8	78,6	77,9	74,2

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Especifico de Mortalidad.

La mayor parte de las defunciones (81,6%) no mostraron **evidencias de suicidio**, estabilizándose los fallecidos con evidencia de suicidio en los últimos 3 años. En 2018 se identificaron 117 casos con evidencia de suicidio, en su mayoría hombres (63,2%), mayores de 40 años (77,8%), solteros (46,7%), con evidencia de consumo reciente (91,7%), sin signos recientes de venopunción (92,1%) y que en el 80,2% no se consideró que la muerte fuera causada por una patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias detectadas en estos casos fueron fundamentalmente hipnosedantes (presentes en el 66,7% de estos casos), opioides (32,5%) y alcohol (41,9%). El análisis pormenorizado de este grupo de fallecidos no ha mostrado diferencias en cuanto a sus características en relación con 2017, aunque se mantiene una vigilancia estrecha sobre los datos en fallecidos con este perfil.

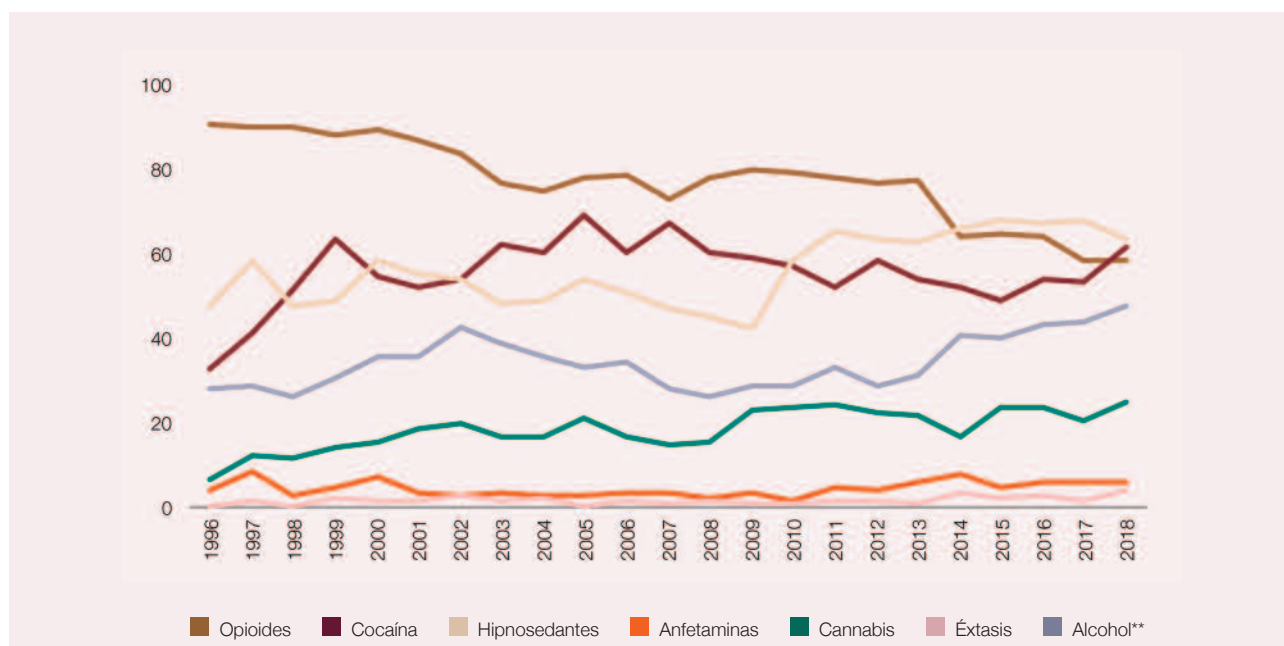
Los análisis del Indicador Mortalidad confirman que las **sustancias responsables de los fallecimientos** en 2018 son principalmente los hipnosedantes y la cocaína, seguidos de los opioides y el alcohol. En este punto se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia (tal y como se establece en el protocolo del indicador) y nunca cuando aparece como sustancia única. En segundo lugar, la mayoría de los fallecidos (90,1%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico (592 casos de los 657 casos en los que se dispone de información toxicológica en 2018) y sólo en el 9,9% restante (65 casos en 2018) se identifica una sola sustancia toxicológica.

Evolutivamente, se observa una disminución de la presencia de hipnosedantes, que se detecta en el 63,2% de los fallecidos y un aumento de la cocaína que aparece en el 61,6% de los casos. Los opioides mantienen su presencia entre los fallecidos, detectándose en el 58,6% de los casos notificados. La presencia del alcohol entre los fallecidos aumenta en 2018, alcanzando su valor más alto desde el inicio de la serie histórica (47,5%). Por último, el cannabis se detecta en el 24,8% de los fallecidos mostrando una tendencia ascendente, siendo el valor más alto registrado de la serie histórica.

La siguiente figura 2.3.2 muestra los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de fallecidos con información toxicológica, teniendo siempre en cuenta que es habitual detectar más de una sustancia/metabolito en las autopsias de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, por lo que la suma de los porcentajes es superior al 100%.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2018.



* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Tabla 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2018.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Opioides	90,4	89,8	90,1	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	
Hipnosedantes	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	
Anfetaminas	4,0	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	
Cannabis	6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	
MDMA	0,1	1,5	0,0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	
Alcohol**	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33	34,3	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Opioides	72,8	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6
Cocaína	67,0	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6
Hipnosedantes	46,9	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2
Anfetaminas	3,6	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8
Cannabis	14,6	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8
MDMA	1,1	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3
Alcohol**	27,8	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

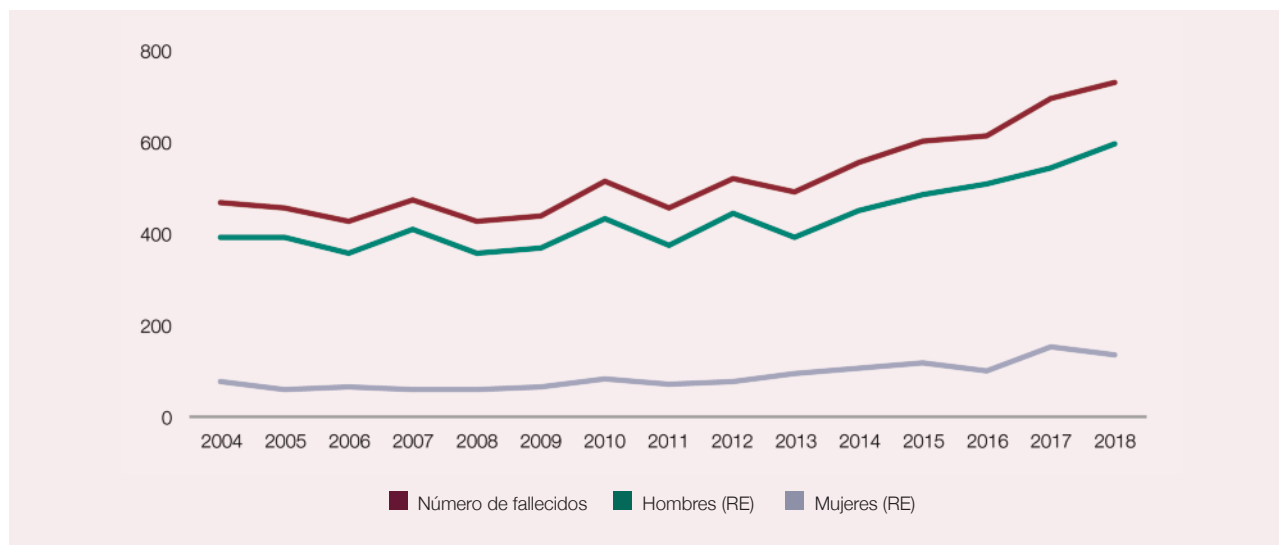
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Información por sexo

A lo largo de la serie histórica los hombres suponen alrededor del 80% de los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias (figura 2.3.3).

Figura 2.3.3.

Número de muertes por consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. España, 2004-2018.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº fallecidos	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732
Hombres (RE)	390	391	359	409	357	370	432	375	442	394	448	483	511	543	595
Mujeres (RE)	75	62	67	59	60	68	83	71	74	94	106	116	102	152	134

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En la figura 2.3.3 se puede observar el número de casos notificados por sexo. Con el aumento de las notificaciones (asociado a la mejora del registro) han aumentado también el número de fallecidas mujeres, pero siempre manteniéndose su peso respecto al total de fallecidos notificados, representando un porcentaje inferior al 20% del total.

Comparando las características sociodemográficas de los fallecidos en función del sexo (tabla 2.3.3), encontramos que las mujeres son más mayores (44,6 frente a 46,3) y, a pesar de que en ambos sexos predominan los solteros, hay un mayor porcentaje de mujeres divorciadas que de hombres.

Tabla 2.3.3.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, por sexo. España*, 2018.

		Hombres	Mujeres
Número de fallecidos		595	134
Edad media (años)		44,6	46,3
Grupo de edad (años)	15-19 años	0,2	0,0
	20-24 años	2,0	3,0
	25-29 años	4,7	3,0
	30-34 años	8,3	6,0
	35-39 años	14,2	8,2
	40-44 años	15,9	18,7
	≥45 años	54,7	61,2
Estado civil (%)	Soltero	68,7	44,0
	Casado	17,3	16,0
	Separado/Divorciado	13,3	33,3
	Viudo	0,8	6,7
Procedencia del cadáver (%)	Domicilio	65,2	84,1
	Hotel-Pensión	2,7	2,3
	Calle	8,6	2,3
	Local público	2,9	1,5
	Hospital	7,3	3,8
	Cárcel	7,0	0,0
	Otra	6,4	6,1
Evidencias de consumo reciente (%)	Sí	77,6	92,2
	No	22,4	7,8
Evidencia de suicidio (%)	Sí	14,7	33,3
	No	85,3	66,7
Signos recientes venopunción (%)	Sí	12,8	4,7
	No	87,2	95,3
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)			
	Sí	32,1	27,7
	No	67,9	72,3
Anticuerpos anti-VIH (%)	Positivo	28,2	17,2
	Negativo	71,8	82,8

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Respecto a la procedencia del cadáver, en ambos sexos predomina la procedencia del domicilio, aunque entre los hombres también encontramos casos que se localizan en la calle, hospital o cárcel, lugares de procedencia poco habituales entre las mujeres.

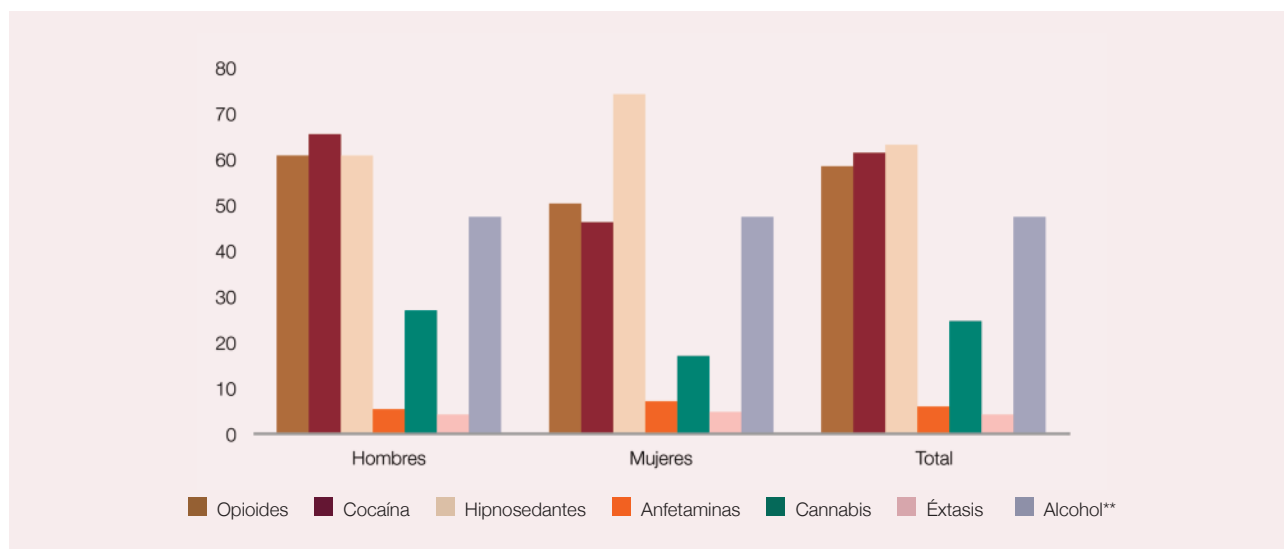
La evidencia de consumo reciente es mucho más prevalente entre las mujeres, mientras que los signos recientes de venopunción aparecen en muchos más casos de fallecidos hombres.

Por último, es interesante ver que, en una tercera parte de las mujeres, se registran evidencias de suicidio mientras que, entre los hombres, las evidencias de suicidio aparecen en menos del 15%.

Respecto a las sustancias detectadas en los fallecidos en función del sexo (figura 2.3.4), las más frecuentes entre las mujeres son los hipnosedantes seguidos de los opioides y el alcohol mientras que, entre los hombres, las sustancias que más aparecen son, por este orden, la cocaína, los opioides, los hipnosedantes y el alcohol.

Figura 2.3.4.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico en función del sexo. España*, 2018.



	Hombres	Mujeres	Total
Opioides	60,7	50,0	58,6
Cocaína	65,4	46,0	61,6
Hipnosedantes	60,7	74,2	63,2
Anfetaminas	5,5	7,3	5,8
Cannabis	26,8	16,9	24,8
Extasis	4,2	4,8	4,3
Alcohol**	47,3	47,6	47,5

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

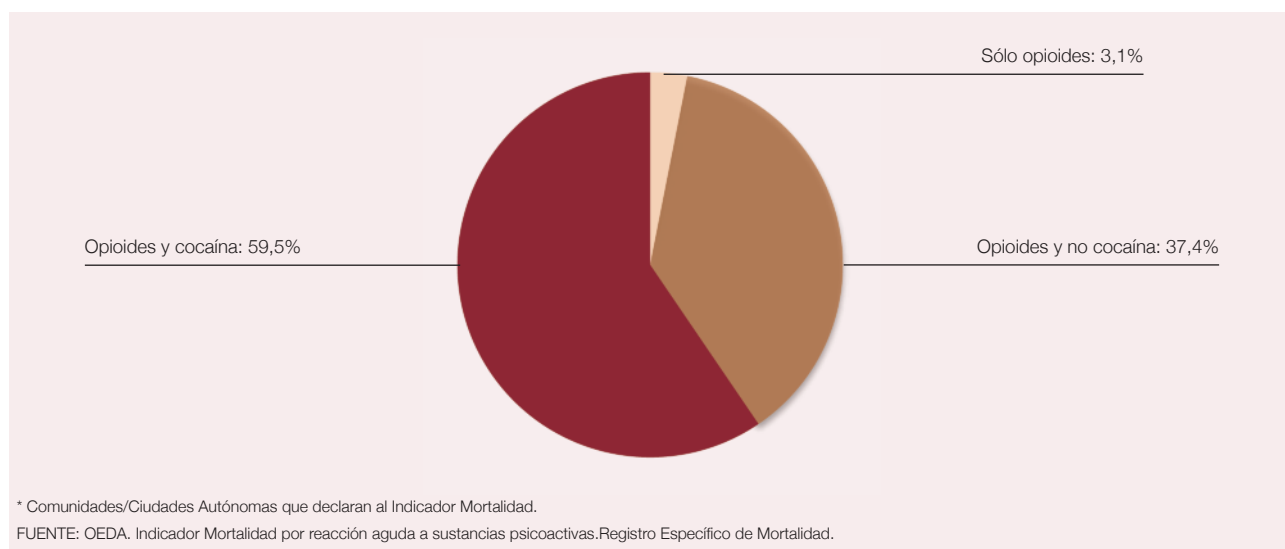
Información según grupos de sustancias

Históricamente, los **opioides** y la **cocaína** han sido las sustancias más relevantes en los fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias y actualmente ambas sustancias siguen estando muy presentes en este indicador. Por ello es importante estudiar en mayor profundidad a los fallecidos en los que se detectan estas sustancias. Tal y como se observa en la figura 2.3.5, entre los fallecidos en 2018 en los que se detectan opioides, sólo en el 3,1% de los

casos se identifican éstos como sustancia única, detectándose junto con cocaína en el 59,5% de los casos (independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 37,4% restante de los casos.

Figura 2.3.5.

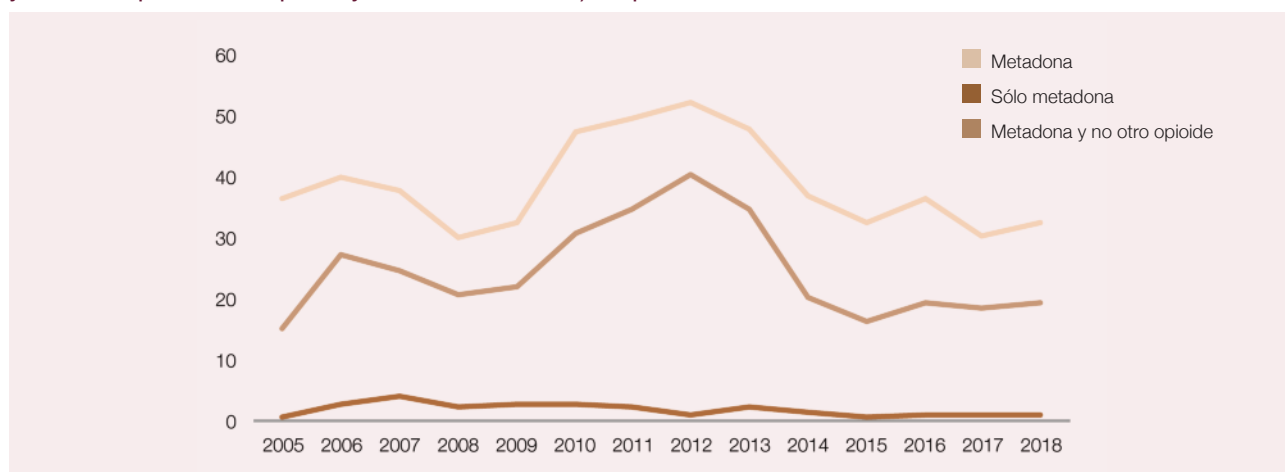
Distribución de los fallecidos en los que se detectan opioides en función de otras sustancias detectadas. España*, 2018.



En el grupo de opioides, la **metadona** merece mención específica. La metadona ha estado presente en el 32,4% de los fallecidos en 2018, siendo en el 19,2% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Desde 2012, año en el que se detectó la metadona en más del 50% de los fallecidos, esta sustancia mostró una tendencia descendente con pequeños repuntes, estabilizándose en los últimos años, apareciendo en alrededor del 30% de los fallecidos (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide, aunque haya otras sustancias). España*, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sólo metadona	0,6	2,8	4,2	2,4	2,6	2,7	2,2	1,1	2,1	1,5	0,6	1,0	0,9	0,8
Metadona	36,5	39,8	37,5	30,0	32,4	47,4	49,7	52,2	47,8	36,9	32,4	36,3	30,2	32,4
Metadona y no otro opioide	15,1	27,4	24,4	20,6	21,9	30,7	34,6	40,2	34,8	20,0	16,4	19,2	18,4	19,2

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

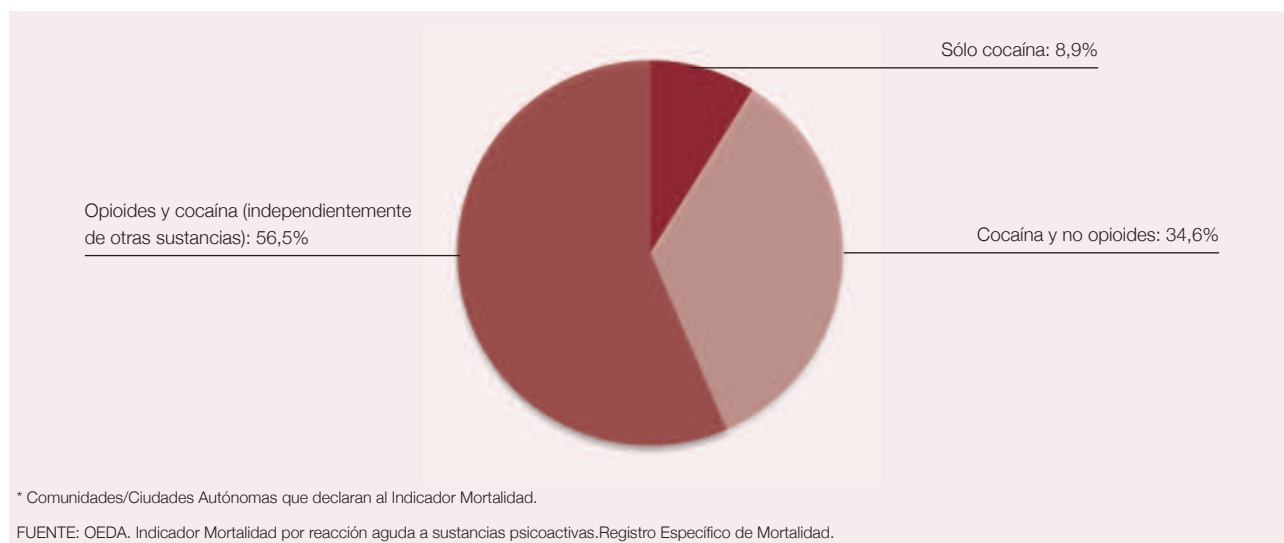
En relación a otros analgésicos opioides con uso terapéutico, en 2018 se han notificado 10 fallecidos con presencia de fentanilo (el mismo dato que en 2017) y 41 fallecidos con presencia de tramadol.

A pesar de que la presencia de estas sustancias es muy pequeña entre el total de fallecidos, desde el 2009, año en el que se inició el seguimiento de estas sustancias, el tramadol venía presentando una tendencia ascendente que parece haberse frenado en 2018 y será necesario vigilar.

Por lo que respecta a la **cocaína**, la distribución en 2018 se observa en la figura 2.3.7. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína, los opioides están presentes en el 56,5% de los casos. Sólo en el 8,9% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada.

Figura 2.3.7.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta cocaína en función de otras sustancias detectadas. España, 2018.



Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de **opioides y cocaína**, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años (tabla 2.3.4), en 2018 la tercera parte de los fallecidos presentan la combinación de cocaína y opioides (independientemente de que aparezcan otras sustancias).

En el 4,1% de los fallecidos del 2018 se han detectado únicamente cocaína y opioides.

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente que se ha estabilizado en torno al 2% (1,8% en 2018). Mientras que la cocaína, como sustancia única, se muestra estabilizada en torno al 5% (5,5% en 2018). La evolución histórica de este indicador sugiere que la cocaína dejó de ser una sustancia acompañante de los opioides, teniendo actualmente identidad propia.

Además, en 2018, por primera vez desde que se registra este indicador, hay más fallecidos en los que se detecta cocaína y no opioides, que fallecidos en los que se detecta opioides y no cocaína, lo que confirma la disminución del peso de los opiáceos en los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, aparte del alcohol que, como se ha comentado anteriormente, sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia, hay dos sustancias que tienen una importante presencia entre los fallecidos en 2018: hipnosedantes y cannabis.

Los **hipnosedantes**, en 2018, aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. En el 4,6% de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada y, en todos ellos, se trata de casos notificados como suicidios.

El **cannabis** viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol) pero nada permite suponer que esta sustancia haya contribuido a la muerte.

En 2018 en 4 fallecidos el cannabis fue la única sustancia detectada. Como en años anteriores, la proporción de muertes en los que se detecta estimulantes diferentes de la cocaína es muy baja.

Tabla 2.3.4.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína, opioides y/o diferentes combinaciones de estas sustancias). España*, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cocaína y no opioides (independientemente de otras sustancias, pero excluyendo sólo cocaína)	14,5	13,8	17,3	12,5	11,0	12,2	13,7	12,3	12,1	13,1	13,5	16,8	22,0	21,3
Cocaína y no opioides (independientemente de otras sustancias, incluye sólo cocaína)	20,4	18,5	25,1	18,9	16,4	18,0	17,2	19,0	19,7	17,7	18,0	20,0	25,5	26,8
Sólo cocaína	5,9	4,7	7,8	6,4	5,4	5,8	3,4	6,7	7,6	4,6	4,4	3,2	3,5	5,5
Opioides y no cocaína (independientemente de otras sustancias, pero excluyendo sólo opioides)	25,7	32,0	22,9	28,5	31,4	33,3	38,7	35,1	38,2	26,9	32,0	30,1	27,4	21,9
Opioides y no cocaína (independientemente de otras sustancias, incluye sólo opioides)	29,7	36,7	30,7	35,8	39,6	39,7	42,9	37,9	42,8	30,0	33,8	32,1	30,4	23,7
Sólo opioides	4,0	4,7	7,8	7,3	8,2	6,4	4,2	2,7	4,6	3,1	1,7	2,0	3,0	1,8
Opioides y cocaína (independientemente de otras sustancias, incluye sólo opioides y cocaína)	48,8	40,0	40,8	40,3	41,5	39,5	35,0	39,5	34,3	34,0	30,9	33,7	27,7	34,9
Opioides y cocaína (independientemente de otras sustancias, sin sólo opioides y cocaína)	39,6	29,4	29,3	26,4	31,9	33,5	31,1	34,7	29,3	29,0	27,2	29,3	24,2	30,7
Sólo opioides y cocaína	9,2	10,5	11,6	13,9	9,6	6,0	3,9	4,8	5,0	5,0	3,7	4,4	3,5	4,1
Número de defunciones con información toxicológica	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657
Número total de fallecidos	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

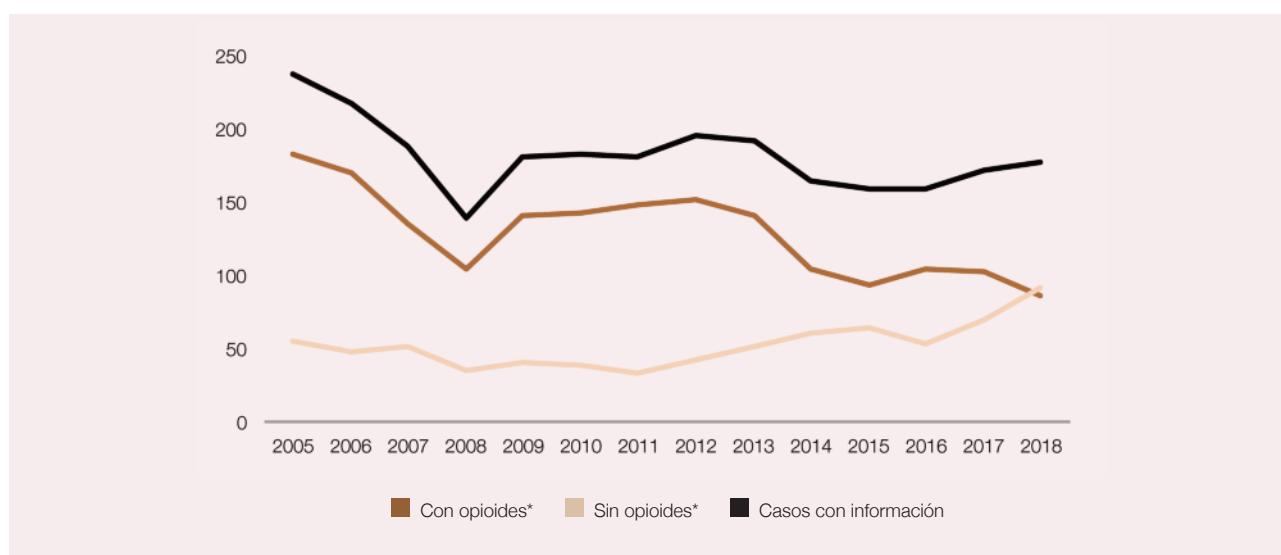
Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido activo a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura y los criterios de notificación, lo que permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En 2018 se notificaron 177 fallecidos en estas 6 ciudades. El análisis evolutivo de las sustancias identificadas en este subgrupo de fallecidos (6 ciudades españolas) muestra un aumento del número de fallecidos en los que no se detectan opioides, superando en 2018, por primera vez en la serie histórica, al número de fallecidos en los que se detectan opioides (figura 2.3.8).

Figura 2.3.8.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Con opioides*	182	170	136	104	140	143	148	152	141	105	94	105	102	86
Sin opioides*	55	48	52	35	41	39	33	43	51	60	65	53	70	91
Casos con información	237	218	188	139	181	182	181	195	192	165	159	158	172	177
Total	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177

* Independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Por lo que respecta a la edad de los fallecidos, se observa un desplazamiento hacia los grupos etarios de mayor edad al igual que ocurre en el total de los fallecidos incluidos en el Registro Específico de Mortalidad. Cada vez hay más fallecidos entre los mayores de 44 (entre los que los opioides registran una mayor presencia) (tabla 2.3.5).

Tabla 2.3.5.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas*. España, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<15 años		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3	0	0
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3	5	2	4
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6	12	11	7
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10	14	18	14
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35	29	31	18
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27	40	29	28
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24	29	30	41
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39	29	31	30
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17	20	26	21
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10	13	11	10
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Desconocida	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0	0	0	3
Total fallecidos	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177

* Registro Específico de Mortalidad: 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al registro específico de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2018.

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X44, X62, Y12 (tabla 2.3.6).

Tabla 2.3.6.

Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) seleccionados del Registro General de Mortalidad.

F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiodes
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X62	Envenenamiento autoinguido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte, de intención no determinada

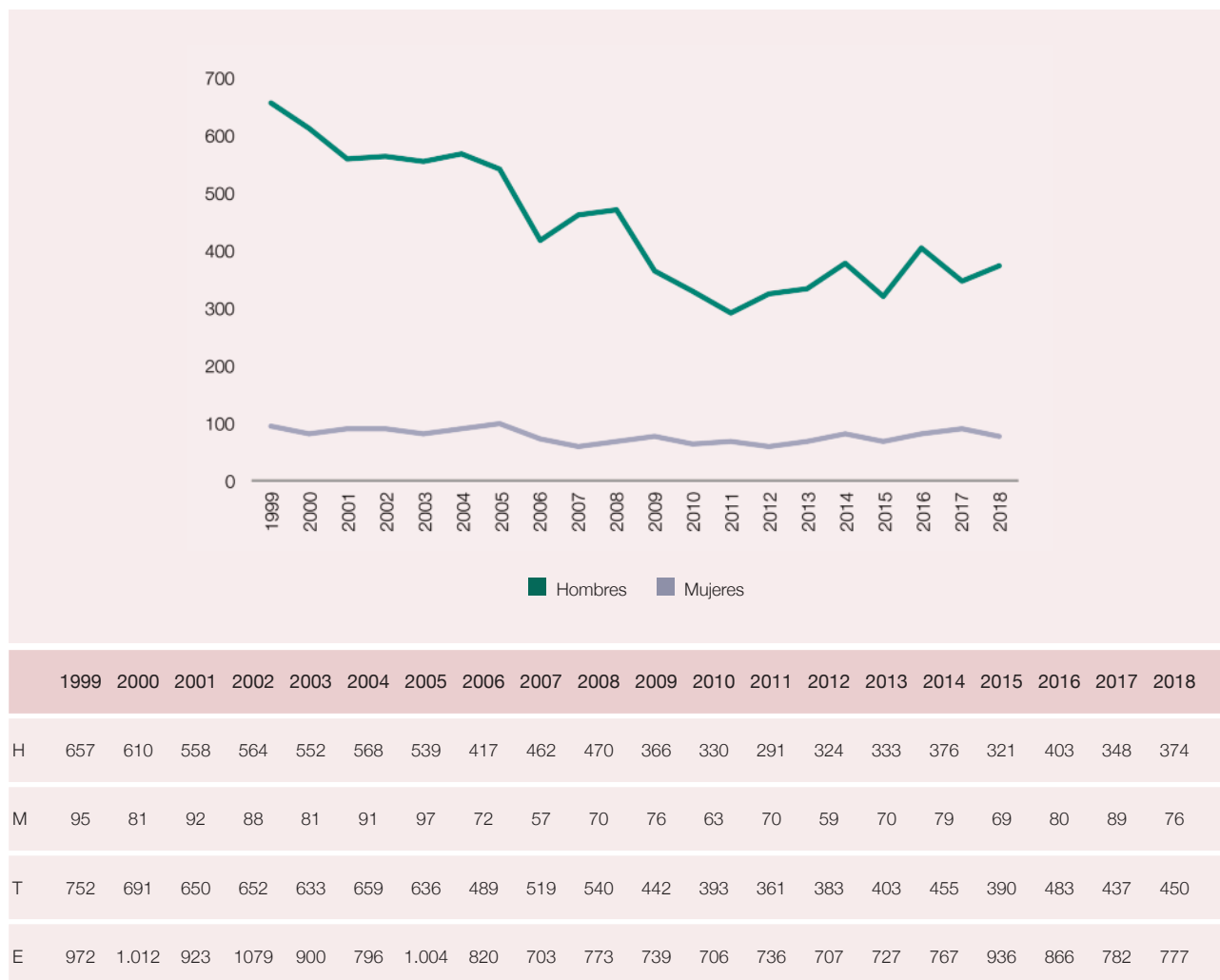
Resultados

En 2018 se produjeron 427.721 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 450 defunciones, lo que supone un 0,1% del total por todas las causas.

A lo largo del periodo 1999-2018 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2018, supone el 83,1% de las defunciones (figura 2.3.9).

Figura 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo. España, 1999-2018.



H = Hombres; M = Mujeres; T = Total; E = Estimación.

Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

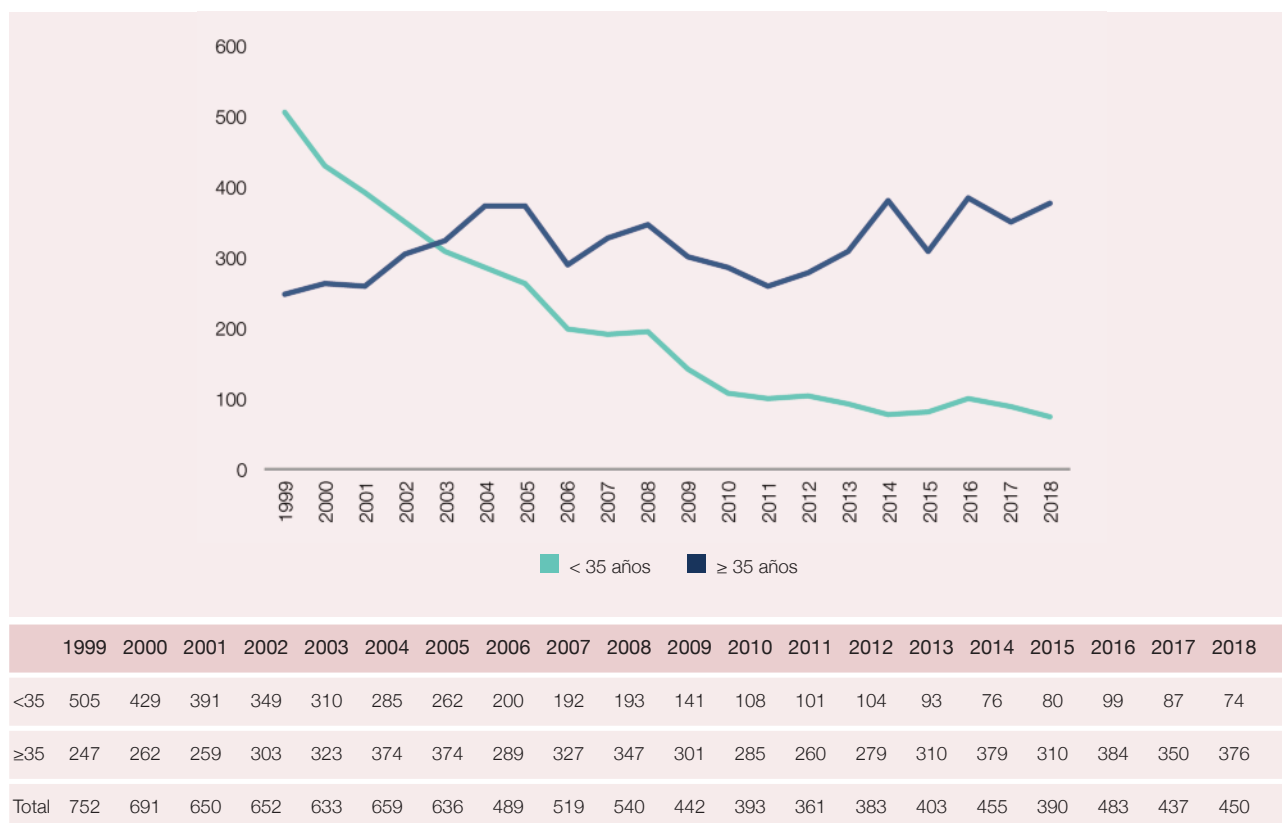
FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos, lo que se traduce en un predominio de fallecidos con más de 35 años.

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años, pero desde 2003, cambió la distribución y, en 2018, los menores de 35 años suponen menos del 17% del total de los fallecidos por causas relacionadas con el consumo de sustancias (figura 2.3.10).

Figura 2.3.10.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2018.



* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones combinando ambas fuentes.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas ellas han notificado a lo largo de todos los años o no han declarado datos de todos los partidos judiciales, sino sólo de algunas ciudades o determinados partidos judiciales, variables según los años. Se trata, por tanto, de un registro específico, pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones a lo largo de la serie.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros pues, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

En la figura 2.3.11 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.11.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.



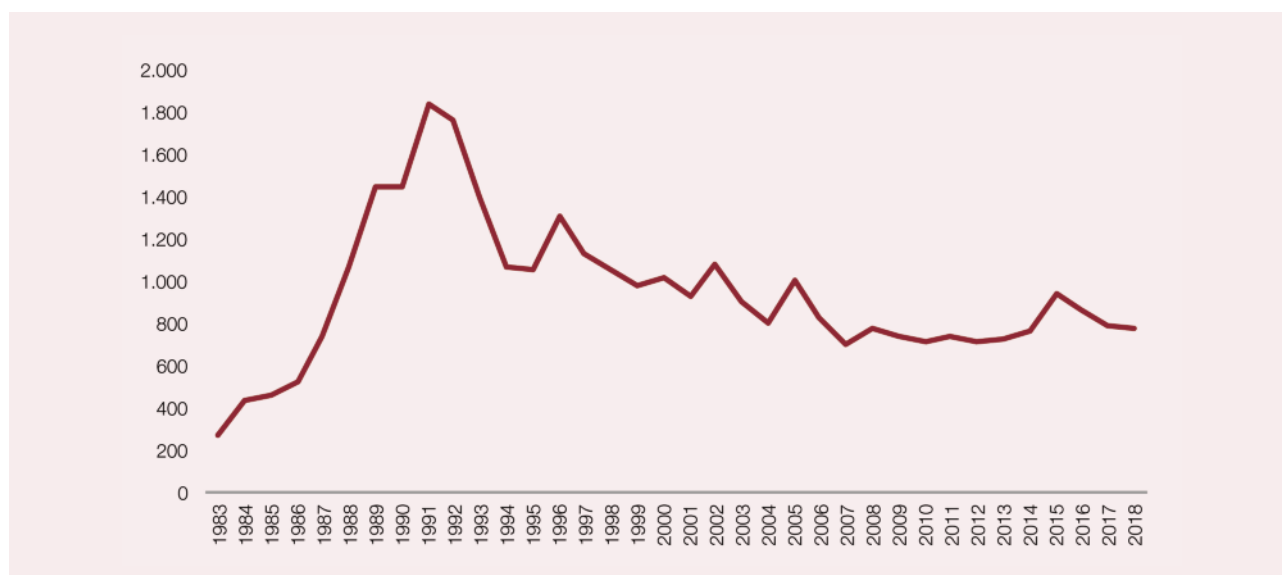
Resultados

Con esta metodología se estima que se produjeron 777 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2018. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína) pero cuya causa de muerte es otra patología común y no ha sido necesaria la intervención judicial.

La figura 2.3.12 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por sustancias psicoactivas, a nivel nacional, desde el año 1983 hasta 2018. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa asociado a la epidemia de consumo de heroína, se mantiene una tendencia descendente con repuntes puntuales, que parece haberse estabilizado en los últimos años. En 2016 se observó un descenso en la estimación del número de fallecidos, que continuó en 2017 y se confirma en 2018 (figura 2.3.12 y tabla 2.3.7).

Figura 2.3.12.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas (estimación nacional). España, 1983-2018.



FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Especifico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Tabla 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2018.

Número de defunciones		Número de defunciones	
1983	266	2001	923
1984	440	2002	1.079
1985	453	2003	900
1986	516	2004	796
1987	741	2005	1.004
1988	1.067	2006	820
1989	1.440	2007	703
1990	1.440	2008	773
1991	1.833	2009	739
1992	1.760	2010	706
1993	1.399	2011	736
1994	1.067	2012	707
1995	1.051	2013	727
1996	1.310	2014	767
1997	1.127	2015	936
1998	1.049	2016	866
1999	972	2017	782
2000	1.012	2018	777

FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y datos del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Esta estimación global de la mortalidad permite disponer de datos nacionales superando las limitaciones de las dos fuentes de información existentes. Hay que tener en cuenta que el coeficiente de infranotificación muestra una tendencia descendente en los últimos años relacionada con las mejoras de cobertura y calidad de notificación en los dos registros implicados. De este modo, el progresivo aumento de la cobertura del Registro Específico de mortalidad que, en 2018, abarca las 19 CCAA y la mayoría de partidos judiciales del territorio nacional y cubre el 90,3% de la población, ha permitido acercar cada vez más el número de casos notificados a este Registro Específico y la estimación nacional realizada anualmente (tabla 2.3.8).

Tabla 2.3.8.

Evolución del índice de infranotificación (Registro General de Mortalidad-Registro Específico). España, 2005-2018.

Año	Índice de Infranotificación	Año	Índice de Infranotificación
2005	1,58	2012	1,85
2006	1,68	2013	1,80
2007	1,35	2014	1,69
2008	1,43	2015	2,40
2009	1,67	2016	1,79
2010	1,80	2017	1,79
2011	2,04	2018	1,76

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles

En la tabla 2.3.9 y en la figura 2.3.13 se presentan los datos de mortalidad por drogas utilizando las diferentes fuentes de información antes descritas con el fin de facilitar una visión global de las mismas.

Tabla 2.3.9.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 1983-2018.

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Estimación nacional	266	440	453	516	741	1.067	1.440	1.440	1.833	1.760	1.399	1.067
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	82	139	143	163	234	337	455	455	579	558	444	388
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Selección B EMCDDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Estimación nacional	1.051	1.310	1.127	1.049	972	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	-	-	-	-	-	444	496	496	493	468	455	428
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	395	421	339	306	291	284	268	229	270	212	242	218
Registro General de Mortalidad (INE)	-	-	-	-	752	691	650	652	633	659	636	489
Selección B EMCDDA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316	204
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estimación nacional	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866	782	777
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	475	424	438	517	408	519	489	556	600	613	696	732
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194	189	177
Registro General de Mortalidad (INE)	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483	437	450
Selección B EMCDDA	217	165	160	163	150	144	114	117	105	154	107	118

Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

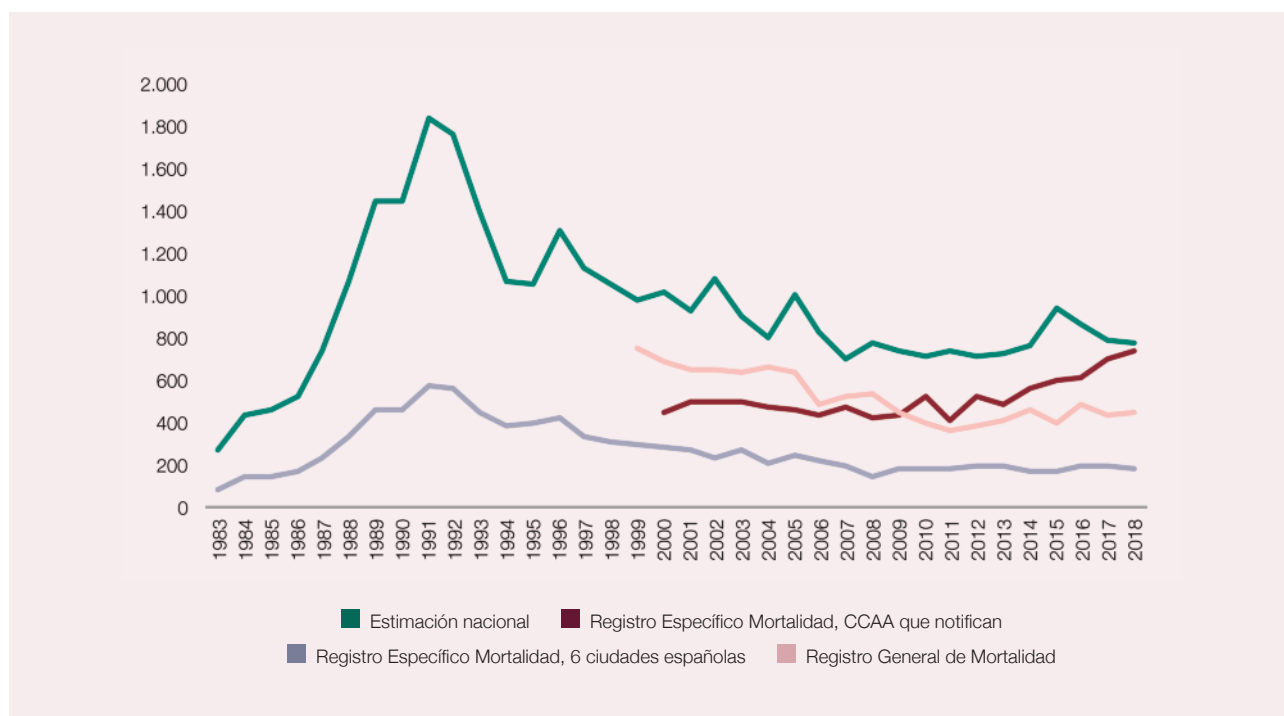
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro General de Mortalidad (INE - Instituto Nacional de Estadística): Se incluyen los códigos CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Figura 2.3.13.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2018.



Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, 6 ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 6 ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2018

Introducción

En los últimos 30 años, el sida y la infección por VIH han representado uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de la década de los noventa, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y/o buprenorfina, programas de intercambio de jeringuillas y material de inyección, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. En España, en el 2018 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 3,2% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 11,6% de los casos de sida¹.

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

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) recoge información, a través del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, sobre VIH desde 1996 y sobre hepatitis B y C desde 2014.

Metodología

En este capítulo se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre Sida y a continuación se detalla información sobre las infecciones en personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas utilizando como fuente de información el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Este indicador recopila información sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado.

Durante los últimos años, desde el OEDA, se ha venido realizando un importante esfuerzo con el fin de mejorar la recogida relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de la Droga y las Adicciones (EMCDDA). Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación.

diferentes comunidades/ciudades autónomas. No obstante, la implementación del protocolo no ha sido completa ni homogénea en todo el territorio nacional, ya que ha requerido un enorme trabajo de adaptación en el proceso de recogida de datos en los centros de tratamiento, pero se espera optimizarla en los próximos años. Además, la recogida de información serológica resulta especialmente compleja. Todo ello implica que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela debido a la presencia de valores desconocidos.

Información más detallada sobre el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas puede consultarse en el capítulo 2.1 del presente informe y en informes previos del OEDA. El protocolo y la hoja de notificación están disponibles en la página web del Plan Nacional sobre Drogas².

Resultados

Notificación nacional sobre infección VIH y sida

En 2018, se diagnosticaron en España 3.244 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 8,65 /100.000 habitantes). Las mujeres suponen el 14,7% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron 12,1 y 2,0/100.000 respectivamente. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, siendo significativamente menor en los hombres (36 años) que en las mujeres (38 años).

Desde 2009, 17 CCAA han notificado casos de forma consistente, los datos (sin ajuste por el retraso en la notificación) muestran un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, desde el 19,8% en 2009 al 14,3% en 2018 en los nuevos diagnósticos de VIH (tabla 2.4.1).

Tabla 2.4.1.

Distribución de nuevos diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico y sexo. Datos de 17 CCAA* (2009-2018). Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Año de diagnóstico	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
2009	3.058	80,2	755	19,8
2010	3.236	82,2	700	17,8
2011	3.057	82,6	643	17,4
2012	3.062	84,7	551	15,3
2013	3.036	86,3	483	13,7
2014	2.951	85,0	522	15,0
2015	2.797	86,3	444	13,7
2016	2.693	84,8	481	15,2
2017	2.546	85,8	423	14,2
2018	1.972	85,7	328	14,3
Total	28.408	84,2	5.330	15,8

* 17 CCAA: Todas excepto Andalucía y Comunidad Valenciana.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

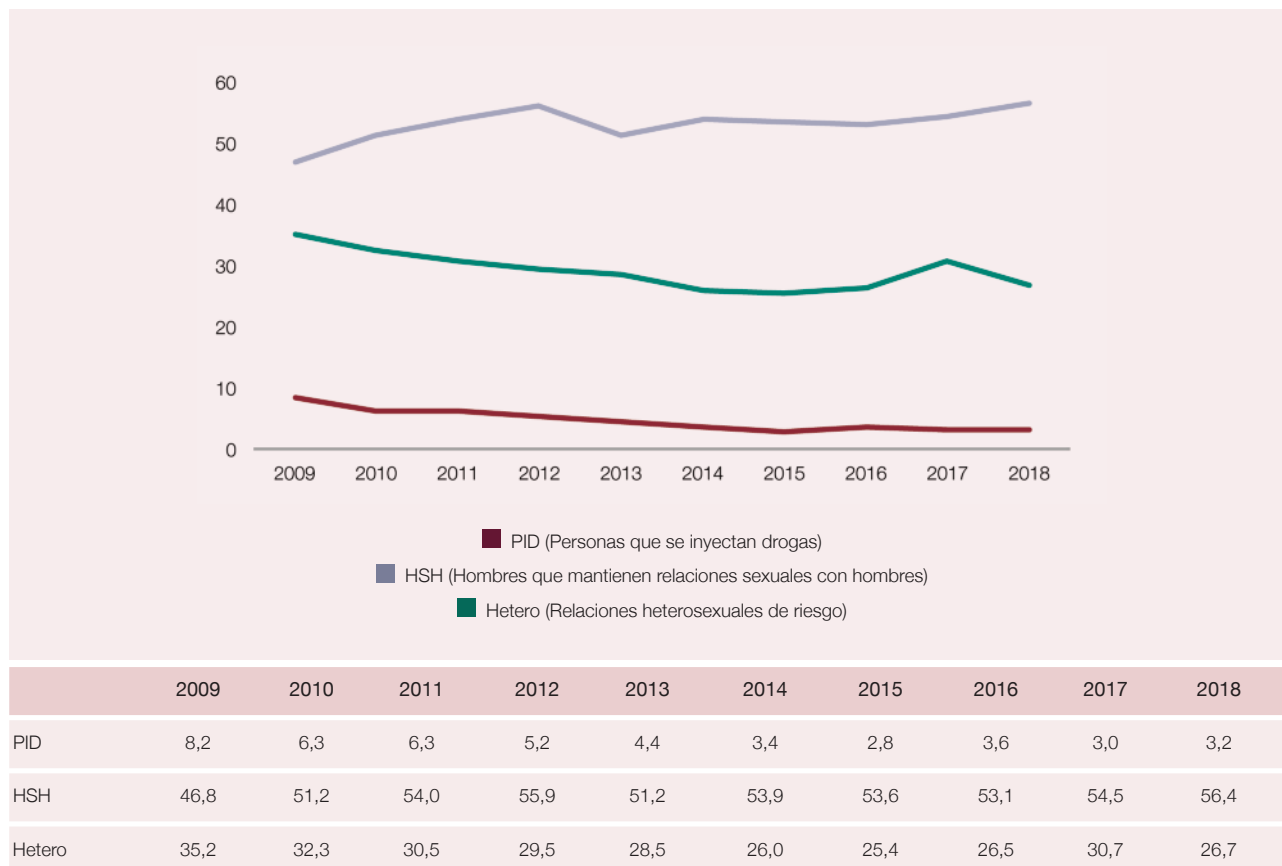
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

El 3,2% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral³. En los últimos 6 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y su peso atribuible se mantiene relativamente estable (figura 2.4.1).

Desglosando el modo de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión en HSH supone el 66,1% de los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión heterosexual el 17,1%, mientras que, entre las mujeres, la transmisión heterosexual constituye la gran mayoría, con un 82,2% de los nuevos diagnósticos.

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2018.



PID: Personas que se inyectan drogas.

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

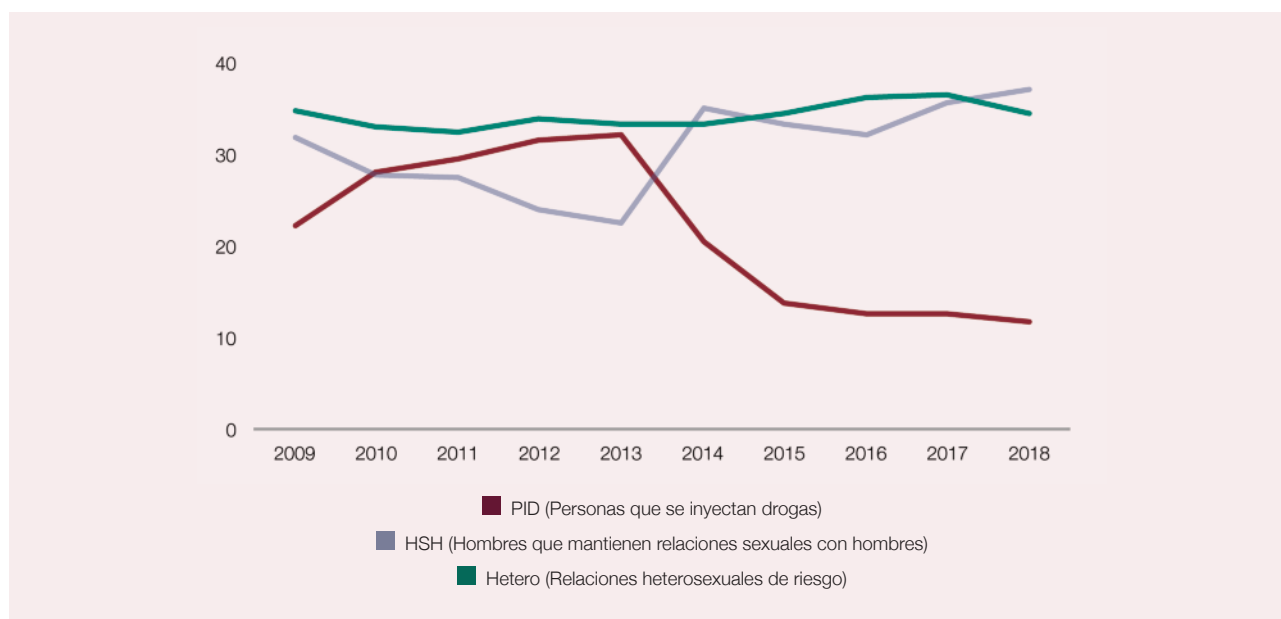
En 2018, se identificaron 415 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 1,4/100.000 habitantes), siendo las relaciones de hombres con hombres (37,1%) la principal causa de transmisión de la infección, seguida de las relaciones heterosexuales de riesgo (34,5%) y, por último, los usuarios de drogas inyectadas (11,6%) (figura 2.4.2). El 82,9% de los nuevos casos de sida fueron hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 43,5 años, siendo similar en hombres y mujeres.

En cuanto a la evolución temporal del número absoluto de nuevos casos de sida, se observa una tendencia descendente del número total de nuevos casos y la misma tendencia descendente de los casos atribuibles al uso inyectado de drogas (figura 2.4.3).

3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación.

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión. España, 2009-2018.



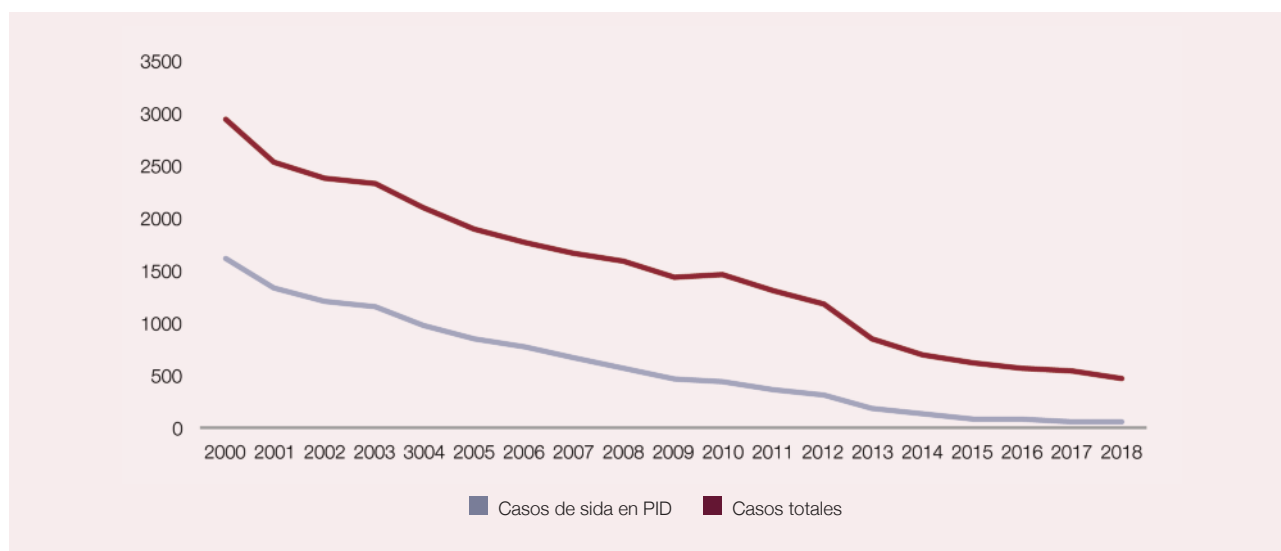
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PID	22,1	27,9	29,5	31,4	32,2	20,5	13,7	12,6	12,6	11,6
HSH	31,8	27,7	27,4	23,9	22,5	34,9	33,2	32,0	35,5	37,1
Hetero	34,7	32,9	32,3	33,9	33,4	33,3	34,4	36,2	36,5	34,5

PID: Personas que se inyectan drogas. HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Hetero: Relaciones heterosexuales de riesgo.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Figura 2.4.3.

Número de casos de sida en personas que se inyectan drogas y número de casos de sida total. España, 2000-2018. Datos corregidos por retraso en la notificación.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Casos de sida en PID	1.621	1.340	1.209	1.164	983	852	762	676	554	458	432	366	301	195	142	88	70	62	54
Casos totales	2.941	2.536	2.387	2.334	2.107	1.889	1.771	1.660	1.577	1.437	1.458	1.293	1.175	858	688	611	558	531	468

PID: Personas que se inyectan drogas.

Nota: Años 2016, 2017 y 2018: Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre Sida.

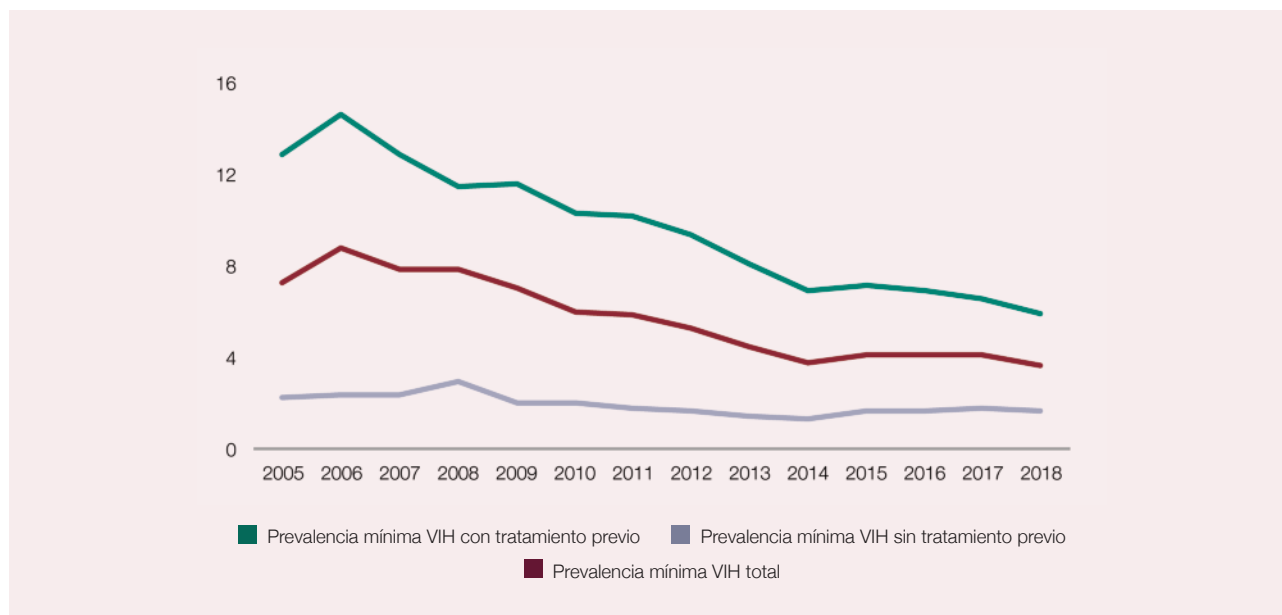
Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

A continuación, se presentan los datos más relevantes de infecciones (VIH, hepatitis B y hepatitis C) en personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2018.

En 2018 se registraron 47.972 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco); el 3,6% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor inferior al registrado en años anteriores, siendo el porcentaje más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (5,9%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,6%), también más elevado entre los inyectores (21,7%) que entre los que no se han inyectado nunca (1%) y mostrando diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.2, tabla 2.4.3 y figura 2.4.4).

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo y admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prevalencia mínima VIH sin tratamiento previo	2,2	2,4	2,3	2,9	2,0	2,0	1,8	1,6	1,4	1,3	1,6	1,7	1,8	1,6
Prevalencia mínima VIH con tratamiento previo	12,8	14,6	12,8	11,5	11,6	10,3	10,2	9,3	8,1	6,9	7,1	6,9	6,5	5,9
Prevalencia mínima VIH total	7,3	8,8	7,8	7,8	7,0	6,0	5,9	5,3	4,4	3,8	4,1	4,1	4,1	3,6

Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye casos positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2018, el 6,4% del total de admitidos a tratamiento presentaban VHC positivo, siendo más elevada la prevalencia entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (11,6%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,0%), registrándose diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (41,7% frente a 1,6%) y mostrando, al igual que en el caso del VIH, notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.2 y tabla 2.4.3).

La prevalencia de hepatitis B (considerada como HBsAg positivo-portador crónico) entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es, como mínimo, del 0,6% en 2018, registrándose grandes diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento y cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (0,9% vs 0,4%). De nuevo, se observan diferencias entre inyectores y no inyectores (2,7% vs 0,3%) (tabla 2.4.2 y tabla 2.4.3).

Tabla 2.4.2.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC para el total de los admitidos a tratamiento (sin alcohol), en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2018.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	47.972	21.382	24.663	5.223	36.193
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	12,6	21,6	4,7	100,0	0,0
Últimos 12 meses	5,2	9,0	1,8	41,4	0,0
Últimos 30 días	4,5	7,9	1,4	35,9	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
Prevalencia VIH Mínima	3,6	5,9	1,6	21,7	1,0
Prevalencia Hepatitis C Mínima	6,4	11,6	2,0	41,7	1,6
Prevalencia Hepatitis B Mínima	0,6	0,9	0,4	2,7	0,3

* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

** Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.3.

Prevalencia de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (%). España, 2018.

	Cocaína polvo	Cannabis	Heroína	Cocaína base	Hipnosedantes	Esti. sin cocaína	Otros opioides	Metadona	Alucinógenos	S. volátiles
Inyección alguna vez en la vida	3,3	2,2	42,0	11,5	6,0	9,7	29,0	34,2	5,9	0,0
Inyección últimos 12 meses	1,5	0,5	18,0	3,4	1,1	6,7	14,2	7,1	2,0	0,0
Inyección últimos 30 días	1,4	0,3	16,0	2,2	0,8	5,4	12,3	4,1	2,0	0,0
Prevalencia máxima de VIH	3,5	3,6	17,8	6,1	10,2	18,6	15,7	19,7	15,2	25,0
Prevalencia máxima Hepatitis C	4,8	4,4	38,6	13,4	12,5	14,1	27,2	31,6	0,0	12,5
Prevalencia máxima Hepatitis B Portador crónico	1,3	1,8	5,1	2,7	1,3	1,7	3,4	4,2	5,6	0,0
Prevalencia mínima VIH Positivo	1,4	1,0	10,1	2,9	3,8	8,3	7,2	9,3	6,6	7,7
Prevalencia mínima Hepatitis C Positivo	1,8	1,2	21,5	6,1	4,5	5,5	12,3	14,6	0,0	3,8
Situación mínima Hepatitis B Portador crónico (HBs Ag positivo)	0,8	0,9	4,1	2,1	0,8	1,1	2,5	3,4	5,0	0,0

Prevalencia mínima: positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocidos). En Hepatitis B, portador crónico entre el total (incluye portador crónico, inmune, no inmune, pendiente de resultado y desconocidos).

Prevalencia máxima: positivos entre los casos con información (incluye positivos y negativos); en Hepatitis B, portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan la vía inyectada

En 2018 fueron admitidas a tratamiento 5.223 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 2.161 lo habían hecho los 12 meses anteriores a la admisión. La evolución histórica venía mostrando una disminución del número de admitidos a tratamiento que reconocían haberse inyectado alguna vez en la vida, estabilizándose alrededor de los 6.000 casos en los últimos 3 años, en 2018 se confirma la tendencia descendente, pudiéndose observar los valores más bajos de la serie histórica y situándose en valores cercanos a los 5.000 casos (tabla 2.4.4).

VIH-SIDA

En 2018, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (3.751), el 30,3% (1.136) mostró serología positiva. Asimismo, entre los que utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico para el VIH (1.536), el 30,1% (462) mostró serología positiva (tabla 2.4.4).

Tabla 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (número absolutos y %). España, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237	1.387	2.413	2.621	2.691	2.161
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646	1.010	1.710	1.769	1.885	1.536
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4	26,0	33,7	34,6	32,1	30,1
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385	7.580	7.026	5.224	5.904	6.117	5.946	5.223
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546	5.957	5.439	3.992	4.287	4.348	4.246	3.751
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6	30,9	31,5	31,1	30,8	30,3

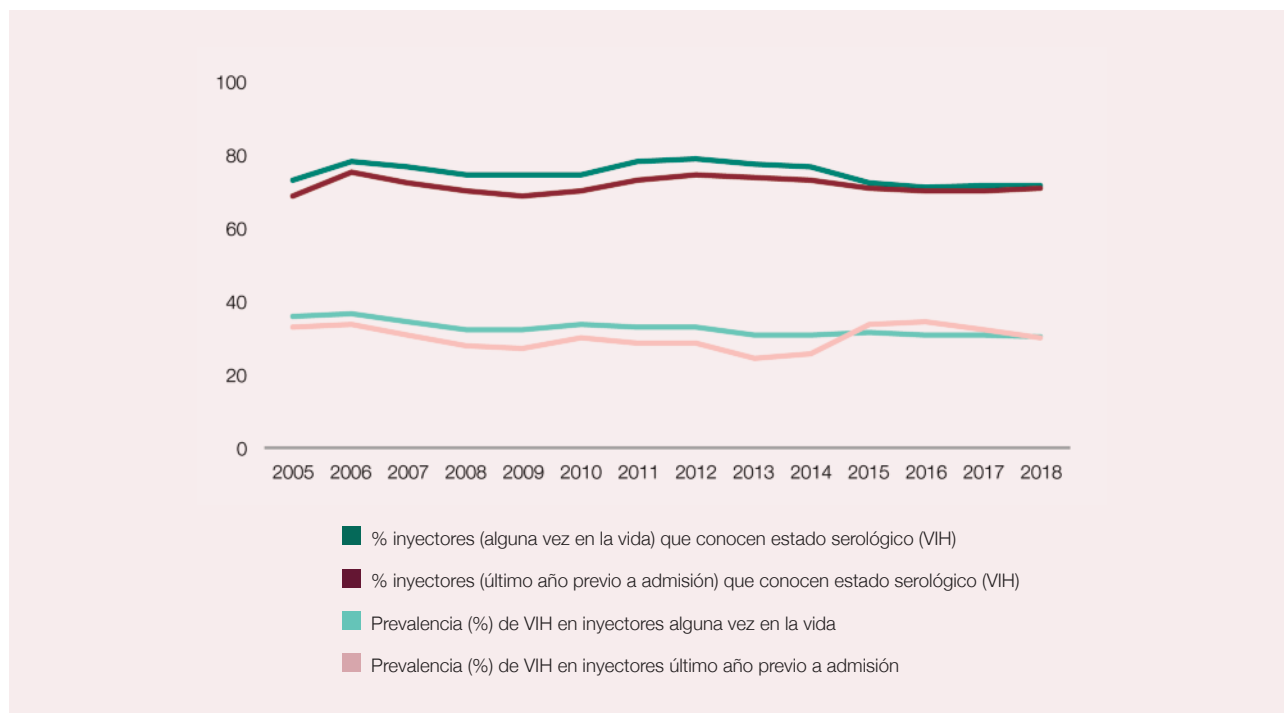
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En lo que respecta a la evolución temporal, la prevalencia de infección por VIH venía mostrando una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida (de 36,1% en 2005 a 30,6% en 2013), estabilizándose en los últimos años en valores cercanos al 30% (30,9% en 2014 a 30,3% en 2018) (figura 2.4.5). En cuanto al VIH entre los inyectores en los últimos 12 meses, la serie histórica ha venido mostrando altibajos desde el 2005, moviéndose en un rango entre 24% y el 35% (figura 2.4.5).

En 2018, la prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico fue de un 30,1%, lo que supone un pequeño descenso con respecto al año 2017 (32,1%). Dicho descenso se confirma tan sólo entre los hombres, registrando un descenso del porcentaje de hombres inyectores que conocen su estado serológico y son VIH positivos (31,3% en 2017 frente 28,7% en 2018), pero no ocurre lo mismo entre las mujeres en las que se registra un ascenso (pasando del 37,6% en 2017 al 40,4% en 2018) (figura 2.4.6).

Figura 2.4.5.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2018.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% inyectores (alguna vez en la vida) que conocen estado serológico (VIH)	73,3	78,2	76,8	74,6	74,1	74,7	78,0	78,6	77,4	76,4	72,6	71,1	71,4	71,8
% inyectores (último año previo a admisión) que conocen estado serológico (VIH)	68,7	74,9	72,5	70,5	68,7	70,1	73,0	74,6	73,6	72,8	70,9	70,1	70,0	71,1
Prevalencia (%) de VIH en inyectores alguna vez en la vida	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6	30,9	31,5	31,1	30,8	30,3
Prevalencia (%) de VIH en inyectores último año previo a admisión	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4	26,0	33,7	34,6	32,1	30,1

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los inyectores mayores de 34 años que conocen su estado serológico, los datos muestran un descenso (35,1% en 2017 frente a 32,9% en 2018), tras un pequeño repunte que se observó en los últimos años.

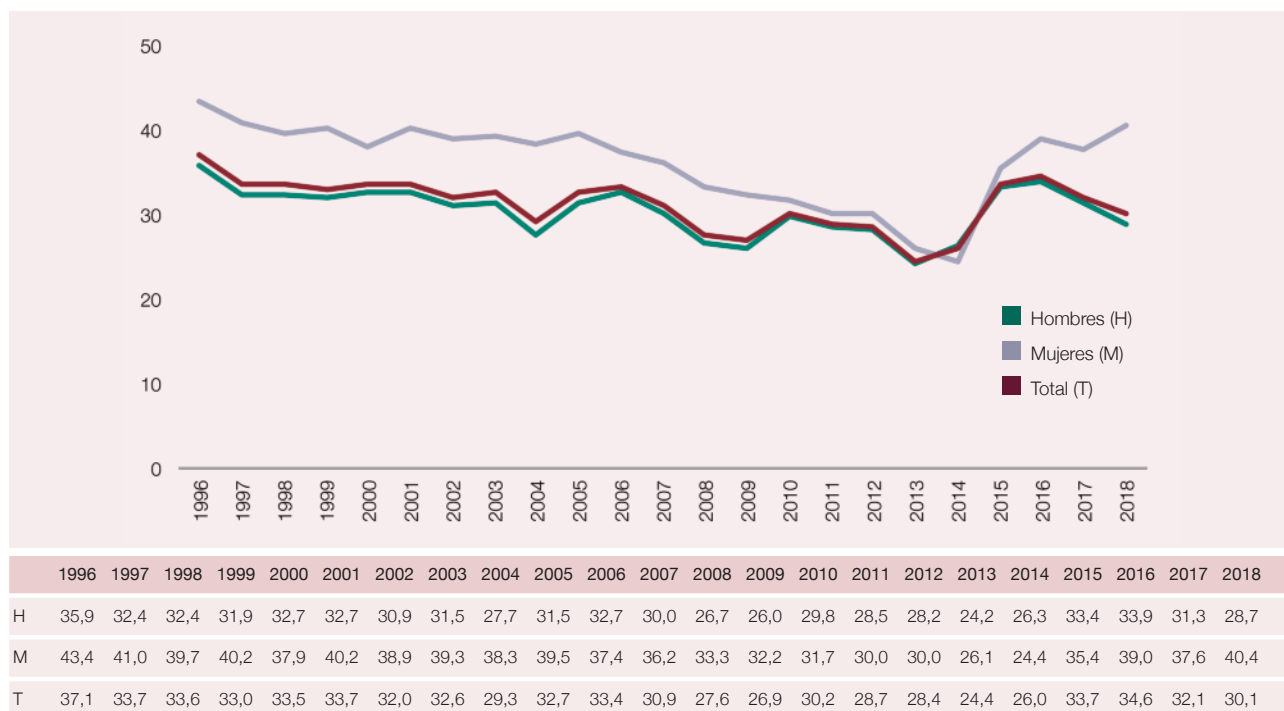
En cualquier caso, es conveniente interpretar las variaciones con cautela, ya que pueden verse influidas por cambios en el número absoluto de casos de las diferentes categorías consideradas y por la variación del número de personas que conocen su estado serológico (figura 2.4.7).

En relación con el conocimiento o no del estado serológico entre los inyectores, aproximadamente 3 de cada 4 inyectores (alguna vez en la vida o último año) conocen su estado serológico para el VIH, proporción que se ha venido manteniendo estable durante los últimos años (figura 2.4.5).

Además, se dispone también de información sobre el conocimiento del estado serológico y de la prevalencia de VIH entre los inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2018, teniendo en cuenta la edad, el sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.5).

Figura 2.4.6.

Prevalencia de infección por VIH (total y según sexo) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2018.

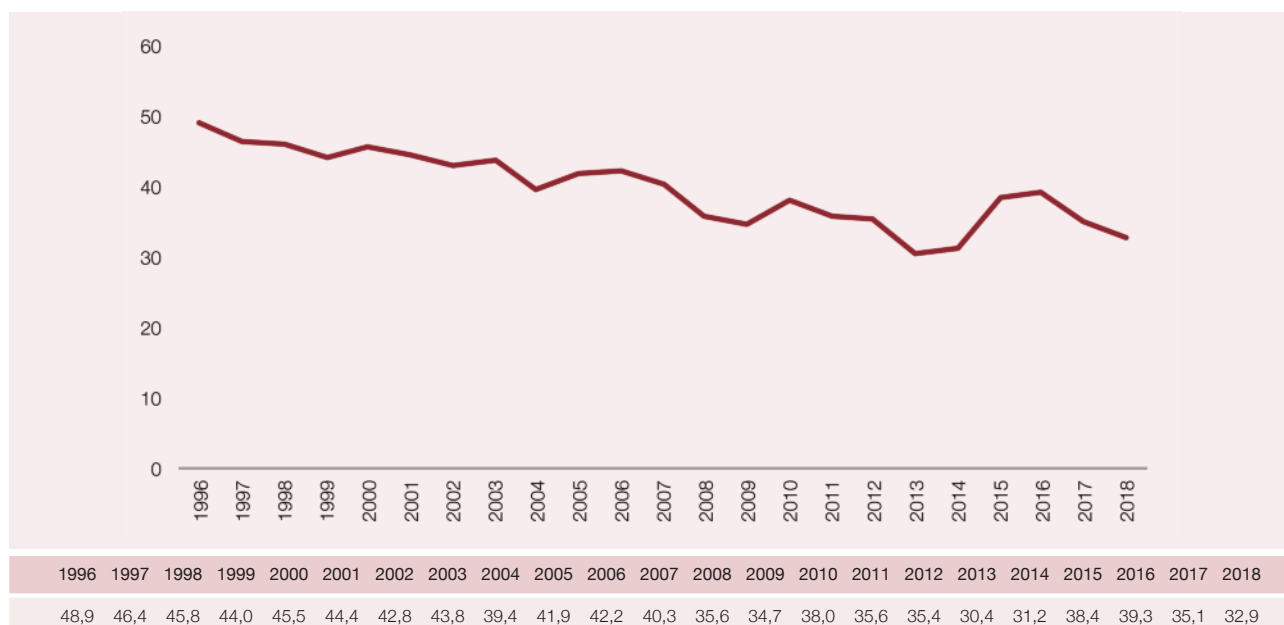


Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016, 26,4% en 2017 y 24,6% en 2018.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.7.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas mayores de 34 años que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2018.



Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014, 29,1% en 2015, 30% en 2016, 26,4% en 2017 y 24,6% en 2018.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.5.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (números absolutos y %). España, 2018.

	VIH		Hepatitis B		Hepatitis C	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
TOTAL						
Total inyectores (nº)	5.223	2.161	5.223	2.161	5.223	2.161
Prevalencia de infección (%)	30,3	30,1	7,9	8,6	58,9	60,0
Conocen estado serológico (%)	71,8	71,1	34,3	31,8	70,7	69,7
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	4.505	1.890	4.505	1.890	4.505	1.890
Prevalencia de infección (%)	29,1	28,7	7,8	8,9	58,7	60,1
Conocen estado serológico (%)	71,6	71,0	34,7	32,5	70,6	70,2
Mujeres inyectoras (nº)	712	270	712	270	712	270
Prevalencia de infección (%)	38,1	40,4	8,8	5,6	60,1	59,2
Conocen estado serológico (%)	73,3	71,5	32,0	26,7	71,5	66,3
EDAD						
Inyectores <35 años (nº)	656	445	656	445	656	445
Prevalencia de infección (%)	14,0	16,5	4,2	5,5	37,0	42,3
Conocen estado serológico (%)	58,8	57,3	25,7	24,7	60,2	60,0
Inyectores ≥35 años (nº)	4.567	1.716	4.567	1.716	4.567	1.716
Prevalencia de infección (%)	32,2	32,9	8,3	9,2	61,5	63,8
Conocen estado serológico (%)	73,7	74,7	35,5	33,7	72,3	72,3
OPIODES						
Inyectores consumidores de opiodes (nº)	4.276	1.836	4.276	1.836	4.276	1.836
Prevalencia de infección (%)	30,4	29,9	8,2	9,1	61,4	63,6
Conocen estado serológico (%)	73,2	72,4	34,7	32,8	71,7	70,4
Inyectores no consumidores de opiodes (nº)	947	325	947	325	947	325
Prevalencia de infección (%)	29,6	31,9	6,5	4,7	46,7	38,1
Conocen estado serológico (%)	66,4	63,7	32,5	26,2	66,4	66,2

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2018, el 30,1% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, localizándose las principales diferencias en función del sexo (28,7% en hombres y 40,4% en mujeres) y del grupo de edad —mayores prevalencias de infección en los mayores de 35 años (32,9%) frente a los de menor edad (16,5%)—. No obstante, en los últimos años la prevalencia de infección por VIH en los mayores de 35 años va descendiendo progresivamente (figura 2.4.7).

Hepatitis B (VHB)

En 2018, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (1.791), el 7,9% mostró serología positiva para VHB (141). Asimismo, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (688), el 8,5% (59) mostró serología positiva para VHB (tabla 2.4.6).

Tabla 2.4.6.

Evolución del número de inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas: prevalencia y conocimiento de estado serológico para VHC y VHB (números absolutos y %). España, 2015-2018.

	2015	2016	2017	2018
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621	2.691	2.161
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734	810	688
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72	65	59
Prevalencia de infección por VHB (%)	12,2	9,8	8,0	8,5
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818	1.869	1.507
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221	1.180	904
Prevalencia de infección por VHC (%)	68,9	67,2	63,1	60,0
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117	5.946	5.223
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993	1.955	1.791
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188	151	141
Prevalencia de infección por VHB (%)	10,5	9,4	7,7	7,9
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265	4.217	3.695
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749	2.588	2.177
Prevalencia de infección por VHC (%)	66,5	64,5	61,4	58,9

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección de VHB es superior entre los hombres que entre las mujeres (8,9% frente a 5,6%), siendo también superior el porcentaje de hombres que conocen su estado serológico (32,5% frente a 26,7%) (tabla 2.4.5).

En relación con la edad, tanto la prevalencia de infección como la proporción de los que conocen su estado serológico frente al VHB son más elevadas en el grupo de los mayores de 35 años (tabla 2.4.5). Al igual que ocurre para la infección por VIH, se registran diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumen opioides, aunque estas diferencias no son tan marcadas como en el caso del VIH (tabla 2.4.3).

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis B, el 34,3% de los que se inyectaron alguna vez en la vida y el 31,8% de los que lo hicieron durante los 12 meses previos a

ser admitidos admitieron conocer su estado serológico frente al VHB. Estos porcentajes son claramente inferiores a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH, que ronda el 70% (tabla 2.4.5).

Hepatitis C (VHC)

En 2018, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida (3.695), el 58,9% (2.177) mostró serología positiva para VHC. Asimismo, entre los que se habían inyectado en los 12 meses previos a ser admitidos y conocían su estado serológico (1.507), esta cifra alcanzó el 60,0% (904), cifra inferior a la obtenida en años anteriores (tabla 2.4.6).

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección por hepatitis C es ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres (60,1% frente a 59,2%), siendo también mayor la proporción de hombres que conocen su estado serológico frente al VHC (hombres 70,2% frente a mujeres 66,3%). Como ocurría para los virus VIH y VHB, tanto la prevalencia de infección como el conocimiento del estado serológico son más elevados entre aquellos que tienen 35 o más años y entre los que han sido admitidos a tratamiento por consumo de opioides, e igual que ocurre con la Hepatitis B, las diferencias no son tan marcadas como en el VIH (tabla 2.4.5).

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, alrededor del 70% de los que se inyectaron alguna vez en la vida conocen esta información, cifra similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento. Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB.

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2018

Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla, etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA¹ de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

En España existe un sistema de información sobre drogas consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además, se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional² lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2020 se han llevado a cabo nuevas estimaciones de consumo problemático de cannabis, heroína y uso inyectado de drogas. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general (EDA-DES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador Admisiones a Tratamiento. Se han utilizado el método multiplicador, la inclusión de escalas psicométricas en encuestas y la estimación a partir de la frecuencia de consumo sola o asociada a una potencial vulnerabilidad (tabla 2.5.1).

En este capítulo se presentan la metodología y los resultados de los estudios realizados en los últimos años. La información correspondiente a años previos puede consultarse en los informes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)³.

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>. Observatorio Interamericano sobre Droga (OID): http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): <http://www.espad.org/>

3. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España de 2006 a 2018.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información	Año de estimación
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica en encuesta en población general: AUDIT	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009 2013 2017
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas en estudiantes*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI	ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años)	2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018
	Estimación basada en escalas psicométricas en población general: CAST	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2013 2015 y 2017
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2011, 2013 2015 y 2017
Cocaína	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015 y 2017
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015 y 2017
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007, 2008 2009, 2010 2011, 2012 2013, 2014 2015, 2016 2017 y 2018
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007, 2008 2009, 2010 2011, 2012 2013, 2014 2015, 2016 2017 y 2018
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

* 2006: CAST, SDS, DSM-IV; 2008: CAST; 2010: CAST, SDS, M-CIDI; 2012: CAST; 2013: CAST; 2014: CAST; 2015: CAST; 2016: CAST; 2017: CAST; 2017: CAST.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol

Metodología

Existen diferentes formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo semanal o diario elevado, las intoxicaciones etílicas agudas, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

En 1982, la OMS solicitó a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es la escala AUDIT⁴, que ha sido validada en nuestro país por diferentes investigadores.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 se refieren al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 valoran la existencia u ocurrencia de reacciones adversas y las dos últimas se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009, 2013 y 2017 incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de alcohol de riesgo aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

Resultados

En 2017, de los 15.933 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 15.425 contestaron las preguntas relativas a la escala AUDIT (97%).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, medida a través del AUDIT, en la población española de 15 a 64 años se sitúa en 5,1% lo que permite estimar que en 2017 había aproximadamente 1.600.000 consumidores de alcohol de riesgo en España (1.200.000 hombres y 400.000 mujeres) (tabla 2.5.2).

Tabla 2.5.2.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥8), en la población de 15 a 64 años. España, 2009-2017.

Consumidores de riesgo (AUDIT≥8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres / mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años			Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año		
		Total	H	M	Total	H	M
2009	1.550.000 (1.300.000 / 250.000)	4,8	8,0	1,7	6,5	9,9	2,4
2013	1.600.000 (1.300.000 / 300.000)	5,0	8,0	1,9	6,4	9,7	2,6
2017	1.600.000 (1.200.000 / 400.000)	5,1	7,6	2,6	7,1	9,7	3,9

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. H = Hombres; M = Mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Considerando a la población que ha consumido alcohol en el último año, el 7,1% mostró un consumo de riesgo, encontrando que tiene mayor alcance entre la juventud masculina y que disminuye con la edad. Es importante remarcar que, en 2017, el 9,9% de los jóvenes de 15 a 24 años muestran un consumo de riesgo (12,9% hombres, 6,5% mujeres) (tabla 2.5.3).

4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

Tabla 2.5.3.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009, 2013 y 2017.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009*	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013*	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
2017*	7,1	9,7	3,9	9,9	12,9	6,5	8,1	11,4	4,3	7,0	10,0	3,3	6,4	8,5	4,0	4,5	6,5	2,1

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

* Consumidores de alcohol de riesgo 2009, 2013 y 2017: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 .

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

Por último, según EDADES 2017, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 38 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 34,7% ha consumido drogas ilegales en el último mes y el 7,4% ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (tabla 2.5.4).

Del total de personas de entre 15 y 64 años que presentan un consumo de riesgo de alcohol el 36,6% son mujeres. El perfil de las mujeres que muestran un consumo de riesgo de alcohol es de mujeres solteras de 36,6 años de media, con estudios secundarios y que se encuentran trabajando. El 26,5% ha consumido drogas ilegales en el último mes y el 5,0% ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (tabla 2.5.4).

Tabla 2.5.4.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo de alcohol* en la población de 15 a 64 años. España, 2017.

	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos AUDIT ≥ 8	1.092	816	277
Edad media (años)	37,5	37,8	36,6
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	20,4	19,1	24,5
25 a 34 años	22,3	22,7	21,2
35 a 44 años	24,7	26,1	20,6
45 a 54 años	21,2	20,1	24,5
55 a 64 años	11,4	12,1	9,2
Nacidos fuera de España (%)	9,8	10,1	8,8
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios/primarios	14,6	16,7	8,4
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	85,4	83,3	91,6
Situación laboral (%)			
Trabajando	54,5	56,8	47,8
Parado no habiendo trabajado	2,3	2,4	2,2
Parado habiendo trabajado	15,7	16,5	13,4
Otras	27,5	23,0	36,1

	Total	Hombres	Mujeres
Estado civil (%)			
Soltero/a	56,6	59,0	49,4
Casado/a	30,7	28,7	36,5
Separado/a – Divorciado/a	11,1	11,6	9,9
Viudo/a	1,6	0,8	4,1
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas ilegales en los últimos 30 días	34,7	37,5	26,5
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	7,4	8,3	5,0
Otros consumos de riesgo (%)			
Borracheras últimos 12 meses	70,9	74,7	59,7
Inestabilidad últimos 12 meses	63,8	67,4	53,5
Botellón últimos 12 meses	29,4	29,6	29,0
Borracheras últimos 30 días	46,4	49,0	38,6
Binge drinking últimos 30 días	73,8	78,9	58,6

* Personas (15-64 años) con AUDIT \geq 8.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia, el aumento de patologías asociadas al uso de cannabis y también las nuevas propuestas normativas sobre regulación del cannabis en algunos países.

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

En este capítulo se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con los resultados de las encuestas ESTUDES y EDADES.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron las escalas CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012, 2014, 2016 y 2018, CAST.

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de la escala CAST, que es la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos⁵.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.5) desarrollado en Francia⁶ con el objetivo de detectar el abuso de cannabis entre los consumidores. Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines⁷.

Tabla 2.5.5.

CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, en las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EDADES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. Se consideran consumidores con riesgo elevado de tener problemas/consumidor problemático, aquellos que alcanzan una puntuación de 4 o más.

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2017, se estima en 496.828 los consumidores de alto de riesgo de cannabis (CAST ≥4). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Éstos representan el 1,6% de la población general de 15 a 64 años (2,5% de los hombres y 0,7% de las mujeres). La prevalencia de consumo problemático, evolutivamente ha presentado un descenso entre los hombres, grupo con la prevalencia de inicio más elevada, pasando del 3,5% en 2013 al 2,5% en 2017, no mostrando cambios entre las mujeres que se ha mantenido en valores inferiores al 1%. El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo de alto riesgo es el de 15-24 años, seguido del grupo de 25-34 años (figura 2.5.1).

5. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. http://www.pnsd.mspis.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

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

7. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2009.

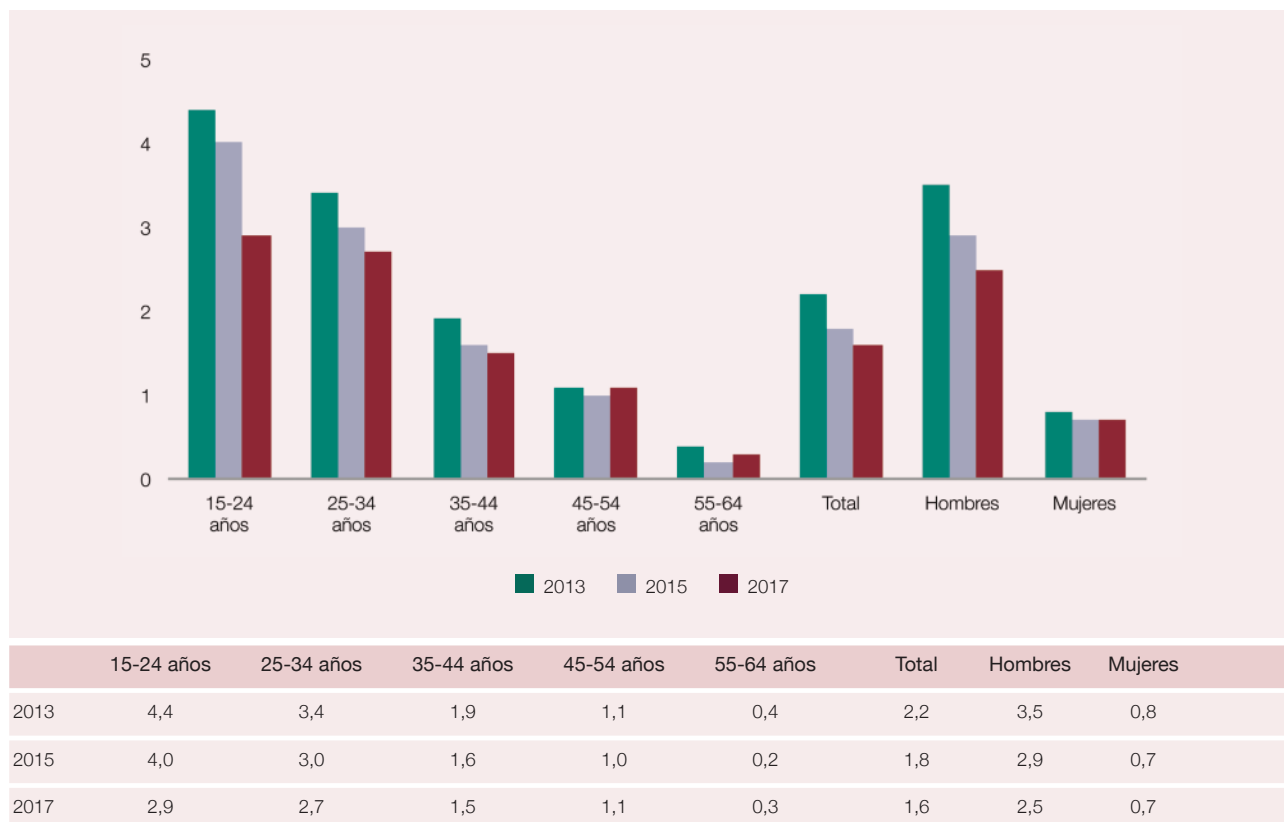
Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012. Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

Figura 2.5.1.

Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) en la población de 15 a 64 años, según edad (%). España, 2013-2017.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Entre aquellos que reconocen consumos en los últimos 12 meses, el 15,9% presenta consumo de alto riesgo (17,3% de los hombres y 12,3% de las mujeres), oscilando entre 9,6 y 17,3% en función del grupo de edad. El porcentaje más elevado se registra en el grupo de 25-34 años (figura 2.5.2).

Evolutivamente se detecta una disminución del número y del porcentaje de consumidores problemáticos en población general de 15 a 64 años, pasando del 2,2% en 2013 al 1,6% en 2017 (tabla 2.5.6).

Tabla 2.5.6.

Evolución de las estimaciones de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general. España, 2013-2017.

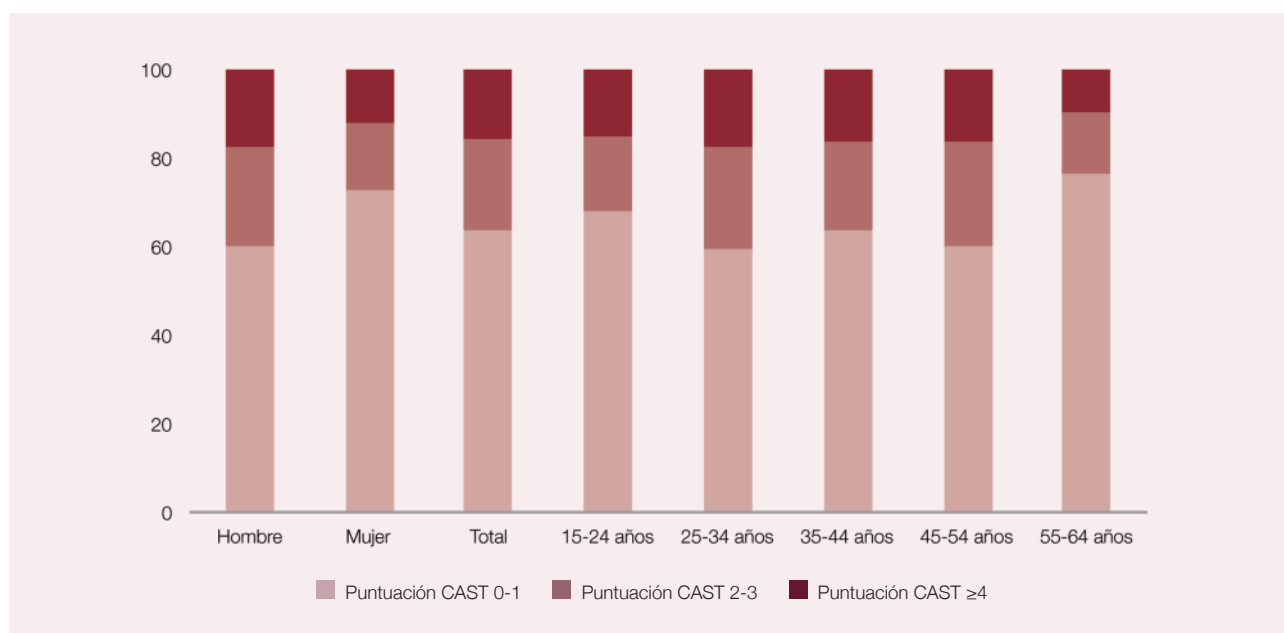
	2013	2015	2017
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥ 4)	687.233	558.549	496.828
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2	15,9
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (total)	2,2	1,8	1,6
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (hombres)	3,5	2,9	2,5
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años (mujeres)	0,8	0,7	0,7

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Figura 2.5.2.

Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado el cuestionario en la población de 15 a 64 años por edad y sexo (%). España, 2017.



	Puntuación CAST 0-1	Puntuación CAST 2-3	Puntuación CAST ≥4 (consumo problemático)	Puntuación CAST ≥2 (consumo problemático)
Hombre	59,9	22,7	17,3	40,1
Mujer	72,8	15,0	12,3	27,2
Total	63,7	20,5	15,9	36,3
15-24 años	67,9	17,0	15,0	32,1
25-34 años	59,4	23,3	17,3	40,6
35-44 años	63,6	20,1	16,2	36,4
45-54 años	60,3	23,6	16,1	39,7
55-64 años	76,3	14,0	9,6	23,7

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

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.7, en 2018, el 3,4% de los jóvenes españoles de 14 a 18 años (4,3% hombres y 2,5% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 77.052 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST ≥4) de 14 a 18 años.

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014. En 2016, se registró cierto repunte, que se confirma en 2018, mostrando de nuevo una tendencia claramente ascendente, sin llegar a alcanzar las cifras registradas en 2010.

En 2018, el perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que presentaron un consumo problemático de cannabis, es el de un chico español, de 16 años. Con una situación económica de la familia más o menos como la media, con notas medias de bien o aprobado, que ha hecho "pellas" y ha consumido drogas legales en los últimos 30 días. El 19,2% ha consumido otras drogas ilegales además de cannabis en los últimos 30 días y el 21,9% ha consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (tabla 2.5.8).

Tabla 2.5.7.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2018.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810	77.052
Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último el último año	13,3	14,7	14,1	16,9	13,8	13,3	15,4
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (total)	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (hombres)	4,5	4,9	5,1	4,9	3,1	3,7	4,3
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años (mujeres)	2,2	2,5	4,1	2,6	2,0	2,0	2,5

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

* Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años (INE).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.5.8.

Perfil de los estudiantes de 14 a 18 años que han realizado un consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4), según sexo. España, 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Número de casos CAST \geq 4	1279	792	487
Edad media (años)	16,3	16,4	16,2
Grupos de edad (años)			
14 años	5,2	3,6	7,9
15 años	17,9	16,9	19,7
16 años	30,3	31,6	28,2
17 años	36,0	36,6	35,0
18 años	10,6	11,4	9,3
Nacidos fuera de España (%)	12,2	13,3	10,4
Situación económica de la familia en comparación con otras familias del país (%)			
Por encima de la media	14,5	17,1	10,2
Más o menos como la media	76,6	73,8	81,2
Por debajo de la media	8,9	9,1	8,7
Ha hecho pellas (%)	67,2	64,5	71,5
Notas (%)			
Sobresaliente/notable	21,4	18,8	25,6
Bien/aprobado	58,8	61,3	54,8
Suspenso	19,8	20,0	19,7
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días*	98,7	98,5	99,1
Drogas ilegales en los últimos 30 días**	19,2	21,8	14,9
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	21,9	24,0	18,6

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles.

** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por sexos, se observa que el perfil es semejante en hombres y mujeres, destacando que hay un mayor porcentaje de chicas menores de 16 años que de chicos, y hay también un mayor porcentaje de chicas que han realizado “pellas” en el último mes que de chicos (tabla 2.5.8).

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante también mencionar los porcentajes que los consumos problemáticos suponen, no ya en la población total de estudiantes de esta edad, sino más específicamente entre los que reconocen consumos en el año previo a ser encuestados.

Así, a partir de 2006 se registró cierto incremento en el porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo entre aquellos que han consumido en el último año, si bien la proporción de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años se mantuvo relativamente estable, aunque con algunos altibajos. Esto podría explicarse, en parte, porque, aunque las prevalencias de consumo se encontraban en descenso, una mayor proporción de los que consumían entonces lo hacía con un patrón de riesgo. En 2018, el 15,4% de los consumidores del último año presentan un consumo de riesgo, valor superior al que se venía mostrando en años anteriores y que será necesario vigilar (tabla 2.5.7).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)

Metodología

Otro método empleado para conocer el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis es utilizar la frecuencia de consumo. Se aplican los criterios recomendados por el EMCDDA⁸, que considera consumidor problemático/de riesgo a aquel que ha consumido cannabis 20 o más días en el último mes.

Partiendo de los datos de la encuesta domiciliaria (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años en España - EDADES) se realizan los cálculos para los años 2011, 2013, 2015 y 2017. Con los datos de la encuesta escolar (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España - ESTUDES) se realizan los cálculos para 2014, 2016 y 2018.

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2017 se registran más de 860.000 consumidores de riesgo (consumo de 20 días o más en el último mes) de cannabis (15 a 64 años). Esta cifra equivale a un 2,8% de la población en este rango de edad (4,5% en hombres y 1,0% en mujeres). Si se consideran únicamente las personas que declaran en EDADES haber consumido cannabis en el último año, el porcentaje de consumidores de riesgo alcanza el 31,6%.

Las cifras muestran una tendencia creciente en los últimos años y son coherentes con las obtenidas mediante la aplicación de la escala CAST (tabla 2.5.9).

En 2017, el perfil de este tipo de consumidores (consumo de cannabis 20 días o más en el último mes), es el de un hombre español, soltero, de 34 años que ha finalizado la enseñanza secundaria y que trabaja. La mayoría (99,5%) consume drogas legales, casi 1 de cada 5 (17,7%) consume otras drogas ilegales y 1 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas (tabla 2.5.10).

En 2017 aumenta de nuevo la edad media de estos consumidores frecuentes (pasando de 32 años en 2013 a 34 años en 2017) y también el porcentaje de ellos que trabajan.

8. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf

Tabla 2.5.9.

Número y porcentaje de consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.

Consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4)	2011	2013	2015	2017
Número de consumidores frecuentes de 15 a 64 años.	803.229	817.859	806.793	863.639
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años.	2,5	2,5	2,6	2,8
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	26,0	27,4	27,7	31,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.5.10.

Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.

	2011	2013	2015	2017
Sexo (% hombres)	76,3	78,4	80,2	80,8
Edad media (años)	31,1	32,0	32,9	34,0
Grupos de edad (años)				
15 a 24 años	31,4	27,6	25,7	24,0
25 a 34 años	35,4	37,5	33,7	31,2
35 a 44 años	22,5	20,7	25,0	23,6
45 a 54 años	7,3	11,1	11,5	16,2
55 a 64 años	3,3	3,1	4,1	5,0
Nacidos fuera de España (%)	5,0	9,4	9,2	8,7
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios	6,2	2,1	3,1	3,6
Enseñanza primaria	18,4	17,6	13,2	11,8
Enseñanza secundaria	67,6	73,0	71,5	76,7
Estudios universitarios	7,8	7,3	12,2	7,8
Situación laboral (%)				
Trabajando	54,0	31,6	48,7	54,7
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6	4,4	2,9
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4	29,6	25,2
Otras	17,4	23,4	17,3	17,2
Estado civil (%)				
Soltero/a	70,5	72,7	70,5	64,8
Casado/a	22,1	20,0	22,3	23,7
Separado/a – Divorciado/a	7,3	6,8	7,2	11,5
Viudo/a	0,2	0,5	0,0	0,0
Consumo de otras drogas (%)				
Drogas legales en los últimos 30 días	97,4	98,1	96,5	99,5
Drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	17,7	15,6	17,7
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	34,9	27,8	29,7	11,5

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

Respecto a las mujeres de 15 a 64 años que presentan un consumo problemático de cannabis (consumo de 20 días o más en el último mes) se observa que tienen una edad media ligeramente inferior a la de los hombres, presentan mayor nivel educativo y menor consumo de otras drogas ilegales en los últimos 30 días y nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida (tabla 2.5.11).

Tabla 2.5.11.

Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años por sexo (% y media). España, 2017.

	Total	Hombres	Mujeres
Prevalencia de consumo problemático de cannabis (%)	2,8	4,5	1,0
Edad media (años)	34,0	34,3	32,6
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	24,0	24,0	24,1
25 a 34 años	31,2	30,5	34,0
35 a 44 años	23,6	22,8	26,8
45 a 54 años	16,2	17,2	12,1
55 a 64 años	5,0	5,5	3,0
Nacidos fuera de España (%)	8,7	9,3	6,2
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	3,6	3,9	2,4
Enseñanza primaria	11,9	14,2	2,1
Enseñanza secundaria	76,7	75,8	80,5
Estudios universitarios	7,8	6,1	15,0
Situación laboral (%)			
Trabajando	54,7	55,9	49,6
Parado no habiendo trabajado	2,9	3,1	2,4
Parado habiendo trabajado	25,2	25,1	26,0
Otras	17,1	16,0	22,0
Estado civil (%)			
Soltero/a	64,8	65,3	62,6
Casado/a	23,7	23,2	25,9
Separado/a – Divorciado/a	11,5	11,5	11,5
Viudo/a	0,0	0,0	0,0
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días*	99,5	99,7	98,6
Drogas ilegales en los últimos 30 días**	17,7	20,0	8,1
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	11,5	13,0	5,3

* Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles.

** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

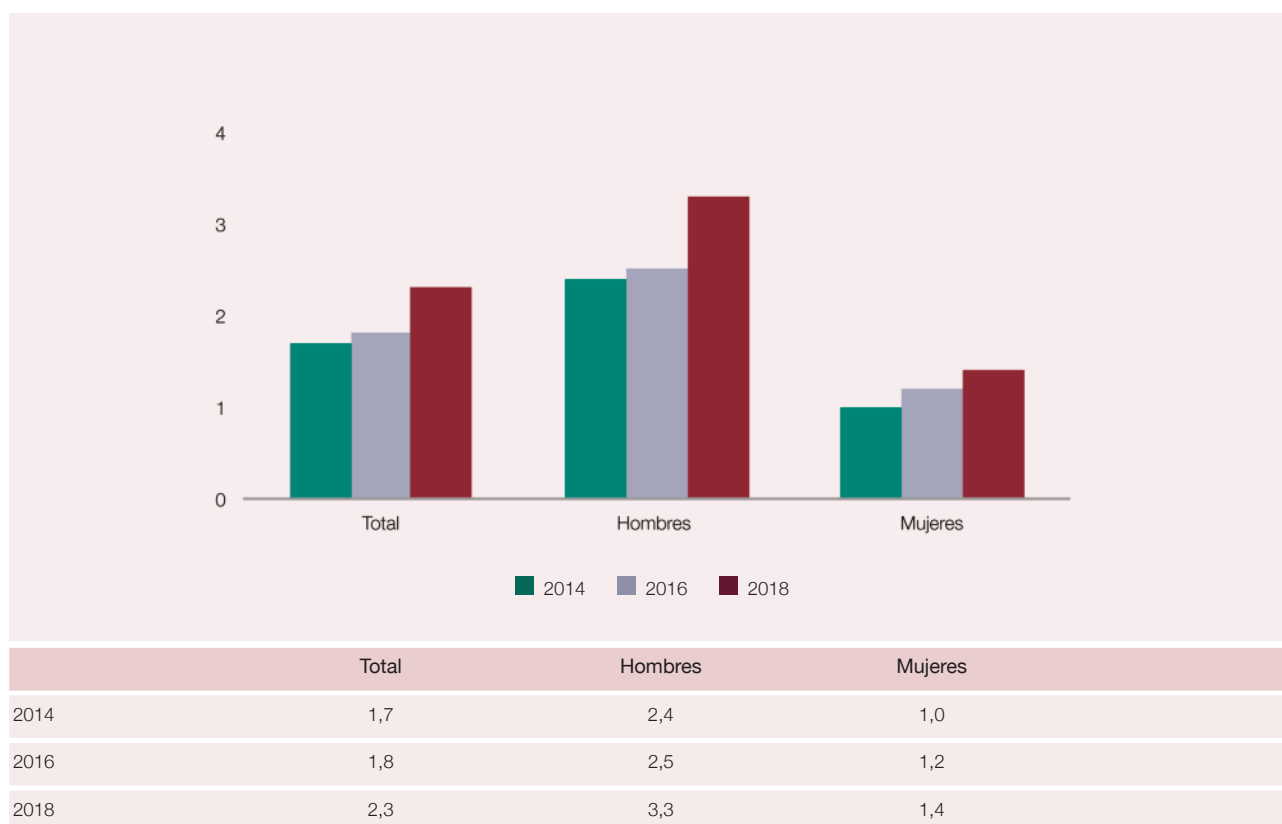
ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Respecto a la población de 14 a 18 años, para el año 2018, se estima en 52.609 a los consumidores frecuentes de cannabis (consumo de cannabis 20 días o más en el último mes). Esta cifra equivale a un 2,3% de la población en este rango de edad (3,3% en hombres y 1,4% en mujeres). Si se tiene en cuenta únicamente las personas que declaran en ESTUDES haber consumido cannabis en el último año, este porcentaje se situaría en un 9,6%.

Evolutivamente se detecta un aumento en este patrón de consumo, pasando del 1,7% en 2014 al 2,3% en 2018 (figura 2.5.3) confirmando la tendencia ascendente de consumo problemático detectada por el CAST. Aumento que se detecta en ambos sexos.

Figura 2.5.3.

Evolución del porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (20 días o más último mes) en la población de 14 a 18 años. España, 2014-2018.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones utiliza desde 2009 un método basado en la frecuencia de consumo y vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

Posteriormente, el protocolo del EMCDDA (2013), estableció como consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Para adaptarnos a las posibilidades que ofrece la encuesta EDADES, en España los cálculos se estiman para aquellos que han consumido 30 o más días en el último año (tabla 2.5.12).

Tabla 2.5.12.

Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad
Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Resultados

La encuesta EDADES 2017, nos informa de que el 10,3% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,2% en el último año y el 1,1% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2017, más de 673.000 personas habían consumido de cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 92.536 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,30% de la población de 15 a 64 años y al 14,9% de los consumidores del último año. Se observa un repunte de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.13) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo. Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2017) es el de un varón de 39 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. Todos han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 93,4% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi 4 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, perfil similar al de años anteriores (tabla 2.5.14).

Tabla 2.5.13.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2017.

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2009		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	140.525	–
% entre toda la población de 15-64 años	0,4	–
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,5	–
2011		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	130.537	118.889
% entre toda la población de 15-64 años	0,4	0,4
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	18	16,4
2013		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	97.139	92.406
% entre toda la población de 15-64 años	0,3	0,3
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	13,8	13,1

	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Estimación basada en frecuencia de consumo ²
2015		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	76.956	72.962
% entre toda la población de 15-64 años	0,3	0,23
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	12,4	11,7
2017		
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	101.610	92.536
% entre toda la población de 15-64 años	0,33	0,30
% entre la población de 16-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,4	14,9

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

2. Criterios de inclusión EMCDDA: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.5.14.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo* de cocaína, en la población de 15 a 64 años. España, 2011-2017.

	2011	2013	2015	2017
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4	88,7
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4	38,9
Grupos de edad (años)				
15 a 24 años	16,6	10,4	15,0	6,4
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4	25,1
35 a 44 años	27,0	36,6	33,1	33,6
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3	27,8
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2	7,1
Nacidos fuera de España (%)				
Máximo nivel de estudios completado (%)				
Sin estudios/primarios	26,6	17,7	21,5	12,1
Enseñanza secundaria/estudios universitarios	73,4	81,7	78,5	87,8
Situación laboral (%)				
Trabajando	45,8	39,3	51,3	62,1
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0	2,1	0,0
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0	27,0	24,5
Otras	14,1	12,7	19,6	13,4
Estado civil (%)				
Soltero/a	71,1	59,8	61,2	56,7
Casado/a	16,5	32,4	13,2	21,7
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8	21,5
Viudo/a	1,1	1,6	1,9	0,0
Consumo de otras drogas (%)				
Drogas legales en los últimos 30 días**	100,0	99,2	97,1	100,0
Drogas ilegales en los últimos 30 días***	68,7	72,6	91,9	93,4
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1	64,2	39,3

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

** Alcohol, tabaco, hipnosedates e inhalables volátiles. *** Cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o GHB.

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

Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína

Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador.

En la tabla 2.5.15 se resume la metodología utilizada en 2018 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.15.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2018.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 678 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 327 es decir el 48%).	48%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI. (Personas que inician tratamiento por heroína en ese año)	10.086
3. Número de consumidores problemáticos a partir de TDI (parte 1) (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de admitidos a tratamiento por heroína del TDI).	21.013 (10.086 / 0,48)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína (hay 58.447 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	23.379 (58.447 x 0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	44.392 (21.013 + 23.379)
Estimación del número máximo de consumidores problemático de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 678 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 327 es decir el 48%)	48%
2. Número de personas en Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios (TCA).	142.157
3. Número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios (se asume que son tratados por heroína en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 21% de los tratamientos en TDI son por heroína)	29.853 (142.157 x 0,21)
4. Número de consumidores problemáticos a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios)	62.194 (29.853 / 0,48)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína (hay 58.447 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	23.379 (58.447 x 0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	85.573 (62.194 + 23.379)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2018: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2018 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la Memoria 2018 de la DGPNSD.

En la encuesta EDADES 2017 se incluyeron las preguntas necesarias para poder aplicar el método nominativo, actualizando así el valor del multiplicador. Para ello, se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína y, para cada uno de los conocidos, los entrevistados debían indicar si eran conocedores de que los nominados hubiesen iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año.

De este modo, se obtuvo el valor del multiplicador para 2017, y que el 48% de los nominados habrían iniciado tratamiento. Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2017 (10.384) del Indicador de Admisiones a Tratamiento, se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2017 (21.633).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en Tratamiento en Centros Ambulatorios (TCA) en España.

Asumiendo la cifra de 21% como el porcentaje de personas en TCA que son atendidas con motivo del consumo de heroína, se obtendría que 29.853 personas han recibido tratamiento por heroína en 2018 (142.157 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 62.194 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (21.013 y 62.194) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO). Los datos disponibles informan que 58.447 personas se encontraban realizando TSO en 2018 (51.756 con metadona y 6.691 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TSO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 23.379 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

Resultados

Los datos históricos indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

En España, en 2018, el número de consumidores de alto riesgo de heroína se encontraría en una horquilla entre 44.392 y 85.573 personas, con una estimación media de 64.983. Las estimaciones realizadas muestran que en 2018 se confirma la tendencia descendente iniciada en 2012 y que se rompió de manera puntual en 2015. Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de heroína (admisiones a tratamiento, episodios de urgencia, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe (tabla 2.5.16).

Tabla 2.5.16.

Estimación de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2018.

	Número de consumidores problemáticos de heroína	% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años.
	Valor medio (valor mínimo y máximo)	Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	82.340 (68.056 - 96.624)	0,25 (0,21 - 0,30)
2010	85.401 (70.908 - 99.895)	0,26 (0,22 - 0,31)
2011	74.109 (61.389 - 86.829)	0,23 (0,19 - 0,27)
2012	69.978 (56.104 - 83.851)	0,21 (0,17 - 0,26)
2013	65.648 (52.122 - 79.173)	0,21 (0,16 - 0,25)
2014	65.322 (48.991 - 81.652)	0,21 (0,15 - 0,26)
2015	70.471 (48.102 - 92.840)	0,22 (0,15 - 0,29)
2016	68.297 (46.014 - 90.579)	0,22 (0,15 - 0,29)
2017*	66.769 (45.176 - 88.362)	0,22 (0,15 - 0,29)
2018	64.983 (44.392 - 85.573)	0,21 (0,14 - 0,28)

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación. Tamaño población EDADES 2015: 31.030.473. Tamaño población EDADES 2017: 30.844.228.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

Metodología

El método empleado para estimar el número de inyectores recientes de drogas (último año) es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador.

En la tabla 2.5.17 se resume la metodología utilizada en 2018 y que se detalla a continuación.

Tabla 2.5.17.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2018.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 688 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 444 es decir el 65%)	65%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	2.161
3. Número de inyectores recientes a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes admitidos a tratamiento del TDI)	3.325 (2.161 / 0,65)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.447 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 12,8% ha utilizado la vía inyectada)	2.993 (58.447 x 0,4 = 23.379 y 23.379 x 0,128 = 2.993)
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	6.318 (3.325 + 2.993)
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2017 (de 688 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 444 es decir el 65%)	65%
2. Número de personas en Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios (TCA)	142.157
3. Número de inyectores en Tratamiento en Centros Ambulatorios.	7.392 (142.157 x 0,052)
4. Número de inyectores a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes que han realizado tratamiento en Centros Ambulatorios)	11.372 (7.392 / 0,65)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.447 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 12,8% ha utilizado la vía inyectada)	2.993 (58.447 x 0,4 = 23.379 y 23.379 x 0,128 = 2.993)
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	14.365 (11.372 + 2.993)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2018: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la Memoria 2018 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la Memoria 2018 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

La encuesta EDADES 2017 permitió, también, mediante el uso del método nominativo descrito anteriormente, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectores de drogas en la población española. Se obtuvieron respuestas válidas de 688 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 444 (65%) habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 2.161 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2018 condujo a una estimación de 3.325 (2.161/0,65) inyectores de drogas recientes en 2018, que no estarían en TMO.

Como ya quedó explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó Tratamiento en Centros Ambulatorios (TAC), obteniendo 7.392 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TAC el mismo porcentaje de usuarios que inician tratamiento (5,2%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (3.325 y 7.392) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en Tratamiento de Mantenimiento con Opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 2.993 inyectores que están en TMO. Esta cifra se estima asumiendo que el 40% de esta población ha consumido heroína el último año y que, de éstos, el 12,8% ha utilizado la vía inyectada en 2018.

Resultados

En España, en 2018, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 6.318 y 14.365 personas, con una estimación media de 10.341 personas (tabla 2.5.18). Se observa una disminución del número estimado de inyectores, rompiendo la tendencia ascendente que venía observándose en los últimos 3 años y que será necesario vigilar, para confirmar si hay un cambio real de tendencia o es un descenso puntual.

Tabla 2.5.18.

Estimación del número de Inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2018.

	Número de consumidores problemáticos de heroína		% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años.	
	Valor medio (valor mínimo y máximo)		Valor medio (valor mínimo y máximo)	
2009	18.549	(14.042- 23.056)	0,043	(0,057-0,071)
2010	15.649	(12.902- 18.397)	0,048	(0,040-0,057)
2011	14.863	(12.067- 17.659)	0,046	(0,038-0,055)
2012	11.865	(9.669- 14061)	0,038	(0,030-0,044)
2013	9.879	(7.971- 11.786)	0,030	(0,024-0,037)
2014	7.578	(5.634 - 9.522)	0,024	(0,018- 0,030)
2015	11.048	(6.818 - 15.278)	0,035	(0,021-0,049)
2016	12.684	(7.698-17.671)	0,041	(0,025-0,057)
2017*	13.070	(8.025-18.115)	0,042	(0,026-0,059)
2018	10.341	(6.318-14.365)	0,033	(0,020-0,046)

Tamaño población EDADES 2015: 31.030.473. Tamaño población EDADES 2017: 30.844.228. Tamaño población EDADES 2018: 31.980.402.

* Datos del 2017 corregidos por ajustes en la notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

A large, dark teal number '3' is positioned on the right side of the page, partially overlapping the text. It has a thick, rounded stroke and a large central cutout.

Sistemas de alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

Objetivo y funcionamiento

Las medidas adoptadas por los países europeos para prevenir la oferta de drogas se amparan en tres Convenios de las Naciones Unidas (ONU), que ofrecen un marco internacional para el control de la producción, el comercio y la posesión de más de 240 sustancias: Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada en 1972), Convenio Único sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

La rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y la diversidad de productos disponibles han supuesto un reto para esos Convenios y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)¹ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² y la Oficina Europea de Policía (Europol)³ en colaboración con los Estados miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción Común de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis⁴. Cada Estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna⁵.

El EWS tiene como objetivo la notificación de NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiéndose por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas. Asimismo, es también posible utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo, muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

En el ámbito de la UE, se ha revisado el marco jurídico que databa de 2005 (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la UE, de 10 de mayo de 2005⁶), con el fin de establecer un sistema más rápido y eficaz. La nueva legislación mantiene la estrategia de tres pasos para responder a las NSP —*alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control*—, reforzando los procesos existentes optimizando y acelerando los procedimientos de recopilación y evaluación de los datos.

1. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

2. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

4. Acción común de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DOL 167 de 25-6-97, p.1)

5. Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL127 de 20.5.2005, p. 32)

Esta nueva legislación está vigente en Europa desde el 23 de noviembre de 2018 y comprende:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas⁷.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo⁸.



La Directiva establece que para que una sustancia sea considerada nueva sustancia psicotrópica (NPS) a nivel de la UE, es necesario que la CE adopte un Acto Delegado, que a su vez los Estados miembros deberán recoger en su legislación nacional en el plazo de 6 meses. Con ello la sustancia pasará a tener la consideración legal de droga.

A su vez, el Reglamento incide en las diversas fases del procedimiento que tienen lugar desde el intercambio de información y alertas hasta la evaluación del riesgo. El nuevo procedimiento mantiene la estrategia en tres pasos o fases para dar respuesta: alerta temprana, evaluación del riesgo y medidas de control, pero introduce como novedad la aceleración y optimización de la fase de recopilación y evaluación de la información y reduce los plazos con respecto a los establecidos por la Decisión 2005/387/JAI. Estos cambios han sido en parte promovidos porque desde mediados de la década de 2000 se ha descrito un gran aumento de NSP en Europa alcanzando su máximo histórico en el año 2014. Esto fue impulsado por la globalización y las nuevas tecnologías, como internet, que permitieron su producción, venta y suministro a escala industrial.



Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados miembros de la UE, éstos envían la información disponible de la misma sobre su fabricación, tráfico y uso a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en Lisboa, a través de las

7. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1)

8. Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12)

Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX⁹ (formada por los 28 Estados miembros de la UE, Noruega, Comisión Europea y países candidatos) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

En este sentido, cada Estado miembro debe garantizar que se facilite oportunamente y sin dilaciones injustificadas la información disponible, que puede incluir datos relativos a la detección, la identificación, la utilización y las pautas de utilización, los riesgos potenciales y constatados, la producción, la extracción, la distribución y los métodos de distribución, el tráfico y el uso con fines comerciales, médicos o científicos y los riesgos tanto potenciales como identificados que presentan esas sustancias.

Europol y el EMCDDA recopilan y evalúan la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol, a los representantes de la Red Reitox del resto de los Estados miembros y a la CE. Esto permite a la red identificar y analizar cualquier amenaza potencial, así como también identificar e implementar cualquier medida de respuesta que pueda ser necesaria. Este proceso permite a los laboratorios forenses y de toxicología incluir la sustancia en su panel analítico.

Una vez que una NSP ha sido notificada formalmente, se somete a vigilancia a través del EWS para detectar señales de daño. Para ello, el EMCDDA utiliza diferentes fuentes de información como datos basados en eventos, vigilancia toxicológica o fuentes de acceso público. Dependiendo de la señal, las respuestas pueden incluir la vigilancia intensiva de las sustancias, la redacción de comunicados de riesgo y alertas y la producción de un informe inicial que puede derivar en un informe de evaluación de riesgo.

Fase 2: Informe inicial e informe de evaluación del riesgo

Informe inicial¹⁰

Cuando el EMCDDA, la Comisión o la mayoría de los Estados miembros considere que la información así recabada suscita preocupación por los riesgos sociales o resulten en un riesgo para la salud en los países de la UE, el EMCDDA deberá redactar un informe inicial sobre la nueva sustancia psicotrópica.

Este informe tendrá una primera indicación de:

- Evaluar la naturaleza y magnitud de los incidentes que revelan problemas sociales o para la salud con los que pudiera estar relacionada la sustancia, incluidos el número de incidentes y las pautas de uso.
- La descripción química y física de la nueva sustancia psicotrópica y los métodos y precursores químicos utilizados para su producción o extracción.
- La descripción farmacológica y toxicológica de la nueva sustancia psicotrópica.
- La implicación de grupos delictivos en su producción o distribución.

Además, el informe inicial contendrá también:

- Información sobre su uso humano y veterinario, entre otros, como principio activo de un medicamento de uso humano o veterinario si fuese el caso.
- Datos sobre los usos comerciales e industriales de la sustancia, el alcance de dicho uso y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Información sobre si la sustancia está sujeta a medidas restrictivas en alguno de los Estados miembros.
- Información sobre si la sustancia es actualmente o ha sido objeto de evaluación con arreglo al sistema establecido por las Naciones Unidas a través de sus Convenciones.
- Cualquier otra información disponible.

9. Red REITOX http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoxFAQs_EN_326619.pdf

10. Informes conjuntos disponibles en http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

EL EMCDDA dispone de un plazo de 5 semanas desde la recepción de los distintos informes solicitados para elaborar el Informe Inicial y presentarlo a la CE.

El Reglamento recoge también la posibilidad de que el EMCDDA presente un informe inicial conjunto en el caso de recoger información sobre varias sustancias psicotrópicas de estructura química similar, siempre que las características de cada una de ellas estén claramente identificadas.

En este caso, dispone de un periodo de 6 semanas desde la recepción de los informes antes reseñados para elaborar el Informe Inicial Conjunto y presentarlo a la CE.



Procedimiento e informe de evaluación del riesgo¹¹

La Comisión dispondrá de un plazo de 2 semanas desde la recepción del informe inicial para solicitar al EMCDDA que evalúe los riesgos potenciales de la sustancia, si de aquel se desprende que pudiese conllevar riesgos graves para la salud pública o riesgos sociales graves.

El plazo y los motivos son los mismos en el caso de que se haya realizado un informe inicial conjunto.

11. Informes de evaluación de riesgo: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

Estos informes deberán contener la siguiente información:

- Los datos disponibles sobre las propiedades químicas y físicas de la nueva sustancia psicotrópica, así como los métodos y los precursores químicos utilizados en su producción o extracción.
- La información disponible sobre las propiedades farmacológicas y toxicológicas de la sustancia.
- Un análisis de los riesgos para la salud asociados, en particular con respecto a su toxicidad aguda y crónica, propensión al abuso, riesgo de producir dependencia y efectos a nivel físico, mental y comportamental.
- Un análisis de los riesgos sociales asociados a la nueva sustancia, en particular, su impacto sobre el funcionamiento de la sociedad, el orden público y las actividades delictivas, y la participación de la delincuencia organizada en la producción, distribución, métodos de distribución y tráfico de la sustancia.
- La información disponible sobre el alcance y los patrones de uso de la sustancia, su disponibilidad y su potencial de difusión dentro de la UE.
- La información disponible sobre los usos comerciales e industriales de la nueva sustancia, el alcance de dichos usos y su empleo en la investigación y el desarrollo científicos.
- Cualquier otra información relevante de que disponga.

Para presentar un informe de evaluación del riesgo a la Comisión y a los Estados miembros, el EMCDDA dispone de un plazo de 6 semanas a contar desde el momento de la solicitud del mismo por la Comisión.

Fase 3: Toma de decisión

La legislación impone que, sobre la base de la evaluación del riesgo, la Comisión deberá adoptar sin dilaciones indebidas un Acto Delegado que suponga la inclusión de la nueva sustancia psicoactiva en el listado UE correspondiente, al tiempo que debe establecer los riesgos graves que entraña para la salud pública y, en su caso, riesgos sociales graves a escala de la UE, y que quedan incluidas en la definición de droga.

La Comisión dispone de un plazo de 6 semanas desde la recepción del informe de evaluación del riesgo para decidir si es necesaria o no la adopción de ese Acto Delegado y, en este último caso, deberá presentar un informe al Parlamento Europeo y al Consejo de la UE explicando sus razones.

La Comisión realizará consultas apropiadas y transparentes tanto con el Parlamento Europeo como con el Consejo. Estos tienen un plazo de 2 meses para estudiar la propuesta de Acto Delegado presentado por la Comisión y, si no hay objeción al mismo, éste se publicará en el Diario Oficial de la UE. Los Estados miembros tendrán un plazo de 6 meses para transponer la norma así adoptada a su legislación nacional.

El listado de las medidas de control adoptadas hasta la fecha está disponible en la web del EMCDDA¹².

Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

El EMCDDA publica¹³ información sobre las actividades del EWS y la situación de las NSP en Europa. A continuación, se resumen algunos de los datos más relevantes a partir del *Informe Europeo sobre Drogas 2019*¹⁴, en el que se resalta que las NSP suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

12. EMCDDA. Medidas de control: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

13. Early Warning System on NPS http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

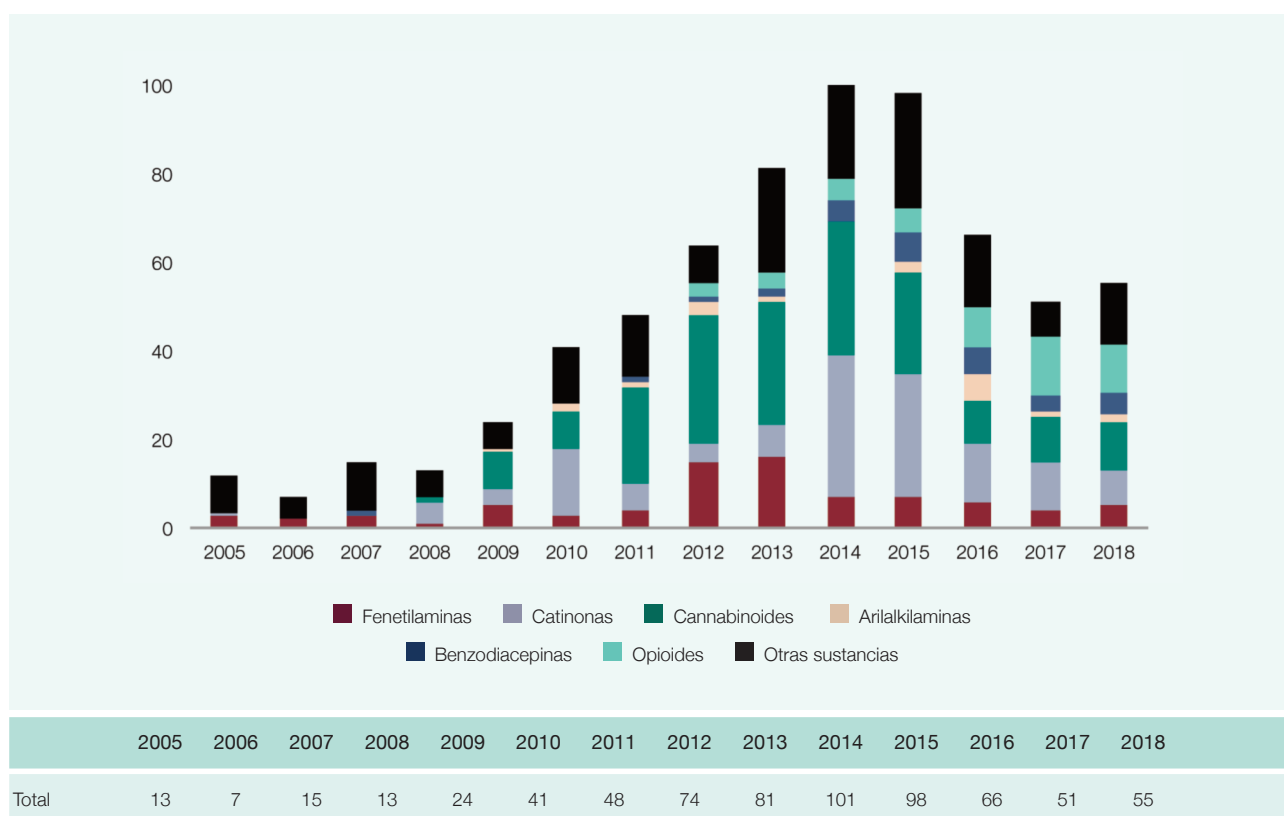
14. Informe Europeo sobre Drogas 2019: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf

En el año 2018, el EMCDDA monitoriza unas 680 NSP identificadas en Europa. Las sustancias monitorizadas son sustancias que no están siendo objeto de control por los mecanismos internacionales de fiscalización y conforman un amplio abanico de drogas, como los cannabinoides sintéticos, los estimulantes, los opioides y las benzodiacepinas (ver figura 3.1.1).

De todas las NSP notificadas los cannabinoides sintéticos con las catinonas son las más comúnmente identificadas, aunque los opioides que se encontrarían en quinto puesto son las que tienen mayor número de sustancias sujetas a una evaluación de riesgo en la UE y sometidas a control internacional (figura 3.1.2).

Figura 3.1.1.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2018.



FUENTE: EMCDDA. European Drug Report 2019.

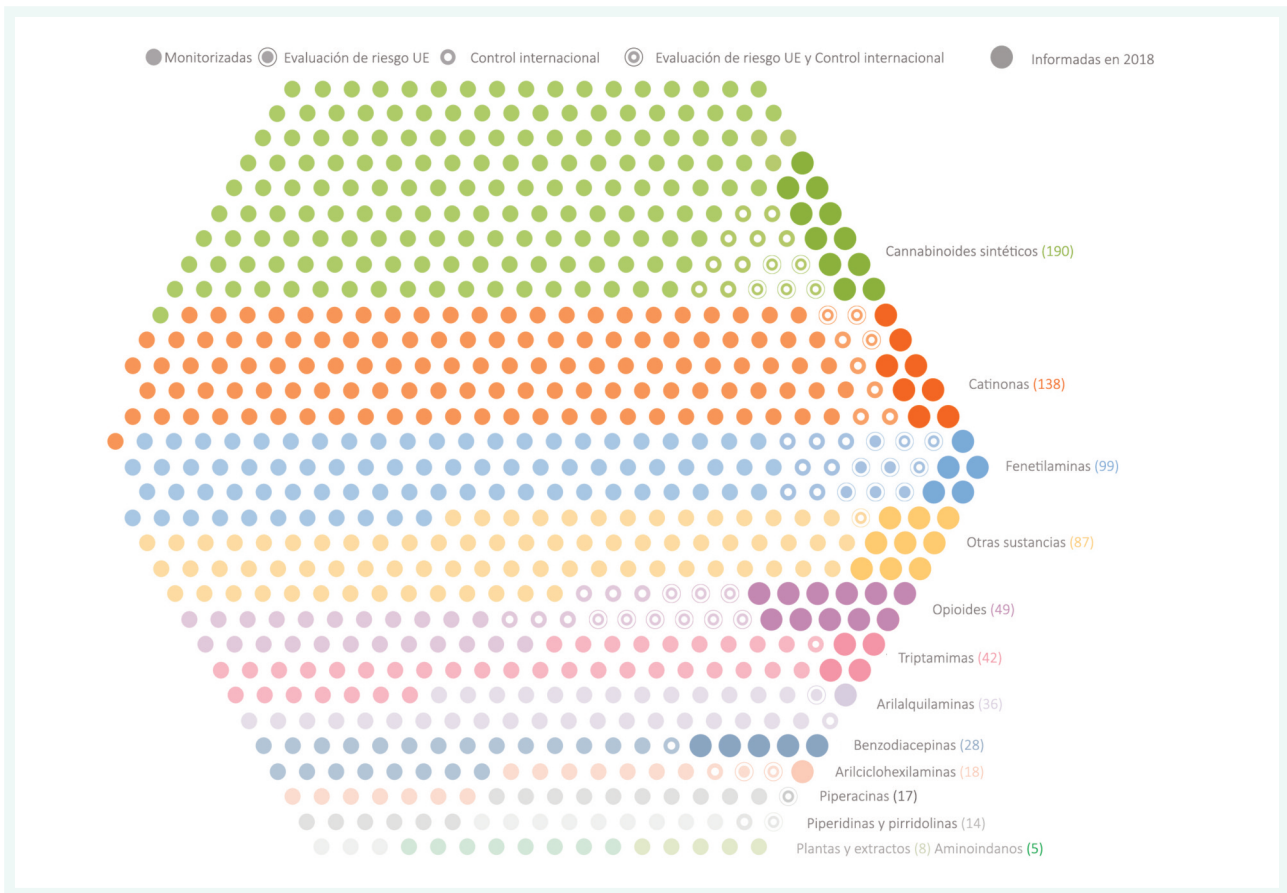
En cuanto a las incautaciones, a lo largo de 2017 se notificaron aproximadamente unas 64.800 incautaciones de NSP al Sistema de Alerta Temprana de la UE. De ellas, 40.200 incautaciones fueron notificadas por los veintiocho Estados miembros. Se observa un significativo descenso en decomisos con respecto a los datos correspondientes al año 2017 y una ligera tendencia de descenso en el número de decomisos que comienza el año 2016 desde su valor máximo registrado en el 2015 (figura 3.1.3).

Los decomisos de NSP han sido mayoritariamente de cannabinoides sintéticos y catinonas. Sin embargo, en los últimos años se aprecia mayor diversidad, destacando otros grupos de sustancias, como opioides y benzodiacepinas.

En Europa, las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas suelen estar dominadas por cannabinoides sintéticos y catinonas, que en conjunto representaron el 77% de todas las incautaciones notificadas en 2018 (64% para los Estados miembros de la UE) (figura 3.1.3).

Figura 3.1.2.

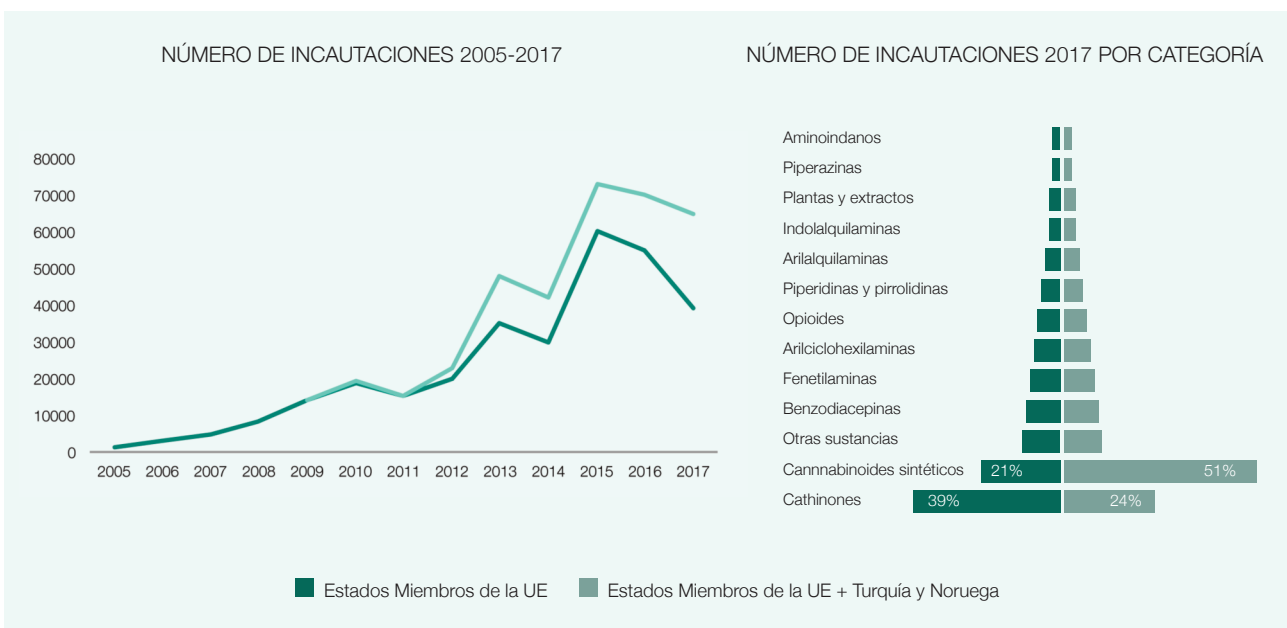
Resumen de nuevas sustancias psicoactivas - Sustancias notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE, 1997-2018.



FUENTE: EMCDDA. Drugs Market Report 2019.

Figura 3.1.3.

Incautaciones notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la UE: tendencias en número total de incautaciones y número de incautaciones por clasificación de NSP en 2017.



FUENTE: Elaboración propia a partir de EMCDDA. Drug Markets Report 2019.

Cannabinoides sintéticos y catinonas

Los productos que contienen cannabinoides y catinonas, incluidas las mezclas para fumar a base de hierbas y los "e-líquidos", generalmente se preparan a partir de polvo a granel. En los últimos años, ha habido una disminución en el número y la cantidad de polvo incautado que contiene cannabinoides sintéticos y catinonas en la Unión Europea.

Para los cannabinoides, esto puede reflejar una disminución en el procesamiento local de mezclas de hierbas para fumar.

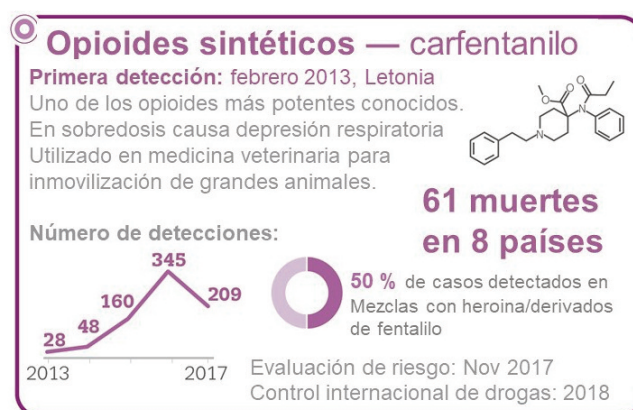


FUENTE: EMCDDA. Drugs Market Report 2019.

Para las catinonas, pueden estar en juego factores más complejos, ya que la aparente reducción de polvo incautado, en comparación con 2015 y 2016, ocurre en el contexto de un número pequeño pero creciente de sitios de producción de catinonas en Europa.

Nuevos opioides sintéticos derivados del fentanilo desplazados por nuevos opioides sintéticos

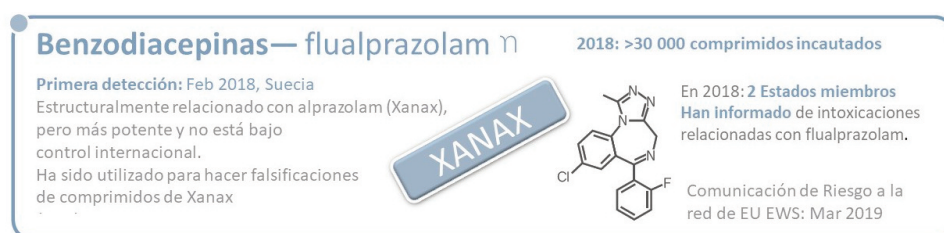
Se han detectado 49 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, 11 de ellos por primera vez en 2018. La cifra total incluye 34 derivados del fentanilo, de ellos 6 en 2018. Aunque su relevancia en el mercado de drogas es limitada, muchos de estos nuevos opioides (especialmente los derivados del fentanilo) son sustancias muy potentes que plantean una grave amenaza para la salud pública e individual. Durante el año 2017 se notificaron más de 300 incautaciones de carfentanilo en Europa, que representan unos 250 mililitros en forma líquida y 4 kilos de droga en polvo. Parte de este polvo se vende como heroína o mezclado con esta droga.



FUENTE: EMCDDA. Drugs Market Report 2019.

Nuevas benzodiazepinas: asociación con intoxicaciones y muertes

Recientemente ha aumentado el número, tipo y disponibilidad de NSP pertenecientes a la clase de las benzodiazepinas, que no están controladas por las leyes internacionales de control de drogas. Algunas se venden como falsificaciones de medicamentos como alprazolam (Xanax) y diazepam, utilizando las redes de distribución existentes en el mercado de drogas ilegales. Otras se venden a través de internet, a veces con su propio nombre, como versiones "legales" de



FUENTE: EMCDDA. Drugs Market Report 2019.

medicamentos autorizados. El EMCDDA vigila actualmente 28 nuevas benzodiazepinas, 23 de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en los cinco últimos años, notificándose en

2017, cerca de 3.500 incautaciones al EWS. Con una cifra superior a los 2,4 millones de comprimidos, esta presentación representa la mayoría de las incautaciones con un gran incremento respecto al 2016 de medio millón de unidades, incremento que puede atribuirse a la incautación de grandes cantidades de etizolam, en un solo país.

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas sigue siendo bajo

Desde 2011, más de la mitad de los países europeos han facilitado estimaciones nacionales del uso de NSP en sus encuestas generales de población, aunque la comparabilidad de datos entre países es limitada debido a diferencias metodológicas en la recogida de datos. En España, en el marco temporal 2016-2018 en población general de 15 a 64 años, sólo un 1,1% de la población manifiesta haber consumido estas sustancias, con un consumo más extendido en hombres que en mujeres. Encontramos la mayor prevalencia de éstos, en el grupo de edad de 25 a 34 años, donde el 3,3% de los hombres dice haber probado alguna vez estas sustancias.

Aunque los niveles de consumo de NSP son por lo general bajos en Europa, en un estudio del EMCDDA de 2016, se informa que más de dos tercios de los países comunicaron que su uso por parte de usuarios de drogas de alto riesgo generaba problemas de salud. En particular, el uso de catinonas sintéticas por parte de inyectores de opioides y estimulantes, se ha relacionado con problemas sociales y de salud. Además, el tabaquismo de cannabinoides sintéticos en poblaciones marginadas, incluso entre personas sin hogar y presos, se ha identificado como un problema en varios países europeos. En general, son pocas personas las que actualmente ingresan para tratamiento por problemas asociados con el uso de NSP en Europa.

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Normativa, objetivo y funcionamiento

Normativa

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea (UE) requirió que cada país miembro de la UE contase con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Oficina Europea de la Policía (Europol).

La normativa comunitaria vigente está actualmente compuesta por¹:

- El Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) n° 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas.
- La Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo.



En España, con objeto de implementar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y proporcionar a su actividad la necesaria cobertura jurídica, se utilizaron tanto disposiciones normativas de carácter específico en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas, como también disposiciones normativas de carácter genérico en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales) que ya estaban vigentes.

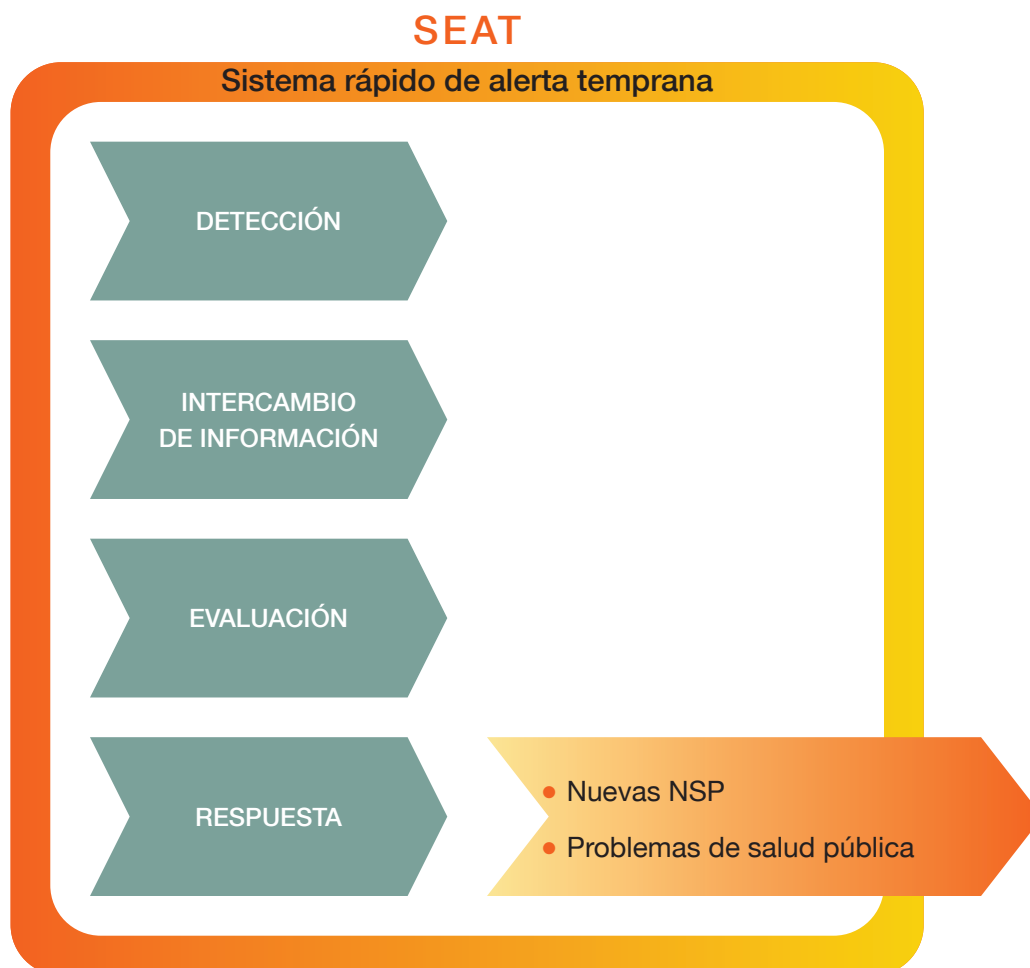
El nuevo marco normativo europeo para la actividad del EWS proporciona la cobertura necesaria para la actividad del SEAT al ser el Reglamento (UE) 2017/2101 de directa aplicación.

1. Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) n° 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 305 de 21-11-2017, p. 1).

Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo (DOL 305 de 21-11-2017, p. 12).

Objetivo

El objetivo general del SEAT es disponer de un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Se entiende por “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas.



La información resultante de este sistema debe aportar información de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional.

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

- Identificar las “nuevas sustancias psicoactivas” (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.
- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, relativas al uso y abuso de sustancias psicoactivas que puedan generar un problema de salud pública. Éstas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, entre otros.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, es la responsable del correcto funcionamiento del SEAT así como del cumplimiento de lo establecido por la normativa europea vigente y ha venido notificando al EWS desde su creación, como parte de las actividades de comunicación al EMCDDA.

El SEAT se configura como una red, en la que todos sus miembros se encuentran interrelacionados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio multidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD [Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)], que elabora un informe y lo distribuye entre todos los componentes de la red, resaltando las fuentes de la información, si la alerta se considera finalizada o no y los pasos a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

La red del SEAT, además de tener relaciones internacionales con instituciones europeas, también tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado (AGE), y a nivel autonómico. La colaboración de Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), es muy relevante para el SEAT y sus aportaciones resultan claves para la red al desarrollar su labor cerca de los usuarios.

A continuación, se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el CITCO, centralizando la recogida, análisis y difusión de la información.

Entre sus actividades se incluyen la difusión a toda la red SEAT de información actualizada sobre la detección de NSP en España y en Europa².

El OEDA es el interlocutor con el EWS a través del EMCDDA, notificando las NSP detectadas en España, así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA, es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana y el interlocutor con Europol.

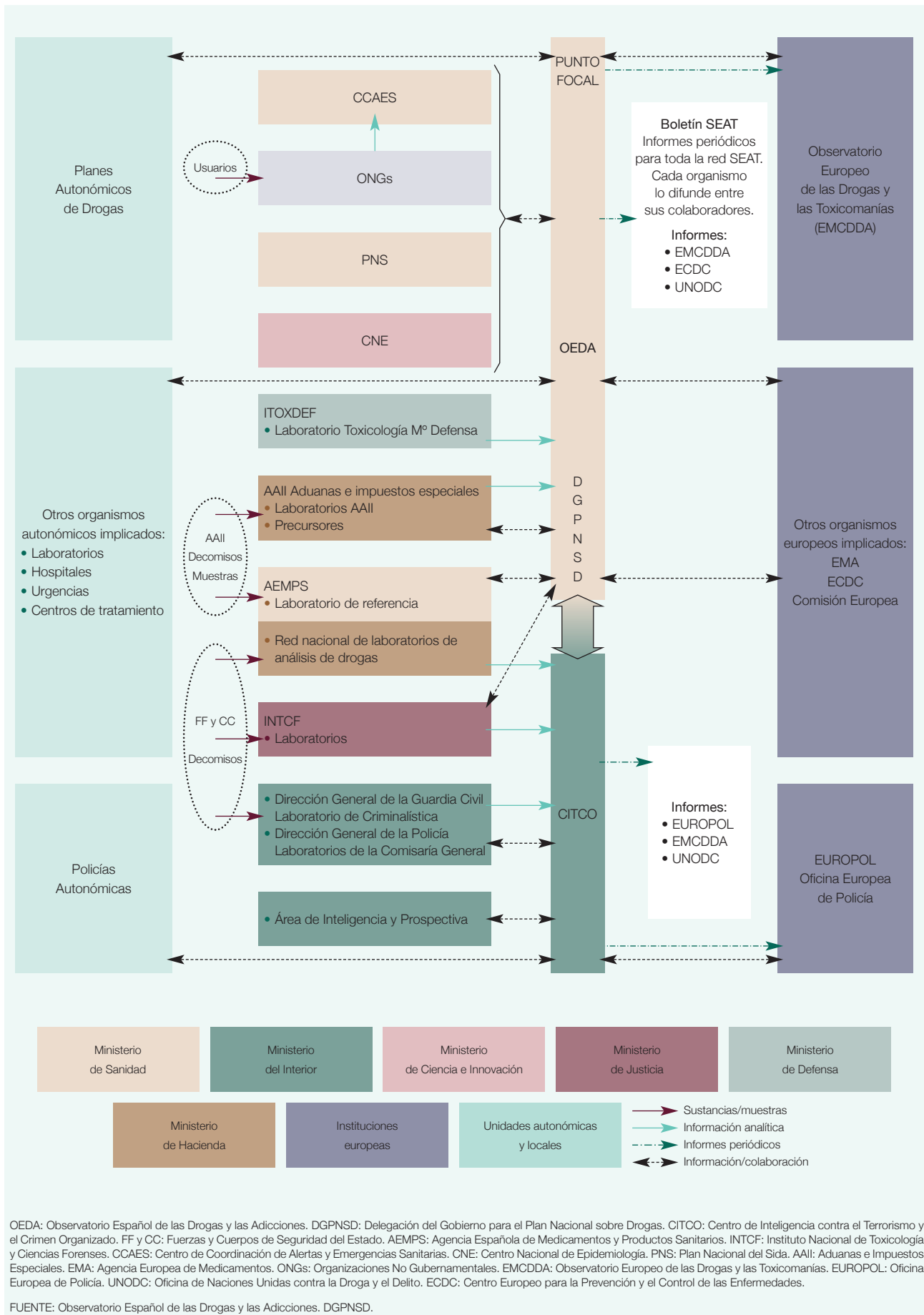
El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y detección de nuevas sustancias que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, entendidas como las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**, del Ministerio de Justicia, que une a su misión específica, la de informar a la Administración Pública y difundir información relativa a Ciencias Forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se evalúan tanto muestras biológicas (procedentes de autopsias judiciales e individuos vivos) como muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicótopos).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.

2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



- **Plan Nacional sobre el SIDA (PNS)**, del Ministerio de Sanidad. Se encarga de la recogida, análisis y notificación de información sobre NPS en el ámbito de sus competencias.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Ciencia e Innovación, realiza estudios epidemiológicos de problemas emergentes, evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, además de intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda, son responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, así como de los resultados de análisis realizados en sus laboratorios.
- **Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, de las Fuerzas Armadas, es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación, El ITOXDEF cuenta con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicótopos.

Unidades Autonómicas y Locales

- **Planes Autonómicos de Drogas**, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas comunidades y ciudades autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT.

Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

En los municipios que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias, la notificación se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica**, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las comunidades/ciudades autónomas**. En algunos casos, los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las comunidades/ciudades autónomas.

Organizaciones no gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por ONGs, institutos de investigación y otras entidades, que forman parte activa del SEAT, notificando todas aquellas incidencias relevantes. Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT se encuentran Energy Control³, Ai Laket⁴ y Cruz Roja Española⁵.

Organismos internacionales

Aunque los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es transcendental que se encuentren presentes en el esquema general, dado la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (OEDA). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la AEMPS está en conexión permanente con la EMA.

3. Energy Control : <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <https://www2.cruzroja.es/>

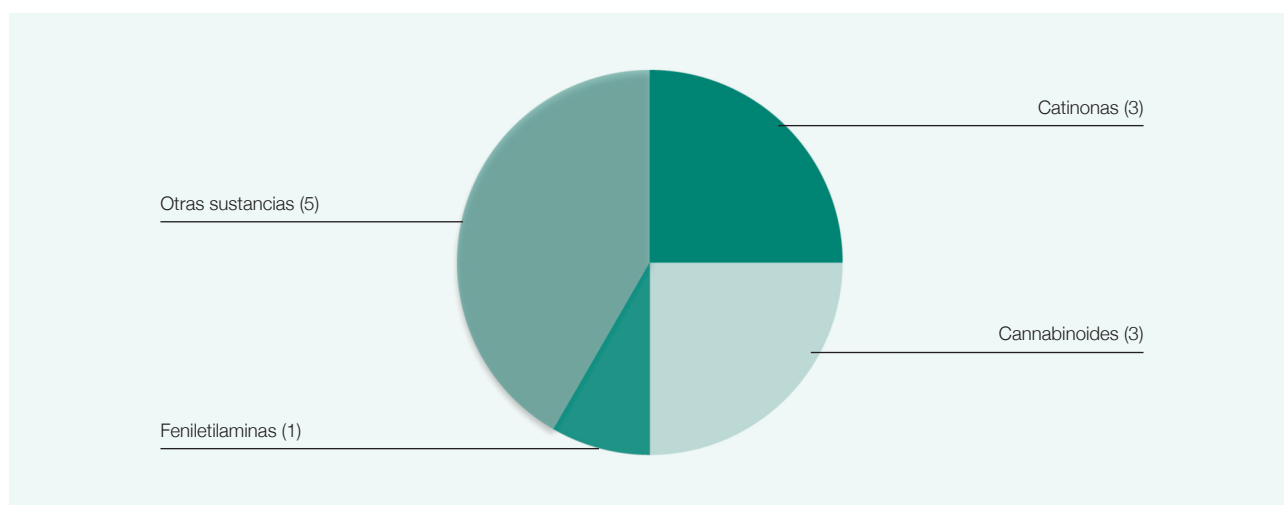
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública⁶. En 2019 se detectaron en España 12 NSP, que incluyen dos primeras detecciones a nivel europeo. Pertenecían a los siguientes grupos: catinonas (3), cannabinoides (3), feniletilaminas (1) y otros (5).

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

Figura 3.2.2.

Nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT). España, 2019.



FUENTE: OEDA. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Tabla 3.2.1.

Actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2013-2019.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
NSP detectadas en España por primera vez	18	17	35	43	6	4	12
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	2	3	3	3	–	1	2
NSP detectadas en la Unión Europea + Noruega + Turquía por primera vez	81	101	98	66	42	53	46
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras)	–	16	17	15	2	3	6
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras)	–	2	6	1	6	1	0

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

6. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE, 2014-2019.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α-Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Arilciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-10-2014
Etilona: (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)- 2-(ethylamino) propan-1-one	2-ethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl) propan-1-one	Catinonas	03-10-2014
6-MAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine o 6-(2-metilaminopropano) benzofurano y 6-desoxi-MDMA	Arilalquilaminas	10-10-2014
Diphenidine	(±)-1-(1,2-Diphenylethyl)piperidine	Otros	17-11-2014
2 PEA	(2-phenethylamine)	Fenetilaminas	29-12-2014
Pentedrone	1-phenyl-2-(methylamino)pentan-1-one	Catinona	29-12-2014
2-chloro-4,5-MDMA*	2-chloro-4,5-MDMA	Fenetilaminas	29-12-2014
25N-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-nitrofenil)-N-(2-metoxibenzil) etanamina	Fenetilaminas	30-12-2014
PMMA	1-(4-Methoxyphenyl)-N-methyl-propan-2-amine o para-Methoxy-N-methylamphetamine o methyl-MA o 4-methoxy-N-methylamphetamine	Fenetilaminas	26-01-2015
4-F Ethcathinone*	2-(Ethylamino)-1-(4-fluorophenyl)propan-1-one)	Catinonas	02-02-2015
Kava Kava	Piper methysticum	Plantas y extractos	04-02-2015
2-Meo-diphenidine	1-(1-(2-methoxyphenyl)-2-phenylethyl)	Otros	04-02-2015
3-MMC	3-methylmethcathinone	Catinonas	19-02-2015
MDPBP	(RS)-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-butanone o 3,4-methylenedioxy-α-pyrrolidinobutyrophenone)	Catinonas	23-03-2015
4-BMC	RS)-1-(4-bromophenyl)-2-methylaminopropan-1-one o 4-Bromomethcathinone o Bephedrone	Catinonas	23-03-2015
4-CMC	4-chloromethcathinone 1-(4-chlorophenyl)-2-(Methylamino) propan-1-one (hydrochloride) o Clephedrone	Catinonas	23-03-2015
6-APB	6-(2-aminopropyl) benzofuran	Arilalquilaminas	24-03-2015
Deschloroketamine	2-(methylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	08-04-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
AB-CHMINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	16-04-2015
4-HO-MET	3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1H-indol-4-ol	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
5-Meo-MIPT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
4-EEC	1-(4-ethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 4-ethylethcathinone	Catinonas	07-05-2015
2-MMC	1-(2-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 2-methylmethcathinone	Catinonas	07-05-2015
NM2AI	(N-methyl-2-aminoindane): 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine	Aminoindanos	08-05-2015
TMA-6	(Trimethoxyamphetamine): 2,4,6-trimethoxyamphetamine	Fenetilaminas	08-05-2015
MPA-Methiopropamine	1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane (hydrochloride) o MPA, 2-thienomethamphetamine, methiopropamine,	Airilquilaminas	08-05-2015
Ethynaphthdate*	(Ethyl 2-(naphthalen-2-yl)-2-(piperidin-2-yl)acetate (hydrochloride) o Ethynaphthdate	Piperidinas/Pirrolidinas	03-06-2015
α -PVT	α -Pyrrolidinopentiothiophenone o α -PVT	Airilquilaminas	29-06-2015
5-MAPB	1-(benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine o 5-MAPB	Airilquilaminas	29-06-2015
MDAI	6,7-dihydro-5H-cyclopenta(f)(1,3)benzodioxol-6-amine o 5,6-Methylenedioxy-2-aminoindane	Aminoindanos	29-06-2015
MDMB-CHMICA	(Methyl-2-(1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-ylcarbonylamino)-3,3-dimethylbutanoate)	Cannabinoides	16-07-2015
2,3 XP	1-(2,3-dichlorophenyl)piperazine o Dimethylalanine	Piperazinas y derivados	04-08-2015
AB-Pinaca	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	03-09-2015
3F-Phenmetrazine (Legal highs labelled "CHING")	2-(3-fluorophenyl)-3-methylmorpholine	Otros	03-09-2015
Ocfentanyl	N-(2-fluorophenyl)-2-methoxy-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]acetamide	Opioides	02-10-2015
Ephenidine	(N-ethyl-1,2-diphenylethylamine o NEDPA)	Otros	05-10-2015
25I-NBF	2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-fluorophenyl)methyl]ethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
25C-NBF*	4-chloro-N-[(2-fluorophenyl)methyl]-2,5-dimethoxybenzeneethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
3-Meo-PCP	1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine o 3-Methoxyphencyclidine	Airilciclohexilaminas	30-10-2015
Arecolina (Nuez de Betel)	N- Methyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine-3-carboxylic acid, methyl ester	Plantas y extractos	30-10-2015
3,4-CTMP	Methyl-2-(3,4-dichlorophenyl)-2-[piperidin-2-yl]acetate o 3,4-dichlormethylphenidate	Piperidinas/Pirrolidinas	30-10-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
4-AcO-DMT	4-acetoxi-N,N-dimetiltriptamina (maleate) o 4-AcO-DMT (maleate) o O-Acetylpsilocin (maleate);	Triptaminas (Indolalquilaminas)	07-12-2015
TH-PVP	2-(pirrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one	Catinonas	07-12-2015
4'-cloro- α -PPP	1-(4-clorofenil)-2-(1-pirrolidinil)propan-1-one	Catinonas	25-01-2016
U-47700	3,4-dicloro-N-[2-(dimetilamino)ciclohexil]-N-metilbenzamida	Opioides	25-01-2016
EG-018	(naphthalen-1-yl)(9-pentil-9H-carbazol-3-yl)methanone	Cannabinoides	03-02-2016
5-BDPi	(1-(2,3-dihidro-1H-inden-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona)	Catinonas	07-03-2016
Khat	Catha edulis	Catinonas	07-03-2016
4MeTMP	4metil metilfenidato	Piperidinas/Pirrolidinas	07-03-2016
Dibutilona	(2-dimetilamino-1-(3,4-metilenedioxifenil)butan-1-ona)	Catinonas	11-03-2016
Tiletamina*	2-etilamino-2-(2-tienil) clclohexanona	Arilciclohexilaminas	11-03-2016
6-EAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	18-03-2016
4-MeO PV9	1-(4-metoxifenil)-2-(pirrolidin-1-yl)octan-1-one, monohydrochloride	Catinonas	29-03-2016
1p-LSD	(N,N-diethyl-7-metil-4-propanoil-6,6a,8,9-tetrahidroindolo [4,3-fg]quinoline-9-carboxamida)	Otros	29-03-2016
BK-2CB	2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimetoxifenil)ethan-1-one	Catinonas	29-03-2016
N-etil hexedrona	2-etilamino-1-fenilhexan-1-ona	Catinonas	27-05-2016
Flubromazolam	8-bromo-6-(2-fluorofenil)-1-metil-4H-[1,2,4]triazolo-[4,3a][1,4] benzodiazepine	Benzodiazepinas	06-07-2016
Diclacepam	7-cloro-5-(2-clorofenil)-1-metil-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
Flubromazepam	7-bromo-5-(2-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
2C-C	(4-cloro-2,5-dimetoxifenetilamina)	Fenetilaminas	15-07-2016
ETH-LAD	(6aR,9R)-N,N-diethyl-7-ethyl-4,6,6a,7,8,9-hexahidroindolo-[4,3-fg]quinoline-9-carboxamida	Triptaminas (Indolalquilaminas)	15-07-2016
4-metil N-etil-norpentedrona	2-(etilamino)-1-(4-metilfenil)pentan-1-one	Catinonas	15-07-2016
ADB-CHMINACA	(N-[1-(aminocarbonyl)-2,2-dimetilpropil]-1-(ciclohexilmetil)-1H-indazole-3-carboxamida o MAB-CHMINACA)	Cannabinoides	21-07-2016
Mexedrona	(3-metoxi-2-(metilamino)-1-(4-metilfenil)propan-1-one (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
4-Cloro-alfa-PVP	(4-cloro-alfa-pirrolidinoveralofenona (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
N-etil-norpentedrona	(2-(etilamino)-1-fenil-pentan-1-one) o también llamada alfa-etilaminopentiofenona	Catinonas	21-07-2016
4-CEC	1-(4-clorofenil)-2-(etilamino)propan-1-one 4-cloro-N-ethylcathinone, 1-p-clorofenil-2-etilamino-propanone 4-chloroethcathinone	Catinonas	28-07-2016
4-EMC (4-Etilmetcatinona)	(RS)-2-metilamino-1-(4-etilfenil)propane-1-one	Catinonas	13-09-2016

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Mebroqualona	3-(2-bromophenyl)-2-methylquinazolin-4(3H)-one	Otros	19-09-2016
4-Fluoro-etil-fenidato	ethyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(piperidin-2-yl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	19-09-2016
BK-EBDP Efilona	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)pentan-1-one	Catinonas	19-09-2016
2-FK*			
2-Fluoro-descloroketamina	2-(2-Fluorophenyl)-2-methylamino-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	19-09-2016
4-Fluoro-metil-fenidato	methyl 2-(4-fluorophenyl)-2-(2-piperidyl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	28-09-2016
3-CMC (3-Clorometcatinona)	1-(3-chlorophenyl)-2-(methylamino)-1-propanone	Catinonas	29-09-2016
3-MeO-PCE	N-Ethyl-1-(3-methoxyphenyl)cyclohexan-1-amine	Arilciclohexilaminas	30-09-2016
3-Metiletcatinona	(3-MEC) (2-(Ethylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
4-Metil pentedrona	(2-(methylamino)-1-(p-tolyl)pentan-1-one)	Catinonas	30-09-2016
5-DBFPV	1-(2,3-dihydrobenzofuran-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one	Catinonas	05-10-2016
Furanilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]-furan-2-carboxamide	Opioides	10-10-2016
Kratom	Mitragyna speciosa	Plantas y extractos	07-12-2016
CUMYL-4CN-BINACA o SGT-78	1-(4-cyanobutyl)-N-(1-methyl-1-phenyl-ethyl)indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	07-12-2016
25I-NBOH	2-[[2-(4-iodo-2,5-dimetoxi-fenil) etilamino] metil]fenol	Fenetilaminas	09-12-2016
MET	(N-methyl-N-ethyltryptamine)	Triptaminas (Indolalquilaminas)	09-12-2016
MDA-19*	N-[(Z)-(1-hexyl-2-oxoindol-3-ylidene)amino]benzamide	Cannabinoideos	29-12-2016
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	methyl-[2-(1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimethylbutanoate]	Cannabinoideos	01-12-2016
Descloro-N-etil-ketamina	2-(ethylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	24-03-2017
U-49900	(3,4-dichloro-N-(2-(diethylamino)cyclohexyl)-N-methylbenzamide)	Opioides	27-03-2017
5-HO-DMT	Bufotenina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	27-03-2017
5F-3,5-AB-PFUPPYCA o AZ-037	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(5-fluoropentyl)-5-(4-fluorophenyl)-1H-pyrazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-06-2017
MMB-2201/5F-AMB-PICA/I-AMB	Methyl (1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carbonyl)-L-valinate	Cannabinoideos	10-07-2017
4-AcO-MET	4-Acetoxy-N-ethyl-N-methyltryptamine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	11-10-2017
Ciclopropilfentanilo	N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]cyclopropanecarboxamide	Opioides	05-04-2018
MD-PHP	(1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-pyrrolidin-1-yl-hexan-1-one)	Catinonas	08-06-2018
Ibogaina	12-methoxyibogamine	Planta y extractos	24-09-2018
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[[4-fluorophenyl]methyl]-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoideos	28-12-2018
EPT*	N-etil-N-propiltryptamina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	28-12-2018
Flibanserina	1-(2-(4-[3-(trifluormethyl)phenyl]piperazine-1-yl)ethyl)-1,3-dihydro-2H-benzimidazole-2-one	Otros	11-01-2019
Amantadine*	adamantan-1-amine	Otros	20-02-2019

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
25E-NBOH	2-(((2-(4-ethyl-2,5-dimethoxyphenyl)ethyl)amino)methyl)phenol	Feniletilaminas	06-03-2019
Eutylone	1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)butan-1-one	Catinonas	07-03-2019
FUB-AKB48	N-((3s,5s,7s)-adamantan-1-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	19-03-2019
Cyproheptadine	4-(5H-dibenzo[a,d][7]annulen-5-ylidene)-1-methylpiperidine	Otros	01-04-2019
Promethazine*	N,N-dimethyl-1-(10H-phenothiazin-10-yl)propan-2-amine	Otros	11-04-2019
3-CEC	1-(3-clorofenil)-2-(etilamino)propan-1-ona	Catinonas	15-04-2019
pF-4-methylaminorex	5-(4-fluorophenyl)-4-methyl-4,5-dihydro-1,3-oxalazol-2-amine	Otros	17-04-2019
5F-MDMB-PICA	methyl 2-[[1-(5-fluoropentyl)indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethyl-butanoate	Cannabinoides	24-04-2019
CUMYL-5FPINACA	1-(5-fluoropentyl)-N-(1-methyl-1-phenylethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	02-08-2019
α -pyrrolidinohexanophenone (α -PHP)	1-phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)hexan-1-one	Catinonas	29-11-2019

* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en ese año y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

La Directiva Delegada (UE) 2019/369 de la Comisión, de 13 de diciembre de 2018, por la que se modifica el anexo de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo en lo que respecta a la inclusión de nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de “droga”, incluye, entre otras, las sustancias N-(1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il)-1 (ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida (ADB-CHMINACA) y 1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1H-indazol-3-carboxamida (CUMIL-4CN-BINACA) en el anexo de la citada Decisión Marco 2004/757/JAI.

Además, las Decisiones de Ejecución (UE) 2018/747 y 2018/748 del Consejo, de 14 de mayo de 2018, por las que se someten las nuevas sustancias psicoactivas ADB-CHMINACA (N-(1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il)-1 (ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida) y CUMIL-4CN-BINACA (1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1H-indazol-3-carboxamida) a medidas de control, definen las sustancias ADB-CHMINACA y CUMIL-4CN-BINACA como nuevas sustancias psicotrópicas que deben estar sujetas a medidas de control y a sanciones penales, previstas en la legislación nacional vigente en la materia, de conformidad con las obligaciones contraídas en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

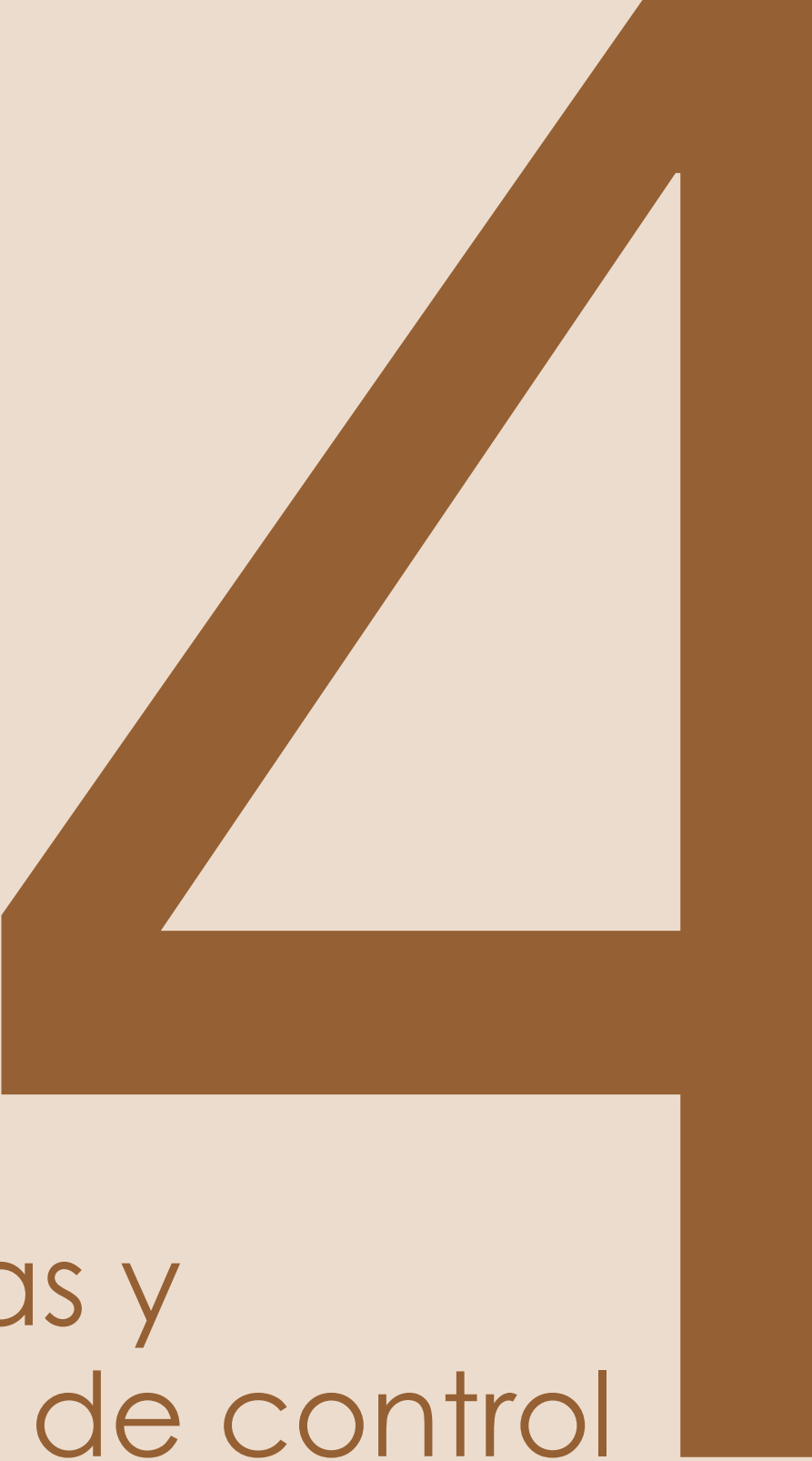
Asimismo, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 62º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 62/5, 62/6, 62/7, 62/8 y 62/9. Estas decisiones establecen la inclusión de las sustancias ADB-FUBINACA (N-[(2S)-1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il]-1-[(4-fluorofenil)metil]-1H-indazol-3-carboxamida), FUB-AMB (metil(2S)-2-[[1-[(4-fluorofenil)metil]-1H-indazol-3-carbonil]amino]-3-metilbutanoato), ADB-CHMINACA (N-(1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il)-1(ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida), CUMIL-4CN-BINACA (1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1H-indazol-3-carboxamida) y N-etilnorpentilona(1-(2H-1,3-benzodioxol-5-il)-2-(etilamino)pentan-1-ona en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas. Se pueden consultar las listas de fiscalización permanentemente actualizadas en la página web de NNUU^{7,8}, así como la normativa nacional en las páginas web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas⁹ y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹⁰.

7. Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, a 24 de mayo de 2019 (lista amarilla): http://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist_Forms/yellow-list.html

8. Listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, a 11 de noviembre de 2018 (lista verde): <http://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html>

9. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/home.htm>

10. <https://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/medicamentosUsoHumano/estupefacientesPsicotropos.htm>



Oferta
de drogas y
medidas de control

4.1. Ventas de tabaco, 2005-2019

En este apartado se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre 2005 y 2019.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.1.1) como en unidades físicas (tabla 4.1.3) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 11.865,093 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2019, el 86,0% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de mercado viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 8,8% en 2019 y desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable mostrando una ligera disminución en los últimos años (tabla 4.1.2). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, venían siendo residuales, sin superar el 1,0%, pero se observa en 2019 un aumento respecto a los años anteriores, suponiendo en 2019 el 1,3% (tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2019.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	Variación 19/05 (%)	Variación 19/18 (%)
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.312,166	10.311,177	10.122,349	10.166,996	10.201,155	-0,41	0,34
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	478,243	470,207	0,64	-1,68
Picadura de liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	975,075	1.002,580	1.038,434	468,92	3,58
Picadura de pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	105,138	155,297	1.815,59	47,71
TOTAL	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	11.855,562	11.904,084	11.859,990	11.652,008	11.752,957	11.865,093	8,94	0,95

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2019.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9	86,5	86,0
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4	8,4	8,5	8,8
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6	0,9	1,3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Aunque los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, su volumen de ventas ha ido disminuyendo progresivamente desde 2011, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre ese año y 2013. Desde 2015 el descenso es más progresivo.

Como se puede apreciar en la figura 4.1.1, si bien entre los años 2005 y 2008 las ventas de cigarrillos se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligerísima tendencia a la baja (-2,8%), en el periodo 2009-2013 se redujeron en un 41,6 %. A partir de 2013 y hasta el 2018 las ventas han seguido descendiendo, pero muy moderadamente: -6,07%. No obstante, en 2019 se observa un aumento del 0,54% en las ventas respecto a 2018 (figura 4.1.1 y tabla 4.1.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las comunidades autónomas, siendo los más destacados los correspondientes a Andalucía (-57,18%), Baleares (-55,61%), País Vasco (-53,91%) y Comunidad Valenciana (-53,05%) si consideramos el periodo 2005-2019. En 2019 se ha apreciado un incremento respecto al año anterior en 5 CCAA; Navarra, Andalucía, Cataluña, Castilla-La Mancha, y País Vasco. Los mayores descensos en las ventas entre 2018 y 2019 se han observado en Cantabria (-3,23%), Asturias (-1,89%) y Castilla y León (-1,69%) como se puede apreciar en la tabla 4.1.3.

En las ventas de cigarros puros, se produjo un aumento de las ventas moderado entre 2005 y 2009 (+5,3%) y se incrementó de forma importante entre 2009 y 2013 (+97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se observa una mantenida reducción de las mismas: -13,6% entre 2013 y 2019 (figura 4.1.1). Es decir, a partir de 2013, las ventas de cigarros se mantienen más o menos estables, con una pequeña reducción.

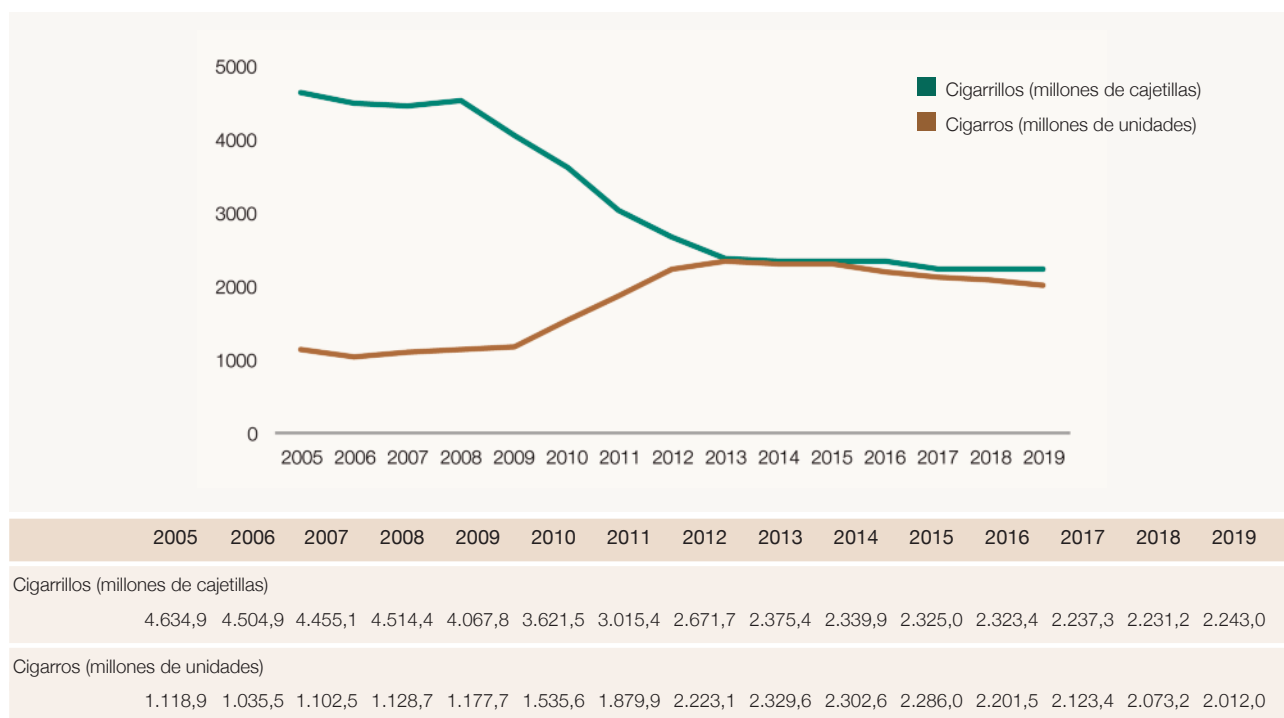
El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó también considerablemente entre 2008 y 2013 (+67,7%), pero también éstas comenzaron a descender a partir de 2013, siendo en 2017 menores en un 17,7% respecto a ese año 2013. No obstante, en los dos últimos años se ha podido observar un incremento de un 5,4% en el volumen de ventas respecto al año 2017 (figura 4.1.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante entre 2008 y 2011, para posteriormente, y hasta 2013, descender un 62,01%, y volver a aumentar en el periodo 2013-2019 un 142,19%. Las ventas correspondientes a 2019 fueron superiores a las de 2018 en un 40,01% (figura 4.1.2).

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores del tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento que fue visible en todas las comunidades autónomas, dejó de ser tan evidente a partir de 2014. Las variaciones en las ventas de cigarros puros y de los cigarrillos, desde 2013 (figuras 4.1.1 y 4.1.2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado; no obstante, habrá que seguir observando cómo evolucionan los últimos registros sobre las picaduras de liar y de pipa pues registran un ligero aumento en los últimos años.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2019.



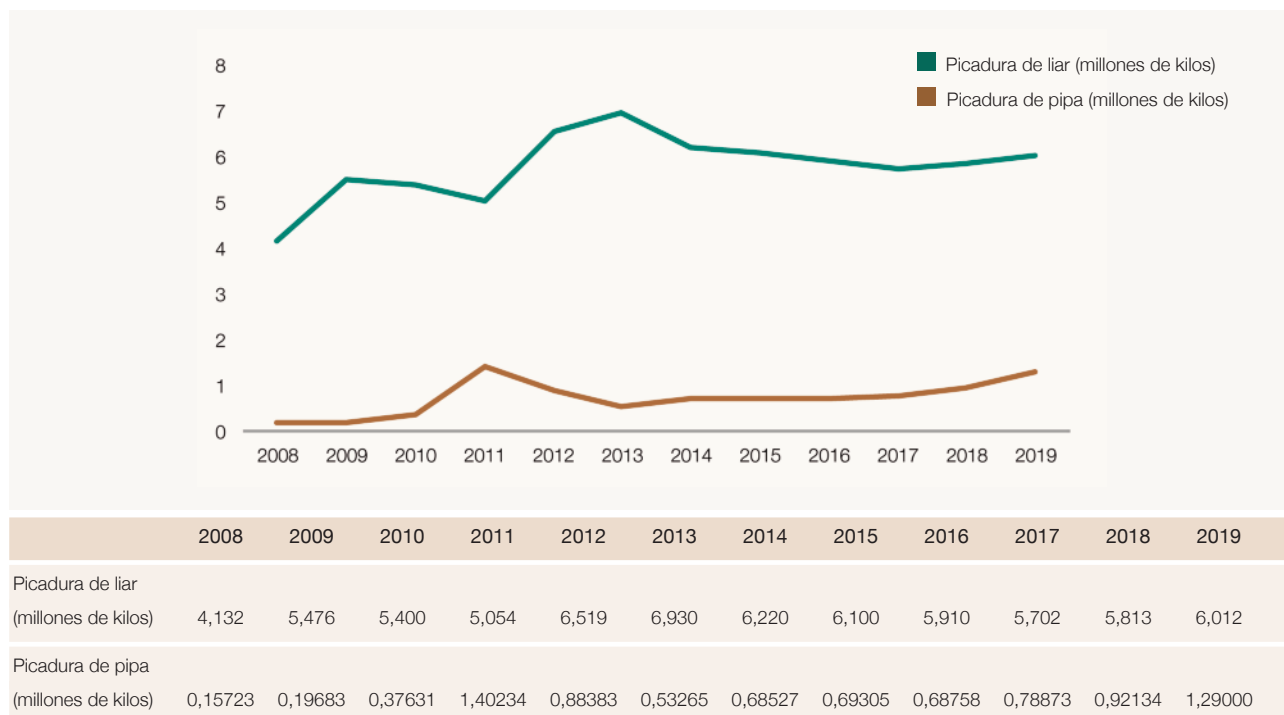
* Península y Baleares.

Variaciones ventas de cigarrillos: 2005-2008: -2,6%; 2009-2013: -41,6%; 2013-2018: -6,07%; 2013-2019: -5,6%; 2018-2019: +0,54%.
 Variaciones ventas de cigarros puros: 2005-2009: +5,3 %; 2009-2013: +97,8%; 2013-2019:-13,6%; 2018-2019: -3%.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 4.1.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2008-2019.



** Península y Baleares.

Variaciones picadura de liar: 2008-2013: +67,7%; 2013-2017: -17,7%; 2017-2019: 5,4%; 2018-2019: +3,4%; 2008-2019: +45,5%.
 Variaciones picadura de pipa: 2008-2010: +139,3%; 2011-2013: -62,01%; 2013-2019: +142,19%; 2018-2019: +40,01%; 2008-2019: +720,45%.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por comunidad autónoma*. España, 2005-2019.

Comunidad Autónoma	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	Variación 19/05 (%)	Variación 19/18 (%)
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	118	116	-48,67	-1,69
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	53	52	-48,51	-1,89
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	46	48	-49,47	4,35
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	53	53	-50,47	0,00
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	117	118	-53,91	0,85
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	31	30	-48,28	-3,23
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	126	124	-45,37	-1,59
C.-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	102	103	-45,50	0,98
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	350	361	-57,18	3,14
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	16	16	-40,74	0,00
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	71	71	-47,01	0,00
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	77	76	-48,99	-1,30
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	285	283	-48,36	-0,70
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	420	427	-51,97	1,67
Valencia	590	569	491	359	285	281	284	278	277	277	-53,05	0,00
Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	88	87	-55,61	-1,14
Total	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	2.231	2.243	-51,61	0,54

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Ministerio de Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2019

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes (tabla 4.2.1.).

Tabla 4.2.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2019.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Heroína (Kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524	251	234
Cocaína (Kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685	21.621	15.629	40.960	48.453	37.868
Hachís (Kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762	380.361	324.379	334.919	436.963	349.489
Éxtasis															
(Nº de pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867	134.063	346.848	348.220	300.571	267.632

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

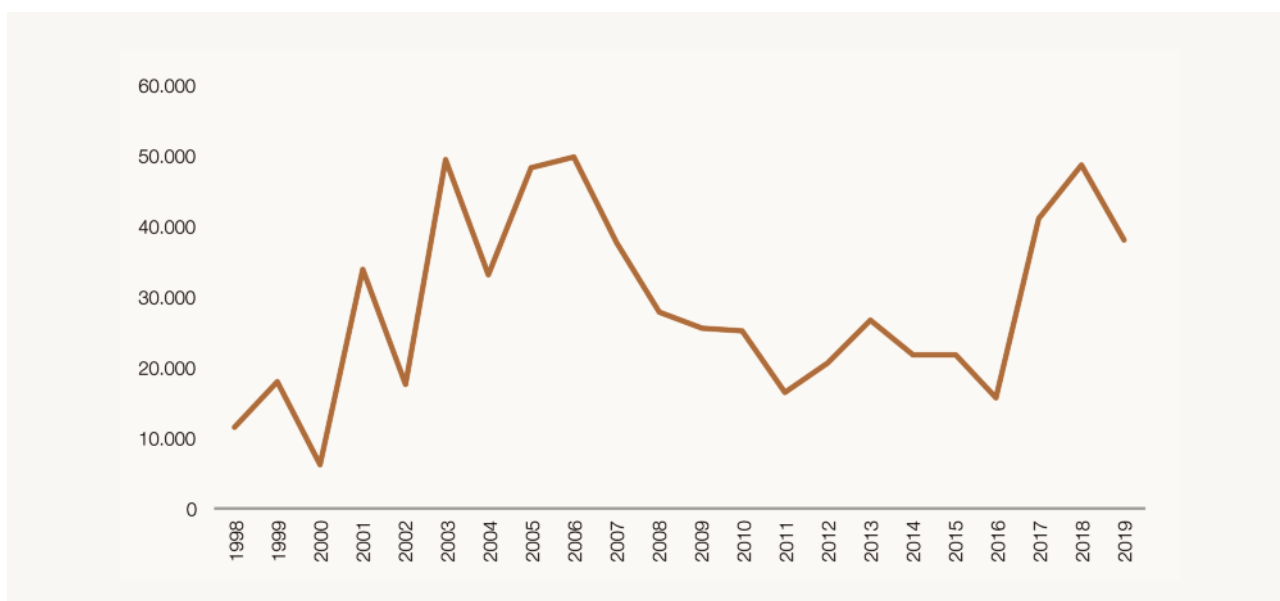
Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.2.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2019.

En la serie cronológica se pueden diferenciar cuatro periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2002, que se caracteriza por contar con los menores volúmenes de incautación de toda la serie (al margen de la excepcional cifra del año 2001) y que presenta una ligera tendencia creciente; un segundo periodo, entre 2003 y 2006, en el que se incrementaron notablemente los volúmenes de las incautaciones, siendo los más elevados de toda la serie; un tercer periodo a partir de 2006 y hasta 2016, en el que se produce un importante descenso de las cantidades incautadas: en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008 y los 15.629 kg en 2016. Un cuarto período, entre 2017 y 2018, en el que se registró un aumento considerable de cantidades incautadas llegando a valores similares a los de 2005 y 2006 (48.453 kg incautados en 2018). Por último, se puede observar cómo en 2019, se incautaron 37.868 kg, lo que supuso un descenso del 22% respecto a 2018. Habrá que observar futuros registros para confirmar si se trata de un verdadero cambio de tendencia que inicie un nuevo periodo.

Figura 4.2.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2019.



Cocaína		Cocaína	
1998	11.687	2009	25.349
1999	18.111	2010	25.241
2000	6.165	2011	16.609
2001	33.680	2012	20.754
2002	17.617	2013	26.701
2003	49.279	2014	21.685
2004	33.135	2015	21.621
2005	48.429	2016	15.629
2006	49.650	2017	40.960
2007	37.784	2018	48.453
2008	27.981	2019	37.868

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Hachís

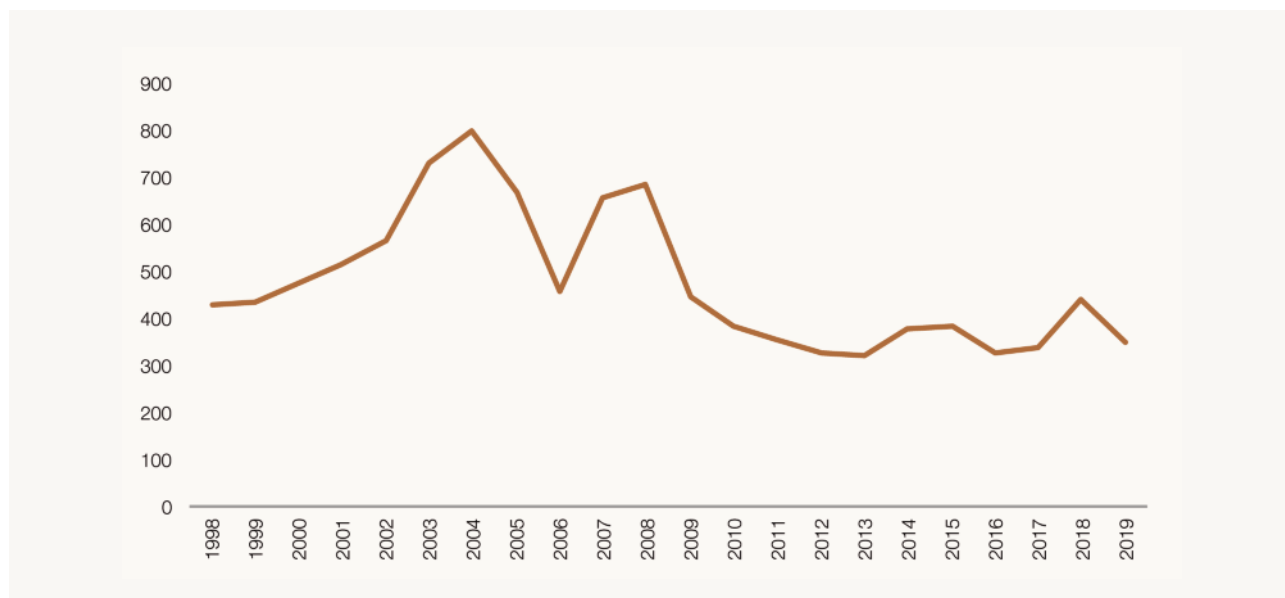
En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2019 (figura 4.2.2) se pueden distinguir varios periodos: un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de 2004 y las 459,2 toneladas de 2006); y un tercer período, en el que inicialmente se observó un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto a los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 en 2008) y que posteriormente se ha caracterizado por una tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,2 toneladas).

A partir de 2013 las cantidades incautadas de esta sustancia han tendido a aumentar de forma moderada. En 2018 se incautaron 436,9 toneladas de hachís, lo que supuso un incremento del 36,8% respecto de la cantidad incautada en 2013. No obstante, esta tendencia ha cambiado en el último año, pues en 2019 se han incautado 349,4 toneladas de

hachís, lo que supone un 20% de descenso respecto al año anterior, dato que podría indicar el inicio de un cuarto periodo. Será necesario esperar a ver los volúmenes de incautaciones obtenidos en los próximos años para confirmar si nos encontramos ante un nuevo cambio de tendencia.

Figura 4.2.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2019.



Hachís		Hachís	
1998	428,2	2009	444,5
1999	431,2	2010	384,3
2000	474,5	2011	355,9
2001	514,2	2012	325,5
2002	564,8	2013	319,3
2003	727,3	2014	379,8
2004	796,8	2015	380,3
2005	669,7	2016	324,4
2006	459,3	2017	334,9
2007	653,6	2018	436,9
2008	682,6	2019	349,4

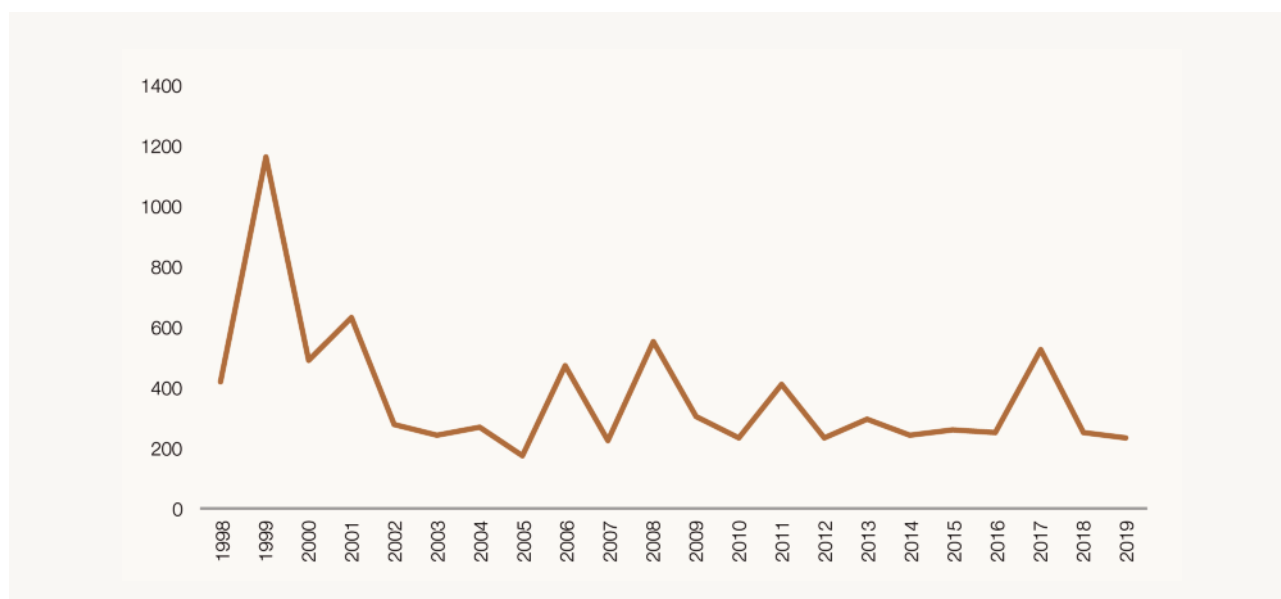
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Heroína

La figura 4.2.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2019. En este caso, se pueden distinguir tres periodos. Entre 1998 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2006, sin embargo, volvieron a crecer, iniciándose una tendencia al alza hasta 2008 (548 kg), año a partir del cual se vuelve a apreciar una tendencia descendente que abarca hasta 2019 (234 kg). En 2017 se observa un pico en las cantidades incautadas (524 kg) que vuelve a disminuir en 2018 (251 kg), descenso que se mantiene en 2019 (234 kg).

Figura 4.2.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2019.



Heroína		Heroína	
1998	418	2009	300
1999	1.159	2010	233
2000	485	2011	413
2001	631	2012	229
2002	275	2013	291
2003	242	2014	244
2004	271	2015	256
2005	174	2016	253
2006	472	2017	524
2007	227	2018	251
2008	548	2019	234

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

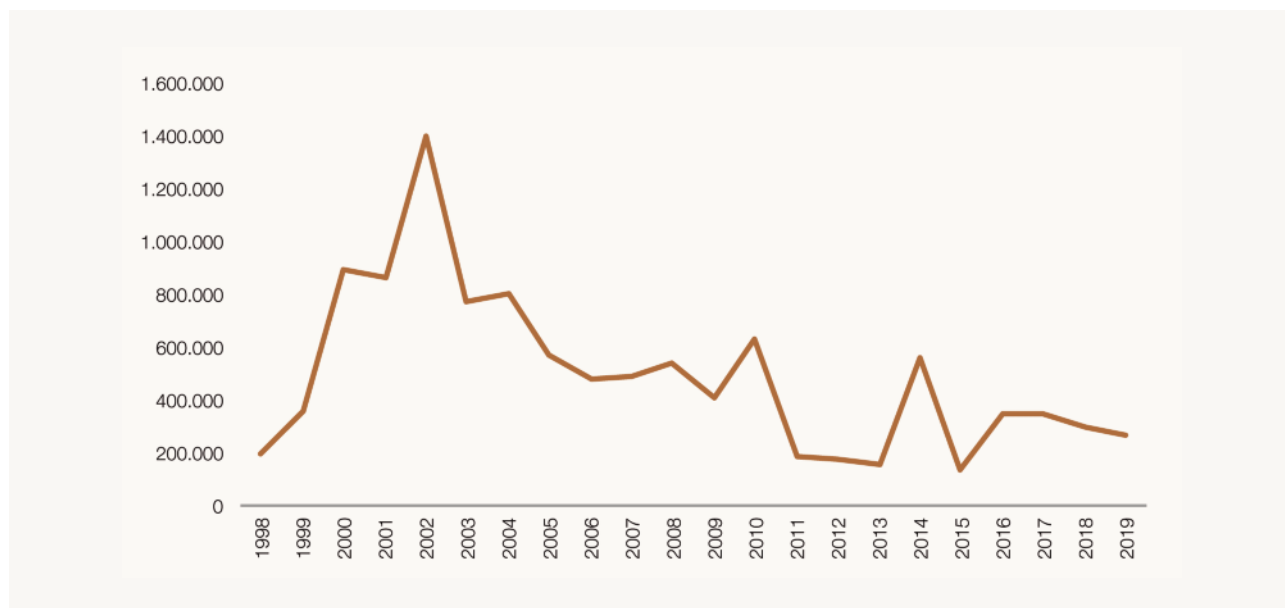
Éxtasis

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2019, como queda de manifiesto en la figura 4.2.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2002 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140, cantidad que, por otra parte, resulta muy excepcional. Al año siguiente, 2003 (con 771.875 pastillas decomisadas) comienza un periodo de tendencia decreciente, registrándose en 2015 el menor número de pastillas decomisadas de toda la serie (134.063).

En 2019 se incautó un número considerablemente mayor de pastillas (267.632), respecto a 2015; aunque esta cifra, al situarse por debajo de la correspondiente a 2016 y 2017 y 2018 (346.848; 348.220; 300.571, respectivamente), parece corroborar la tendencia a la baja iniciada en 2003.

Figura 4.2.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2019.



Nº de pastillas		Nº de pastillas	
1998	194.527	2009	404.334
1999	357.649	2010	634.628
2000	891.562	2011	182.973
2001	860.164	2012	175.381
2002	1.396.140	2013	154.732
2003	771.875	2014	558.867
2004	796.833	2015	134.063
2005	572.889	2016	346.848
2006	481.583	2017	348.220
2007	490.644	2018	300.571
2008	534.906	2019	267.632

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2019

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas en el mercado ilícito a medio plazo se puede observar una tendencia al alza del precio de la resina de hachís que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en 2019 llegó a 5,68 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la grifa/marihuana que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,06 euros (figura 4.3.1). En el año 2019, el precio en el mercado minorista (gramo) ha descendido ligeramente respecto al año anterior (5,22 euros/gramo en 2018), mientras que ha aumentado un 12% en el mercado mayorista.

De igual modo, la cocaína, tras un periodo de descenso hasta 2014, presenta actualmente una tendencia creciente, pasando el gramo de cocaína de un precio medio de 57,57 euros en 2014, hasta los 59,72 euros en 2019.

Respecto al precio del gramo de heroína, desde el año 2000 hasta el 2014, mostró una tendencia descendente, pasando de 66,38 euros en 2000 a 56,92 euros en 2014. A partir de dicho año el precio se ha estabilizado teniendo un valor aproximado en torno a los 58 euros desde 2015 hasta 2019 (figura 4.3.2).

En cuanto al gramo de anfetaminas en polvo (speed), ha ido aumentando ligeramente el precio entre el año 2000 (25,5 euros/gramo) y 2016 (28,07 euros/gramo), año a partir del cual comienza a descender alcanzando un valor de 25,86 euros el gramo de speed en 2019 (figura 4.3.1).

Respecto al precio del éxtasis, el precio aumentó desde 2006 hasta 2016 pasando de 9,88 euros la unidad en 2006 a 11,41 euros en 2016, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000 (figura 4.3.1). En 2017 y 2018 se observa un descenso del precio por unidad de éxtasis, ascendiendo ligeramente a los 10,33 euros en 2019, valor similar al que presentaba en 2010 (10,30 euros) (figura 4.3.1).

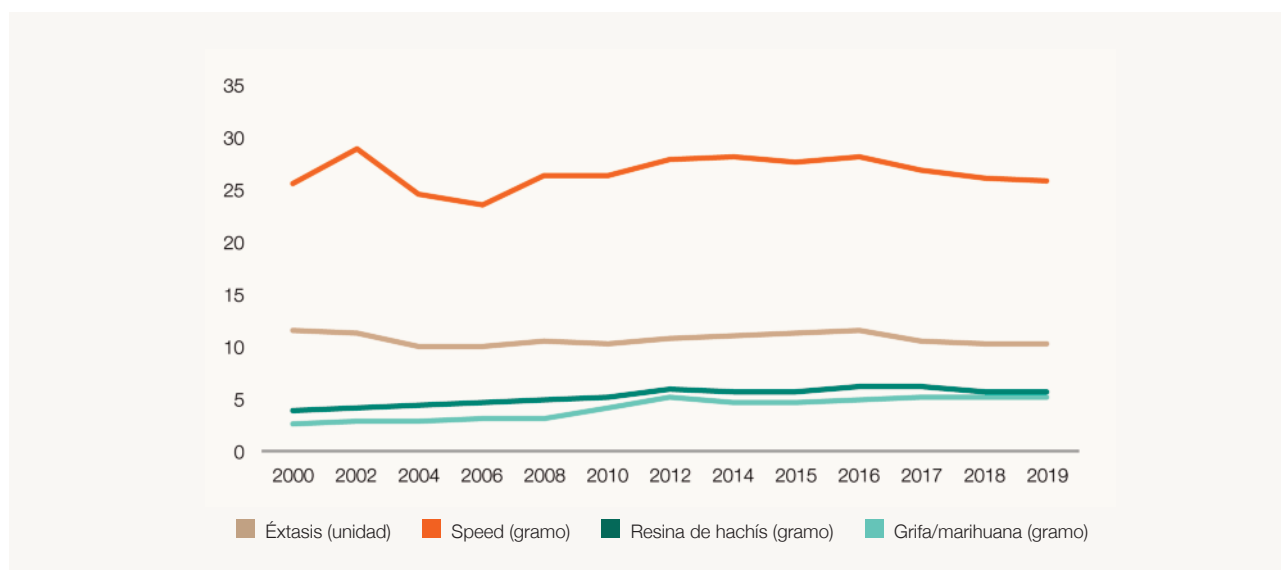
En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2019, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2019, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 40,5%, mientras que la pureza de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,0% y de los de nivel de dosis del 23,0%; para la cocaína, las cifras fueron, respectivamente, 69,5%, 45,0% y 36,5%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la cocaína muestra una tendencia descendente desde el año 2000 que es especialmente notoria a partir de 2008: en el mercado mayorista la pureza media del kilogramo ha pasado del 72% en 2008 al 69,5% en 2019; la del gramo, en ese mismo periodo, del 49,5% al 45,0%, y la de la dosis del 40,5% al 36,5%.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la heroína, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2010 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64% en 2000 al 45% en 2010 y, en menor medida, en el caso de la dosis que pasó del 25% al 21% y en el del gramo que pasó del 32% al 31,5%.

Figura 4.3.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2019.

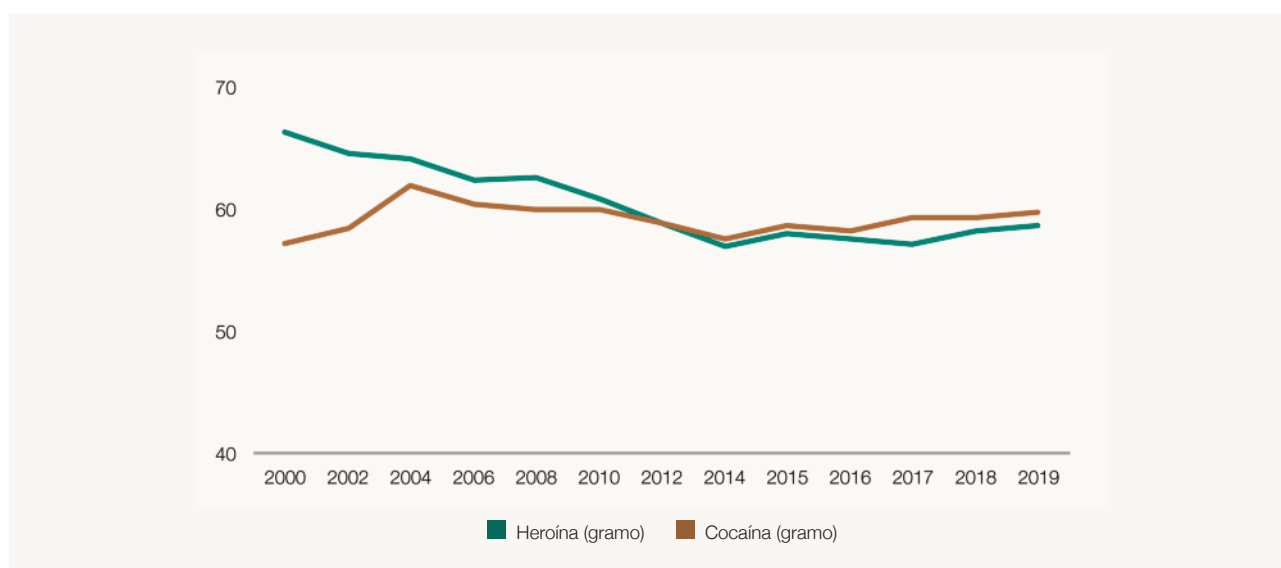


	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Éxtasis (unidad)	11,52	11,24	10,02	9,88	10,57	10,30	10,70	11,05	11,34	11,41	10,56	10,29	10,33
Speed (gramo)	25,52	28,83	24,55	23,46	26,35	26,38	27,74	28,09	27,70	28,07	26,86	26,19	25,86
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,20	5,85	5,54	5,56	6,19	6,04	5,59	5,68
Grifa/ marihuana (gramo)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,10	5,02	4,68	4,58	4,96	5,16	5,22	5,06

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2019.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Heroína (gramo)	66,38	64,50	64,15	62,42	62,59	60,71	58,80	56,92	57,97	57,64	57,06	58,24	58,58
Cocaína (gramo)	57,16	58,30	61,85	60,28	60,03	59,98	58,95	57,57	58,55	58,15	59,30	59,21	59,72

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis han mostrado tendencia a la estabilización, basculando entre el 21% y el 23%, en el caso de la dosis, y entre el 31% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33%). Respecto a la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kg) también se observa una estabilización a partir de 2014, (con excepción del año 2015 en que fue del 43%), situándose entre el 39,0% y el 40,5% (tabla 4.3.1).

Tabla 4.3.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2019.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Heroína													
Dosis	25,0	26,0	22,5	22,0	22,5	21,0	21,0	21,0	21,5	21,5	22,5	22,5	23,0
Gramo	32,0	34,0	29,0	32,0	32,5	31,5	31,0	31,0	33,0	31,5	31,5	30,0	31,0
Kilogramo	64,0	53,0	49,0	47,5	46,0	45,0	41,5	39,0	43,0	39,5	39,0	40,5	40,5
Cocaína													
Dosis	45,0	43,0	42,0	46,0	40,5	36,5	35,0	33,0	33,5	33,5	35,5	37,5	36,5
Gramo	53,0	50,0	51,0	54,0	49,5	45,5	42,5	41,0	42,0	39,5	43,5	44,0	45,0
Kilogramo	74,0	71,0	75,0	73,0	72,0	71,0	67,0	63,0	65,5	64,0	67,5	69,0	69,5

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse las razones de pureza kg/pureza dosis, pureza kg/pureza gramo y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2019, la razón de pureza kg/dosis de heroína fue 1,76, la razón kg/gramo 1,31 y la razón gramo/dosis 1,35; mientras que para cocaína las cifras fueron 1,90, 1,54 y 1,23 respectivamente. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína (tabla 4.3.2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2019, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kg/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,31 en 2019, así como la razón pureza kg/dosis que ha pasado de 2,56 a 1,76. Por el contrario, la razón gramo/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,35 en el mismo periodo de tiempo (tabla 4.3.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución y que este cambio se ha producido entre los eslabones de kilogramo y gramo, pero no en el eslabón gramo/dosis.

Tabla 4.3.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2019.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Decomisos de heroína													
Razón Kg/dosis	2,56	2,04	2,23	2,09	2,04	2,14	1,97	1,86	2,00	1,84	1,73	1,80	1,76
Razón Kg/gramo	2,00	1,56	1,69	1,50	1,42	1,43	1,33	1,26	1,30	1,25	1,24	1,35	1,31
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,32	1,39	1,44	1,50	1,47	1,48	1,53	1,47	1,40	1,33	1,35
Decomisos de cocaína													
Razón Kg/dosis	1,64	1,65	1,79	1,66	1,78	1,95	1,91	1,91	1,96	1,91	1,90	1,84	1,90
Razón Kg/gramo	1,40	1,42	1,47	1,38	1,45	1,27	1,57	1,54	1,56	1,62	1,55	1,57	1,54
Razón g/dosis	1,18	1,16	1,21	1,20	1,22	1,25	1,21	1,24	1,25	1,18	1,23	1,17	1,23

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza kg/gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma.

Algo parecido ha sucedido con la razón kg/dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable en torno al 1,2 (tabla 4.3.2).

4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2019

En el año 2019 se registraron 24.171 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 21.664 en 2018. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 401.914 en 2019 frente a 381.100 en 2018.

Las detenciones realizadas desde 2002 presentan una tendencia creciente hasta el año 2012, año en que inician un periodo de relativo descenso. Esta tendencia parece haberse frenado en los dos últimos años, volviendo a aumentar hasta cifras incluso superiores a 2012. En el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas y la Ley Orgánica 4/2015, que deroga la anterior, se observa un progresivo aumento desde 2002 hasta 2015, año a partir del cual se estabilizan las cifras. En el año 2018 se registra un ligero ascenso que continúa en el 2019 (figuras 4.4.1 y 4.4.2 y tablas 4.4.1 y 4.4.2).

Como en años anteriores, en 2019 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (55% y 82%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (26%) (figuras 4.4.3 y 4.4.4 y tablas 4.4.1 y 4.4.2). Tanto los detenidos como los denunciados eran, en una gran mayoría, varones (86% y 93%, respectivamente).

Figura 4.4.1.

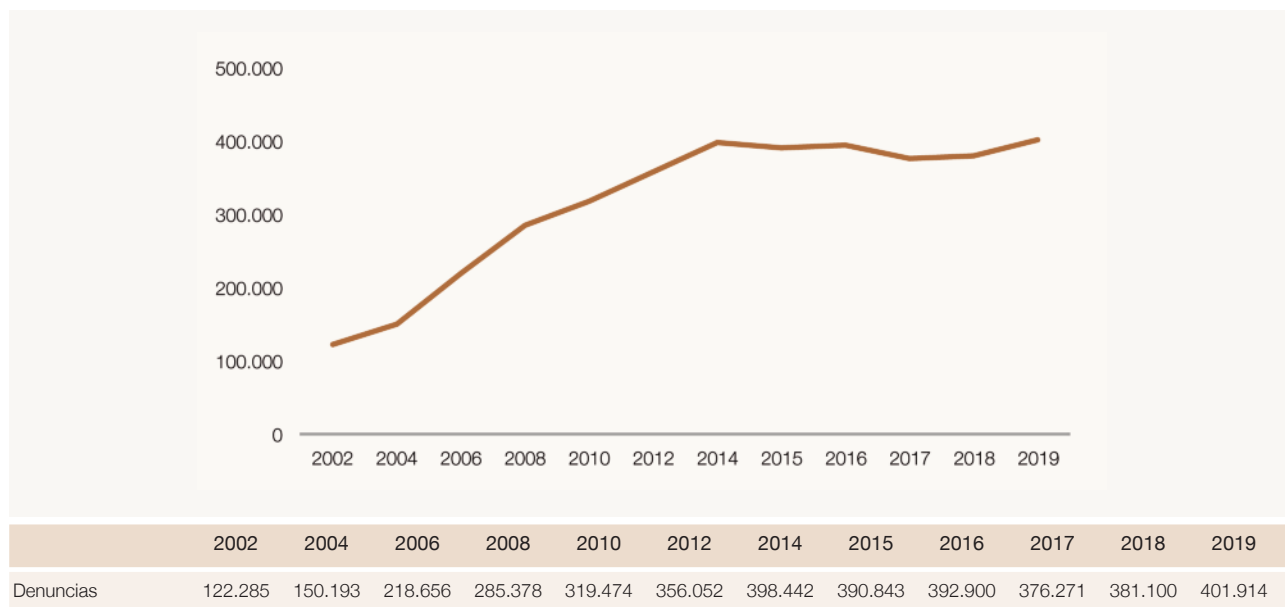
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2019.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.4.2.

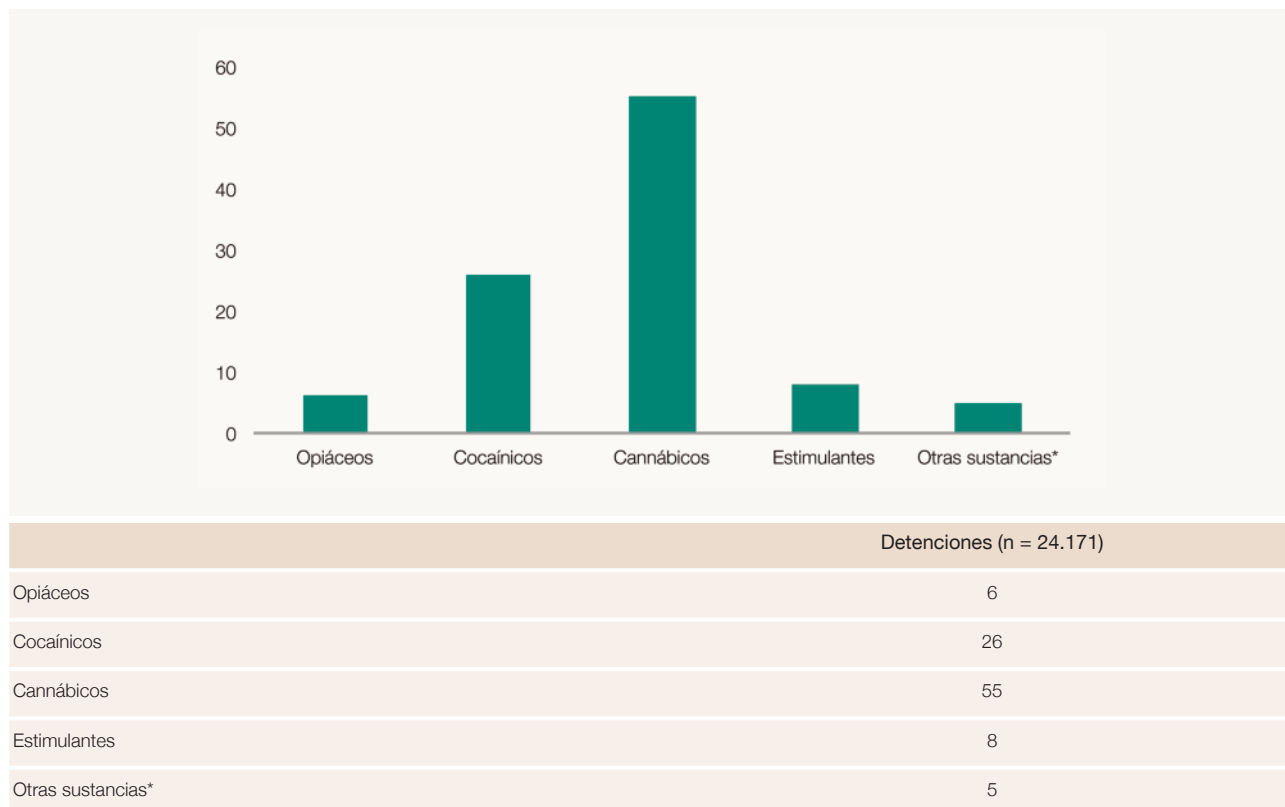
Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2019.



FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.4.3.

Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2019.



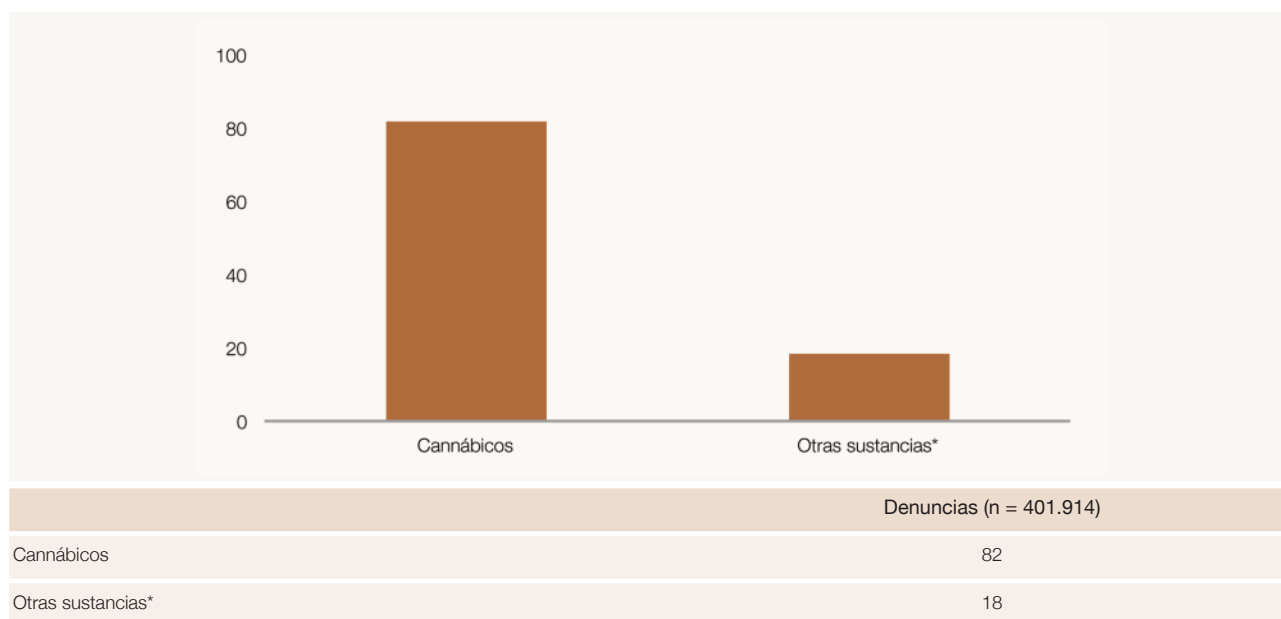
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Figura 4.4.4.

Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2019.



* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes y otros.

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.1.

Evolución de las detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2019.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total detenciones	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664	24.171
Cannábicos	46	50	50	56	56	54	53	58	53	55
Cocaínicos	39	36	35	30	28	29	28	28	29	26
Opiáceos	6	7	7	5	7	7	7	6	7	6
Estimulantes tipo anfetamínico	6	5	5	4	6	7	7	6	7	8
Otras sustancias	3	3	3	4	3	3	5	2	2	5

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.2.

Evolución de las denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2019.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total denuncias	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914
Cannábicos	77	80	84	87	87	86	84	83	83	82
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras)	23	20	17	12	13	14	16	17	17	18

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Información complementaria

Páginas web de interés

MINISTERIO DE SANIDAD

<https://www.mscbs.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

<https://pnsd.sanidad.gob.es/>

Encuesta Nacional de Salud

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

Dirección General de Tráfico

<http://www.dgt.es/es/>

MINISTERIO DE HACIENDA

<http://www.hacienda.gob.es/es-ES/Paginas/Home.aspx>

Comisionado para el Mercado de Tabacos

<http://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/CMTabacos/paginas/Default.aspx>

MINISTERIO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

<http://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/>

Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

<http://www.isciii.es/>

OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

http://www.who.int/substance_abuse/en/

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)
INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB)

<https://www.incb.org/incb/es/about.html>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)
EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)
THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

REDUCING ALCOHOL RELATED HARMS (RARHA)
REDUCCIÓN DE DAÑOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

<http://www.rarha.eu/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/General/index>

CONSEJO EUROPEO. GRUPO POMPIDOU
COUNCIL OF EUROPE. POMPIDOU GROUP

MedNET. MedSPAD SURVEYS

MedNET. ENCUESTAS MedSPAD

<https://www.coe.int/en/web/pompidou/mednet/medspad>