

INFORME 2018

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

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)
Elena ÁLVAREZ. Begoña BRIME. Noelia LLORENS. Marta MOLINA. Eva SÁNCHEZ. Rosario SENDINO.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Fernando ARENAS
Mercedes SUÁREZ
Rosario BALLESTA
Izaskun BILBAO

Aragón

Carmen BARANGUAN
Laura JOSÉ

Asturias

José Ramón HEVIA
José Antonio GONZÁLEZ

Baleares

Juana VANRELL
Francisca BIBILONI
Rut SUÁREZ

Canarias

Luz Marina MORENO
Nicolás AMADOR

Cantabria

Ángela HIGUERA
Antonia RUEDA
Carmen DIEGO

Castilla-La Mancha

Carmen DE PEDRO
Carlos ALONSO

Castilla y León

Ana SÁNCHEZ
Susana REDONDO
Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Xavier MAJO
M. Teresa BRUGAL
Regina MUÑOZ

Extremadura

Antonia María VAS
Mª Pilar MORCILLO

Galicia

Sergio VEIGA
Jaime FRAGA
Sara CERDEIRA
María TAJES

Madrid

Ana RUIZ
Mª Angeles GUTIÉRREZ

Murcia

Juan Francisco CORREA
Mónica BALLESTA
M Dolores CHIRLAQUE

Navarra

Miguel MARTÍNEZ
Raquel GONZÁLEZ

País Vasco

Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Cristina NUEZ

Comunidad Valenciana

Mª Jesús MATEU
Francisco VERDÚ
Julia CALABUIG

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

AGRADECIMIENTOS

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

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

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

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

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
Centro de Publicaciones

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

NIPO: 680-18-111-2

Para poder prevenir y tratar de manera eficaz las adicciones debemos, en primer lugar, conocerlas. Para ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas cuenta con sistemas de información, de reconocido prestigio, que son imprescindibles para planificar nuestras acciones y el diseño de Estrategias y Planes de Acción conforme a las evidencias.

Desde el año 1985, trabajamos en actividades de recogida y análisis de datos, disponiendo de uno de los repositorios de información más consistentes entre los países de nuestro entorno. En 1998 se dio un paso más en la sistematización de la información con la creación de la Unidad de Sistemas de Información y Documentación, en la que se enmarca el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones que es, desde entonces, quien se encarga de realizar las encuestas necesarias, recopilar los datos, depurar y estructurar la información de carácter estadístico y epidemiológico y elaborar los informes anuales.

El informe que aquí se presenta, incorpora por una parte los resultados pormenorizados de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2016 y, por otra parte, los indicadores de: Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas y relacionada con drogas y el indicador de Infecciones en consumidores de drogas.

Además proporciona información, hasta 2018 de los datos obtenidos a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT), sobre las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en el territorio español.

Los Informes y Estadísticas anuales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, suponen la mejor herramienta para lograr que las partes implicadas, y la sociedad en definitiva, tengan un conocimiento veraz de la situación y evolución de los fenómenos que nos rodean en este ámbito y se constituyen como uno de los instrumentos más valiosos con los que contamos para el correcto desarrollo de políticas en el ámbito de las adicciones en nuestro país.

Quiero terminar felicitando a todos los que han hecho posible este informe, resultado del trabajo conjunto de los profesionales de los diferentes departamentos de la Administración Central, Comunidades Autónomas y entidades del tercer sector y, en especial, al equipo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, por el gran trabajo realizado.

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

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2018

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	31
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	32
1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017	33
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016	34
Introducción	34
Objetivos	34
Metodología	34
Resultados	40
• Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas	40
Evolución temporal	40
Edad y sexo	43
Comunidad/Ciudad Autónoma	49
• Consumo por tipo de sustancia psicoactiva	57
Bebidas alcohólicas	57
Bebidas energéticas	72
Tabaco	74
Cigarrillos electrónicos	81
Hipnosedantes	84
Cannabis	88
Cocaína	100
Éxtasis	103
Anfetaminas o speed	106
Alucinógenos y setas mágicas	109
Heroína	112

Inhalables volátiles	113
GHB	113
Metanfetaminas	114
Esteroides anabolizantes	114
Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio	116
Nuevas sustancias psicoactivas	118
Policonsumo	122
• Percepciones y opiniones de los estudiantes ante el consumo de sustancias psicoactivas	128
Percepción de riesgo	128
Percepción de disponibilidad	134
Relación entre percepción de riesgo, percepción de disponibilidad y prevalencia de consumo	136
Vías de información sobre sustancias psicoactivas	139
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	142
• Consumo de sustancias psicoactivas, contexto y consecuencias negativas	145
Amigos: relación/influencia de los iguales	145
Familia: relaciones familiares y permisividad de los padres	147
Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible	154
Entorno escolar. Rendimiento escolar y conflictos	169
Consecuencias negativas del consumo: accidentes vehículos de motor, peleas/agresiones y otras	170

2. Problemas relacionados con las drogas 175

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2016	176
Introducción	176
Metodología	176
Resultados	177
• Resultados generales. Drogas ilegales	177
• Resultados por tipo de droga	186
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	189
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	190
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	192
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	193
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos	194
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	195
• Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas	196
2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2016	198
Introducción	198
Metodología	198
Resultados	199
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2016. Mortalidad relacionada con drogas	205
Introducción	205
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	206
Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas	214
Registro General de Mortalidad	215
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	217

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2016	221
Introducción	221
Metodología	221
Resultados	222
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	222
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	223
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	225
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2016	232
Introducción	232
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	234
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	237
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)	238
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)	241
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	244
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	247
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	249
Estimación del consumo problemático/de riesgo de hipnosedantes	251
3. Sistemas de alerta temprana	255
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	256
Objetivo y funcionamiento	256
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	261
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	264
Normativa, objetivo y funcionamiento	264
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	270
4. Oferta de drogas y medidas de control	278
4.1. Ventas de tabaco, 2005-2017	279
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2017	283
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2017	287
4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2017	290
Información complementaria	293
Páginas web de interés	294

INTRODUCCIÓN

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

Este documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2018*, se publica junto con otro documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2018*, que incluye una selección de tablas y gráficos que aportan información complementaria.

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

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas desde 1994 hasta 2016. 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 EDADES, ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, se corresponden al año 2015 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2017 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 2016. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relativa al consumo problemático de drogas e información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas.

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

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 2017 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.mscbs.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).

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

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

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2018. 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, 2016.
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2015.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2016.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2016.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2016.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2016.
- Consumo problemático de drogas. España 2016.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2016

Antecedentes ESTUDES

En 2016, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en estrecha colaboración con las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la duodécima edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), cuyos resultados se presentan en este informe.

Objetivos ESTUDES

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

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

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

Metodología ESTUDES

ESTUDES se lleva a cabo, cada 2 años, a estudiantes de 14 a 18 años en centros educativos de España.

- **Ámbito geográfico:** La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
- **Ámbito poblacional:** El universo está compuesto por estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España (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 18 de noviembre de 2016 al 8 de marzo de 2017.
- **Recogida de la información:** El trabajador de campo acude al centro educativo, permanece en el aula durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. Se trata de un cuestionario autoadministrado anónimo que se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Están disponibles versiones del cuestionario en castellano, catalán, gallego, valenciano y vasco.
- **Tamaño de la muestra:** Se obtienen resultados de 863 centros educativos y 1.726 aulas, con una muestra válida final de 35.369 alumnos.

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

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

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

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

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

En 2016, el 76,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol alguna vez, el 75,6% en el último año y el 67,0% en el último mes.

En 2016, se han iniciado en el consumo de alcohol 323.900 estudiantes de 14 a 18 años (37.900 más estudiantes que en 2014).

Aunque el consumo de alcohol sigue estando en niveles elevados, se observa un descenso en la prevalencia de consumo en los diferentes tramos temporales analizados con respecto al año 2014. Este descenso en las prevalencias de consumo proviene principalmente de los estudiantes de menor edad (14, 15 y 16 años) y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un mayor riesgo ante el consumo de alcohol.

El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking*, a pesar de presentar una tendencia global descendente, continúa con prevalencias elevadas, asociándose a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). Para este patrón de consumo, es mayor la presencia de las mujeres a las edades más tempranas (14, 15 y 16 años).

En 2016, el 48,9% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 42,4% lo hizo en el último año y el 21,8% en el último mes. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año.

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

Prevalencia de consumo	67%
Prevalencia por sexo	mujeres = 68,1%; hombres = 65,9%
Prevalencia por edad	14 años = 46,1%; 15 años = 64,6%; 16 años = 73,1%; 17 años = 81,2%; 18 años = 84,5%
Tipos de bebida en fin de semana	Combinados = 55,2%, Cerveza = 39,3%, Vino = 21,4%

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

En 2016, el 52,0% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: el 28,0% de los de 14 años y el 68,1% de los de 18 años han hecho botellón en el último año. Los que han realizado botellón en el último año, presentan mayor prevalencia de consumo de otras sustancias, destacando el tabaco, los hipnosedantes, el cannabis y la cocaína. Son más habituales los consumos intensivos (borracheras y *binge drinking*) entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad, principalmente de supermercados (37,3%) y bares/pubs (34,8%). Lo consumen principalmente en bares/pubs (34,4%), en espacios abiertos (33,6%) y en discotecas (29,0%). En fin de semana consumen más combinados y entre semana predomina la cerveza.

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

Consumo de TABACO en la población 14 a 18 años

En 2016, el 38,5% de los estudiantes fumó tabaco alguna vez en la vida, el 34,7% en el último año y el 27,3% lo hizo en los últimos 30 días.

Características de los consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	27,3%
Prevalencia por sexo	mujeres = 29,0%; hombres = 25,6%
Prevalencia por edad	14 años = 14,6%; 15 años = 26,1%; 16 años = 28,3%; 17 años = 35,8%; 18 años = 48,0%
Tipo de tabaco	Cigarrillos de cajetilla = 45,6% Tabaco de liar = 10,2% Ambos tipos = 44,2%

En 2016, han empezado a consumir tabaco 184.600 estudiantes de 14 a 18 años (47.400 más que en 2014).

En 2016, se observa una tendencia estable del consumo de tabaco, tras una fase de descenso del consumo iniciada en 2004 que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

En 2004, el 21,5% de estudiantes fumaba diariamente, frente a un 12,3% en 2010 y un 8,8% en 2016.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se ha estabilizado y la mayoría (91,8%) de los jóvenes opinan que puede producir muchos problemas de salud. Se observa claramente cómo el aumento de la percepción de riesgo coincide con un descenso de las prevalencias de consumo a lo largo de la serie.

Consumo de CANNABIS en la población de 14 a 18 años

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2016 el 31,1% de los estudiantes había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 26,3% en el último año y el 18,3% en el último mes. El consumo diario, sigue siendo elevado y se sitúa en el 2,0% (2,7% en chicos y 1,3% en chicas).

En 2016, empezaron a consumir cannabis 170.000 estudiantes de 14 a 18 años (23.700 más que en 2014).

En 2016 se observa un ligero repunte de las prevalencias tras una tendencia descendente iniciada en 2004 con una estabilización en el consumo de cannabis en el último mes. Sin embargo, se aprecia un descenso en el consumo problemático de cannabis (escala CAST $\geq$ 4).

Se estima que 43.844 estudiantes de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,8% de la población en este rango de edad y el 13,3% de los que han consumido cannabis en el último año. Estos datos son coherentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

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

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	18,3%
Prevalencia por sexo	mujeres = 15,9%; hombres = 20,8%
Prevalencia por edad	14 años = 8,1%; 15 años = 16,7%; 16 años = 20,2%; 17 años = 25,6%; 18 años = 32,0%
Tipo	Marihuana = 51,1%; Hachís = 12,2%; Hachís + marihuana = 36,7%; Cannabis + tabaco = 82,4%

Consumo de HIPNOSEDANTES en la población de 14 a 18 años

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

En 2016, el 17,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, el 11,6% en el último año y el 5,9% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres (mujer/hombre = 1,5).

En términos evolutivos, la prevalencia de los hipnosedantes comenzó una tendencia creciente a partir de 2002 que se frena en 2014. En 2016 se muestra un pequeño repunte.

Características de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	5,9%
Prevalencia por sexo	mujeres = 7,3%; hombres = 4,4%
Prevalencia por edad	14 años = 4,7%; 15 años = 5,4%; 16 años = 6,1%; 17 años = 6,6%; 18 años = 8,7%

Consumo de COCAÍNA en la población de 14 a 18 años

En 2016, el 3,2% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez, el 2,5% en el último año y el 1,0% en el último mes. Consumen más los hombres que las mujeres y, mayoritariamente, en forma de cocaína en polvo.

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

Prevalencia de consumo	1%
Prevalencia por sexo	mujeres = 0,5%; hombres = 1,5%
Prevalencia por edad	14 años = 0,7%; 15 años = 1,0%; 16 años = 0,9%; 17 años = 1,0%; 18 años = 2,4%

Se observa una tendencia descendente en el consumo, iniciada en 2004.

El 96,4% 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.

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

En 2016, en los últimos 12 meses, ha consumido éxtasis el 1,6% de los jóvenes de 14 a 18 años, anfetaminas el 1,2% y alucinógenos el 1,0%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos aunque en 2016 se ha producido un ligero ascenso en las prevalencias tras un descenso continuado desde el año 2002.

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2016 el 0,8% la había probado alguna vez, el 0,6% la había consumido en el último año y el 0,3 % en el último mes previo a la encuesta. Tendencia estable desde 2014.

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

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

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

En 2016, el 4,5% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida).

Por sustancias consideradas de manera individual, el 0,9% de la población de 14 a 18 años ha probado spice alguna vez en su vida, ketamina el 0,6%, salvia el 0,6% y mefedrona el 0,5%.

Es remarcable que el 46,3% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

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

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

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco (>90% piensa que es fácil o muy fácil conseguirlo) y el cannabis (65,9%), seguidas de los hipnosedantes (47,5%).

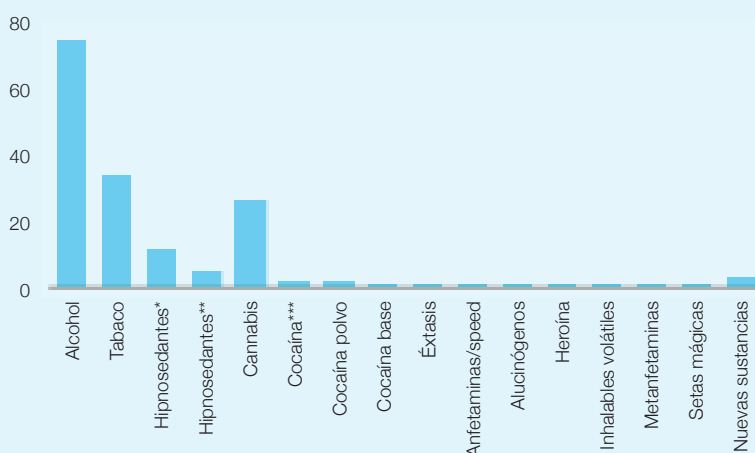
El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa y el tabaco se considera más peligroso que el cannabis.

Información sobre drogas en la población de 14 a 18 años

El 31,3% de los jóvenes de 14 a 18 años considera que se encuentra perfectamente informado en el tema de drogas (37,1% hombres; 25,5% mujeres). Las principales vías por las que reciben información son el centro educativo (84,9%) y la familia (68,4%).

El 71,1% ha recibido información sobre los efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes), el 68,9% ha recibido información de los efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías (móviles, internet, redes sociales, *ciberbullying*...), el 65,7% sobre los efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachis/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...) y el 26,9% sobre los efectos y problemas asociados al juego *on line*, apuestas...

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses,
entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2016.



* Hipnosedantes con o sin receta. ** Hipnosedantes sin receta. *** Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). ESTUDES, 2016.

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA EDADES, 2015

Antecedentes EDADES

En 2017, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha llevado a cabo una nueva edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Al cierre de este informe los resultados de EDADES 2017 no están aún disponibles por lo que serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

A continuación se muestran los resultados de EDADES 2015.

Objetivos EDADES

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

EDADES

Esta encuesta sobre consumo de alcohol y drogas en población general (15-64 años) en España, se lleva a cabo con periodicidad bienal desde 1995.

Los resultados de EDADES 2017 serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

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

Metodología EDADES

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

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

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

- **Consumidores:** en 2015, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%).
- **Edad:** en 2015, la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para el tabaco y las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (18 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (36 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.
- **Sexo:** en 2015, los datos (consumo últimos 12 meses) confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

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

Consumidores

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

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90. Destaca la tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001.

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

Prevalencia de consumo	62%
Sexo y edad	58% son hombres y 70% tienen entre 25 y 54 años
Tipo de bebida	Cerveza: 46,4%, vino: 29,1%, combinados: 24,3%

Consumos intensivos

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

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

Consumidores problemáticos

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

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

Consumo de TABACO en la población de 15 a 64 años

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

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

Características de los consumidores de tabaco en los último 30 días

Prevalencia de consumo	38,5%
Sexo y edad	56% son hombres y 52% tienen entre 35 y 54 años
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 78,4%, tabaco de liar: 14,7% ambos tipos: 6,9%

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

En 2015, 2.110.072 personas de 15 a 64 años han probado los cigarrillos electrónicos, lo que se corresponde con el 6,8% de la población en este grupo de edad. El perfil sería el de un hombre de 15 a 34 años.

La mayoría de los que han probado cigarrillos electrónicos ha consumido tabaco diariamente en el último mes (74%) y ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina (81%).

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

Nuevos consumidores

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

Características de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses

Prevalencia de consumo	12%
Sexo y edad	65% son mujeres y 57% tienen entre 45 y 64 años

Consumidores

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

Consumidores problemáticos

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

Consumo de CANNABIS en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores

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

Consumidores

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

Consumidores problemáticos

Se estima que 558.549 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cannabis (Puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST), lo que se corresponde con el 1,8% de toda la población en este rango de edad y con el 19% de los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses. Se observa cierto descenso respecto a 2013 (2,2% de la población en este rango de edad).

Características de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Prevalencia de consumo	7%
Sexo y edad	74% son hombres y 60% tienen entre 15 y 34 años
Tipo	Marihuana: 53%, Hachís: 17% Hachís + marihuana: 30% Cannabis + tabaco: 89%

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

Nuevos consumidores (cocaína en polvo)

Se estima en 41.000 las personas de 15 a 64 años que consumieron cocaína por primera vez en 2015, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 4.000 menores de 15 a 17 años. Se observa una tendencia ligeramente ascendente en el número de personas que han empezado a consumir cocaína: así en 2015 lo probaron por primera vez 2.500 personas más que en 2013.

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

Prevalencia de consumo	2%
Sexo y edad	78% son hombres y 62% tienen entre 25 y 44 años
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo

Consumidores (cocaína en polvo)

El 8,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 1,9% en el último año y el 0,9% en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de cocaína sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2007.

Consumidores problemáticos

Se estima que 72.962 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cocaína (criterios de frecuencia del EMCDDA), lo que se corresponde con el 0,2% de toda la población en este rango de edad y el 11,7% de los que han consumido cocaína en los últimos 12 meses.

El perfil es el de un varón de 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando.

Consumo de HEROÍNA en la población de 15 a 64 años

Consumidores

En 2015 el 0,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez heroína, el 0,1% en el último año y el 0,1% en el último mes. La edad media de inicio es de 22 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 35 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años 90.

Consumidores problemáticos

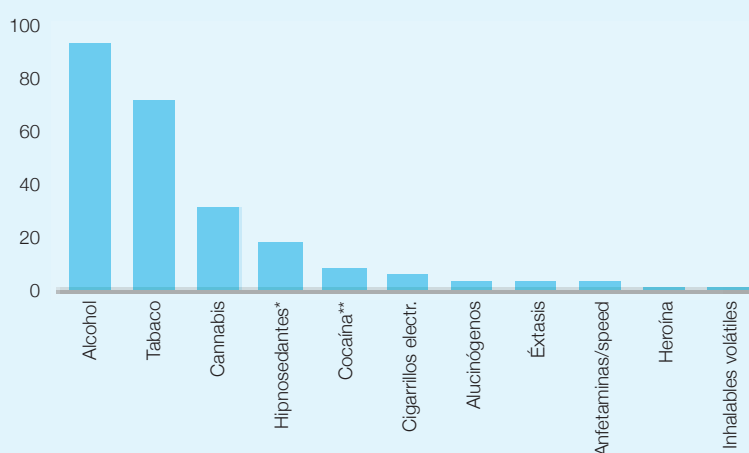
Los datos de la encuesta EDADES junto con otras fuentes de información, permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2015, se sitúa en 70.471 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.

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

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

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

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



* Hipnosedantes con o sin receta. ** Cocaína polvo y/o base.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). EDADES 2015.

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

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

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

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

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

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

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

Policonsumo de drogas en la población de 15 a 64 años

Cerca del 42% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses:

- 30,2% - 2 drogas
- 9,0% - 3 drogas
- 1,6% - 4 drogas
- 0,9% 5 o más drogas

El policonsumo se concentra en hombres de 25 a 34 años, incluye muy frecuentemente (90%) consumo de alcohol y cannabis y se asocia a consumos de riesgo.

Percepción de riesgo en la población de 15 a 64 años

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

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

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

Percepción de disponibilidad en la población de 15 a 64 años

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

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

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

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

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS

ESPAÑA, 2016

Introducción

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

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

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

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

Tratamiento por tipo de droga

En 2016, se registraron 45.637 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (53,1%) 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 2016 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (39,2% del total), seguida del cannabis (29,2%) y los opioides (26,8%).

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2016 el cannabis se mantiene por cuarto año consecutivo como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (40,7%), seguida de la cocaína (39,7%) y los opioides (13,3%).

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

Perfil de personas en tratamiento

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2016, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,6%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35 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 años, 6,2 años menos que para las admisiones con tratamiento previo.

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

En España, la gran mayoría (80,9%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2016, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones fue del 13,3% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (homeless), del 5,1%. El modelo más frecuente (43,4%) de convivencia es la familia de origen (con los padres).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (52,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque una tercera parte de los admitidos (30,2%) fueron remitidos por médicos de atención primaria, hospitales, servicios sociales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada pero, en todos los casos, se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2016, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (52,9%) seguida de la esnifada (35,7%); la vía inyectada es minoritaria (4,3%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opiáceos (14,9%). En 2016, la vía de administración predominante entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína es la pulmonar (84,7%), seguida de la inyectada (7,9%) y la esnifada (6,2%).

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando en 2016 la cifra de 6.117 inyectores para la inyección alguna vez en la vida.

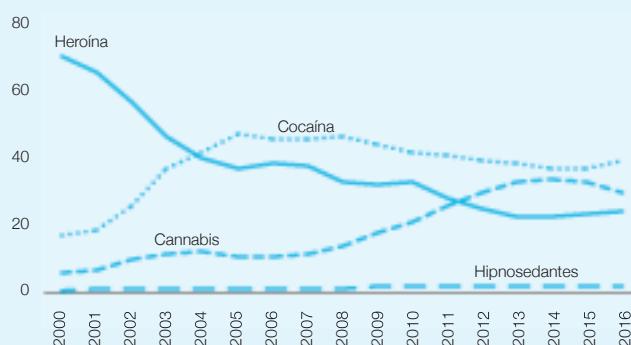
Tendencia

El total de admitidos a tratamiento en el período 2002-2016 ha oscilado en un rango de 45.000 y 53.500. Mientras que durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a mediados de los 2000 se produjo un descenso de demandas por heroína, en paralelo a un significativo aumento del número de demandas de admisión por cocaína que alcanzó su máximo en 2008.

A partir de 2008 ha ido descendiendo lentamente el número de demandas de tratamiento por cocaína, se ha consolidado la tendencia descendente de las admisiones a tratamiento por heroína y se ha producido un progresivo y significativo aumento de las demandas de tratamiento por cannabis que, desde 2012, son superiores en número (tanto en el total de las admisiones a tratamiento como en las primeras admisiones) a las demandas por heroína.

La distribución de las admisiones a tratamiento por primera vez, según droga principal, es muy similar a la que corresponde al total de admisiones a tratamiento. No obstante, hay que destacar que aunque la cocaína fue, durante el periodo 2002-2011, la responsable de la mayor proporción de admisiones por primera vez en la vida, fue superada en 2012 por el cannabis, que se mantienen como primera causa de admisión a tratamiento por primera vez. Por su parte, las admisiones a tratamiento por primera vez motivadas por la heroína, continúan su tendencia descendente, aunque se detecta un ligero aumento del número de primeras admisiones por esta sustancia con respecto a 2015, probablemente en relación con mejoras en la notificación.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales (porcentaje). España, 2000-2016.



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, 2016

Introducción

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

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

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

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

Se dispone de información anual desde 1987. En 2016 notificaron a este indicador 16 de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

Número de urgencias y tendencia

En 2016 se notificaron 8.588 episodios de urgencias en los que la historia clínica incluía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 4.565 (53,2%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. Tendencia relativamente estable desde 2011.

Edad y sexo

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

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (1996) a 34,3 años (2016), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 35,5 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 opiáceos e hipnosedantes tienen edad más avanzada y son más jóvenes los que acuden por el consumo de éxtasis, alucinógenos y cannabis.

Resolución de la urgencia

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 71,6% en 2016. La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, más traslados a otros centros en las urgencias por hipnosedantes y más altas voluntarias entre los consumidores de inhalables volátiles.

Urgencias por tipo de droga

Cocaína

En 2016, de los 4.565 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 42,5% la urgencia se relacionó con la cocaína. Es la sustancia ilegal con mayor presencia.

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

Cannabis

El cannabis ocupa el segundo lugar y se relaciona con el 40,1% de las urgencias, siendo la única sustancia para la que se observa una tendencia ascendente hasta 2015 que parece frenarse en 2016 y situándose a poca distancia de la cocaína.

Opioides

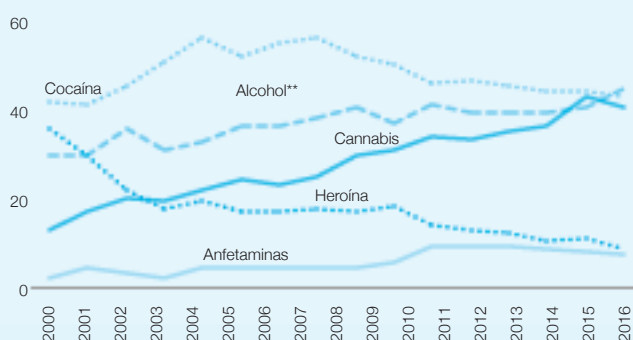
La heroína, en 2016, se sitúa en tercer lugar (8,6%) y mantiene la tendencia descendente. Otros opioides suponen el 7,7% de las urgencias, con una tendencia temporal estable.

Las urgencias relacionadas con analgésicos opioides se mantienen en cifras similares desde 2010.

Anfetaminas

Ocupan el cuarto lugar. En 2016, las anfetaminas estaban presentes en el 7,5% de las urgencias relacionadas con drogas. Tendencia estable desde 2011 con algunos altibajos en probable relación con el hecho de tratarse de pequeños valores numéricos.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España*, 2000-2016.



* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

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

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS

ESPAÑA, 2016

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

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

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

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

Objetivo y metodología

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

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

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

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2016 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias).

Número de defunciones

En 2016, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 613 defunciones. De estas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 501.

Tendencia

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

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

Edad y sexo

En 2016, la edad media de defunción se sitúa en los 44,1 años. La edad media ha ido incrementándose progresivamente siendo de 35 años en 2003. Este aumento podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2016 más de la mitad de las defunciones fueron a partir de los 45 años mientras que en 2003 la mitad de las defunciones se producían entre los 30 y los 40 años.

En 2016, el 83,4% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica.

Perfil

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

Mortalidad por tipo de drogas

Opioides

Desde el inicio de la serie histórica los opioides se sitúan en primer lugar, estando presentes, en 2016, en el 63,9% de las muertes por reacción aguda a drogas (320 defunciones notificadas).

Se identificó metadona en 182 autopsias, heroína/morfina en 86, codeína y otros derivados en 101 y tramadol en 40. (La suma de todas las sustancias supera las 320 muertes debido a que se puede identificar más de una sustancia en un mismo cadáver).

Cocaína

Desde el inicio de la serie histórica, la cocaína se sitúa en segundo lugar, estando presente, en 2016, en el 53,7% de las muertes por reacción aguda a drogas (269 defunciones notificadas).

En relación a la evolución temporal, se observa un aumento de la presencia de cocaína en los análisis toxicológicos realizados a fallecidos hasta 2007, seguido de una fase de descenso hasta su estabilización en los últimos años. En el análisis toxicológico la cocaína suele aparecer con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos.

Cannabis

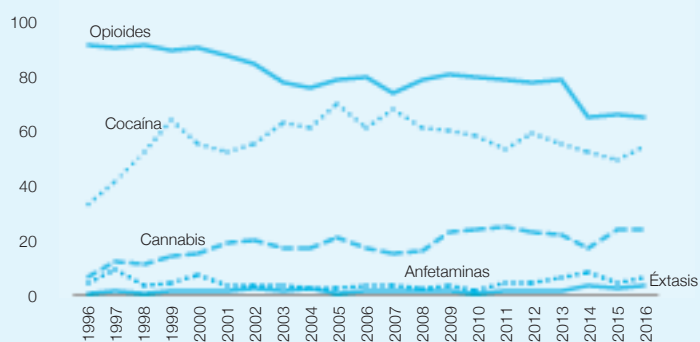
Desde el inicio de la serie histórica, el cannabis se sitúa en tercer lugar, estando presente, en 2016, en el 23,4% de las muertes por reacción aguda a drogas (117 defunciones notificadas). Se podría decir que la presencia del cannabis mantiene una tendencia estable en desde el año 2009, con algunas variaciones según los años. En el análisis toxicológico el cannabis aparece casi siempre con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos y cocaína.

Anfetaminas

Desde el inicio de la serie histórica, las anfetaminas se sitúan en cuarto lugar, estando presentes, en 2016, en el 6,2% de las muertes por reacción aguda a drogas (31 defunciones notificadas). Al tratarse de cifras pequeñas, aunque se observan picos algunos años, las variaciones deben interpretarse con cautela.

En el análisis toxicológico las anfetaminas suelen aparecer junto con otras sustancias.

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*, 1996-2016.



* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.

Fuente: Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General de 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.

En 2016 se produjeron en España 410.611 defunciones por todas las causas, mientras que las registradas bajo los códigos CIE-10 antes especificados sumaron 483 defunciones.

En relación con estas 483 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2016 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2016 el 83,4% son hombres).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2016 el 79,5% tenía 35 o más años), similar a lo detectado en el registro específico.

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS

ESPAÑA, 2016

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

En la actualidad, es preciso tener, 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.

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

Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

En 2016, se diagnosticaron en España 3.353 nuevos casos de VIH (8,6/100.000 habitantes). El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo, entre hombres (53,1%) y heterosexuales (26,5%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (3,6%).

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 muestra una tendencia estable desde 2014.

Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2016 fueron admitidos a tratamiento 45.637 personas, de las cuales 6.117 se habían inyectado alguna vez en la vida.

La prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento, es del 4,1% para el VIH, del 8,2% para el virus de la hepatitis C y del 0,7% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

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

- El 70,1% conoce su estado serológico frente a VIH y de éstos el 34,6% está infectado por el VIH.
- El 69,4% conoce su estado serológico frente a hepatitis C y de estos el 67,2% tiene serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 28% conoce su estado serológico frente a hepatitis B y de estos el 9,8% tiene serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

ESPAÑA, 2016

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.

Objetivo

El indicador de consumo problemático de drogas, siguiendo la definición del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), tiene como finalidad conocer el número y las características de los usuarios de drogas con un consumo que **causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para él, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel consumo que conlleve probabilidad o riesgo elevados de sufrir estos daños.** Además se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

Metodología

Se presentan estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína e hipnosedantes. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general y en estudiantes y el indicador Admisiones a Tratamiento. Se han utilizado para ello diferentes métodos según necesidades y disponibilidad: método multiplicador, uso de escalas psicométricas en encuestas y estimación a partir de la frecuencia de consumo sola o asociada a una potencial vulnerabilidad.

Consumo problemático de alcohol

Estimación del consumo problemático de alcohol en la población de 15 a 64 años, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (17 UBEs o más/semana para las mujeres y hombres 28 UBEs o más/semana para los hombres) y utilizando como fuente de información la encuesta EDADES 2015:

En 2015, el 5% de las personas de 15 a 64 años, que han tomado bebidas alcohólicas en el último año, son consumidoras de riesgo, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (5,8%) que entre las mujeres (4,0% de las mujeres) y con valores superiores a la media en el grupo de 35 a 44 años (5,3%) y de 55 a 64 años (5,7%).

Consumo problemático de cannabis

Estimación de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años. Se utiliza la escala CAST (≥ 4 puntos) y como fuente de información la encuesta EDADES 2015:

Se estima que, en 2015, 558.549 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cannabis, lo que se corresponde con el 1,8% de toda la población, siendo mayor el porcentaje entre los hombres (2,9%) que entre las mujeres (0,7%). En lo referente a la edad, el 4% de la población de 15 a 24 años tiene un consumo problemático de cannabis, valor que se sitúa en 1,4% de los menores (15-17 años). Se estima que el 19,3% de los que han consumido cannabis en el último año, hace un consumo problemático.

Estimación de consumo problemático de cannabis en los estudiantes de 14 a 18 años. Se utiliza la escala CAST (≥ 4 puntos) y como fuente de información la encuesta ESTUDES 2016:

Se estima que, en 2016, 61.810 jóvenes de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,8% de la población en este rango de edad y el 13,3% de los que han consumido en el último año. Estos datos son cohe-

rentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

Consumo problemático de cocaína

Estimación de consumo problemático de cocaína en la población de 15 a 64 años. Se utilizan criterios de frecuencia de consumo del EMCDDA (consumo de cocaína 30 días o más en el último año) y como fuente de información la encuesta EDADES 2015:

En 2015 se estima que 72.962 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cocaína, lo que se corresponde con el 0,2% de toda la población en este rango de edad y el 11,7% de los que han consumido cocaína en los últimos 12 meses. El perfil es el de un varón de 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando.

Consumo problemático de heroína

Estimación de consumo problemático de heroína en la población de 15 a 64 años:

Se lleva a cabo una estimación indirecta aplicando el método multiplicador y utilizando como fuentes de información la Encuesta EDADES, el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, datos de tratamiento por drogas en centros ambulatorios y datos de tratamiento de mantenimiento con opiáceos:

El número estimado de consumidores problemáticos de heroína en España en 2016 asciende a 68.297, con un rango entre 46.014 y 90.579 personas. Las estimaciones realizadas muestran en 2016 un descenso respecto a 2015, año en el que se rompió la tendencia descendente que venía observándose para este indicador en los últimos años.

Consumo problemático de hipnosedantes

Estimación de consumo problemático de tranquilizantes en la población de 15 a 64 años. Se utilizan criterios DSM-5 (2 o más criterios positivos) y como fuente de información la encuesta EDADES 2015:

En 2015 se estima que 775.762 personas de 15 a 64 años realizaron un consumo problemático de hipnosedantes. La prevalencia entre el total de la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 2,5% (2% en hombres y 3% en mujeres). En hombres, la prevalencia de consumo problemático alcanza las cifras más elevadas entre los 45 y los 54 años (3,1%) y desciende a partir de esta edad. Sin embargo, en mujeres la prevalencia aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar el valor más alto en el grupo de 55 a 64 años (4,8%).

En 2015, el perfil del consumidor problemático de hipnosedantes es el de una mujer entre 45 y 54 años, casada, con estudios secundarios que vive con su pareja e hijos, que trabaja o está en paro pero habiendo trabajado antes.

Centrándonos en aquellos que han consumido hipnosedantes en el último año, se estima que el 21% podría estar haciendo un consumo problemático.

Consumidores problemáticos España, 2015

	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína
Nº estimado de consumidores problemáticos de 15 a 64 años	775.762	558.549	72.962
% respecto a toda la población de 15 a 64 años	2,5%	1,8	0,2%
% respecto a la población de 15 a 64 años que ha consumido cada droga en el último año	21%	19,3%	11,7%

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

Objetivo y funcionamiento

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

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

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

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

Situación de las nuevas sustancias psicoactivas

En 2017, el SEAT ha notificado al EMCDDA información relativa a 6 nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España. De ellas, 2 pertenecían al grupo de los cannabinoides sintéticos, 2 al de las Indolalquilaminas (triptaminas), 1 al de las arilciclohexilaminas y 1 al grupo de los opioides sintéticos.

En 2018 se han detectado en España 5 nuevas sustancias psicoactivas, que pertenecen al grupo de los opioides (1), al grupo de las catinonas (1), al grupo de plantas y extractos (1), al grupo de los cannabinoides (1) y al grupo de las triptaminas (indolalquilaminas) (1).

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

En 2017, las nuevas sustancias psicoactivas α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP), para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) y Fenazepam han sido sometidas a medidas de control en España y en 2018, las nuevas sustancias psicoactivas que han sido sometidas a medidas de control en España han sido: 4-Metilecatinona (4-MEC), Etilona, Pentedrona, Etilfenidato, Metiopropamina (MPA), MDMB-CHMICA, 5F-APINACA (5F-AKB-48) y XLR-11.

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017

En 2017/18, 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 duodécima 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. En esta edición la muestra fue de 21.249.

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.

Los resultados de EDADES 2017/18 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: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016

Introducción

Durante 2016/17 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, Cultura y Deporte.

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

Objetivos

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

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

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

Metodología

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

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, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el ámbito nacional. El diseño de la muestra permite una aceptable 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, el tabaco y el cannabis, las prevalencias que se obtienen en cada Comunidad Autónoma presentan intervalos de confianza amplios, especialmente en 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 en España (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. Este año, se incluye por primera vez la Formación Profesional Básica, que empezó a impartirse en el curso 2014-2015.
Ámbito temporal	El periodo de recogida de información ha sido del 18 de noviembre de 2016 al 8 de marzo de 2017.
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 con 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 el 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, Cultura y Deporte. 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 participación en la encuesta dentro de cada estrato, independientemente de su tamaño, como viene asegurándose desde el año 2000. 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 863 centros educativos y 1.726 aulas, con una muestra válida final de 35.369 alumnos.
Ampliación de la muestra	En esta edición de ESTUDES las Comunidades de Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, La Rioja y Ceuta 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 0,5% 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 encuesta, se persona 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 a nivel internacional. 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, euskera, 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 "nuevas sustancias", que se introdujo por primera vez en 2010, un módulo sobre "consumo problemático de cannabis", aplicado por primera vez en 2006, un módulo sobre uso de internet y otras conductas relacionadas introducido por primera vez en 2014 y un módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio introducido por primera vez este año.
INFORMACIÓN ADICIONAL	
Módulos específicos	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 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 y salvia así como una pregunta referida a los modos de compra de estas sustancias. Módulo específico sobre el consumo problemático de cannabis: se ha aplicado la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), test de screening para valorar el consumo problemático del cannabis entre los estudiantes de 14-18 años (6 ítems). Esta escala ya se aplicó en las ediciones de ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014. Módulo específico sobre el uso de sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio: incluye preguntas sobre consumo y disponibilidad de este tipo de sustancias.
Tasa de respuesta	El 91,4% de los centros seleccionados inicialmente participaron en la encuesta, el 8,6% de los centros seleccionados fueron sustituidos principalmente por negativas a colaboración o por una presencia elevada de alumnos mayores de 18 años. Los alumnos presentes en las aulas en el momento de la encuesta fueron 36.371. Del total de cuestionarios recogidos, y a lo largo de las diferentes fases del proceso, fue necesario anular 1.002 cuestionarios (922 por tener una edad fuera del ámbito de estudio, 36 por estar en blanco y 44 por haber detectado falta de seriedad en las respuestas). Por lo que finalmente resultaron ser válidos para el estudio 35.369 cuestionarios. Si tenemos en cuenta la totalidad de los cuestionarios recogidos y los que han sido anulados por estar en blanco o por falta de seriedad, obtenemos una tasa de respuesta del alumno del 99,78%. 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, Cultura y Deporte en base a los datos de alumnos disponibles en el momento de la elaboración del análisis (curso 2014-2015). 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 (1994-2016).

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, 1994-2016.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
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
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
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
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
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
Castilla-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
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
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
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
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
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
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
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
País 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
La 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
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
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
TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO												
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
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
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
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
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
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

FUENTES: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En la tabla 1.2.2 se muestra la distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según Comunidad Autónoma de residencia, según titularidad jurídica del centro educativo y según tipo de estudios, desde 1996 hasta 2016.

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, 1996-2016.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
CCAA											
Andalucía	2.075	1.976	2.372	2.552	2.464	2.750	6.143	3.724	2.378	4.636	2.970
Aragón	941	775	671	2.185	1.757	1.764	785	1.377	2.464	2.710	2.781
Asturias	875	765	661	744	584	1.737	627	1.155	2.024	1.890	1.898
Baleares	661	679	602	1.762	1.795	622	599	1.203	806	859	913
Canarias	859	966	739	960	835	2.079	1.398	1.815	1.155	3.592	3.214
Cantabria	575	722	1.244	1.169	1.478	1.376	352	906	1.923	1.885	1.859
Castilla y León	1.120	1.093	919	1.140	983	1.107	1.697	1.865	1.151	2.284	1.220
Castilla-La Mancha	982	943	1.749	2.501	860	984	1.359	1.818	1.721	1.941	2.133
Cataluña	1.881	1.681	1.552	1.885	2.831	2.177	4.628	3.415	2.353	2.510	2.617
C. Valenciana	1.466	1.395	2.287	1.685	1.362	1.657	3.119	2.727	1.696	3.260	3.502
Extremadura	659	718	443	796	1.693	777	807	1.370	860	905	817
Galicia	1.436	1.333	1.170	2.108	1.245	2.244	1.799	1.945	2.022	2.102	2.089
Madrid	1.979	1.853	2.929	3.308	3.033	3.055	3.904	3.056	3.250	4.404	4.321
Murcia	818	813	727	1.394	1.468	1.601	998	1.551	1.054	1.085	1.259
Navarra	659	553	627	530	600	570	361	960	605	662	773
País Vasco	1.104	1.021	852	806	990	884	1.316	1.726	1.096	1.164	1.286
La Rioja	651	570	462	457	975	525	190	647	477	507	1.076
Ceuta	128	30	323	130	140	289	46	325	232	224	319
Melilla	97	199	121	464	428	256	57	382	236	866	322
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
Privada	5.250	5.319	10.029	12.131	10.632	13.404	9.463	9.886	8.655	11.510	10.986
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
Bachillerato	10.495	7.312	5.869	10.733	9.468	8.468	10.348	11.683	10.384	14.624	13.496
Formación Profesional	3.342	1.213	917	1.443	1.638	2.003	4.164	2.468	2.166	1.584	1.654
TOTAL	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183	31.967	27.503	37.486	35.369

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

A continuación, en la tabla 1.2.3 se recoge la distribución de las aulas y centros educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según Comunidad/Ciudad Autónoma de residencia en números absolutos (1994-2016). Por último, en la tabla 1.2.4 se ofrece el error muestral de la muestra ESTUDES, según Comunidad/Ciudad Autónoma (para un nivel de confianza del 95,5% y una distribución poblacional de $p = q = 0,5$) en 2016.

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, 1994-2016.

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

* Han ampliado muestra en el año 2016.

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, 2016.

	Número de colegios			Número de alumnos			Error muestral ($\pm$)***
	DGPNSD*	Ampliación**	Tamaño final	DGPNSD*	Ampliación**	Tamaño final	
Andalucía	68	0	68	2.970	0	2.970	1,8%
Aragón	24	45	69	976	1.805	2.781	1,8%
Asturias	21	32	53	641	1.257	1.898	2,2%
Baleares	23	0	23	913	0	913	3,3%
Canarias	32	48	80	1.286	1.928	3.214	1,7%
Cantabria	17	32	49	573	1.286	1.859	2,2%
Castilla-La Mancha	33	20	53	1.319	814	2.133	2,1%
Castilla y León	32	0	32	1.220	0	1.220	2,8%
Cataluña	59	0	59	2.617	0	2.617	1,9%
C. Valenciana	48	38	86	1.945	1.557	3.502	1,7%
Extremadura	23	0	23	817	0	817	3,5%
Galicia	33	20	53	1.321	768	2.089	2,2%
Madrid	55	41	96	2.457	1.864	4.321	1,5%
Murcia	29	0	29	1.259	0	1.259	2,8%
Navarra	18	0	18	773	0	773	3,5%
País Vasco	33	0	33	1.286	0	1.286	2,8%
La Rioja	13	12	25	512	564	1.076	2,9%
Ceuta	6	1	7	192	127	319	5,3%
Melilla	7	0	7	322	0	322	5,3%
Total España	574	289	863	23.399	11.970	35.369	0,5%

* 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 extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (tabla 1.2.5). El 76,9% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida, y aproximadamente 2 de cada 3 jóvenes (67,0%) admite haber tomado alcohol recientemente, en los últimos 30 días. Con respecto a la última encuesta, se mantiene el descenso iniciado en 2012, encontrando que este descenso en la prevalencia proviene principalmente de los segmentos de edad más jóvenes (de los estudiantes de 14 y 15 años). Asimismo, esta evolución del consumo coincide con una mayor extensión de la percepción de riesgo asociada a la ingesta de alcohol.

La segunda droga de mayor prevalencia entre los estudiantes es el tabaco. El 38,5% ha fumado tabaco alguna vez en la vida, y el 27,3% confirma un consumo 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, registrando que la prevalencia del

consumo diario de tabaco entre los estudiantes se sitúa en el 8,8%, una décima inferior al valor registrado en 2014 y casi la mitad que el valor observado 10 años antes. El porcentaje de fumadores que consumen diariamente tabaco es el más reducido de la serie histórica, lo que pone de manifiesto los avances logrados en este ámbito a lo largo de la última década.

El cannabis constituye la tercera droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años y la sustancia ilegal con mayor prevalencia. Casi 3 de cada 10 (31,1%) admiten haber consumido cannabis en alguna ocasión, mientras que aquellos que consumieron en los últimos 30 días representan el 18,3% de los alumnos. En términos evolutivos, en 2016 se experimenta un ligero repunte de aquellos estudiantes que lo han probado alguna vez en su vida. Si nos centramos en el periodo temporal de los últimos 30 días, la prevalencia presenta un ligero descenso con respecto al año 2014.

Por su parte, la prevalencia de consumo de hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) con o sin receta, resulta la cuarta más elevada de entre las sustancias analizadas, observándose que el 17,9% de los adolescentes ha tomado sustancias de este tipo alguna vez en su vida. Es ligeramente superior al valor obtenido en 2014, aproximándose a la cifra alcanzada en 2010.

La extensión del consumo de cocaína (polvo y/o base) ha seguido una tendencia descendente a lo largo de la última década, y desde 2010, la prevalencia para el consumo alguna vez en la vida se ha situado por debajo del 4%. En 2016, el indicador se establece en el 3,2%, ligeramente inferior al registrado en 2012 y 2014.

Para este mismo tramo temporal, salvo el éxtasis, que alcanza el 2,3% y casi dobla el valor obtenido en 2014, 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, 1994-2016.

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
GHB	–	–	–	–	–	–	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8	0,9	0,8	1,4
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	2,1	2,2	1,3	1,4
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,6	0,5

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tabaco	–	–	–	–	–	–	34,0	38,1	32,4	35,3	31,4	34,7
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,8	75,6
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6
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
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
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
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
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
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
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
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
GHB	–	–	–	–	–	–	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	0,7	0,5	1,0
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	1,6	1,4	0,8	0,9
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,5	0,4	0,3
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9
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
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
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
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
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
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
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
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
GHB	–	–	–	–	–	–	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,2
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,4	0,4	0,3	0,4
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	0,7	0,6	0,4	0,3
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,3	0,3	0,2
Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
Alcohol	–	–	–	–	–	–	1,9	2,9	6,0	2,7	1,7	1,6
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	0,4	0,6	0,7	0,9	0,8	2,7
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
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

* 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 y sexo

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

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, 1994-2016.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
Cocaína polvo	–	–	–	–	–	–	15,4	15,4	15,4	15,6	15,1	15,2
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
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1	15,0	15,1
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
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
Metanfetaminas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15,1
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15,0
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
Borracheras	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14,7
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6
Cocaína base	–	–	–	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,2	14,8	14,6
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14,3
GHB	–	–	–	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2
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
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
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
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
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
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	–	13,8	14,0	13,9	14,3	13,9	13,7

* 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 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 2016. Apenas medio año después del primer consumo se inicia el consumo diario que, por término medio, se establece en los 14,6 años. En 2010 se contempló por primera vez que el periodo que transcurre desde el primer consumo hasta el consumo diario era inferior a un año, escenario que se ha seguido observando en las mediciones de 2012, 2014 y 2016, siendo este último año el que registra valores más cercanos.

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, siendo este año el primero que logra igualar la barrera de los 14 años. Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,1 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 descendido ligeramente, situándose en 13,7 años y continuando el descenso iniciado en 2012.

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. A partir de este año 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 15,1 años, promedio que apenas difiere del registrado por otras sustancias como el éxtasis (15,2 años), las anfetaminas (15,1 años) o los alucinógenos (15,2 años).

Siguiendo con el análisis de las diferentes sustancias psicoactivas, se ha contemplado la prevalencia de consumo que registran en los **últimos 12 meses** en función de la edad del estudiante obteniendo, en la mayoría de los casos, un incremento del indicador 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, 2016.

	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Tabaco	19,8	33,8	36,7	44,5	33,2	55,6
Alcohol	55,3	73,9	82,1	88,7	74,5	90,6
Hipnosedantes*	9,0	10,7	12,1	13,6	11,3	16,2
Hipnosedantes**	3,5	4,9	5,9	6,5	5,2	8,2
Cannabis	11,1	23,1	29,2	38,1	24,9	45,0
Éxtasis	0,6	1,4	1,6	2,4	1,4	3,1
Alucinógenos	0,4	1,0	0,9	1,4	0,9	2,1
Anfetaminas/speed	0,5	1,1	1,0	1,7	1	2,8
Cocaína polvo y/o base	1,3	2,3	2,3	2,9	2,2	6,1
Cocaína polvo	1,0	1,9	2,0	2,7	1,9	5,5
Cocaína base	0,8	1,5	1,2	1,3	1,2	2,4
Heroína	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	0,9
Inhalables volátiles	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	1,4
GHB	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,8
Metanfetamina	0,4	0,7	1,1	1,3	0,9	2,4
Setas mágicas	0,4	1,0	0,8	1,3	0,8	1,9
Esteroides anabolizantes	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7

* 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 del segmento de edad, la mayoría de los estudiantes de 14 años (55,3%) ya ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, porcentaje que aumenta 18,6 puntos al contemplar el segmento que tiene 15 años. Sin embargo, la prevalencia entre los 17 años y 18 años apenas varía, encontrando que aproximadamente 9 de cada 10 estudiantes de estas edades ha bebido alcohol en el último año.

En referencia a la segunda sustancia más extendida entre los adolescentes, el 19,8% de los estudiantes de 14 años reconoció haber fumado **tabaco** en los últimos 12 meses, prevalencia que casi se duplica entre los estudiantes de 16 años (36,7%). Las cifras aumentan con la edad hasta que entre los jóvenes de 18 años la prevalencia registra el 55,6%.

Abordando el consumo de **hipnosedantes** (con o sin receta), la prevalencia por edad oscila entre el 9,0%, registrado en los estudiantes de 14 años, y el 16,2%, observado en los alumnos de 18 años, destacando el incremento de 2,6 décimas al pasar de 17 a 18 años.

En relación al **cannabis**, los resultados reflejan que algo más de 1 de cada 10 alumnos de 14 años consumieron la sustancia en los últimos 12 meses, 2 de cada 10 en el segmento de 15 años, cerca de 3 de cada 10 en el de 16 años y casi 4 de cada 10 en el de 17 años. Más preocupante es la prevalencia de los estudiantes de 18 años, ya que un 45,0% de ellos declara haberlo consumido durante el último año.

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 segmentos de 14 a 17 años, duplicando el valor para los de 18 años, con un valor observado de 6,1%.

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

La prevalencia del resto de sustancias analizadas (alucinógenos, anfetaminas, heroína, inhalables volátiles, GHB, metanfetaminas, setas mágicas y esteroides anabolizantes) se mantiene por debajo del 3% con independencia del segmento 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 en 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.

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, 1994-2016.

Alguna vez en la vida												
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M	H M
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
Alcohol	84,3 84,0	84,3 84,1	85,5 86,4	78,2 77,9	75,9 77,2	81,5 82,5	78,4 80,7	80,8 81,7	74,9 75,2	82,9 84,9	77,8 80,1	75,7 78,2
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
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
Cannabis	23,8 18,0	28,8 24,2	31,6 27,6	36,2 30,1	40,6 34,6	45,3 40,2	38,0 34,6	37,8 32,8	34,9 31,1	36,3 30,7	31,5 26,8	33,2 28,9
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
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
Anfetaminas	5,3 3,1	6,6 4,1	5,5 3,2	5,7 3,3	6,2 4,9	6,0 3,6	4,2 2,7	4,5 2,7	3,4 1,8	3,2 1,5	1,8 0,9	2,2 1,2
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
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
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
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
Metanfetamina	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	1,3 0,6	1,1 0,4	1,7 1,0
Setas mágicas	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	3,0 1,4	1,8 0,8	2,0 0,8
Esteroides anabolizantes	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	1,1 0,3	1,0 0,3	0,8 0,2

Últimos 12 meses																								
1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
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	
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2	73,3	73,8	80,9	82,9	75,3	78,2	74,3	76,9
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	
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
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
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
Alucinógenos	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3	2,9	1,1	1,6	0,7	1,4	0,6
Anfetaminas	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,2	1,8	2,2	1,0	2,4	1,1	1,3	0,6	1,6	0,7
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
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
Inhalables 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
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
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,4	0,8	0,3	1,3	0,7
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	0,8	1,2	0,5	1,3	0,5
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,2	0,7	0,2	0,5	0,1

Últimos 30 días																								
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
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
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
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		
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
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	19,3	15,2	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9
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
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
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
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
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
Inhalables 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
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		
Metanfetamina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,5	0,1	0,6	0,2
Setas mágicas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	0,2	0,6	0,1
Esteroides anabolizantes	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,6	0,1	0,4	0,1

A diario, últimos 30 días																								
	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,2	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
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
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
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
Cannabis	1,5	0,5	2,2	0,8	2,7	0,9	5,5	1,9	5,5	2,1	7,0	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

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).

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 2 de cada 10 chicas tomaron alguna vez sustancias de este tipo. Cabe destacar que, mientras que para ellas se produce un ligero incremento con respecto al valor observado en 2014, para los chicos este incremento casi se duplica (1,4 puntos porcentuales para ellas y 2,5 para ellos).

También se observa cierta diferencia por sexo en el consumo de **cannabis**. En 2016, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida entre los varones (33,2%) supera por 4,3 puntos la obtenida entre las chicas, si bien en relación con 2014, la proporción de consumidores aumenta más en el caso de las chicas.

En cuanto al consumo de **cocaína** (polvo y/o base), en 2016, igual que ocurre en años precedentes, está bastante más extendido entre los chicos, que casi duplican el de las chicas. Cabe destacar la comparación con respecto a los valores registrados 12 años atrás, cuando la prevalencia era mayor (11,3% y 6,8% respectivamente) y la diferencia entre ambos segmentos era más abultada. En relación a la evolución de estos últimos 12 años, la prevalencia ha ido descendiendo para ambos segmentos, registrándose en 2016 las prevalencias más bajas de la serie histórica.

Por otro lado, atendiendo ahora al tramo temporal de los últimos 30 días, la reducción de la prevalencia del **alcohol** con respecto a 2012 se mantiene tanto en el segmento masculino como en el femenino.

Para el **tabaco**, la reducción observada en 2014 con respecto a los resultados de 2012, se ha visto truncada y aunque muy ligeramente, se ha producido un aumento tanto para los chicos (1,1 puntos) como para las chicas (1,8 puntos), resultando una prevalencia de 25,6% para ellos y de 29,0% para ellas.

Siguiendo con el consumo en los últimos 30 días, la diferencia por sexo más notable se observa en el caso del cannabis. Si el 20,8% de los chicos admitieron un consumo en el último mes, este porcentaje resulta 4,9 puntos más reducido en las chicas, diferencia inferior a la observada en 2014. Para los chicos, se produce un leve descenso de la prevalencia con respecto al año 2014, y para las chicas se mantiene casi igual.

El consumo diario de tabaco es el que registra mayor prevalencia de todas las sustancias analizadas (tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis). En 2016 se aprecia una reducción, tanto para chicos como para chicas, de una décima, continuando así la tendencia decreciente de la serie desde 2010. La diferencia observada entre ambos sexos, comparada con la de 2014, se mantiene en 0,4 puntos porcentuales.

Además de observar los resultados en función del sexo y de la edad de forma independiente, se ha realizado un análisis conjunto de ambas variables, considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses (tabla 1.2.9).

Como se ha indicado con anterioridad, cuando se contempla el conjunto de estudiantes de 14 a 18 años se observa que el consumo de **alcohol** está ligeramente más extendido entre las chicas, si bien, la magnitud de tal diferencia varía según la edad. La mayor disparidad entre el consumo observado en chicos y en chicas se produce en el segmento de 15 años, donde la prevalencia en los varones resulta 5,2 puntos inferior a la registrada por las chicas (considerando el colectivo femenino, 3 de cada 4 bebieron alcohol en el último año, el 76,6%). Por el contrario, en el grupo de 18 años, la extensión del consumo es prácticamente la misma y la diferencia en sus respectivas prevalencias es apenas de una décima.

Cuando se analiza la prevalencia de las **borracheras**, la mayor diferencia entre chicos y chicas aparece en el grupo de 14 años, encontrando que el indicador resulta 7,1 puntos superior entre ellas (algo más de 2 de cada 10 se ha emborrachado en el último año, el 22,3%). Conforme aumenta la edad de los estudiantes, la prevalencia entre chicos y chicas va convergiendo. Independientemente de la edad, ellas se emborrachan más que ellos.

Por su parte, entre los 14 y los 17 años, la práctica del botellón adquiere mayor dimensión en las chicas. Sin embargo, en el grupo de 18 años, el porcentaje que ha realizado botellón resulta superior en el colectivo masculino (71,3% para ellos frente a 64,5% para ellas).

El consumo de **hipnosedantes** es más común en las chicas, independientemente del segmento de edad, y la diferencia con respecto al grupo masculino aumenta a medida que se incrementa la edad de los estudiantes, de modo que la mayor diferencia por sexo se aprecia en los alumnos de 18 años, donde el porcentaje relativo al consumo entre las chicas supera 10,0 puntos porcentuales el valor obtenido en los chicos.

Con el consumo de **cannabis** ocurre lo contrario a lo que acabamos de ver, es en los chicos donde se aprecia la mayor prevalencia para todos los tramos de edad, alcanzando la mayor diferencia en el segmento de 18 años, donde aproximadamente 2 de cada 5 chicas y casi 1 de cada 2 chicos, reconocen haber consumido durante el último año.

Respecto al consumo de **cocaína** polvo y/o base, la mayor diferencia respecto al sexo se obtiene en el segmento de 18 años, donde la prevalencia en los chicos (8,7%) casi triplica el valor registrado en las chicas (3,2%).

Tabla 1.2.9.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

TOTAL				POR EDAD Y SEXO																	
				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
Tabaco	34,7	32,6	36,9	19,8	17,5	22,2	33,8	32,1	35,6	36,7	34,7	38,7	44,5	42,2	46,7	55,6	52,3	59,4	33,2	31,0	35,4
Alcohol	75,6	74,3	76,9	55,3	53,8	56,8	73,9	71,4	76,6	82,1	81,0	83,2	88,7	88,4	88,9	90,6	90,6	90,7	74,5	73,0	75,9
Borracheras	42,4	40,1	44,8	18,8	15,3	22,3	36,1	33,0	39,3	49,3	47,4	51,2	61,5	60,6	62,3	65,4	64,7	66,1	40,7	38,2	43,3
Botellón	52,0	50,3	53,8	28,0	24,8	31,3	47,7	45,2	50,4	61,1	59,4	62,8	68,9	68,3	69,4	68,1	71,3	64,5	50,9	48,7	53,1
Hipnosedantes con o sin receta	11,6	8,8	14,4	9,0	7,9	10,2	10,7	8,0	13,6	12,1	8,9	15,1	13,6	9,8	17,3	16,2	11,5	21,5	11,3	8,6	14,0
Hipnosedantes sin receta	5,4	4,1	6,7	3,5	2,8	4,3	4,9	3,5	6,3	5,9	4,4	7,3	6,5	5,0	7,9	8,2	6,0	10,8	5,2	3,9	6,4
Cannabis	26,3	28,1	24,4	11,1	11,8	10,5	23,1	24,5	21,6	29,2	31,8	26,7	38,1	40,7	35,6	45,0	47,9	41,8	24,9	26,6	23,2
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,3	1,6	1,3	1,9	0,8	2,3	2,8	1,9	2,3	2,8	1,8	2,9	4,4	1,4	6,1	8,7	3,2	2,2	2,9	1,5
Éxtasis	1,6	2,0	1,1	0,6	0,7	0,6	1,4	1,6	1,2	1,6	1,9	1,3	2,4	3,4	1,4	3,1	4,3	1,8	1,4	1,8	1,1
Anfetaminas/speed	1,2	1,6	0,7	0,5	0,7	0,3	1,1	1,3	0,9	1,0	1,2	0,8	1,7	2,7	0,7	2,8	4,3	1,2	1,0	1,4	0,7
Alucinógenos	1,0	1,4	0,6	0,4	0,6	0,3	1,0	1,3	0,7	0,9	1,2	0,6	1,4	2,1	0,6	2,1	3,2	1,0	0,9	1,2	0,5
Heroína	0,6	0,8	0,3	0,5	0,7	0,2	0,7	0,9	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,8	0,2	0,9	1,7	0,0	0,5	0,7	0,3
Inhalables volátiles	0,6	0,8	0,4	0,5	0,6	0,3	0,6	0,9	0,4	0,6	0,7	0,4	0,5	0,7	0,2	1,4	1,9	0,8	0,5	0,7	0,3
GHB	0,4	0,6	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,5	0,2	0,4	0,6	0,2	0,4	0,7	0,1	0,8	1,3	0,2	0,3	0,5	0,2
Metanfetamina	1,0	1,3	0,7	0,4	0,7	0,2	0,7	0,8	0,6	1,1	1,4	0,9	1,3	1,9	0,8	2,4	3,5	1,2	0,9	1,2	0,6
Setas mágicas	0,9	1,3	0,5	0,4	0,8	0,1	1,0	1,4	0,6	0,8	1,0	0,5	1,3	1,7	0,8	1,9	3,2	0,4	0,8	1,2	0,5
E. anabolizantes	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0,0	0,3	0,4	0,1	0,3	0,4	0,2	0,3	0,5	0,0	0,7	1,3	0,0	0,3	0,5	0,1
Nuevas sustancias	3,1	3,4	2,9	2,0	2,4	1,7	3,4	3,4	3,5	3,7	3,8	3,6	3,3	3,6	3,0	3,7	4,4	3,0	3,1	3,3	2,9
Ketamina	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,4	0,4	0,4	0,3	0,5	0,2	0,3	0,6	0,1	0,4	0,6	0,1	0,3	0,4	0,2
Spice	0,7	0,9	0,4	0,4	0,6	0,2	0,7	0,9	0,5	0,8	1,0	0,6	0,7	1,1	0,3	0,9	1,2	0,5	0,6	0,9	0,4
Mefedrona	0,4	0,5	0,2	0,3	0,4	0,2	0,4	0,6	0,2	0,4	0,6	0,2	0,3	0,5	0,1	0,3	0,5	0,1	0,4	0,5	0,2
Salvia	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3	0,5	0,0	0,4	0,4	0,3

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

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

Comunidad/Ciudad Autónoma

En este apartado se exponen los consumos de las sustancias con mayor prevalencia (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 estas Ciudades Autónomas con respecto al resto de Comunidades Autónomas.

Además, se contempla la **edad media de inicio en el consumo** de dichas sustancias (tabla 1.2.10). 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 un año, situándose entre los 13,6 años registrados en Aragón y los 14,6 años obtenidos en Galicia. En todas las Comunidades transcurre menos de un año entre el primer consumo y la adquisición del hábito de fumar a diario.

Tabla 1.2.10.

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, 2016.

Muestra		Edad media inicio en el consumo de			
		Tabaco	Tabaco diario	Alcohol	Cannabis
Andalucía	2.970	14,1	14,6	14,0	14,9
Aragón	2.781	13,6	14,1	13,5	14,6
Asturias	1.898	14,1	14,6	13,9	14,9
Baleares	913	14,1	14,8	14,0	14,7
Canarias	3.214	14,1	14,6	14,1	14,6
Cantabria	1.859	14,1	14,3	14,0	14,8
Castilla y León	1.220	14,0	14,5	13,8	15,0
Castilla-La Mancha	2.133	14,1	14,7	14,0	15,1
Cataluña	2.617	14,0	14,6	13,9	14,6
C. Valenciana	3.502	14,2	14,7	13,9	14,8
Extremadura	817	14,0	14,3	14,0	15,1
Galicia	2.089	14,6	15,0	14,4	15,1
Madrid	4.321	14,2	14,9	14,1	15,0
Murcia	1.259	14,1	14,6	14,0	14,7
Navarra	773	13,9	14,5	13,6	14,5
País Vasco	1.286	14,2	14,7	13,7	14,7
La Rioja	1.076	14,2	14,6	13,8	14,8
Ceuta	319	14,4	15,2	14,0	15,0
Melilla	322	13,8	14,4	14,1	15,0
Total	35.369	14,1	14,6	14,0	14,8

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, vuelven a ser Aragón y Galicia las autonomías donde se obtienen los promedios extremos, presentando Aragón la edad más temprana (13,5 años) y Galicia la edad más tardía (14,4 años), con una diferencia entre ambos valores que se sitúa en 0,9 años.

En cuanto a la edad media de inicio en el consumo de cannabis, se aprecia una disparidad entre las Comunidades de 0,6 años, siendo los estudiantes de Navarra los más jóvenes en probarlo (14,5 años) y los de Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia los más tardíos (15,1 años).

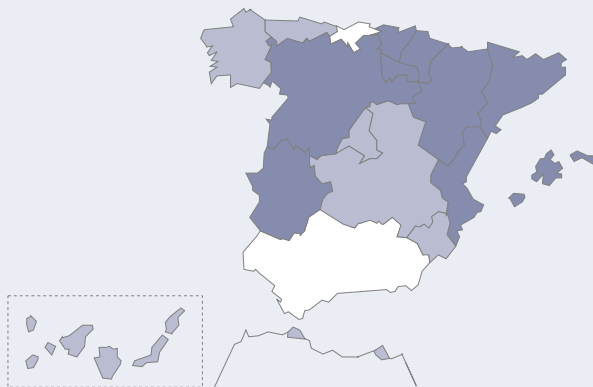
Haciendo referencia al **consumo de tabaco** (tabla 1.2.11), el porcentaje de alumnos que reconoce haber fumado alguna vez en la vida resulta más elevado en Aragón, Baleares, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra, País Vasco y La Rioja, con prevalencias que superan el 40%. Asimismo, cuando se concreta el análisis en el consumo diario de tabaco, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja superan la prevalencia media nacional.

Tabla 1.2.11.
Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	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	2.970	37,6	35,9	39,3	34,2	32,5	35,9	27,5	25,9	29,2	8,6	7,6	9,6
Aragón	2.781	42,6	40,7	44,4	37,9	36,1	39,7	29,8	28,1	31,5	11,4	10,2	12,6
Asturias	1.898	36,0	33,8	38,2	32,9	30,7	35,0	25,9	23,9	27,9	8,3	7,0	9,5
Baleares	913	40,4	37,2	43,6	36,0	32,9	39,2	28,5	25,6	31,4	9,2	7,3	11,0
Canarias	3.214	33,5	31,9	35,1	28,4	26,9	30,0	22,2	20,7	23,6	6,1	5,3	6,9
Cantabria	1.859	35,8	33,6	38,0	33,0	30,8	35,1	26,1	24,1	28,1	8,9	7,6	10,2
Castilla y León	1.220	41,9	39,2	44,7	37,4	34,7	40,1	31,1	28,5	33,7	11,7	9,9	13,6
Castilla-La Mancha	2.133	38,1	36,0	40,1	34,1	32,1	36,1	26,4	24,5	28,3	8,0	6,9	9,2
Cataluña	2.617	39,8	38,0	41,7	35,6	33,8	37,5	26,9	25,2	28,6	9,2	8,1	10,3
C. Valenciana	3.502	41,1	39,5	42,8	37,2	35,6	38,8	29,1	27,6	30,6	9,3	8,4	10,3
Extremadura	817	37,1	33,8	40,5	33,2	30,0	36,5	28,2	25,1	31,3	10,4	8,3	12,5
Galicia	2.089	33,5	31,5	35,5	31,1	29,1	33,1	22,7	20,9	24,5	6,0	5,0	7,1
Madrid	4.321	37,7	36,2	39,1	34,0	32,6	35,5	27,2	25,9	28,5	8,1	7,3	9,0
Murcia	1.259	34,8	32,2	37,4	31,7	29,1	34,2	25,3	22,9	27,8	6,8	5,4	8,2
Navarra	773	41,0	37,5	44,5	37,0	33,6	40,4	29,7	26,5	32,9	9,7	7,6	11,8
País Vasco	1.286	44,0	41,3	46,7	40,8	38,1	43,5	30,8	28,2	33,3	11,4	9,7	13,2
La Rioja	1.076	40,4	37,5	43,3	36,9	34,0	39,7	29,1	26,4	31,9	9,7	7,9	11,4
Ceuta	319	26,1	21,3	30,9	24,2	19,5	28,9	20,0	15,6	24,4	5,1	2,7	7,5
Melilla	322	22,3	17,7	26,8	21,3	16,8	25,7	18,9	14,6	23,2	4,9	2,5	7,2
Total	35.369	38,5	38,0	39,0	34,7	34,2	35,2	27,3	26,8	27,8	8,8	8,5	9,1

CONSUMO DE TABACO A DIARIO ÚLTIMOS 30 DÍAS

- < 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).

Por el contrario, los porcentajes de consumo de tabaco más discretos, en todos los tramos temporales analizados, se observan en Ceuta, Melilla, Galicia, Canarias y Murcia.

En cuanto al **consumo de alcohol** (tabla 1.2.12), son Ceuta, Melilla, Galicia, Cataluña 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 Aragón, Navarra y País Vasco, y para los últimos 30 días, el mayor consumo corresponde a Aragón, Comunidad Valenciana y País Vasco.

Tabla 1.2.12.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.970	78,5	77,0	80,0	77,4	75,9	78,9	68,7	67,0	70,4
Aragón	2.781	82,6	81,2	84,0	81,6	80,1	83,0	73,8	72,1	75,4
Asturias	1.898	77,7	75,8	79,6	76,3	74,4	78,3	70,6	68,6	72,7
Baleares	913	79,2	76,5	81,8	78,0	75,3	80,7	68,9	65,9	71,9
Canarias	3.214	71,8	70,2	73,3	69,9	68,3	71,5	60,9	59,2	62,5
Cantabria	1.859	77,1	75,2	79,0	75,8	73,9	77,8	68,8	66,7	70,9
Castilla y León	1.220	80,4	78,1	82,6	79,6	77,3	81,8	71,1	68,5	73,6
Castilla-La Mancha	2.133	81,3	79,7	83,0	80,3	78,6	82,0	72,5	70,6	74,4
Cataluña	2.617	71,6	69,9	73,4	69,9	68,1	71,6	61,9	60,1	63,8
C. Valenciana	3.502	81,2	79,9	82,4	79,8	78,5	81,1	72,6	71,1	74,0
Extremadura	817	80,6	77,9	83,3	79,3	76,5	82,0	69,0	65,8	72,2
Galicia	2.089	70,6	68,6	72,6	69,3	67,3	71,2	60,3	58,2	62,4
Madrid	4.321	74,9	73,6	76,2	73,2	71,9	74,5	63,1	61,6	64,5
Murcia	1.259	76,2	73,8	78,6	75,4	73,0	77,8	67,5	64,9	70,1
Navarra	773	85,9	83,4	88,3	85,3	82,8	87,8	71,3	68,1	74,5
País Vasco	1.286	83,5	81,4	85,5	82,0	79,9	84,1	73,1	70,7	75,5
La Rioja	1.076	78,6	76,1	81,0	77,5	75,0	80,0	70,3	67,6	73,1
Ceuta	319	38,3	33,0	43,7	37,1	31,8	42,4	31,2	26,1	36,3
Melilla	322	45,5	40,1	50,9	43,9	38,5	49,3	39,1	33,8	44,5
Total	35.369	76,9	76,5	77,4	75,6	75,1	76,0	67,0	66,5	67,5

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS 30 DÍAS

- < 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), podemos observar (tabla 1.2.13) cómo Navarra ocupa el máximo nacional para los tres indicadores registrados (62,5% para alguna vez en la vida, 57,6% para los últimos 12 meses y 27,8% para los últimos 30 días), seguida de Aragón y de Castilla y León.

Tabla 1.2.13.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.970	49,9	48,1	51,7	42,8	41,1	44,6	22,2	20,7	23,7
Aragón	2.781	57,8	56,0	59,7	51,0	49,1	52,9	25,5	23,9	27,1
Asturias	1.898	46,4	44,1	48,6	41,0	38,8	43,2	22,0	20,2	23,9
Baleares	913	50,2	47,0	53,5	43,6	40,4	46,8	23,7	21,0	26,5
Canarias	3.214	39,1	37,4	40,8	31,7	30,1	33,3	13,7	12,5	14,9
Cantabria	1.859	49,4	47,1	51,7	43,0	40,8	45,3	24,8	22,9	26,8
Castilla y León	1.220	56,1	53,3	58,8	51,2	48,4	54,0	26,1	23,7	28,6
Castilla-La Mancha	2.133	54,7	52,6	56,8	47,3	45,2	49,5	25,3	23,5	27,1
Cataluña	2.617	44,1	42,2	46,0	39,4	37,5	41,3	21,1	19,6	22,7
C. Valenciana	3.502	53,0	51,3	54,6	45,9	44,2	47,5	24,6	23,2	26,1
Extremadura	817	52,7	49,3	56,2	44,5	41,1	47,9	21,3	18,5	24,1
Galicia	2.089	42,2	40,1	44,3	36,1	34,1	38,2	16,6	15,0	18,2
Madrid	4.321	47,2	45,7	48,7	39,8	38,4	41,3	19,3	18,1	20,4
Murcia	1.259	43,6	40,9	46,4	38,0	35,3	40,6	21,0	18,8	23,3
Navarra	773	62,5	59,1	66,0	57,6	54,1	61,1	27,8	24,6	30,9
País Vasco	1.286	56,0	53,3	58,7	49,2	46,5	51,9	25,1	22,7	27,4
La Rioja	1.076	53,7	50,7	56,7	48,3	45,3	51,3	24,8	22,2	27,4
Ceuta	319	19,8	15,4	24,2	14,2	10,4	18,0	7,6	4,7	10,5
Melilla	322	20,5	16,1	24,9	15,5	11,6	19,5	8,6	5,5	11,7
Total	35.369	48,9	48,4	49,4	42,4	41,9	42,9	21,8	21,3	22,2

BORRACHERAS ÚLTIMOS 30 DÍAS

- < 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).

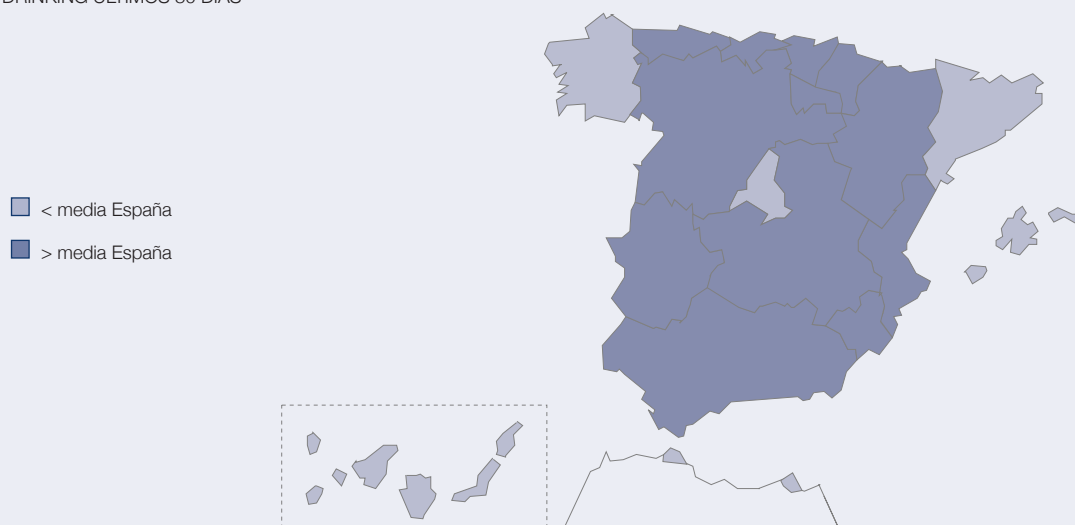
Por su parte, la realización de *binge drinking* (tabla 1.2.14), que se define como el consumo de 5 o más vasos/cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (en los últimos 30 días) adquiere la mayor prevalencia en Castilla-La Mancha, Aragón y La Rioja, donde aproximadamente un 37% de los estudiantes reconoce este patrón de consumo. Por el contrario, aquellas autonomías donde el *binge drinking* se encuentra menos extendido son, además de Ceuta y Melilla, Canarias y Galicia.

Tabla 1.2.14.

Prevalencia de binge drinking entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

Muestra		Últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.970	33,0	31,3	34,7
Aragón	2.781	37,3	35,5	39,1
Asturias	1.898	35,2	33,1	37,4
Baleares	913	30,4	27,4	33,4
Canarias	3.214	24,7	23,2	26,2
Cantabria	1.859	33,2	31,0	35,3
Castilla y León	1.220	36,1	33,4	38,8
Castilla-La Mancha	2.133	37,5	35,4	39,5
Cataluña	2.617	27,4	25,7	29,1
C. Valenciana	3.502	36,9	35,3	38,4
Extremadura	817	36,0	32,8	39,3
Galicia	2.089	24,7	22,8	26,5
Madrid	4.321	28,2	26,9	29,6
Murcia	1.259	33,8	31,2	36,4
Navarra	773	36,2	32,8	39,6
País Vasco	1.286	34,8	32,1	37,4
La Rioja	1.076	36,9	34,0	39,8
Ceuta	319	10,6	7,2	14,0
Melilla	322	13,8	10,0	17,6
Total	35.369	31,7	31,2	32,1

BINGE DRINKING ÚLTIMOS 30 DÍAS



IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

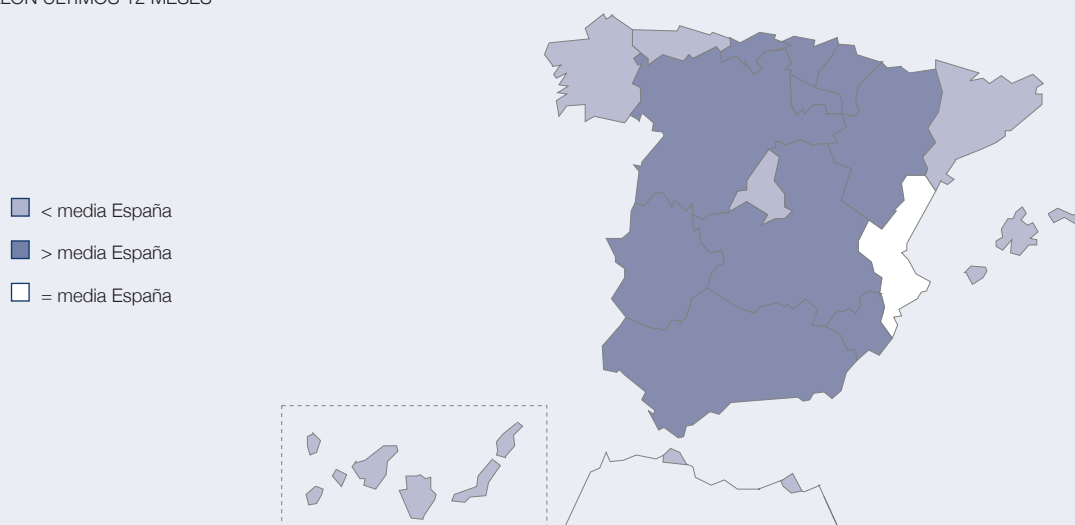
Otro de los aspectos que se analizan en la encuesta es el fenómeno del **botellón** (tabla 1.2.15). Con respecto a la media nacional, la práctica del botellón se encuentra más extendida en las Comunidades de Extremadura, Castilla-La Mancha y Aragón, siendo en Extremadura donde 7 de cada 10 estudiantes confirman 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 Canarias, Galicia, Ceuta y Melilla.

Tabla 1.2.15.

Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	Muestra	Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.970	54,7	52,9	56,4	28,4	26,7	30,0
Aragón	2.781	62,4	60,6	64,2	27,5	25,9	29,2
Asturias	1.898	47,2	44,9	49,4	17,9	16,2	19,7
Baleares	913	49,5	46,3	52,8	24,0	21,2	26,7
Canarias	3.214	32,5	30,8	34,1	12,3	11,2	13,5
Cantabria	1.859	57,6	55,4	59,9	36,9	34,7	39,1
Castilla y León	1.220	59,2	56,5	62,0	26,6	24,2	29,1
Castilla-La Mancha	2.133	62,8	60,7	64,8	33,9	31,9	35,9
Cataluña	2.617	46,3	44,4	48,3	20,2	18,7	21,7
C. Valenciana	3.502	52,5	50,8	54,1	24,2	22,8	25,6
Extremadura	817	70,6	67,5	73,7	35,6	32,3	38,9
Galicia	2.089	45,7	43,6	47,9	23,2	21,4	25,1
Madrid	4.321	48,4	46,9	49,9	18,3	17,1	19,4
Murcia	1.259	55,7	53,0	58,5	26,2	23,7	28,6
Navarra	773	60,0	56,6	63,5	24,2	21,2	27,3
País Vasco	1.286	61,7	59,0	64,4	27,8	25,3	30,2
La Rioja	1.076	55,2	52,3	58,2	26,9	24,3	29,6
Ceuta	319	23,3	18,7	28,0	13,7	9,9	17,4
Melilla	322	25,6	20,9	30,4	15,3	11,4	19,3
Total	35.369	52,0	51,5	52,6	24,1	23,7	24,6

BOTELLÓN ÚLTIMOS 12 MESES



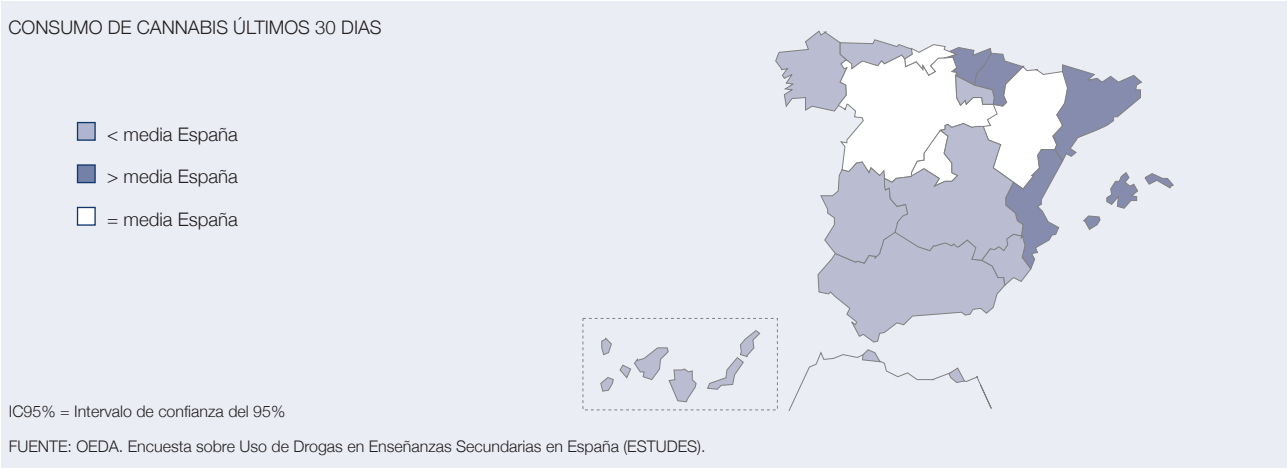
IC95% = Intervalo de confianza del 95%

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

En relación al consumo de **cannabis**, las comunidades de País Vasco, Navarra y Comunidad Valenciana tienen las prevalencias más elevadas para los tres indicadores temporales, siendo País Vasco quien presenta el máximo nacional (41,1% para alguna vez en la vida, 36,9% para los últimos 12 meses y 25,6 para los últimos 30 días). El consumo de cannabis alguna vez en la vida en estas tres Comunidades supera el 37%, para los últimos 12 meses está por encima del 31% y para los últimos 30 días es mayor del 22% (tabla 1.2.16). En el lado opuesto se encuentran Melilla, Ceuta, Galicia, Andalucía, Extremadura y Murcia. Melilla marca el mínimo nacional y, junto con Ceuta, son las Comunidades con menores prevalencias, inferiores al 22% para alguna vez en la vida, no superan el 19% para los últimos 12 meses y son menores de 14% para los últimos 30 días.

Tabla 1.2.16.
Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia (%)	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.970	26,1	24,5	27,6	21,9	20,4	23,4	15,1	13,8	16,4
Aragón	2.781	30,7	29,0	32,5	26,2	24,6	27,8	17,9	16,5	19,3
Asturias	1.898	27,7	25,7	29,7	22,5	20,6	24,4	16,6	14,9	18,2
Baleares	913	34,2	31,1	37,3	28,3	25,4	31,2	20,1	17,5	22,7
Canarias	3.214	27,7	26,1	29,2	23,8	22,3	25,3	16,7	15,4	18,0
Cantabria	1.859	30,2	28,1	32,3	25,5	23,5	27,5	18,6	16,9	20,4
Castilla y León	1.220	32,2	29,6	34,8	28,1	25,6	30,6	18,5	16,3	20,7
Castilla-La Mancha	2.133	28,6	26,6	30,5	24,2	22,3	26,0	16,4	14,9	18,0
Cataluña	2.617	34,9	33,1	36,8	28,3	26,6	30,0	20,3	18,8	21,9
C. Valenciana	3.502	37,2	35,6	38,8	31,7	30,1	33,2	22,8	21,5	24,2
Extremadura	817	26,8	23,7	29,8	21,3	18,5	24,1	15,4	12,9	17,8
Galicia	2.089	25,5	23,6	27,4	22,2	20,4	24,0	15,5	14,0	17,1
Madrid	4.321	31,5	30,1	32,8	26,7	25,4	28,0	17,9	16,8	19,1
Murcia	1.259	26,0	23,6	28,5	22,3	20,0	24,6	16,4	14,4	18,5
Navarra	773	38,6	35,1	42,0	33,5	30,2	36,8	22,1	19,2	25,1
País Vasco	1.286	41,1	38,4	43,8	36,9	34,3	39,6	25,6	23,2	27,9
La Rioja	1.076	31,6	28,8	34,4	27,0	24,4	29,7	17,7	15,4	20,0
Ceuta	319	21,9	17,4	26,4	19,0	14,7	23,3	13,2	9,5	16,9
Melilla	322	21,1	16,7	25,6	16,1	12,1	20,1	12,0	8,5	15,6
Total	35.369	31,1	30,6	31,6	26,3	25,8	26,7	18,3	17,9	18,7



En Andalucía, Ceuta, Cataluña, y Madrid se aprecia un mayor porcentaje de alumnos que han fumado a través de **cigarrillos electrónicos** con respecto al resto de comunidades (tabla 1.2.17); en estas regiones algo más de 2 de cada 10 estudiantes han utilizado estos dispositivos alguna vez en la vida.

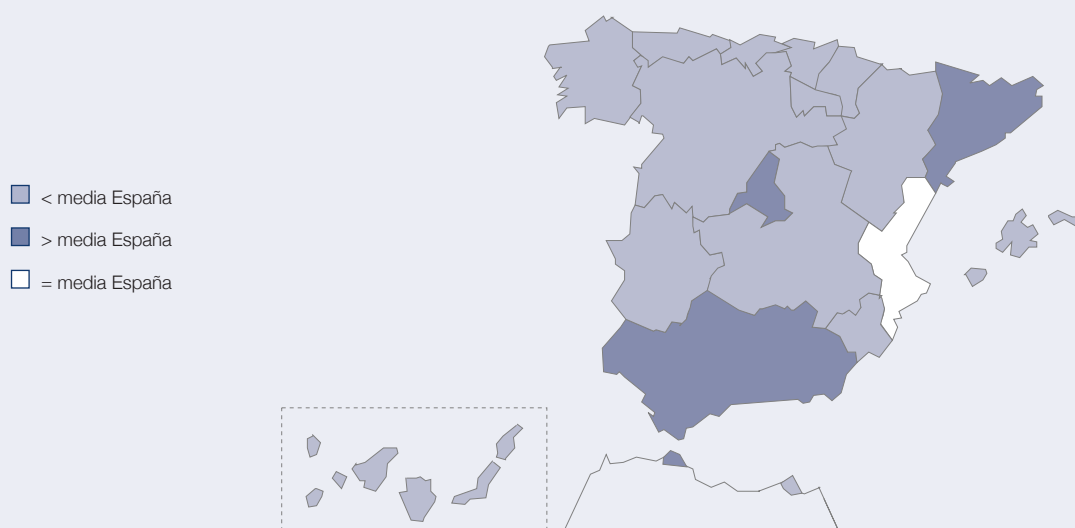
En el otro lado del consumo, Asturias, Galicia y Navarra son las Comunidades donde el uso de cigarrillos electrónicos es menor, no superando el 15% en ninguna de ellas.

Tabla 1.2.17.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (%). España, 2016.

	Cigarrillos electrónicos	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	24,8	23,2	26,3
Aragón	17,6	16,1	19,0
Asturias	12,4	10,9	13,9
Baleares	19,1	16,5	21,6
Canarias	16,3	15,0	17,6
Cantabria	16,0	14,3	17,6
Castilla y León	18,6	16,4	20,8
Castilla la Mancha	15,3	13,8	16,8
Cataluña	22,6	21,0	24,2
C. Valenciana	19,8	18,5	21,2
Extremadura	15,9	13,4	18,4
Galicia	13,6	12,1	15,1
Madrid	21,0	19,8	22,2
Murcia	15,8	13,8	17,8
Navarra	14,6	12,1	17,1
País Vasco	18,5	16,4	20,7
La Rioja	17,3	15,1	19,6
Ceuta	23,7	19,1	28,4
Melilla	18,9	14,6	23,2
Total	20,1	19,6	20,5

CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA



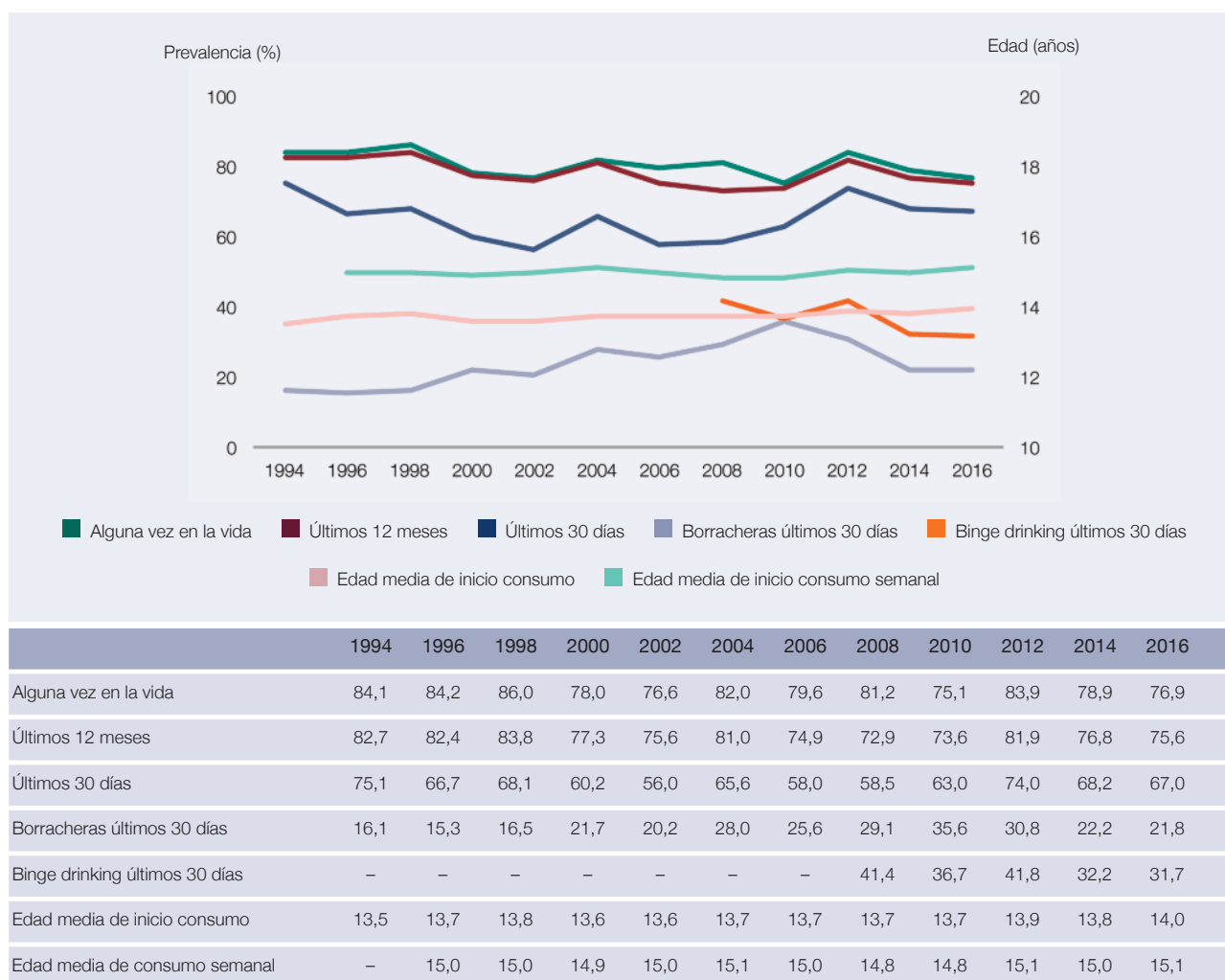
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Bebidas alcohólicas

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años en España. El 76,9% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida, encontrando que la gran mayoría de estos casos ha tomado alcohol en los últimos 12 meses, pues la prevalencia en este tramo temporal se sitúa en el 75,6% (figura 1.2.1).

Figura 1.2.1.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de binge drinking (últimos 30 días), edad media de inicio del consumo y edad media de inicio del consumo semanal, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

En referencia a los últimos 30 días, aproximadamente 2 de cada 3 jóvenes (67,0%) ha bebido alcohol, observando que el 21,8% de los estudiantes ha experimentado alguna borrachera en este periodo y el 31,7% 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, entre los años 2004 y 2008, la proporción de estudiantes que había bebido alcohol alguna vez se situaba próxima al 80%, si bien en 2010, este porcentaje disminuyó y anotó el nivel más reducido de la serie histórica (75,1%). En 2012 se registró un incremento del consumo, que ha ido disminuyendo en los últimos años, situándose la prevalencia en 76,9% en 2016.

Por su parte, el consumo de alcohol en los últimos 30 días, siguió una tendencia creciente desde 2008 hasta 2012, encontrando que en 2014 esta tendencia se rompe con una disminución en la prevalencia que continua disminuyendo en 2016.

Por otro lado, cabe apuntar que el descenso en la prevalencia del alcohol en los diferentes tramos temporales analizados con respecto al año 2014 proviene principalmente de los estudiantes de menor edad (14 años) y sin embargo para los de 15 años se produce un aumento de consumo.

En línea con el descenso en la prevalencia del consumo de alcohol con respecto a 2012, también ha disminuido la proporción de estudiantes que se han emborrachado o han realizado *binge drinking* en los últimos 30 días. La prevalencia de las borracheras anotó el nivel máximo de la serie en 2010 (35,6%), disminuyó en 2012 (30,8%) y en 2014 (22,2%), y en 2016 esta evolución descendente ha continuado (21,8%).

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, semejante al promedio que se ha ido obteniendo en la última década. El consumo semanal de alcohol comienza por término medio a los 15,1 años, encontrando cierta estabilidad a lo largo de la serie histórica.

Atendiendo al consumo de alcohol en función del **sexo**, la prevalencia se encuentra ligeramente más extendida entre las mujeres, con independencia del tramo temporal que se considere (tabla 1.2.18).

Por otro lado, la extensión del consumo de alcohol se ha reducido en ambos segmentos con respecto al año 2014.

Los resultados obtenidos en 2016 reflejan que, por término medio, chicos y chicas **empiezan a beber alcohol en el mismo momento**, aproximadamente a los 14 años; también la edad de inicio en el consumo semanal es similar y se produce a los 15 años. Hasta el año 2002, los chicos eran ligeramente más precoces a la hora de iniciar el consumo de alcohol, pero a partir de aquel año la edad media se retrasó y comenzó a converger con el registrado por las chicas. Por el contrario, la edad con la que se adquiere el hábito de beber semanalmente ha sido semejante entre chicos y chicas en todos los años de la serie histórica (tabla 1.2.19).

Atendiendo al **momento de la semana en el que se realiza la ingesta de alcohol**, la prevalencia en días laborables (de lunes a jueves) es más elevada entre los chicos; mientras que en fin de semana, el porcentaje de consumo es levemente superior entre las chicas. En cualquier caso, se produce un ligero incremento en la extensión del consumo de alcohol con respecto a 2014, tanto en días laborables como en fin de semana.

En relación a la **edad de los estudiantes**, la mayoría de los alumnos de 14 años ya ha probado el alcohol alguna vez en su vida (57,1%). La prevalencia del alcohol para este tramo temporal aumenta progresivamente con la edad, hasta que en los segmentos 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 75,8%.

Cabe indicar que, en el segmento de 14 años, la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida ha experimentado cierta variabilidad en la serie histórica, pues el valor ha oscilado entre el 71,5% obtenido en 1998 y el 49,7% registrado en 2010, registrando un rango de 21,8 puntos. Se trata de un segmento de edad clave, dado que los primeros consumos se producen, de media, alrededor de esta edad. Sin embargo, conforme se contemplan segmentos de mayor edad, el valor del indicador ha variado en menor medida a lo largo de la serie histórica. Si se toma el grupo de 15 años, el rango se reduce a 12,1 puntos (obtenidos entre el 82,5% en 1998 y el 70,4% en 2002) y en el de 17 años, a 5 puntos (entre el 92,8% en 1998 y el 87,8% en 2010).

En relación con la disminución de la prevalencia del consumo de alcohol respecto al año 2014 (en los diferentes tramos temporales), se puede observar que proviene del segmento más joven, de 14 años. Así, en 2014, el 60,1% de los adolescentes de 14 años había tomado alcohol en alguna ocasión, porcentaje 3 puntos superior al registrado en 2016. Sin embargo, si en 2014 el 73,7% de los estudiantes de 15 años había consumido alcohol alguna vez, en 2016 esta prevalencia registra un aumento de 1,7 puntos porcentuales. Los alumnos de 16 a 18 años registran en 2016 prevalencias semejantes a las observadas en la medición anterior.

Tabla 1.2.18.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%), según edad y sexo. España, 1994-2016.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
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
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
5 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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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

Tabla 1.2.19.

Características generales del consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2016.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016	
	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
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
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
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
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
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
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana en los últimos 30 días	-	-	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5	57,7	57,7	61,2	61,3	71,3	71,5	70,1	72,8	63,0	66,5	63,4	66,2
Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables los últimos 30 días	-	-	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1	24,2	13,9	28,4	17,8	33,1	21,4	35,3	25,6	28,8	22,4	30,2	23,9

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Considerando los 30 días previos a la realización de la encuesta, aproximadamente la mitad de los adolescentes de 14 años reconocen un consumo de alcohol, el 46,1%, porcentaje que asciende hasta el 64,6% cuando se atiende al segmento de 15 años. En el tramo de 14 años, la prevalencia ha disminuido 2,3 puntos porcentuales con respecto al año 2014, mientras que en el tramo de 15 años la prevalencia ha aumentado 3,3 puntos porcentuales, en línea con el escenario descrito anteriormente para el consumo alguna vez en la vida.

Siguiendo con el consumo en los últimos 30 días, aproximadamente 3 de cada 4 alumnos de 16 años admiten haber bebido alcohol en el último mes, proporción que supera el 80% en los segmentos de 17 y 18 años. Con respecto al año 2014, en 2016 apenas se percibe un cambio en este tipo de consumo entre los estudiantes de mayor edad, con una variación en las prevalencias que no alcanzan 0,5 puntos porcentuales, aunque en sentido creciente para los de 17 años y decreciente para los de 18 años.

En este tramo temporal, también se observa que el grupo de 14 años es el que presenta una mayor variabilidad de la prevalencia en la serie histórica, y que ésta se reduce a medida que aumenta la edad de los estudiantes. El valor que toma el indicador en el segmento más joven ha oscilado entre el 56,7% (1994) y el 27,7% (2002). Entre los estudiantes de 18 años, la prevalencia no ha descendido del 75% en ninguno de los años de la serie histórica.

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 un periodo concreto (últimos 12 meses).

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. El porcentaje que representan los alumnos que iniciaron el consumo en el último año sobre este conjunto se sitúa en el 47,7% (tabla 1.2.20). La incidencia del alcohol aumenta especialmente entre los 14 y los 15 años, siendo este aumento más elevado entre las chicas.

La incidencia del alcohol aumenta a medida que se incrementa la edad de los estudiantes, coincidiendo con que progresivamente disminuye el porcentaje que representan aquellos que nunca han tomado alcohol. Entre los 17 y 18 años, apenas varía la proporción de estudiantes que no han bebido nunca, siendo ya una minoría, de modo que entre los 17 y los 18 años la incidencia del alcohol aumenta ligeramente.

Tabla 1.2.20.

Incidencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

	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
Últimos 12 meses (porcentajes)	47,7	47,0	48,4	39,4	38,0	40,9	52,8	49,9	56,1	54,5	54,1	55,0	51,5	55,9	46,0	54,3	55,6	52,2	47,5	46,7	48,4

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

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

Tabla 1.2.21.

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* en miles de estudiantes). España, 2016.

	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
Últimos 12 meses (números absolutos)*	323,9	167,4	156,4	108,9	53,4	55,5	88,0	44,2	43,8	82,7	43,2	39,5	34,2	20,5	13,7	10,1	6,1	4,0	313,8	161,3	152,5

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

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2016. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 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).

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

A la hora de situar la primera borrachera, el promedio de edad que señalan los estudiantes son los 14,7 años, por tanto anterior a la registrada para el inicio en el consumo semanal de alcohol (15,1 años).

La prevalencia de las intoxicaciones etílicas o borracheras muestra ciertas diferencias en función del sexo y de la edad de los estudiantes (tabla 1.2.22). Aproximadamente, 1 de cada 4 alumnos de 14 años ya ha sufrido una intoxicación etílica alguna vez (23,1%). En el siguiente grupo de edad, el de 15 años, este porcentaje sube 19,3 puntos (hasta el 42,4%) y en el de 16 años, ya son más de la mitad los estudiantes que han experimentado una borrachera (55,9%).

Siguiendo con el tramo temporal relativo a alguna vez en la vida, se observa que los datos del 2016 sobre intoxicaciones etílicas entre los jóvenes son similares a los del 2014, salvo para los alumnos de 15 años, tramo en el que se produce un aumento de 2,6 puntos porcentuales.

En relación a la última encuesta, en 2016 se ha reducido la extensión de las intoxicaciones etílicas en los últimos 30 días. Con respecto a la anterior medición de 2014, la prevalencia se ha incrementado levemente en todos los grupos de edad, salvo en el de 16 que disminuye, y el mayor aumento se ha producido en el segmento de 18 años.

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, aunque en el grupo de 18 años, la diferencia presenta un aumento con respecto al grupo anterior (tabla 1.2.23).

Cuando se considera el tramo temporal de los últimos 30 días, en el grupo de 14 años, la prevalencia de las borracheras entre las chicas (9,2%) supera levemente el registro de los chicos (6,5%). Sin embargo, en el grupo de 18 años, la prevalencia entre chicos y chicas apenas difiere, y aproximadamente 2 de cada 5 alcanzó un estado de embriaguez en el último mes. A los 17 años, el alcance de las intoxicaciones etílicas resulta mayor entre los hombres (35,3% frente al 32,6% registrado entre las mujeres).

Tabla 1.2.22.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2008-2016.

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

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

Tabla 1.2.23.

Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2016.

	HOMBRES						MUJERES					
	14	15	16	17	14-17	18	14	15	16	17	14-17	18
Borracheras alguna vez	19,9	39,2	53,6	68,5	44,3	73,0	26,4	45,7	58,2	70,9	49,7	76,6
Borracheras últimos 12 meses	15,3	33,0	47,4	60,6	38,2	64,7	22,3	39,3	51,2	62,3	43,3	66,1
Borracheras últimos 30 días	6,5	14,4	25,1	35,3	19,7	40,5	9,2	17,4	26,1	32,6	21,1	40,3

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

La prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días alcanzó su máximo nivel en 2010, cuando se registraba en aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes (35,6%). A partir de entonces, ha seguido una evolución descendente, observando en 2016 que el 21,8% de los alumnos reconoció haber experimentado una borrachera en el último mes (figura 1.2.2).

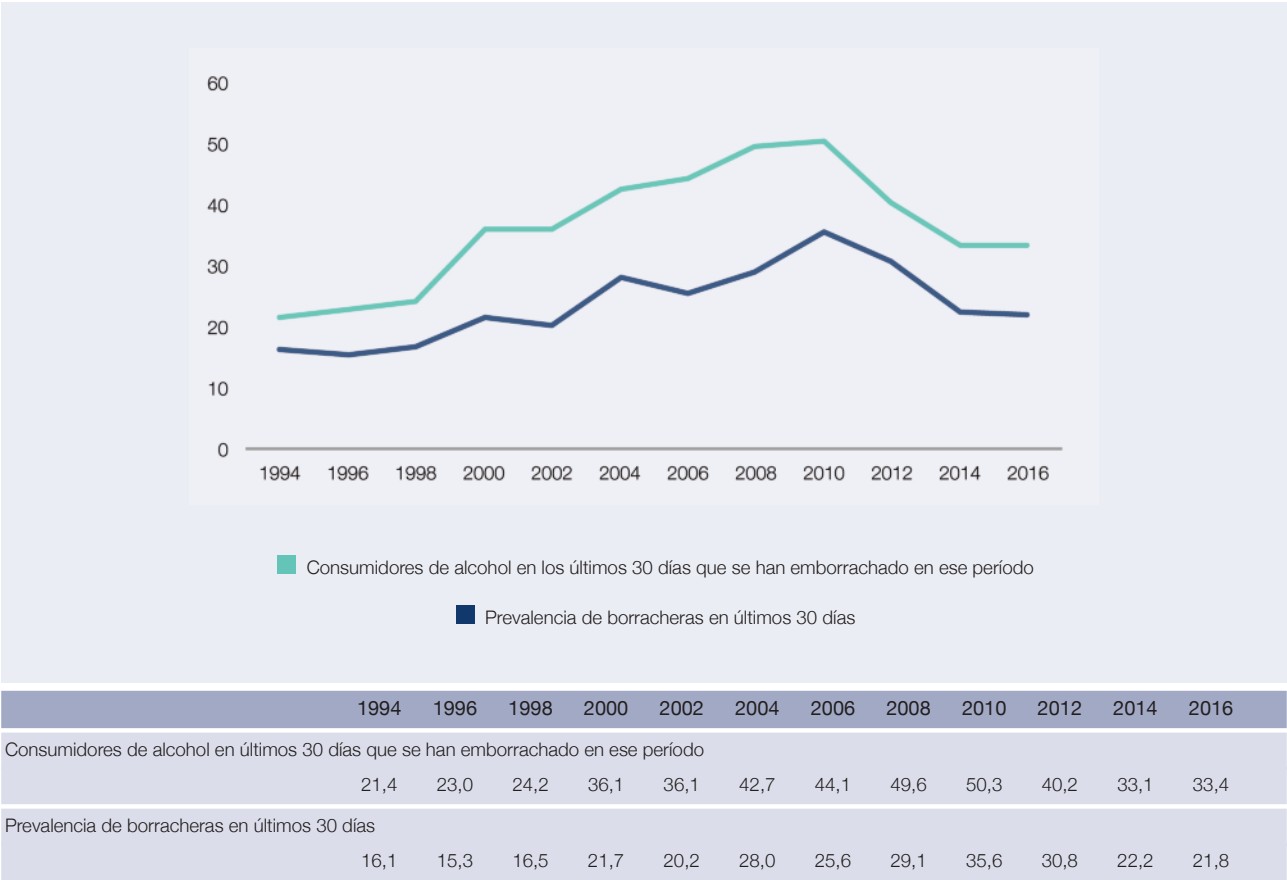
Si consideramos exclusivamente a los alumnos que tomaron alcohol en los últimos 30 días, el alcance de las intoxicaciones etílicas también inició una tendencia descendente a partir del año 2010, en el que la mitad de los alumnos que

habían bebido habían alcanzado un estado de embriaguez. Esta tendencia ha continuado hasta 2014 teniendo un leve incremento en 2016, registrándose que, aproximadamente, de cada 3 estudiantes que tomaron alcohol en el último mes, 1 de ellos llegó a emborracharse.

Si se considera la totalidad de los estudiantes, la extensión de las intoxicaciones etílicas en 2016 registra el valor más reducido de los últimos 12 años, y regresa a niveles que resultan más próximos a los observados en el año 2000.

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, 1994-2016.



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 2016, aproximadamente 1 de cada 3 alumnos de 14 a 18 años reconoció haber realizado este tipo de consumo en los últimos 30 días, lo que supone una prevalencia similar a la de 2014, acorde a la menor extensión del consumo de alcohol que se ha observado entre los estudiantes (tabla 1.2.24).

Por su parte, aproximadamente la mitad de los estudiantes que bebieron alcohol en el último mes realizaron *binge drinking* en el mismo periodo (47,6%). En 2010, este tipo de consumo estaba notablemente más extendido entre los consumidores de alcohol, y se registraba en 2 de cada 3 casos. En 2012 esta proporción se redujo, confirmando el descenso en 2014 y obteniendo un dato similar al de 2014 en 2016.

Tabla 1.2.24.

Evolución de la prevalencia de binge drinking o consumo en atracón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2008-2016.

	2008	2010	2012	2014	2016
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años que han consumido alcohol en el mismo periodo	64,4	66,5	56,8	47,3	47,6
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años	41,4	36,7	41,8	32,2	31,7

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 (figura 1.2.3), se aprecia 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 más elevada entre los chicos.

Se aprecia que la mayor divergencia del indicador se produce entre los 17 y los 18 años, con una diferencia porcentual de 5 puntos.

Este tipo de consumo se encuentra más extendido en el segmento de 18 años, donde más de la mitad de hombres y de mujeres reconoce haber hecho *binge drinking* (58,9% registrado en el segmento masculino frente al 54,0% en el segmento femenino).

Figura 1.2.3.

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, 2016.



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 1.2.25) entre los estudiantes de 14 a 18 años se realiza principalmente en bares o pubs (el 34,4% reconoce haber tomado alcohol en este tipo de lugares en los últimos 30 días), en calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos (33,6%) o discotecas (29,0%).

Además del consumo en este tipo de lugares públicos, también se consume alcohol, con cierta frecuencia, en espacios particulares como son las casas de otras personas (26,5%), si bien el porcentaje que reconoce haber conseguido el alcohol en dichas casas es inferior (18,7%), lo que indica que con frecuencia se adquiere fuera de la casa pero se lleva a casa para consumirlo.

Considerando los últimos 30 días, los **lugares** más recurrentes entre los jóvenes **para adquirir bebidas alcohólicas** son los supermercados (el 37,3% ha comprado bebidas alcohólicas en este tipo de establecimientos), bares o pubs (34,8%), tiendas de barrio, chinos, quioscos o bodegas (34,7%) o discotecas (27,7%).

Tabla 1.2.25.

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, 2016.

	Comprado/conseguido			Consumido		
	Total	14-17 años	18 años	Total	14-17 años	18 años
Supermercados	37,3	35,2	63,1	–	–	–
Bares o pubs	34,8	32,7	60,4	34,4	32,1	63,7
Discotecas	27,7	25,4	56,1	29,0	26,6	58,8
Tiendas de barrio, chinos, quioscos, bodegas	34,7	34,5	37,1	–	–	–
Hipermercados	17,5	16,0	35,9	–	–	–
Casa de otras personas	18,7	18,4	22,5	26,5	25,6	39,0
Casa donde vives	13,1	12,3	22,8	14,5	13,4	28,5
Internet	0,7	0,7	0,7	–	–	–
Venta ambulante	3,4	3,4	3,4	–	–	–
En calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos	–	–	–	33,6	33,1	40,7

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

En cuanto a la **forma de conseguir bebidas alcohólicas** (tabla 1.2.26), lo más frecuente es que los estudiantes accedan directamente al alcohol por ellos mismos. Aproximadamente 4 de cada 10 alumnos de 14 a 18 años consiguieron alcohol directamente en los últimos 30 días, mientras que 3 de cada 10 lo consiguieron gracias a otras personas de 18 años o mayores.

En el segmento de los mayores de edad (18 años) es más frecuente conseguir alcohol directamente que entre los menores (14-17 años) (78,8% frente a un 34,9%). Por el contrario, acceder al alcohol a través de otras personas de 18 años o mayores es más frecuente entre los menores de edad que entre los de 18 años (34,2% frente a un 16,5% de mayores de edad).

La proporción que ha conseguido alcohol directamente por sí mismo es levemente más elevada 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.

El porcentaje que consigue acceder al alcohol por sí mismo crece progresivamente conforme aumenta la edad de los estudiantes: 1 de cada 4 alumnos de 15 años ha sido capaz de obtener directamente alcohol en los últimos 30 días, proporción que entre los estudiantes de 16 y 17 años asciende al 40,5% y 55,5% respectivamente.

Los jóvenes que consiguen alcohol a través de otras personas menores de 18 años o de otras formas son minoritarios, con porcentajes inferiores al 15%, siendo los de 15 y 16 años los estudiantes que más utilizan esta forma para obtenerlo.

Tabla 1.2.26.

Modos en que han comprado o conseguido bebidas alcohólicas los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2016.

	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
Tú directamente	38,2	40,0	36,4	14,0	13,5	14,6	28,6	29,8	27,4	40,5	42,5	38,7	55,5	59,9	51,4	34,9	36,4	33,3	78,8	80,5	76,8
A través de otras personas de 18 años o mayores	32,9	28,2	37,5	17,4	14,8	20,1	32,0	27,0	37,2	41,0	35,1	46,7	45,7	39,7	51,5	34,2	29,2	39,1	16,5	17,1	15,9
A través de otras personas menores de 18 años	10,7	9,6	11,7	9,2	7,9	10,5	12,3	10,3	14,4	13,1	12,4	13,9	10,2	9,7	10,7	11,3	10,1	12,4	3,2	3,6	2,9
De otra forma	4,9	5,5	4,2	4,4	4,9	4,0	6,0	6,8	5,2	5,4	6,5	4,4	4,5	5,2	3,8	5,1	5,8	4,3	2,6	2,3	2,9

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

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

Consumo según el día de la semana y tipo de bebida alcohólica

El consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años se produce principalmente en fin de semana (viernes, sábado y domingo). En general, la proporción que ha consumido alcohol en fin de semana resulta unas 2,5 veces superior a la observada para los días laborables en los diferentes segmentos de edad (figura 1.2.4).

Figura 1.2.4.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2016.



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

Un 67,0% de los alumnos ha tomado bebidas alcohólicas en el último mes y un 64,8% lo ha hecho en fin de semana durante ese mismo periodo, lo que supone que prácticamente la totalidad de los jóvenes que han bebido alcohol los últimos 30 días (el 99,3%), lo ha hecho en fin de semana.

El consumo de alcohol, tanto en días laborables como en fines de semana, aumenta conforme crece la edad del estudiante, el mayor ascenso en días laborables se produce entre los 17 años (36,1%) y los 18 (46,4%), pero en fines de semana es entre los 14 y los 15 años (pasa de 42,2% a 61,7%).

Analizando el consumo de alcohol en función del **tipo de bebida consumida** (tabla 1.2.27) y el momento de la semana, la cerveza es la bebida con mayor prevalencia cuando se alude a los días laborables (de lunes a jueves): el 15,1% de los estudiantes la ha consumido en días laborables en el último mes. Sin embargo, en fin de semana, la bebida más extendida son los combinados o cubatas, consumidos por el 46,5% de los estudiantes en este momento de la semana.

Tabla 1.2.27.

Evolución de la prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1996-2016.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
CONSUMO EN DIAS LABORABLES											
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días											
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3	5,8	5,2	6,3	9,1	5,5
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8	15,0	13,7	17,5	16,3	15,1
Vermut	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0	4,1	3,6	5,6	5,8	2,1
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4	10,6	10,2	10,8	10,3	10,6
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5	5,5	5,3	5,7	6,1	5,5
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6	6,6	5,3	6,5	7,6	6,6
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días											
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8	1,1	0,7	1,2	0,8	1,0
Vermut	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,5	0,5	0,2
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,5	0,3	0,5	0,4	0,4
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,5	0,4	0,4
CONSUMO EN FIN DE SEMANA											
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días											
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8	17,0	17,3	21,1	33,5	18,0
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9	28,6	30,0	37,5	38,4	29,7
Vermut	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3	8,4	9,4	11,8	13,2	5,1
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6	54,0	50,3	58,0	54,0	46,5
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0	25,0	23,7	25,8	28,0	23,5
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6	20,8	18,3	23,6	27,7	24,4
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días											
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5	2,9	3,3	1,7	1,5	1,5
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6	8,5	8,2	8,9	8,2	7,6
Vermut	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5	1,9	2,2	1,8	1,7	0,7
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8	17,9	13,8	10,9	7,2	7,5
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5	5,9	4,1	3,6	2,9	2,7
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8	3,5	2,5	2,2	1,8	1,8

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

Atendiendo a la frecuencia de consumo en días laborables, el porcentaje de estudiantes que declaran un consumo diario sólo alcanza el 1,0% en el caso de la cerveza y en el resto de los tipos de bebida analizados está por debajo.

En cuanto al consumo de alcohol en viernes, sábado o domingo, el 7,6% de los estudiantes reconoce que ha consumido cerveza todos los fines de semana en el último mes, la menor proporción registrada en el histórico de la encuesta. El consumo de cubatas todos los fines de semana de los últimos 30 días experimenta un leve incremento de 0,3 puntos porcentuales con respecto a 2014, pero con respecto a los años anteriores de la serie histórica, ha disminuido hasta un 7,5%, valor mínimo de todos los registrados hasta el momento.

Siguiendo con el análisis de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, se observa que la cerveza obtiene prevalencias más elevadas entre los varones, independientemente del segmento de edad o del momento de la semana que se contemple (tabla 1.2.28).

Por su parte, cuando se observa el consumo en fin de semana, los combinados o cubatas adquieren una mayor prevalencia entre las chicas para todos los grupos de edad de menores (14 a 17 años); sin embargo en días laborables la mayor prevalencia se da entre los chicos para todos los grupos de edad. Este comportamiento se muestra también para cualquier tipo de bebida en general.

Tabla 1.2.28.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y en fin de semana en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad, sexo y tipo de bebida consumida (%). España, 2016

Total					14 años				15 años				16 años				17 años				14-17 años				18 años			
Días laborables		Fin de semana			Días laborables		Fin de semana		Días laborables		Fin de semana		Días laborables		Fin de semana		Días laborables		Fin de semana		Días laborables		Fin de semana					
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	H	M	
Vino/champán																												
8,4	6,0	21,8	21,0	5,8	4,4	14,4	13,4	8,7	6,5	21,4	18,4	7,5	5,4	22,5	21,9	9,9	7,2	27,3	27,1	7,8	5,8	21,0	20,0	16,1	9,9	33,4	35,4	
Cerveza/sidra																												
20,9	14,8	42,4	36,1	7,9	6,3	20,2	16,4	16,7	11,3	36,1	30,6	21,4	15,0	47,4	40,9	33,1	23,0	60,7	51,4	19,2	13,7	40,5	34,6	41,2	30,6	66,5	57,2	
Vermut/jerez/fino																												
3,7	2,2	8,0	5,6	2,4	1,5	4,5	3,6	3,9	2,9	8,1	5,6	3,4	1,8	8,6	6,0	4,7	2,0	10,1	6,4	3,5	2,0	7,6	5,4	5,4	4,3	13,1	9,6	
Combinados/cubatas																												
14,8	10,4	53,0	57,4	8,5	7,6	28,0	34,9	14,9	10,7	48,2	53,9	15,5	11,0	60,8	64,2	18,6	11,4	69,8	72,7	14,1	10,1	51,0	56,0	24,4	15,4	77,4	76,8	
Licores de frutas																												
9,2	6,9	27,3	29,4	7,7	6,4	18,3	22,3	10,4	7,8	29,2	32,0	8,9	7,4	30,9	32,2	9,3	5,8	30,4	32,0	9,0	6,8	26,9	29,4	11,9	8,3	34,0	29,5	
Licores fuertes																												
8,6	5,0	29,5	27,1	5,6	3,9	14,7	15,6	8,9	5,9	26,5	27,8	8,4	5,4	35,1	31,3	10,5	5,0	38,8	32,8	8,2	5,0	28,3	26,6	14,0	4,2	45,8	35,5	
Cualquier bebida alcohólica																												
30,2	23,9	63,4	66,2	16,4	15,1	39,7	44,7	27,7	21,5	59,2	64,3	30,8	24,2	70,5	72,3	41,0	31,2	79,7	80,5	28,4	22,8	61,7	65,0	51,9	40,0	84,4	82,6	

H = Hombres; M = Mujeres.

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 (52,0%) y aproximadamente, 1 de cada 4, en los últimos 30 días (tabla 1.2.29).

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. La práctica del botellón se hace más presente según aumenta la edad, observando los mayores incrementos al pasar de 14 a 15 años.

Tabla 1.2.29.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

	Botellón en los últimos 12 meses	Botellón en los últimos 30 días
Total	52,0	24,1
Sexo		
Hombre	50,3	23,3
Mujer	53,8	25,0
Edad		
14 años	28,0	9,7
15 años	47,7	20,5
16 años	61,1	27,9
17 años	68,9	35,7
14-17 años	50,9	23,0
18 años	68,1	39,1

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

Analizando conjuntamente el fenómeno del botellón según el sexo y la edad (figura 1.2.5), vemos que el comportamiento es idéntico al que acabamos de definir, es decir, 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 quienes más veces hacen botellón.

A medida que aumenta la edad, también aumenta el número de jóvenes que tienen este hábito, pero los incrementos porcentuales van disminuyendo, incluso llega a registrarse un valor negativo en las mujeres cuando pasan de 17 a 18 años, lo que significa que hay menos mujeres de 18 años que hacen botellón de las que había con 17 años.

El consumo intensivo de alcohol se encuentra especialmente extendido entre los estudiantes que han participado en un botellón en los últimos 12 meses (tabla 1.2.30). 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.

Tomando como referencia al alumnado de 14 años, más de la mitad de los que hicieron botellón en los últimos 12 meses han sufrido una intoxicación etílica en este periodo (57,1%), mientras que la prevalencia de las borracheras entre

los alumnos que no hicieron botellón se sitúa por debajo del 5%. La diferencia es igualmente notoria independientemente del segmento 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 3,5 veces superior entre 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.

Figura 1.2.5.

Prevalencia de botellón en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.



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

Tabla 1.2.30.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) en los últimos 12 meses, de binge drinking y borracheras 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, 2016.

	Total		14 años		15 años		16 años		17 años		17-18 años		18 años	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿HA HECHO BOTELLÓN?														
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	72,6	10,5	57,1	4,4	66,7	9,0	73,1	12,7	79,8	21,7	71,4	9,7	84,5	25,5
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	39,6	3,3	26,4	1,0	31,4	2,4	39,9	3,8	46,0	8,1	38,0	3,0	55,5	9,2
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	53,8	7,7	40,3	3,6	48,6	6,3	52,8	9,4	58,8	14,5	51,9	7,0	73,5	21,2

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

Por otro lado, el consumo de otras sustancias psicoactivas también se encuentra presente entre los estudiantes que realizaron botellón en los últimos 12 meses (tabla 1.2.31), especialmente cuando se trata de tabaco y de cannabis, donde un 53,9% y un 42,6% respectivamente, han consumido la sustancia y han hecho botellón.

Por edades, y para todas las sustancias analizadas, se observa un incremento al pasar de 14 a 15 años y de 16 a 18 años. Cuando se trata del paso de 15 a 16, hipnosedantes y cannabis se incrementan, pero el resto de las sustancias decrecen.

Tabla 1.2.31.

Prevalencia de consumo de tabaco, hipnosedantes, 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, 2016.

	Total		14 años		15 años		16 años		17 años		17-18 años		18 años	
	¿HA HECHO BOTELLÓN?													
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha consumido...														
Tabaco	53,9	13,4	46,1	9,1	55,2	13,8	50,9	14,0	55,7	19,3	52,5	12,7	68,6	27,9
Hipnosedantes	13,9	8,9	12,4	7,6	12,7	8,5	13,9	9,0	14,4	11,7	13,6	8,7	17,5	13,2
Cannabis	42,6	8,3	27,7	4,4	39,4	7,9	41,4	9,5	48,8	14,4	41,2	7,8	57,0	19,2
Cocaína	4,0	0,7	3,2	0,5	4,0	0,7	3,1	1,0	3,9	0,7	3,5	0,7	8,4	1,2
Éxtasis	2,6	0,4	1,7	0,2	2,5	0,4	2,2	0,6	3,2	0,5	2,5	0,4	4,2	1,0
Anfetaminas	1,9	0,3	1,1	0,2	2,0	0,3	1,5	0,2	2,1	0,6	1,7	0,3	3,8	0,7
Alucinógenos	1,6	0,3	0,9	0,2	1,7	0,4	1,3	0,2	1,7	0,6	1,4	0,3	2,8	0,8

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

Consumo de riesgo de alcohol

Para estimar el consumo problemático de alcohol pueden utilizarse diferentes metodologías. En este caso se ha hecho en base a las cantidades consumidas de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas y a la frecuencia con la que se ha realizado una ingesta de estas bebidas. Asimismo, cada tipo de bebida se asocia con una cantidad determinada de alcohol.

El tramo temporal de referencia son los 30 días previos a la realización de la encuesta y se toma en consideración un baremo diferente para los chicos y para las chicas, considerando bebedores de riesgo los chicos que consumen 50 cc o más de alcohol al día y las chicas que consumen 30 cc o más de alcohol al día.

La base del indicador son los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días y que han aportado información sobre las bebidas consumidas en dicho periodo (tabla 1.2.32).

Tomando en consideración las equivalencias por centímetros cúbicos de alcohol, el 4,6% de los estudiantes varones refleja un consumo de riesgo, el 6,3% si se contempla el segmento femenino que ha consumido alcohol. Los resultados obtenidos sugieren que las mayores prevalencias de consumo de riesgo de las chicas frente a los chicos, consumiendo en la mayoría de los casos la misma cantidad, se deben al límite para ser considerado bebedor de riesgo (30 cc al día frente a 50 cc para los chicos).

El porcentaje de bebedores de riesgo se incrementa a medida que lo hace la edad, de modo que en el segmento de 18 años, el 8,1% de los chicos y el 11,2% de las chicas muestran este patrón de consumo.

Tabla 1.2.32.

Consumo de riesgo de alcohol de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han informado sobre el tipo de bebidas consumidas en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2016.

	Total	14 años	15 años	16 años	17 años	17-18 años	18 años
HOMBRES							
Bebedor de riesgo (más de 49 cc al día)	4,6	1,7	4,9	3,9	5,0	4,1	8,1
No bebedor de riesgo (menos de 50 cc al día)	95,4	98,3	95,1	96,1	95,0	95,9	91,9
MUJERES							
Bebedor de riesgo (más de 29 cc al día)	6,3	3,4	5,7	6,3	6,5	5,8	11,2
No bebedor de riesgo (menos de 30 cc al día)	93,7	96,6	94,3	93,7	93,5	94,2	88,8

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

Cuando analizamos el consumo de riesgo cruzado con borracheras, botellón y *binge drinking* (tabla 1.2.33), podemos observar cómo el porcentaje de jóvenes que dice haber realizado estas acciones en los últimos 30 días, y que a su vez ha resultado ser bebedor de riesgo, está en torno al 8% en los chicos y al 10% en las chicas.

Si nos centramos en los hombres, encontramos al mayor porcentaje de bebedores de riesgo entre aquellos que han hecho botellón (8,1%), mientras que si hablamos de las mujeres, el mayor porcentaje de bebedoras de riesgo está entre las que se han emborrachado (11,8%).

Tabla 1.2.33.

Prevalencias de consumo de riesgo de bebidas alcohólicas* según equivalencias de alcohol por tipo de bebida en centímetros cúbicos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según se hayan emborrachado, hayan hecho *binge drinking* o botellón en los últimos 30 días (%). España, 2016.

	Borracheras en los últimos 30 días		Binge drinking en los últimos 30 días		Botellón en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
HOMBRES						
50 cc al día o más (bebedor riesgo)	7,9	2,2	7,0	0,5	8,1	2,0
Menos de 50 cc al día (no riesgo)	92,1	97,8	93,0	99,5	91,9	98,0
MUJERES						
30 cc al día o más (bebedor riesgo)	11,8	2,5	10,4	0,9	10,7	3,1
Menos de 30 cc al día (no riesgo)	88,2	97,5	89,6	99,1	89,3	96,9

* La base son los alumnos que han consumido en los últimos 30 días y han contestado las bebidas consumidas.

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 (Red Bull, Burn, Monster, etc) entre los estudiantes de 14 a 18 años (tabla 1.2.34), obteniendo que 4 de cada 10 han tomado bebidas de este tipo en los últimos 30 días, si bien la prevalencia es mayor entre los chicos (52,6%).

En el grupo masculino más joven (14 años), la prevalencia de estas bebidas ya resulta considerable y alcanza el 50,5%. Este porcentaje aumenta ligeramente entre los chicos de mayor edad, si bien, la prevalencia no varía entre los varones de 16 y 17 años. Los chicos registran el mayor porcentaje de consumo en el grupo de 18 años, donde asciende al 56,0%.

La extensión de este tipo de bebidas es notablemente inferior en el segmento femenino. La prevalencia en el grupo de 14 años se sitúa en el 30,8%, resultando 19,7 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 38,3%.

Abordando en qué medida los estudiantes mezclan alcohol con bebidas energéticas, el 15,0% de los estudiantes de 14 a 18 años ha realizado este consumo en los últimos 30 días, si bien es más prevalente en los chicos. Tanto en el segmento masculino como en el femenino, la mayor proporción de consumo se registra entre los alumnos de 18 años, con 25,1% y 21,5% respectivamente.

Tabla 1.2.34.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	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	42,7	52,6	32,6	50,5	30,8	54,2	35,0	52,5	31,9	52,5	31,7	52,3	32,2	56,0	38,3
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	15,0	16,7	13,2	9,3	6,8	16,0	12,6	18,3	14,5	21,7	17,5	16,1	12,7	25,1	21,5

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

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

Por otra parte, se ha analizado la extensión del consumo de bebidas energéticas entre los consumidores de diferentes sustancias psicoactivas, considerando el tramo temporal de los últimos 30 días (tabla 1.2.35).

La prevalencia del consumo de bebidas energéticas aumenta entre aquellos que se emborracharon, que realizaron *binge drinking* o que realizaron botellón, y aproximadamente 1 de cada 3 de estos casos mezcló alcohol con bebidas energéticas en el último mes.

Tabla 1.2.35.

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 hayan consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 30 días (%). España, 2016.

	Se ha emborrachado	Ha hecho binge drinking	Ha hecho botellón	Ha consumido tabaco	Ha consumido hipnosedantes*	Ha consumido cannabis	Ha consumido cocaína	Ha consumido éxtasis	Ha consumido anfetaminas	Ha consumido alucinógenos
Ha consumido bebidas energéticas	58,1	57,8	57,3	60,9	57,4	65,8	77,2	81,8	78,9	79,8
Ha consumido bebidas energéticas mezcladas con alcohol	37,9	34,6	33,9	32,3	26,0	38,6	58,2	62,6	59,2	58,3

* Con o sin receta.

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

La prevalencia de estas bebidas es más elevada entre los alumnos que han consumido sustancias ilegales, registrándose los mayores valores en aquellos estudiantes que han consumido éxtasis, alucinógenos o anfetaminas (aproximadamente 4 de cada 5 han tomado en el último mes bebidas energéticas y más de la mitad reconocen su consumo mezclado con alcohol).

Tabaco

El tabaco es la segunda droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años tras el alcohol, registrándose que el 38,5% de los alumnos ha fumado tabaco en alguna ocasión en su vida. Este valor observado en 2016 mantiene, con apenas una décima de diferencia, el descenso observado en 2014 y continúa con la tendencia general decreciente que tiene la serie, especialmente notable desde 2006 (figura 1.2.6).

Figura 1.2.6.

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, 1994-2016.



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

Por término medio, el primer consumo de tabaco se produce a los 14,1 años, siendo la primera vez a lo largo de toda la serie histórica, que se supera la frontera de los 14 años. La adquisición del hábito de fumar diariamente, igual que ocurría en 2014, comienza a los 14,6 años de media, apenas medio año después de haberlo probado por primera vez.

Por otro lado, atendiendo a los 30 días previos a la realización de la encuesta, algo más de 1 de cada 4 estudiantes (27,3%) fumaron tabaco, registrándose un consumo diario en aproximadamente la tercera parte de ellos. En 2014, la prevalencia del consumo en los últimos 30 días disminuyó, pero en 2016 aumenta en 1,4 puntos porcentuales y regresa al mismo nivel registrado en 2006, pero sin llegar a la media de la serie histórica.

Si tomamos en cuenta la edad del estudiante (figura 1.2.7), la prevalencia para este tramo temporal aumenta a medida que crece la edad, si bien, los mayores incrementos de este indicador se observan al pasar de 14 a 15 años (de 14,6% a 26,1%) y de 17 a 18 años (de 35,8% a 48,0%).

Los jóvenes que manifiestan un consumo diario de tabaco representan el 8,8% de los alumnos, una décima inferior al registrado el año previo y el valor más reducido de la serie histórica. Este dato está especialmente alejado de los registros observados entre 1994 y 2004, cuando la prevalencia superaba el 20%, lo que denota el gran avance logrado en este ámbito a lo largo de los últimos 10 años.

Figura 1.2.7.

Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, por edad (%). España, 2016.



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

Históricamente, el hábito de **fumar tabaco a diario** se encontraba más presente en el segmento femenino. Sin embargo, a lo largo de la última década, la diferencia entre chicos y chicas se ha reducido progresivamente, alcanzando en 2016 el mínimo histórico con una diferencia de 0,4 puntos porcentuales entre ambos segmentos (figura 1.2.8).

Cuando se observan los resultados en función de la **edad**, la prevalencia entre chicos y chicas tampoco difiere sustancialmente. La mayor diferencia se encuentra en el segmento de 18 años, donde el consumo diario se establece en el 20,4% para los chicos y el 24,0% de las chicas (figura 1.2.9). En ambos casos, el mayor incremento del consumo diario se produce entre los 17 y los 18 años.

Figura 1.2.8.

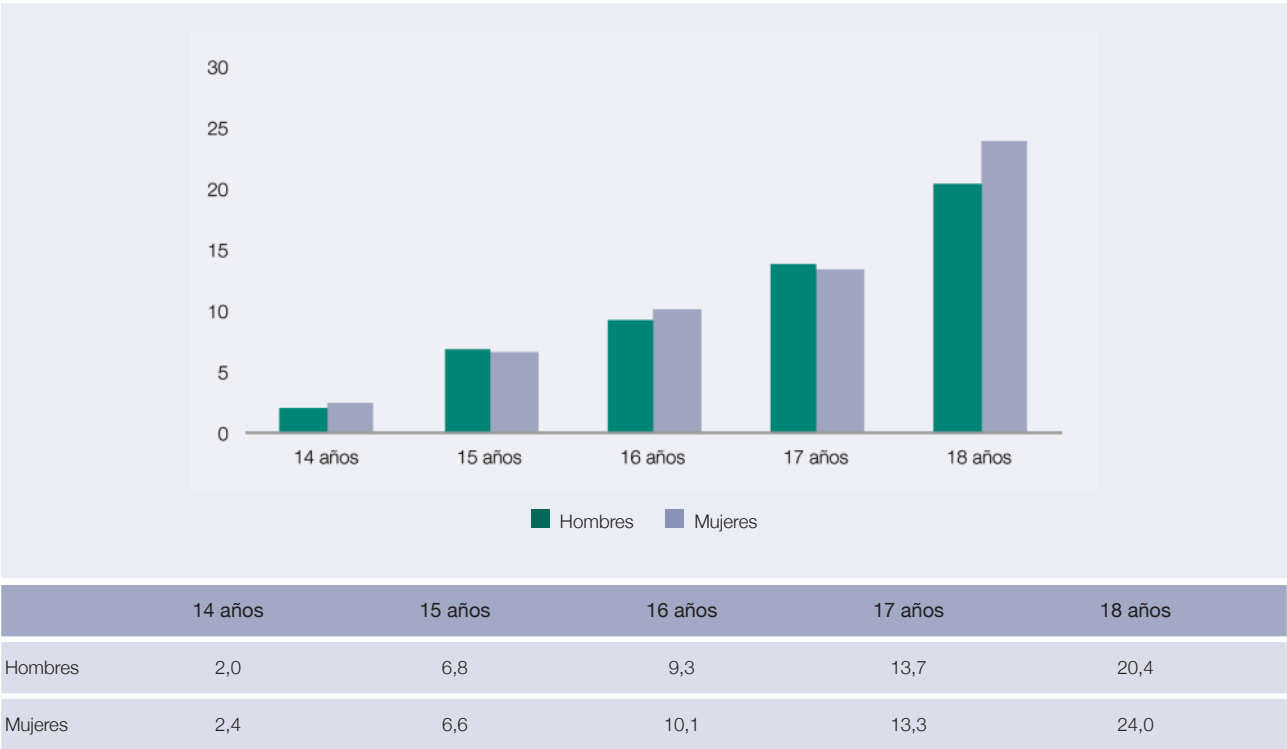
Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2016.



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

Figura 1.2.9.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.



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

No se apreciaba una diferencia relevante en cuanto a la edad con la que chicos y chicas fuman por primera vez (tabla 1.2.36), superando la frontera de los 14 años en ambos segmentos. En general, desde el año 2006 la edad de inicio en el consumo se ha ido retrasando ligeramente, hasta alcanzar en 2016 la más elevada de toda la serie.

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 (6,1 cigarrillos) que las chicas (5,5 cigarrillos), apreciando un ligero aumento con respecto a las cantidades registradas en 2014. En términos evolutivos, se observa que entre los años 1994 y 2004, los chicos fumaban entre 7 y 9 cigarrillos, mientras que entre los años 2006 y 2016 la media de consumo descendió situándose entre 5 y 6 cigarrillos. Respecto al colectivo femenino, si entre 1994 y 2004 las chicas fumaban al día entre 6 y 7 cigarrillos, a partir de 2006, este promedio se ha situado entre los 5 y 6 cigarrillos.

Tabla 1.2.36.

Características del consumo de tabaco 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	
	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
Edad media de inicio de 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
Edad media de inicio de 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	14,3	14,4	14,3	14,6	14,5	14,6	14,5	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
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
Prevalencia (%) de 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
Cigarrillos diarios consumidos diariamente (nº)																								
De 1 a 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
De 6 a 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
Más de 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
Media de cigarrillos al 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

H = Hombres; M = Mujeres.

* En fumadores actuales y exfumadores.

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

Los cigarrillos más utilizados entre los estudiantes que han declarado consumir los últimos 30 días (tabla 1.2.37), son los de cajetilla (45,6%), siendo minoritarios aquellos que sólo utilizan cigarrillos de liar (10,2%).

Entre las mujeres está más extendido el consumo de cigarrillos de cajetilla (52,5% frente a 37,7% de ellos) y entre los hombres, el de cigarrillos de liar (12,6% frente a 8,1% de ellas). Por edades, fumar cigarrillos hechos (cajetilla) es más

común entre los estudiantes de 14 y 15 años, mientras que de 16 a 18 años, lo más común es que fumen cigarrillos de los dos tipos.

Tabla 1.2.37.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	Cigarrillos de cajetilla	Cigarrillos de liar	De los 2 tipos
Total	45,6	10,2	44,2
Hombre	37,7	12,6	49,7
Mujer	52,5	8,1	39,3
14 años	54,1	7,2	38,7
15 años	49,0	9,7	41,3
16 años	44,9	9,8	45,2
17 años	42,2	11,0	46,9
14-17 años	46,1	9,8	44,0
18 años	42,2	12,8	45,0

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, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en los últimos 12 meses.

Si se considera al conjunto de estudiantes formado por aquellos que nunca han fumado tabaco y aquellos que comenzaron su consumo en los últimos 12 meses, se observa que estos últimos representan el 22,5% sobre este conjunto (tabla 1.2.38). En general, la incidencia del tabaco resulta más elevada en el segmento femenino y, en términos de edad, oscila entre el 12,6% (obtenido en el grupo de 14 años) y el 19,9% (registrado en los alumnos de 18 años).

Tabla 1.2.38.

Incidencia del consumo de tabaco en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

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
Consumo tabaco																						
(porcentajes)	16,3	15,0	17,7	12,6	10,8	14,6		18,6	17,8	19,5		17,4	16,0	18,8		17,5	16,6	18,4		19,9	18,8	21,3

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

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

Tabla 1.2.39.

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* en miles de estudiantes). España, 2016.

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			
Consumo tabaco																									
(n ^{os} absolutos)*	184,6	87,7	96,9	44,4	19,2	25,2		46,3	23,1	23,2		51,0	23,8	27,2		33,3	16,3	16,9		9,7	5,3	4,4	174,9	82,4	92,5

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

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2016. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 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).

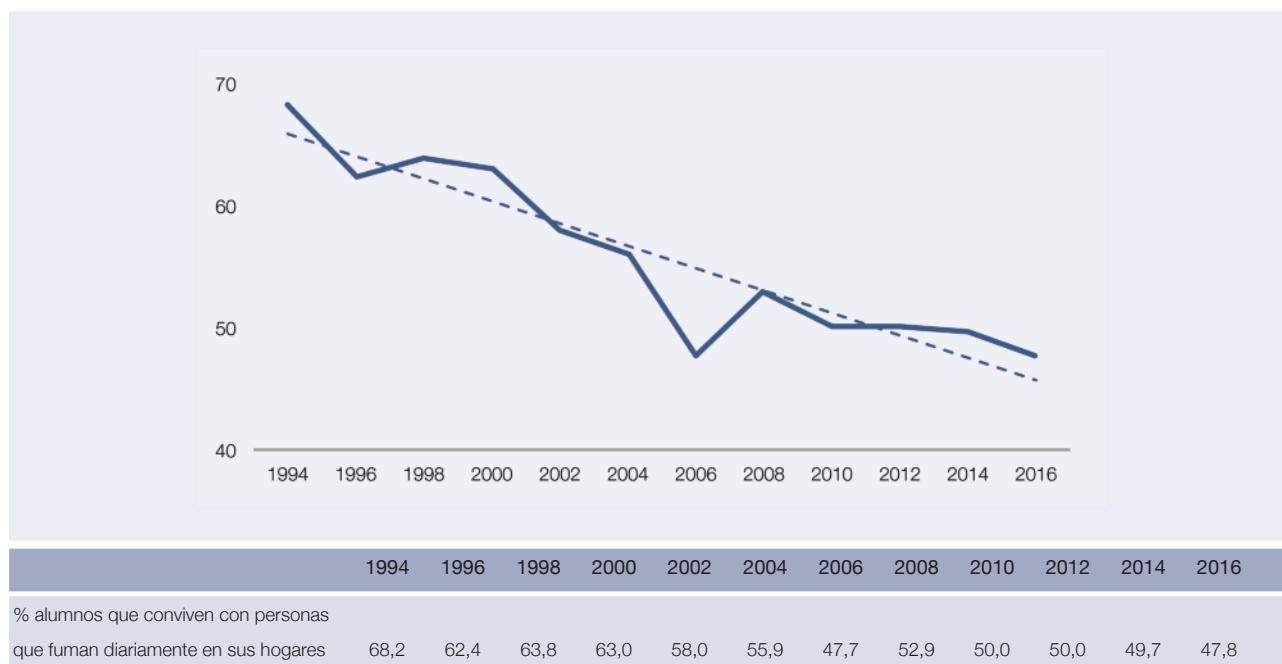
Fumadores en el entorno escolar y familiar

En cuanto a la visibilidad que tiene el consumo de tabaco en los centros escolares, más de la mitad de los estudiantes (42,7%) 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 (65,8%) confirman haber visto fumar a otros alumnos del centro dentro del recinto. Ambas actitudes son más comunes en los centros públicos (46,9% para profesores y 70,2% para otros alumnos) que en los privados (33,5% para profesores y 56,1% para otros estudiantes).

Por otro lado, en referencia a los hábitos de consumo de tabaco del entorno familiar del estudiante (figura 1.2.10), algo menos de la mitad de los alumnos conviven con personas que fuman a diario (47,8%), proporción ligeramente inferior a la registrada en 2014.

Figura 1.2.10.

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, 1994-2016.



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

Analizando los familiares que fuman (tabla 1.2.40), observamos como en 1 de cada 3 hogares hay algún familiar que fuma (32,1% de madres, 34,5% de padres y 42,6% de otros familiares), siendo porcentajes más elevados en el caso de estudiantes que hayan fumado alguna vez, y mientras más cercano en el tiempo sea ese consumo, más hogares en los que alguien fuma.

El hábito de fumar a diario se da en, aproximadamente, 1 de cada 4 hogares, encontrando un 24,9% de madres, un 26,8% de padres y un 28,2% de otros familiares fumadores a diario. En el lado opuesto, los hogares en los que no se fuma, como ya se comentó antes, son mayoría obteniendo porcentajes de no fumadores para el 67,9% de las madres, el 65,5% de los padres y el 57,4% de otros familiares.

Tabla 1.2.40.

Porcentaje de estudiantes cuyos padres u otros familiares con los que convive fuman a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según fumen o no (%). España, 2016.

	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
Madre fuma a diario	24,9	31,6	32,2	33,0	43,9
Madre fuma pero no a diario	7,2	7,1	7,1	7,4	6,2
Madre fuma (a diario o no)	32,1	38,6	39,3	40,4	50,1
Madre no fuma	67,9	61,4	60,7	59,6	49,9
Padre fuma a diario	26,8	32,7	33,1	34,7	43,2
Padre fuma pero no a diario	7,6	7,7	7,7	7,8	5,8
Padre fuma (a diario o no)	34,5	40,3	40,8	42,5	49,1
Padre no fuma	65,5	59,7	59,2	57,5	50,9
Familiar fuma a diario	28,2	38,3	38,7	40,5	51,3
Familiar fuma pero no a diario	14,3	13,2	13,1	13,6	11,0
Familiar fuma (a diario o no)	42,6	51,5	51,7	54,1	62,3
Familiar no fuma	57,4	48,5	48,3	45,9	37,7

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

Un 29,7% de los estudiantes que han fumado alguna vez, no se ha planteado nunca dejar de fumar (tabla 1.2.41), cifra que se sitúa en un 19,2% cuando se trata de fumadores habituales que lo han hecho a diario en los últimos 30 días.

Tabla 1.2.41.

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, 2016.

	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	9,6	40,2	40,2	40,2	37,1
Se han planteado dejar de fumar pero no lo han intentado	7,2	30,1	30,1	30,1	43,7
No se han planteado dejar de fumar	7,1	29,7	29,7	29,7	19,2

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

Se han planteado dejar de fumar y lo han intentado un 40,2% de los que han fumado alguna vez en la vida y un 37,1% de los que lo han hecho a diario los últimos 30 días; y se lo han planteado pero no lo han intentado, un 30,1% de los que han fumado alguna vez en la vida y un 43,7% de los que lo han hecho a diario durante el último mes.

Cigarrillos electrónicos

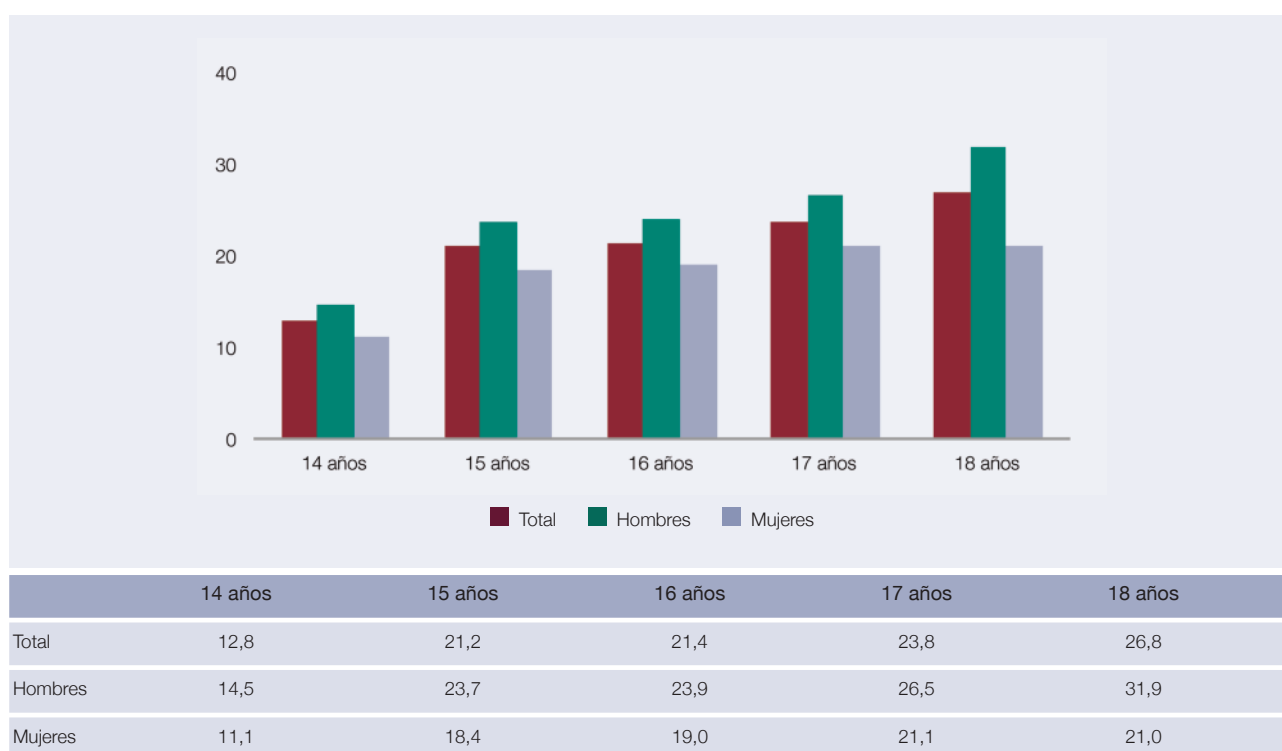
Por segundo año se pregunta sobre el uso de cigarrillos electrónicos, pero este año, además, también se indaga sobre el tipo de cartucho o líquido utilizado, para saber si contiene o no nicotina.

El 20,1% de los alumnos ha fumado en alguna ocasión a través de estos dispositivos, siendo más populares entre los chicos (figura 1.2.11). Si consideramos el grupo masculino, la prevalencia más elevada se registra en el grupo de 18 años (31,9%) mientras que para el colectivo femenino se obtiene en el grupo de 17 años (21,1%), con una diferencia mínima respecto a las chicas de 18 años (21,0%).

A los estudiantes que declararon haber vapeado alguna vez, se les preguntó por el tipo de cartucho utilizado y algo más de la mitad dijo haberlo usado sin nicotina (52,6%), un 22,4% lo había hecho con nicotina, y un 24,9% había utilizado cartuchos o líquidos de los dos tipos.

Figura 1.2.11.

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, 2016.



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 40%, destacando especialmente que más de la mitad (58,0%) de los estudiantes que fuman tabaco a diario ha probado la alternativa electrónica en alguna ocasión (tabla 1.2.42).

El porcentaje de consumidores de tabaco que también ha fumado cigarrillos electrónicos con nicotina supera el 21% en todos los indicadores temporales, siendo especialmente relevante en aquellos que han consumido tabaco diario los últimos 30 días (40,9%).

El consumo de cigarrillos electrónicos sin nicotina entre aquellos que han fumado tabaco ronda el 31%, no existiendo grandes diferencias entre los indicadores. Y los que han utilizado cartuchos de los dos tipos oscilan entre un 11,0% para aquellos que han fumado cigarrillos alguna vez en la vida y en 18,3% para aquellos que lo han hecho diariamente los últimos 30 días.

Tabla 1.2.42.

Prevalencia de 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, 2016.

	Consumo de tabaco alguna vez en la vida		Consumo de tabaco en los últimos 12 meses		Consumo de tabaco en los últimos 30 días		Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha consumido CE alguna vez en la vida	40,9	7,0	42,2	8,2	46,3	10,2	58,0	15,6
Nunca ha consumido CE	59,1	93,0	57,8	91,8	53,7	89,8	42,0	84,4
Ha consumido CE con nicotina	21,1	1,4	22,5	1,8	26,0	2,6	40,9	5,7
No ha consumido CE con nicotina	78,9	98,6	77,5	98,2	74,0	97,4	59,1	94,3
Ha consumido CE sin nicotina	29,2	5,7	29,9	6,6	32,1	8,2	34,1	12,1
No ha consumido CE sin nicotina	70,8	94,3	70,1	93,4	67,9	91,8	65,9	87,9
Ha consumido CE de los dos tipos	11,0	0,8	11,8	1,0	13,2	1,5	18,3	3,2
No ha consumido CE de los dos tipos	89,0	99,2	88,2	99,0	86,8	98,5	81,7	96,8

CE = Cigarrillos electrónicos

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

Cuando hablamos del **consumo concomitante de cannabis y cigarrillos electrónicos** (tabla 1.2.43), vemos un comportamiento similar al observado con el tabaco. En esta ocasión, el 42,1% de los estudiantes que declaran haber consumido cannabis alguna vez en su vida, también admiten haber fumado cigarrillos electrónicos en ese mismo periodo. Y si nos centramos en el consumo de cannabis en los últimos 30 días, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos aumenta hasta el 48,0%.

Tabla 1.2.43.

Prevalencia de 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, 2016.

	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	42,1	10,0	44,4	11,1	48,0	13,7
Nunca ha consumido CE	57,9	90,0	55,6	88,9	52,0	86,3

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 (tabla 1.2.44). Así, el 11,8% de los primeros no advierte un peligro en el consumo de un paquete diario de tabaco (mientras que esta proporción se reduce al 7,2% entre aquellos que nunca han utilizado cigarrillos electrónicos).

La diferencia en la percepción de riesgo es más notable cuando se aborda el consumo de cannabis, ya que el 44,3% de los alumnos que han probado los cigarrillos electrónicos advierte un riesgo importante ante el consumo esporádico de cannabis, cifra que se eleva al 83,6% 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 una media de 10 puntos porcentuales, situándose en el 56,7% y el 92,4% respectivamente.

Destaca el hecho de que, entre los consumidores de cigarrillos electrónicos, la percepción de riesgo de estos dispositivos es muy inferior al del resto de sustancias, ya que apenas 1 de cada 4 estudiantes (26,1%) considera que este hábito puede suponer muchos o bastantes problemas, cifra que aumenta ligeramente al 36,6% para aquellos estudiantes que declararon no haber vapeado nunca.

Tabla 1.2.44.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de tabaco, de 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, 2016.

		Consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida	
Problemas de salud o de otro tipo que puede significar...		Sí	No
Fumar un paquete de tabaco diario	Muchos/bastantes problemas	88,2	92,8
	Pocos/ningún problema	11,8	7,2
Fumar hachís/marihuana (cannabis) alguna vez	Muchos/bastantes problemas	44,3	56,7
	Pocos/ningún problema	55,7	43,3
Fumar hachís/marihuana (cannabis) habitualmente	Muchos/bastantes problemas	83,6	92,4
	Pocos/ningún problema	16,4	7,6
Fumar cigarrillos electrónicos	Muchos/bastantes problemas	26,1	36,6
	Pocos/ningún problema	73,9	63,4

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 1.2.45). Concretamente, el 95,3% 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 en el 90,3%.

Cuando se aborda la disponibilidad del cannabis, la diferencia entre ambos grupos es más notoria. Entre aquellos que han fumado a través de los dispositivos electrónicos, el 83,3% considera que podría conseguir cannabis sin problemas, porcentaje que se reduce sustancialmente hasta el 60,5% en el caso de aquellos que nunca han fumado ese tipo de cigarrillos.

Tabla 1.2.45.

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, 2016.

		Consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida	
		Sí	No
Disponibilidad percibida del tabaco	Fácilmente disponible (fácil + muy fácil)	95,3	90,3
	Difícilmente disponible (difícil + imposible)	4,7	9,7
Disponibilidad percibida del cannabis	Fácilmente disponible (fácil + muy fácil)	83,3	60,5
	Difícilmente disponible (difícil + imposible)	16,7	39,5

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

Hipnosedantes

Cuando se hace referencia a los hipnosedantes, se alude a tranquilizantes/sedantes y somníferos, medicamentos que deben suministrarse con prescripción médica. En el cuestionario se identifican los tranquilizantes como medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad, y los somníferos, como medicamentos para dormir. Además, se indica que el consumo de sustancias como la valeriana, la passiflora, la dormidina o la melatonina no se deben tener en cuenta como consumo de hipnosedantes.

De acuerdo con la legislación española vigente, estos fármacos deben suministrarse bajo prescripción facultativa. El cuestionario aclara cuando se considera que estos medicamentos se han consumido sin receta médica; es decir cuando:

- El médico se lo ha recetado a otra persona de la familia y tú los tomas de vez en cuando.
- El médico te lo recetó en alguna ocasión pero lo has seguido tomando sin control por tu médico.
- Los has conseguido por otros medios distintos a la receta médica.

A continuación, se presentan por separado los resultados del consumo de hipnosedantes en general (con o sin receta médica) y los datos obtenidos del análisis del consumo de estos fármacos sin receta.

Hipnosedantes (con o sin receta médica)

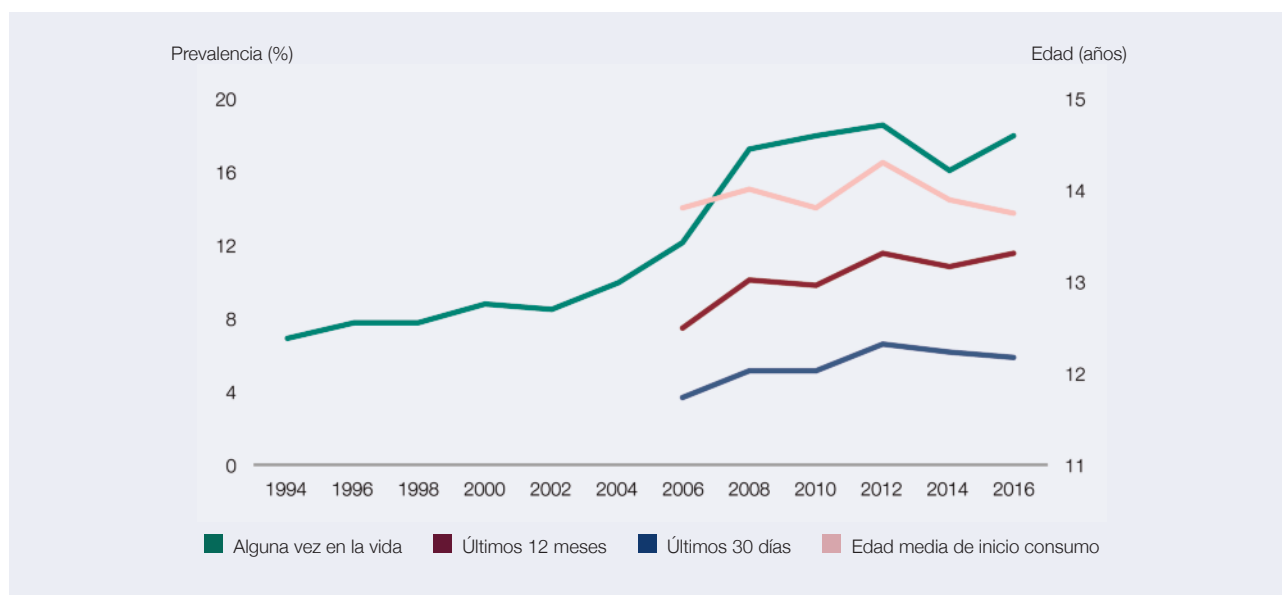
En términos evolutivos, la prevalencia de los hipnosedantes comenzó una tendencia creciente a partir de 2002, mientras que en 2014 esta expansión se frenó y la prevalencia disminuyó ligeramente, siendo el primer descenso que se observa en la última década (figura 1.2.12). Sin embargo, en 2016 se ha vuelto a producir un incremento alcanzando el 17,9% de los estudiantes de 14 a 18 años que han tomado hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida.

Por término medio, el primer consumo de hipnosedantes se produce a los 13,7 años, sin que a lo largo de la serie se hayan registrado cambios reseñables en este aspecto.

Por su parte, el 5,9% de los estudiantes de 14 a 18 años confirmó haber consumido hipnosedantes en los 30 días previos a la encuesta, porcentaje que apenas ha variado con respecto a la última medición.

Figura 1.2.12.

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, 1994-2016.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
Últimos 12 meses	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6	10,8	11,6
Últimos 30 días	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6	6,2	5,9
Edad media inicio consumo	-	-	-	-	-	-	13,8	14,0	13,8	14,3	13,9	13,7

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

Analizando el consumo de hipnosedantes en función del **sexo**, se obtiene que este consumo adquiere mayor dimensión entre las chicas, y 2 de cada 10 reconocen haber ingerido este tipo de sustancias alguna vez en la vida (tabla 1.2.46). En el segmento 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 3 de cada 10 chicas han tomado hipnosedantes alguna vez.

Al igual que en el segmento femenino, entre los chicos, el mayor porcentaje de consumo de hipnosedantes también se obtiene en los estudiantes de 18 años. En este grupo, el 19,8% ha ingerido hipnosedantes alguna vez en la vida.

Tabla 1.2.46.

Prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

	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	17,9	14,4	21,5	14,1	12,6	15,7	17,2	13,6	21,0	17,9	14,3	21,4	20,7	15,8	25,5	17,3	14,0	20,7	25,9	19,8	32,8
Último año	11,6	8,8	14,4	9,0	7,9	10,2	10,7	8,0	13,6	12,1	8,9	15,1	13,6	9,8	17,3	11,3	8,6	14,0	16,2	11,5	21,5
Último mes	5,9	4,4	7,3	4,7	4,4	5,1	5,4	4,0	6,8	6,1	4,3	7,8	6,6	4,5	8,6	5,7	4,3	7,0	8,7	5,8	12,0

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

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

Tabla 1.2.47.

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, 1994-2016.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012		2014		2016	
	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
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

H = Hombres; M = Mujeres.

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

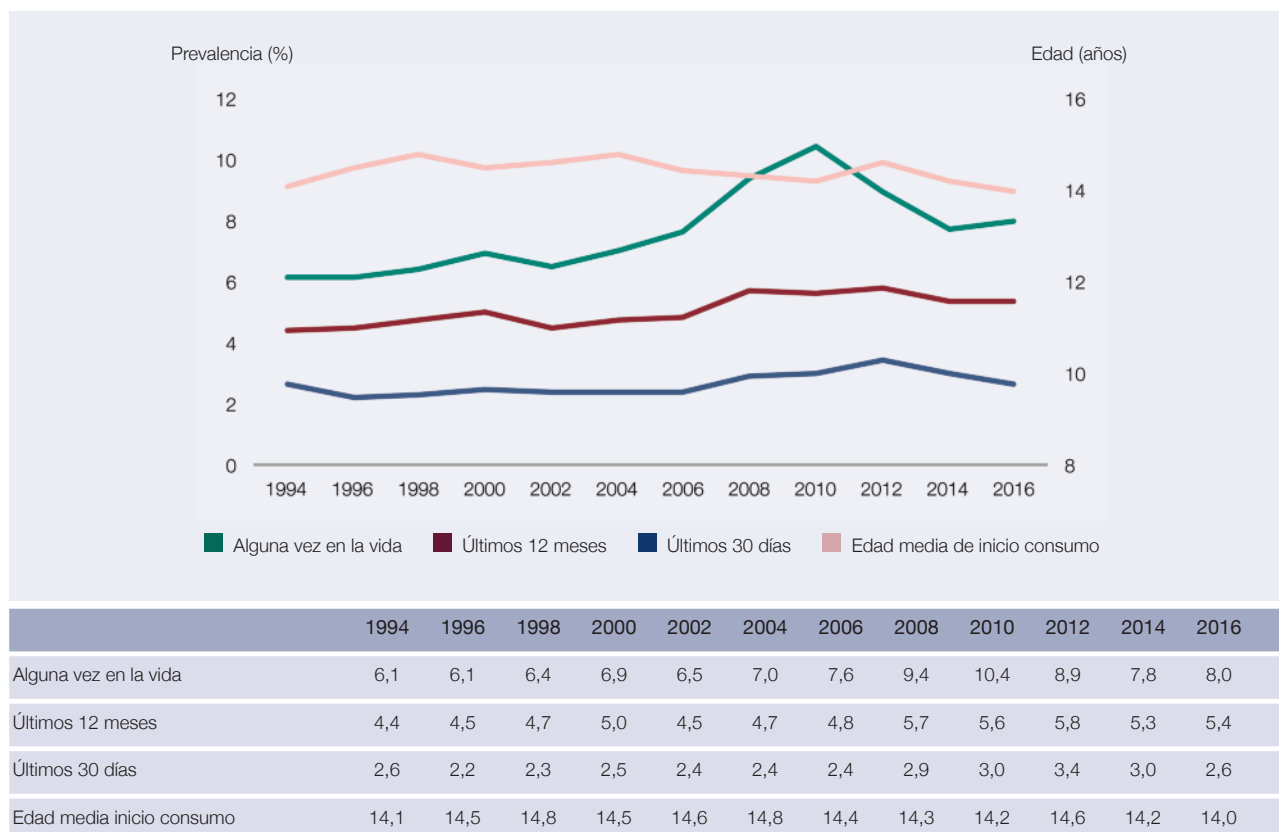
Hipnosedantes (sin receta médica)

El 8,0% de los alumnos admite que en alguna ocasión ha tomado hipnosedantes sin que se los haya recetado un médico (figura 1.2.13). La prevalencia del consumo sin prescripción médica comenzó a crecer a partir de 2002, alcanzando el valor más elevado en 2010 (10,4%). A partir de 2010 se registró un cambio de tendencia consolidándose en 2014. Sin embargo, en 2016 se ha vuelto a producir un ligero aumento.

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 2016 de 14,0 años.

Figura 1.2.13.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2016.



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

Cuando se analiza el consumo de hipnosedantes sin prescripción médica, se observa que se trata de un consumo más prevalente entre las chicas, y aproximadamente 1 de cada 10 admite haber realizado este consumo alguna vez (tabla 1.2.48).

En el colectivo femenino, el consumo de hipnosedantes sin receta adquiere mayor prevalencia a medida que aumenta la edad de las estudiantes, de modo el mayor porcentaje de consumo lo registran las chicas de 18 años en todos los tramos temporales. En este segmento, se observa que el 14,6% ha tomado hipnosedantes alguna vez en la vida sin prescripción facultativa (aproximadamente el doble que el valor registrado por los chicos de esta edad).

En cuanto al grupo masculino, la prevalencia de este tipo de sustancias también es más elevada a la edad de 18 años, registrándose que el 8,9% de ellos ha consumido hipnosedantes en alguna ocasión.

Tabla 1.2.48.

Prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

	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	8,0	6,3	9,8	5,7	4,7	6,8	7,8	6,1	9,6	8,3	6,5	10,2	9,4	7,3	11,5	7,8	6,1	9,4	11,6	8,9	14,6
Último año	5,4	4,1	6,7	3,5	2,8	4,3	4,9	3,5	6,3	5,9	4,4	7,3	6,5	5,0	7,9	5,2	3,9	6,4	8,2	6,0	10,8
Último mes	2,6	2,0	3,3	1,6	1,6	1,7	2,5	2,0	3,1	2,8	2,0	3,6	3,2	2,1	4,1	2,5	1,9	3,1	4,4	3,1	5,8

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

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

Históricamente el consumo de hipnosedantes sin receta siempre ha estado más presente en las chicas (tabla 1.2.49). 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 1.2.49.

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	
	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
Edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta (años)	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,9	14,5	13,7	14,4	14,3	14,8	13,8	14,5	13,5	14,2
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
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
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los 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
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los 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

H = Hombres; M = Mujeres.

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

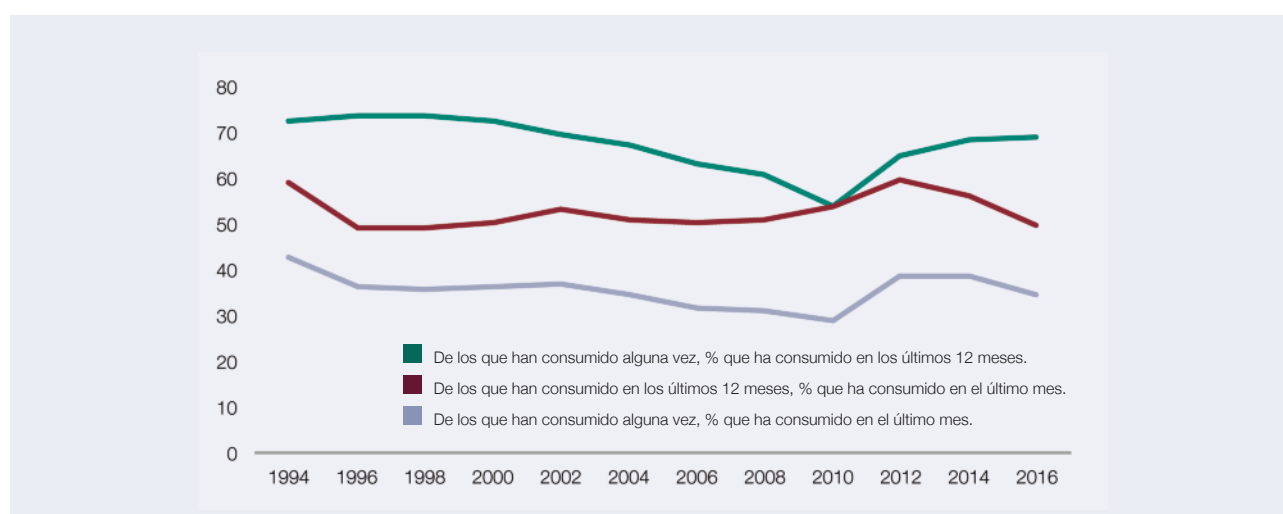
Siguiendo con el análisis en el consumo de hipnosedantes sin receta médica, se ha contemplado en qué medida el consumo de este tipo de sustancias se mantiene en el tiempo, poniendo en relación la prevalencia registrada en los diferentes tramos temporales (figura 1.2.14).

De cada 100 estudiantes que han consumido alguna vez en la vida, 69 registran un consumo en los últimos 12 meses, proporción que supera ligeramente la obtenida en 2014 (68 sobre 100).

Sin embargo, si se pone en relación el consumo reciente (últimos 30 días) con el del último año, la continuidad del consumo en 2016 ha descendido respecto a la obtenida en 2014. Específicamente, en 2016, aproximadamente la mitad de los estudiantes que consumieron en los últimos 12 meses, reconocen un consumo en el último mes (49 de cada 100).

Figura 1.2.14.

Continuidad en el consumo de hipnosedantes sin receta en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2016.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Alguna vez en la vida (A)	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0
Últimos 12 meses (B)	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8	5,3	5,4
Últimos 30 días (C)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4	3,0	2,6
B/A*100	72,1	73,8	73,4	72,5	69,2	67,1	63,2	60,6	53,8	65,0	68,6	69,2
C/B*100	59,1	48,9	48,9	50,0	53,3	51,1	50,0	50,9	53,6	59,3	56,1	49,8
C/A*100	42,6	36,1	35,9	36,2	36,9	34,3	31,6	30,9	28,8	38,6	38,5	34,2

B/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado los hipnosedantes alguna vez en la vida y la habían consumido también en los últimos 12 meses.

C/B = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado los hipnosedantes en los últimos 12 meses y la habían consumido también en los últimos 30 días.

C/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado los hipnosedantes alguna vez en la vida, y la habían consumido también en los últimos 30 días.

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

Cannabis

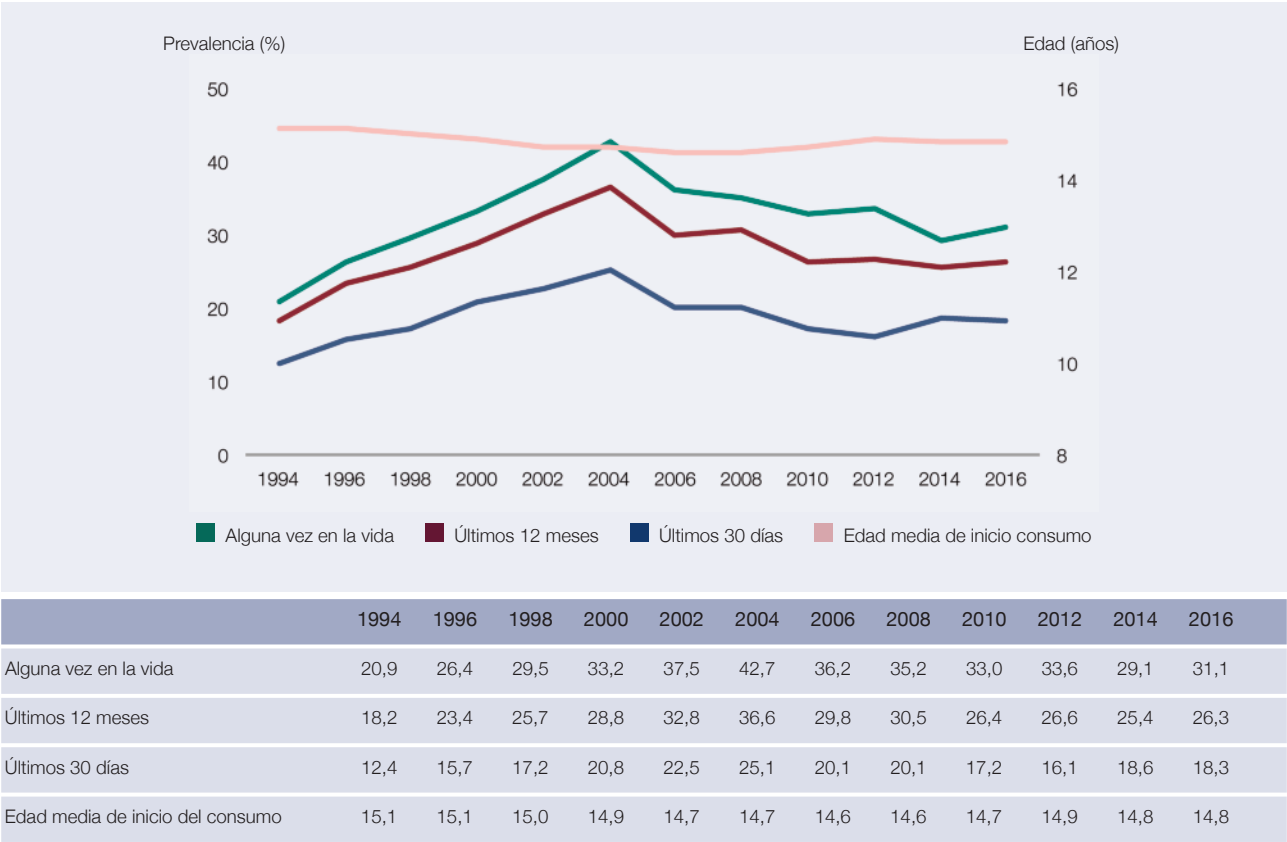
El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia entre los estudiantes de 14 a 18 años, observando en 2016, que 3 de cada 10 (31,1%) han consumido esta sustancia alguna vez en la vida (figura 1.2.15). La prevalencia del cannabis siguió una tendencia creciente desde 1994 hasta 2004, cuando alcanzó su máximo nivel y el 42,7% reconocía haber consumido en alguna ocasión. A partir de aquel año, el porcentaje de consumo comenzó una tendencia descendente, que se frenó en 2012 pero que continuó en 2014. Sin embargo, en 2016 se ha producido un cambio de

tendencia (creciente). Aun así, se puede contemplar que en 2016 es menos frecuente que los estudiantes prueben o inicien un consumo de cannabis con respecto al escenario contemplado hace 12 años.

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.

Analizando el tramo temporal de los últimos 30 días, los estudiantes que confirman un consumo de cannabis representan el 18,3%. Observando la serie histórica, al igual que se obtenía para el consumo alguna vez en la vida, esta prevalencia siguió una tendencia creciente entre los años 1994 y 2004. A partir de 2004, comenzó una evolución descendente, que se frenó en 2008 pero que continuó en 2010 y en 2012. En 2014, sin embargo, se apreció un leve incremento del consumo que se ha frenado en 2016.

Figura 1.2.15.
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. España, 1994-2016.



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

El consumo de cannabis se encuentra más extendido en los chicos (figura 1.2.16). Considerando el grupo masculino, el 15,2% 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 1 de cada 2 los que han consumido en alguna ocasión (56,3%).

Contemplando el grupo femenino, el 12,6% de las estudiantes de 14 años admite haber consumido esta droga alguna vez, aumentando progresivamente con la edad y siendo la edad de 18 años donde el consumo es mayor (54,7%).

Al considerar el tramo temporal de los últimos 30 días en el segmento masculino, la prevalencia en los alumnos de 14 años (9,1%) se multiplica por 4 en el grupo de 18 años (36,5%). En las chicas, la prevalencia en el grupo de 14 años (7,1%) también se multiplica prácticamente por 4 en el de 18 años (26,9%).

En todo caso, el consumo de cannabis se encuentra más extendido entre los varones, escenario que se contempla en todos los tramos temporales y en los diferentes grupos de edad. No obstante, la diferencia por sexo se hace especialmente evidente en el grupo de 18 años en los tramos temporales de los últimos 30 días y los últimos 12 meses, y en el de 16 años en el tramo temporal de alguna vez en la vida.

Figura 1.2.16.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.



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 y la diferencia de la prevalencia en función del sexo es más notoria cuando se considera el tramo temporal de los últimos 30 días. En este sentido, en las cinco últimas ediciones de ESTUDES, la prevalencia del segmento masculino ha oscilado entre el 18,6% y el 23% mientras que entre las chicas el valor se ha situado entre el 13,3% y el 17,2% (tabla 1.2.50).

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 (5,7% frente a 5,5% de ellas). Por otro lado, el 2,7% de los hombres y el 1,3% de las mujeres consumió 20 o más días.

Tabla 1.2.50.

Características generales del consumo de cannabis 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	
	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	9.688	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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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 1.2.51).

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 el porcentaje que suponen estos últimos sobre dicha base.

La incidencia del cannabis se sitúa en el 19,4%, siendo ligeramente superior para los varones (20,6% frente al 18,3% para las mujeres). A medida que aumenta la edad también lo hace la incidencia, alcanzando el 29,7% en el segmento de 18 años.

Tabla 1.2.51.

Incidencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

Total			14 años			15 años			16 años			17 años			18 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis (porcentajes)			7,3	7,3	7,3	14,8	15,9	13,7	16,8	18,2	15,5	17,8	19,1	16,7	19,5	20,6	18,4

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

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

Tabla 1.2.52.

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* en miles de estudiantes). España, 2016.

Total				14 años			15 años			16 años			17 años			18 años		
T	H	M		T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis																		
(n ^{os} absolutos)*				170,0	88,9	81,1	26,3	13,1	13,2	40,5	22,0	18,5	54,5	28,4	26,0	37,5	19,1	18,4
																11,2	6,3	4,9

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

* Tamaño de la población usado en la selección de la muestra ESTUDES 2016. El universo incluye el total de estudiantes de 14 a 18 años en España. Fuente Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 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**, el día que un estudiante ha fumado cannabis en los últimos 30 días, lo ha hecho con una media de 3,4 porros (tabla 1.2.53). 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 3,0 para ellas).

Tabla 1.2.53.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL		SEXO		EDAD				
			H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Tipo de consumo de cannabis									
Principalmente marihuana (hierba)	51,1		49,3	53,4	55,4	49,4	50,2	51,3	51,8
Principalmente hachis (resina, chocolate)	12,2		11,5	13,2	10,2	12,4	12,8	11,8	13,2
De los 2 tipos	36,7		39,2	33,4	34,4	38,2	37,0	36,9	35,1
Mezcla de cannabis con tabaco									
Sí	82,4		81,1	84,1	65,5	79,8	83,7	86,8	86,9
No	17,6		18,9	15,9	34,5	20,2	16,3	13,2	13,1
Media de porros consumidos el día que se consume cannabis									
	3,4		3,8	3,0	3,5	3,6	3,4	3,4	3,3

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Atendiendo a la edad de los estudiantes no se ven grandes diferencias y, si se considera el segmento de 14 años, se observa que la cantidad de porros que fuman el día que consumen es semejante a la registrada por los estudiantes de 18 años.

En cuanto a la **forma de consumo del cannabis**, aproximadamente 1 de cada 2 estudiantes que han consumido cannabis en el último mes señala que ha fumado principalmente marihuana (hierba). Esta forma de consumo se encuentra más extendida entre las chicas y entre los consumidores más jóvenes.

Por su parte, 1 de cada 3 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 en los chicos y en los consumidores de 15 años.

Así, entre los consumidores de cannabis, el consumo de hachís (resina o chocolate) se encuentra menos extendido que la marihuana: una minoría, el 12,2% de los consumidores, señala que lo que ha fumado principalmente en el periodo de los últimos 30 días ha sido hachís.

Por otra parte, la mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco (82,4%). A medida que aumenta la edad de los estudiantes, esta forma de consumo se encuentra más presente. En este sentido, el 34,5% de los casos de 14 años han consumido cannabis sin mezclarlo con tabaco, sin embargo, en aquellos que tienen 18 años este porcentaje se reduce hasta el 13,1%.

En 2016 se ha preguntado por primera vez por el modo de consumo del cannabis (tabla 1.2.54), pudiendo seleccionar más de una opción. El porro o canuto es la forma más extendida (el 97,7% de los alumnos que han consumido cannabis en los últimos 30 días la han señalado), seguido del uso de pipas de agua, bonges, cachimbos o shishas, aunque mucho menos habitual (17,0%).

El consumo por vía oral (pasteles, galletas...) o usando cigarrillos electrónicos es minoritario, tan sólo el 5,7% y 1,8%, respectivamente, han utilizado estos métodos.

Los porros o canutos son más comunes entre las chicas y el resto de formas de consumo son más utilizadas por los chicos. Por edad, el consumo en forma de porros aumenta a medida que lo hace ésta, mientras que las pipas de agua, bonges, cachimbos, shishas y los cigarrillos electrónicos, descienden. El consumo por vía oral (pasteles, galletas, chupitos) varía según la edad, siendo los estudiantes de 14 y de 17 años los que más lo utilizan.

Tabla 1.2.54.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En forma de porro o canuto	97,7	97,4	98,0	93,6	96,7	98,2	98,4	99,3
Usando pipas de agua, bonges, cachimbos, shishas	17,0	19,0	14,2	20,0	18,8	17,4	16,2	12,5
Por vía oral: pasteles, galletas...	5,7	6,3	4,9	7,5	4,7	4,8	6,7	5,4
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	2,3	1,1	4,4	2,4	1,5	1,2	1,1

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Otra novedad que presenta esta edición de la encuesta ha consistido en indagar sobre la **legalidad del cannabis y su consumo** (tabla 1.2.55). En el supuesto de que fuese legal el consumo de hachís o marihuana, el 60,1% de los estudiantes ha declarado que no lo probaría y el 8,6% sí lo haría, mientras que el 31,3% restante ya lo ha probado.

Son las mujeres y los estudiantes de 14 años los que manifiestan en mayor proporción que no lo probarían, y es menos frecuente que ya lo hayan probado. En cuanto a los que sí lo probarían, no se observan diferencias entre sexos, y a medida que aumenta la edad desciende el número de los que lo harían, en parte podría estar justificado porque aumenta el porcentaje de los que ya lo han hecho.

Tabla 1.2.55.

Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana, lo probarían los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
No	60,1	57,8	62,5	76,2	63,5	57,3	47,2	39,8
Sí	8,6	8,7	8,4	9,7	9,5	8,8	7,3	4,4
Ya lo he probado	31,3	33,5	29,1	14,0	27,0	33,9	45,5	55,8

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Como se ha comentado anteriormente, el consumo de cannabis mezclado con tabaco es mayoritario entre los consumidores de cannabis, ya que el 82,4% de ellos lo había mezclado. A continuación se expone el consumo diario de tabaco en los últimos 30 días según el tipo de consumo de cannabis (tabla 1.2.56).

Tan sólo el 1,0% de los estudiantes que nunca ha 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. En concreto, el 35,4% de los consumidores de cannabis en los últimos 30 días, también han fumado tabaco a diario.

Tabla 1.2.56.

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 30 días (%). España, 2016.

	Total población	No ha fumado cannabis nunca	Ha fumado cannabis en los últimos 12 meses	Ha fumado cannabis en los últimos 30 días
Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días	8,8	1,0	29,7	35,4

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 1.2.17), se observa una clara relación entre ambos indicadores. Así, el 40,2% de los que dicen que sí probarían el cannabis si fuese legal, ha consumido tabaco alguna vez en la vida. En el lado opuesto, el 15,7% de los que no probarían el cannabis aunque fuese legal dice haber fumado tabaco alguna vez en la vida.

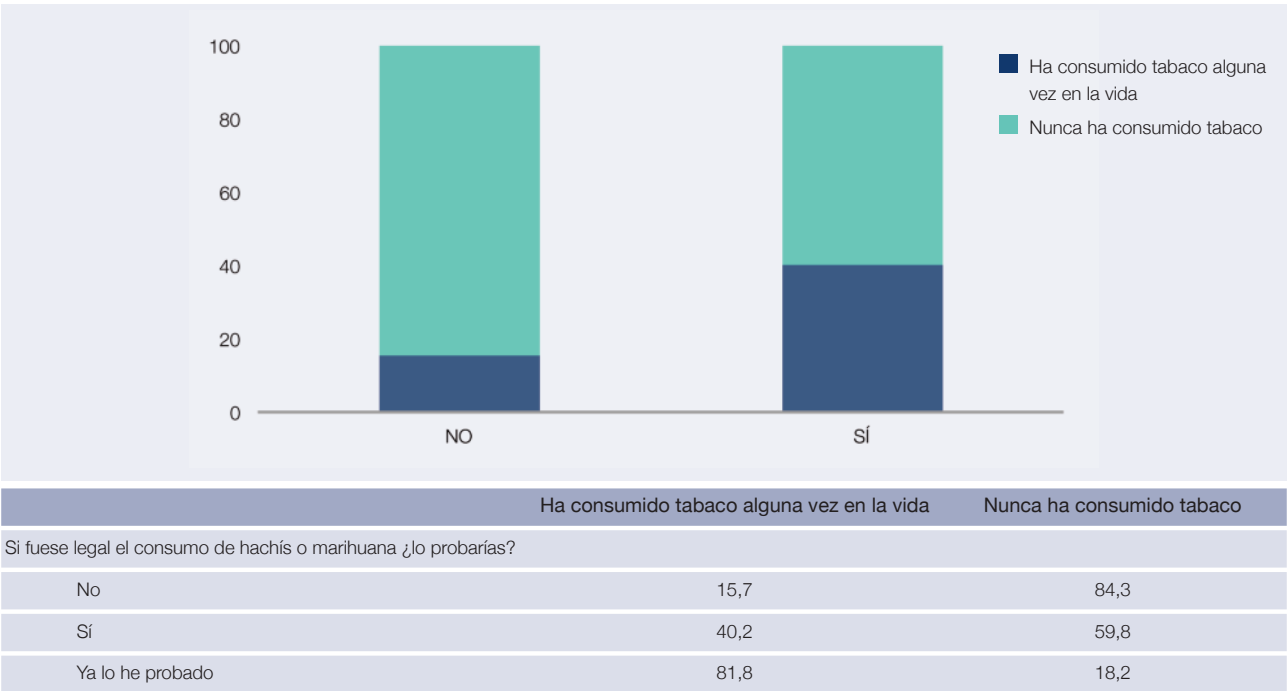
Por ello, se podría concluir que fumar tabaco, cuya compra es ilegal para los menores de edad, es un factor de riesgo a la hora de empezar a consumir cannabis.

Continuidad en el consumo de cannabis

Los valores relativos a la continuidad del consumo los últimos 30 días han descendido ligeramente con respecto a la anterior edición, en un contexto en el que el consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses ha aumentado ligeramente. De cada 100 estudiantes que han consumido alguna vez en la vida, 84,4 registran un consumo en los últimos 12 meses y 58,9 reconocen un consumo en los últimos 30 días (figura 1.2.18).

Figura 1.2.17.

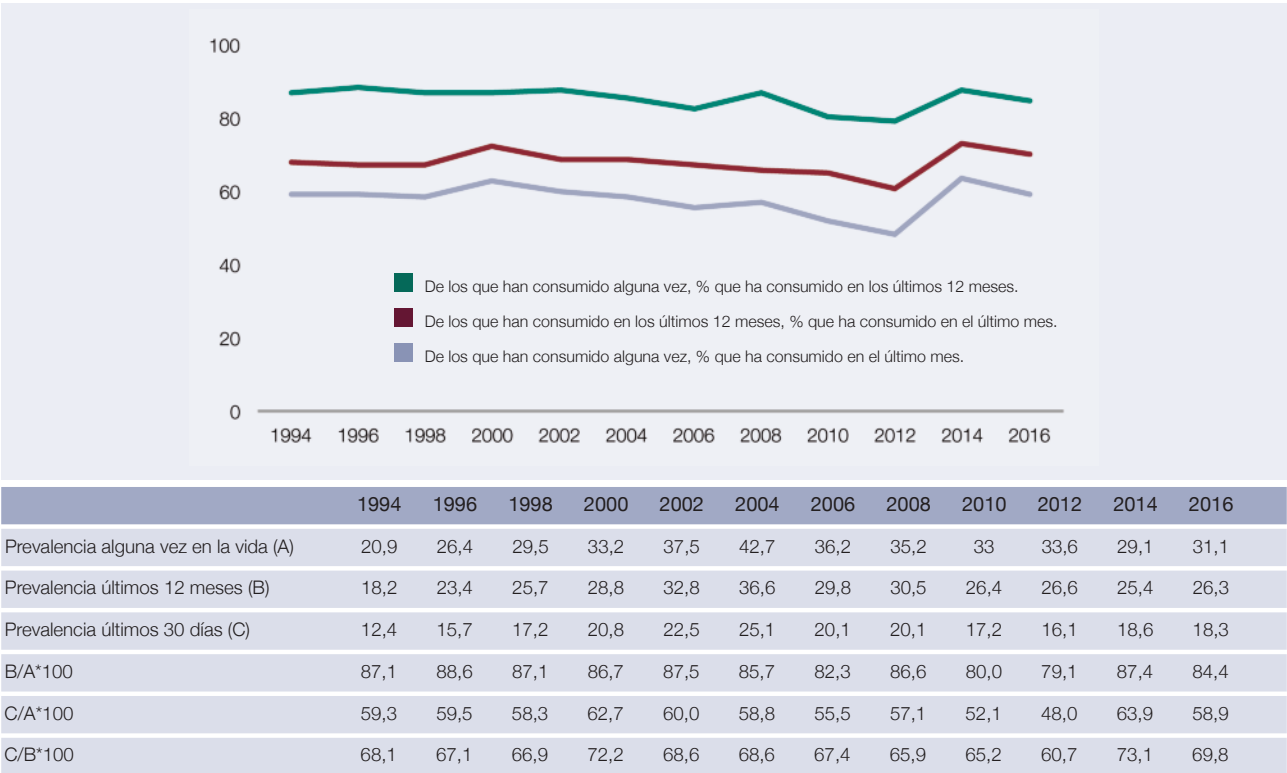
Consumo de tabaco alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la posible legalidad del consumo de hachís o marihuana (%). España, 2016.



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

Figura 1.2.18.

Continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



B/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cannabis alguna vez en la vida y la habían consumido también en los últimos 12 meses.

C/B = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cannabis en los últimos 12 meses y la habían consumido también en los últimos 30 días.

C/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cannabis alguna vez en la vida, y la habían consumido también en los últimos 30 días.

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

Consumo problemático de cannabis. Escala CAST

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.¹

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

En la encuesta de 2016, se ha mantenido en el cuestionario la escala CAST – Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al., 2007). Esta escala ya se introdujo en la encuesta ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014, 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. La puntuación obtenida en la escala se clasifica en:

- Puntuación de 0-1.
- Puntuación de 2-3.
- Puntuación de 4 o más, consumidores problemáticos.

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 se plantea la posibilidad de fijar el punto de corte cuando la puntuación obtenida para la escala CAST resulte ser de 2 o de 3².

Entre los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, el 69,5% presenta una puntuación de 0-1, el 17,2% una puntuación de 2-3 y el 13,3%, un consumo problemático. En términos evolutivos, desde 2006 el valor del indicador relativo al consumo problemático se ha mantenido entre el 13,3% y el 16,1% (tabla 1.2.57).

Si se considera a la totalidad del conjunto de estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias, los consumidores problemáticos de cannabis representarían el 2,8% de los alumnos (tabla 1.2.58). A lo largo de la serie histórica, el porcentaje que representan estos consumidores sobre la totalidad de los alumnos se ha mantenido siempre por debajo del 5%.

1. Feeney, K.E., Kampman K. M.; Adverse effects of marijuana use. *The Linacre Quarterly* 83 (2) 2016, 174–178.

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.

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

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

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

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

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

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

2. Legleye S., 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.

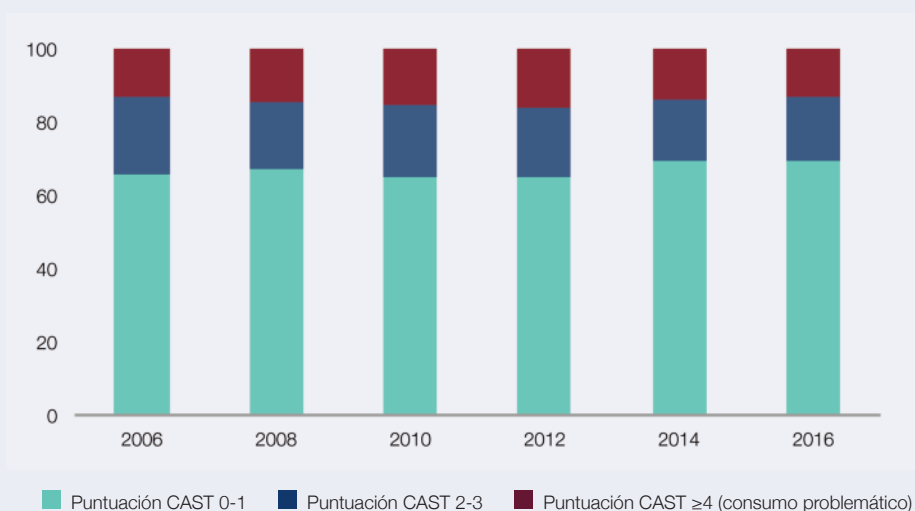
Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C.; Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. *Eur Addict Res* 2012;18:193–200

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.

Tabla 1.2.57.

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 14-18 años. España, 2006-2016.

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



Puntuación CAST 0-1: % válido sobre consumidores (gente que tiene una puntuación 0-1/los que han contestado el cuestionario CAST).

Puntuación CAST 2-3: % válido sobre consumidores (gente que tiene una puntuación 2-3/los que han contestado el cuestionario CAST).

Puntuación CAST ≥ 4 (consumo problemático): % válido sobre consumidores (gente que tiene una puntuación ≥ 4 /los que han contestado el cuestionario CAST).

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Tabla 1.2.58.

Porcentaje y estimación de consumidores problemáticos de cannabis (según escala CAST). España, 2006-2016.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Población de 14 a 18 años (números absolutos)	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810
Porcentaje entre la totalidad de individuos						
de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8
Porcentaje sobre consumidores						
en los últimos 12 meses	13,3	14,3	15,3	16,1	13,8	13,3

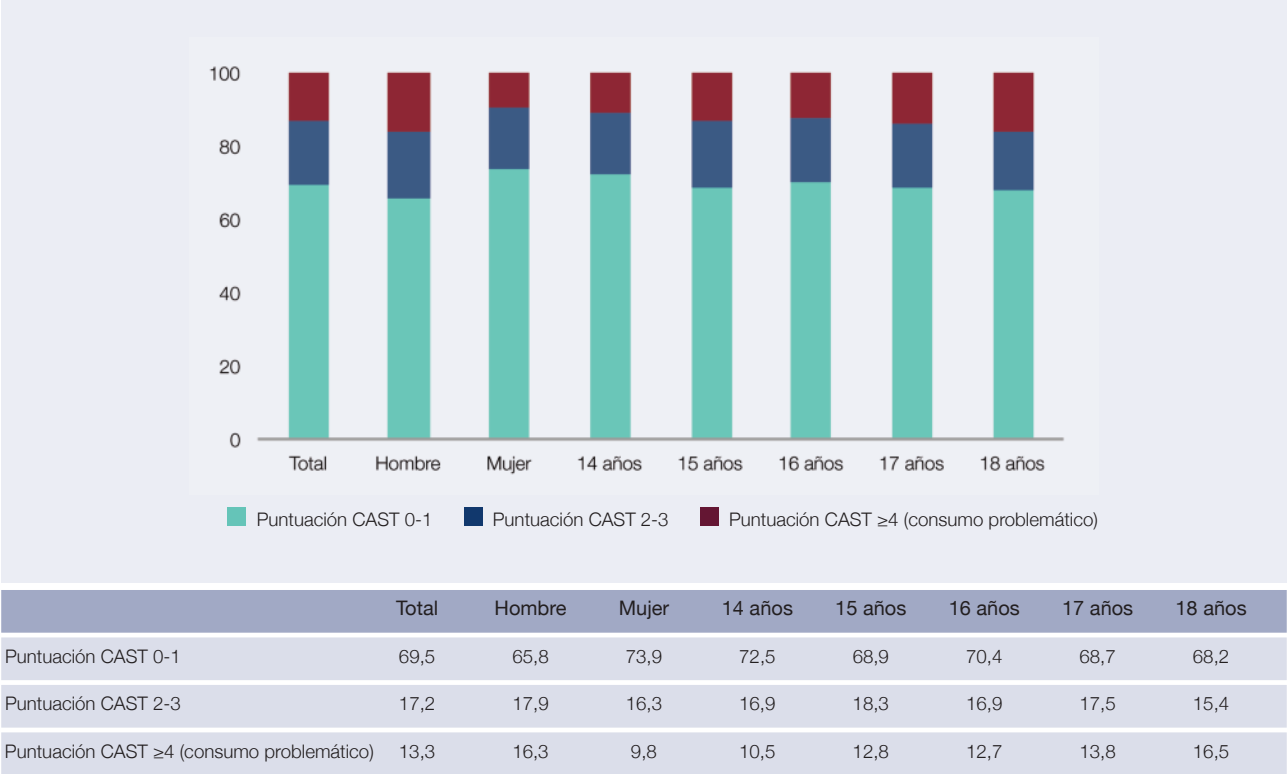
CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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 1.2.19), se puede observar que la prevalencia de consumo problemático es superior entre los varones (16,3% frente a 9,8% de las mujeres) y que aumenta a medida que lo hace la edad (10,5% para los estudiantes de 14 años y 16,5% para los de 18).

Figura 1.2.19.

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, según sexo y edad (%). España, 2016.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Se perciben diferencias por sexo en el tipo de consumo que realizan los consumidores problemáticos de cannabis, ya que los varones casi duplican los casos de consumo con respecto a las mujeres (tabla 1.2.59).

En cuanto al tipo de sustancia consumida, la marihuana se encuentra más extendida entre las mujeres con consumo problemático, ya que aproximadamente 2 de cada 5 de ellas lo indican (40,7%), mientras que en los hombres, este porcentaje desciende hasta el 28,2% y por el contrario, 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.

El día que se produjo un consumo de cannabis en los últimos 30 días, los hombres con consumo problemático fumaron una media de 5,6 porros, ligeramente superior a la del grupo de mujeres (5,0).

Los consumidores de cannabis clasificados como “problemáticos” registran asimismo una mayor prevalencia del **consumo intensivo de alcohol** (tabla 1.2.60), ya que 7 de cada 10 han sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes, proporción que triplica la obtenida en la totalidad de estudiantes de Enseñanzas Secundarias. La prevalencia de las borracheras entre los consumidores con puntuaciones en la escala CAST de 0 a 3 también es elevada, duplicando la que registran el total de estudiantes.

Tabla 1.2.59.

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, 2016.

	Total	Hombres	Mujeres
Nº casos consumo problemático cannabis últimos 30 días	956	627	329
Consumo cannabis últimos 30 días			
Principalmente marihuana	32,4	28,2	40,7
Principalmente hachís	11,8	11,9	11,6
De los 2 tipos	55,8	59,9	47,7
Nº casos consumo problemático cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	869	574	295
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días			
Sí	90,6	90,2	91,4
No	9,4	9,8	8,6
Media de porros consumidos al día	5,4	5,6	5,0

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Tabla 1.2.60.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) 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 a través de la escala CAST (%). España, 2016.

	Entre el total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años	Clasificación CAST de los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses	
		Consumidores problemáticos	Puntuación CAST 0-3
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	21,8	69,8	50,1
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	31,7	76,6	63,8

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

El 76,6% de los consumidores problemáticos de cannabis ha realizado *binge drinking* en el último mes, descendiendo esta cifra al 63,8% en el caso de los consumidores con puntuaciones en la escala CAST de 0 a 3. Para ambos grupos la prevalencia de la realización de *binge drinking* en el último mes es bastante más habitual que en el total de estudiantes (31,7%).

El consumo intensivo de alcohol en los últimos 30 días (intoxicaciones etílicas agudas o *binge drinking*) se encuentra más extendido entre los consumidores problemáticos con respecto a los consumidores con puntuaciones en la escala CAST de 0 a 3. Se infiere en este sentido que la ingesta abusiva de alcohol adquiere mayor presencia a medida que aumenta la gravedad del problema del consumo de cannabis.

El **consumo diario de tabaco** adquiere especial dimensión entre los consumidores problemáticos de cannabis (tabla 1.2.61), ya que la mayoría manifiesta el hábito de fumar tabaco diariamente, 7 de cada 10 aproximadamente (67,4%). Sin embargo, la prevalencia de este hábito disminuye entre los consumidores con puntuaciones en la escala CAST de 0 a 3 (aproximadamente 3 de cada 10).

Tabla 1.2.61.

Consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su clasificación en la escala CAST (%). España, 2016.

	Consumidores de cannabis (CAST <4)	Consumo problemático de cannabis (CAST ≥4)	Han consumido cannabis en los últimos 12 meses	Total alumnos
Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días				
Sí	26,4	67,4	29,7	8,8
No	73,6	32,6	70,3	91,2

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

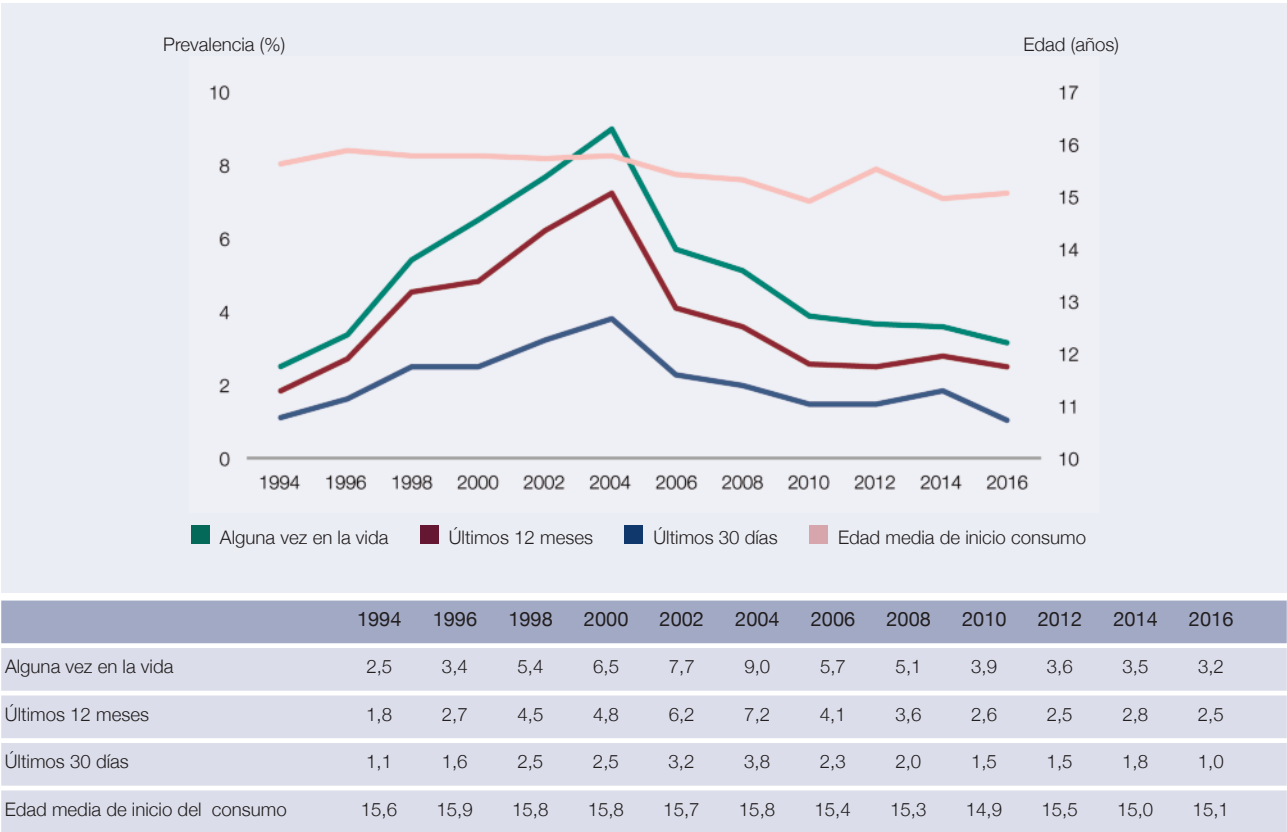
Cocaína

En 2016, la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que ha consumido cocaína (polvo y/o base) en los diferentes tramos temporales analizados, alcanza el mínimo histórico en los últimos 20 años. A partir de 2004 la prevalencia comenzó una tendencia descendente tras el máximo registrado aquel año que indicaba que el 9% de los estudiantes había probado esta droga. En 2016, este porcentaje es notablemente inferior, obteniendo que el 3,2% de los estudiantes ha consumido en alguna ocasión (figura 1.2.20).

Atendiendo al tramo temporal de los 30 días previos a la realización de la encuesta, la prevalencia del consumo disminuye prácticamente 1 punto porcentual con respecto al año 2014.

Figura 1.2.20.

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 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

Los estudiantes que han consumido cocaína alguna vez, por término medio, sitúan el primer consumo a los 15,1 años. Hasta 2004, esta edad media se aproximaba a los 16 años, mientras que a partir de aquel año, se ha venido situando más próxima a los 15 años.

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 1.2.21).

Figura 1.2.21.
Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2016.



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

El porcentaje de chicos que han consumido alguna vez en la vida se mantiene por debajo del 4% hasta el grupo de 16 años, encontrando el mayor ascenso de la prevalencia entre los 17 (5,3%) y los 18 años (10,4%). La mayor diferencia con respecto a las chicas se observa en el grupo de 18 años (10,4% frente al 5,0% registrado entre las chicas).

El porcentaje de chicas que han consumido alguna vez se mantiene por debajo del 3% hasta el grupo de 17 años, alcanzando 5,0% para el tramo de edad de 18 años. El mayor incremento de la prevalencia se produce, al igual que en el segmento masculino, entre los 17 y los 18 años.

A lo largo de la serie histórica (tabla 1.2.62), se ha observado que el consumo de cocaína es más prevalente entre los varones. En 2016 y para todos los tramos analizados, ha disminuido la prevalencia registrada por el segmento femenino con respecto al año anterior.

La edad de inicio en el consumo apenas difiere en función del sexo, situándose próxima a los 15 años en chicos y en chicas.

Tabla 1.2.62.

Características del consumo de cocaína polvo y/o base 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	
	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	9.688	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
Edad media de inicio de 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
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
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
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
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días																								
Nunca	98,6	99,3	97,9	98,8	96,8	98,2	96,6	98,5	96,3	97,2	94,9	97,4	96,9	98,4	97,2	98,3	98,2	99,3	97,8	99,2	98,4	99,3	98,5	99,5
1 a 2 días	0,9	0,4	1,5	0,8	1,8	1,0	2,5	1,1	2,3	2,1	3,1	1,7	1,6	1,0	1,3	0,6	0,8	0,4	1,0	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3
3 a 5 días	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,2	0,9	0,5	1,0	0,5	0,7	0,3	0,7	0,3	0,3	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2	0,5	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1

H = Hombres; M = Mujeres.

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

En un contexto en que el porcentaje de alumnos que han consumido cocaína ha disminuido con respecto a 2014 en todos los tramos temporales analizados, observamos cómo la continuidad en el consumo (figura 1.2.22), para aquellos que han consumido los últimos 12 meses habiéndolo hecho alguna vez en la vida, ha aumentado de 80,5% en 2014 a 82,7% en 2016. Mientras que los que han consumido los últimos 30 días, habiéndolo hecho también el último año o alguna vez en la vida, se reducen.

Se observa que de cada 100 estudiantes que reconocen haber consumido cocaína alguna vez en la vida, 82,7 registran un consumo en el último año y 39,0 en los últimos 30 días.

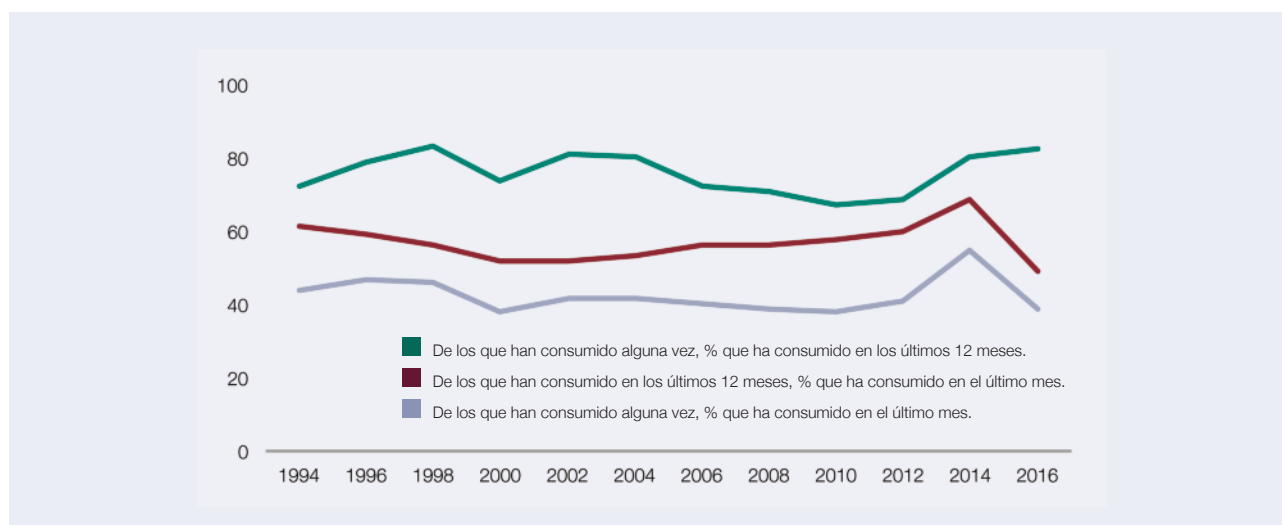
Incidencia

Como se ha comentado con anterioridad, el indicador relativo a la incidencia trata de dimensionar a los estudiantes que han comenzado el consumo en los últimos 12 meses.

Considerando exclusivamente a los estudiantes que nunca han consumido cocaína (ni en forma de polvo ni en forma de base) y a los que comenzaron el consumo de cocaína en polvo o de base en los últimos 12 meses (tabla 1.2.63), el porcentaje que representan estos últimos sobre dicho conjunto (incidencia) se sitúa en el 1,4%. La incidencia de la cocaína aumenta a medida que se incrementa la edad de los estudiantes, especialmente entre los 17 y los 18 años, siendo este aumento más elevado entre los chicos.

Figura 1.2.22.

Continuidad en el consumo de cocaína polvo y/o base en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2016.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Alguna vez en la vida (A)	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2
Últimos 12 meses (B)	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5	2,8	2,5
Últimos 30 días (C)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5	1,8	1,0
B/A*100	72,0	79,0	83,0	74,0	81,0	80,0	72,0	71,0	67,0	68,5	80,5	82,7
C/B*100	61,0	59,0	56,0	52,0	52,0	53,0	56,0	56,0	58,0	60,0	68,5	49,1
C/A*100	44,0	47,0	46,0	38,0	42,0	42,0	40,0	39,0	38,0	41,1	54,8	39,0

B/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cocaína alguna vez en la vida y la habían consumido también en los últimos 12 meses.

C/B = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cocaína en los últimos 12 meses y la habían consumido también en los últimos 30 días.

C/A = El % de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado cocaína alguna vez en la vida, y la habían consumido también en los últimos 30 días.

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

Tabla 1.2.63.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	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
Últimos 12 meses	1,4	1,8	1,0	0,9	1,2	0,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,6	1,2	1,6	2,2	0,9	3,3	4,8	1,7	1,3	1,6	1,0

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

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

Éxtasis

Cuando se hace referencia al éxtasis en el cuestionario ESTUDES, también se indican otros términos como “cristal”, “pastis” o “pirulas”. Bajo una perspectiva histórica, la prevalencia del consumo de éxtasis alcanzó los valores más elevados en 2000 y 2002, cuando el porcentaje de estudiantes que habían consumido alguna vez superaba el 6%. A partir de entonces, la prevalencia de esta droga fue progresivamente descendiendo, tendencia que se frenó en 2012, si bien en ese año su valor ya se había reducido a la mitad con respecto a 2000 y 2002 (figura 1.2.23).

Figura 1.2.23.

Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

En 2014, la prevalencia regresa a la tendencia descendente que venía registrándose y anota el valor más reducido de toda la serie histórica, pero en 2016 repunta aunque se queda por debajo de los niveles de 2012, de forma que los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido éxtasis alguna vez en la vida representan el 2,3%. En referencia al tramo temporal de los últimos 30 días, la prevalencia del consumo es residual y se sitúa por debajo del punto porcentual.

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.

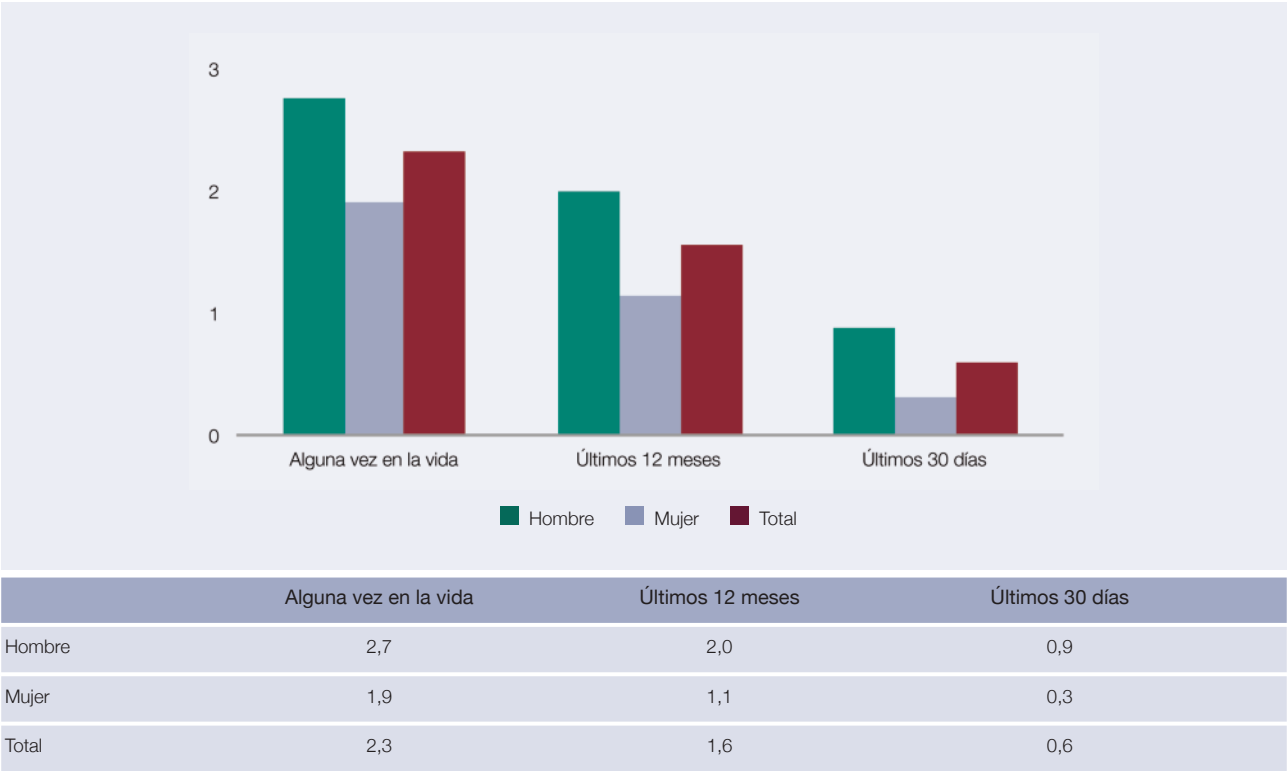
El consumo de éxtasis muestra una mayor extensión entre los varones, sobre todo en el tramo temporal de los últimos 30 días, donde aproximadamente se triplica la prevalencia observada en las chicas (figura 1.2.24).

Considerando los grupos de edad, el porcentaje que ha probado éxtasis alguna vez en la vida no alcanza el 1% en los estudiantes de 14 años. La prevalencia aumenta a medida que se incrementa la edad percibiendo el mayor aumento en el grupo de 18 años, donde el 5,1% reconoce un consumo de éxtasis (figura 1.2.25).

La mayor parte de los estudiantes de 18 años que han consumido alguna vez registran un consumo en los últimos 12 meses. En este sentido, se observa que el 3,1% de los alumnos de dicha edad ha tomado éxtasis en el último año y la prevalencia anotada para los 30 días previos a la realización de la encuesta alcanza el 1,3%.

Figura 1.2.24.

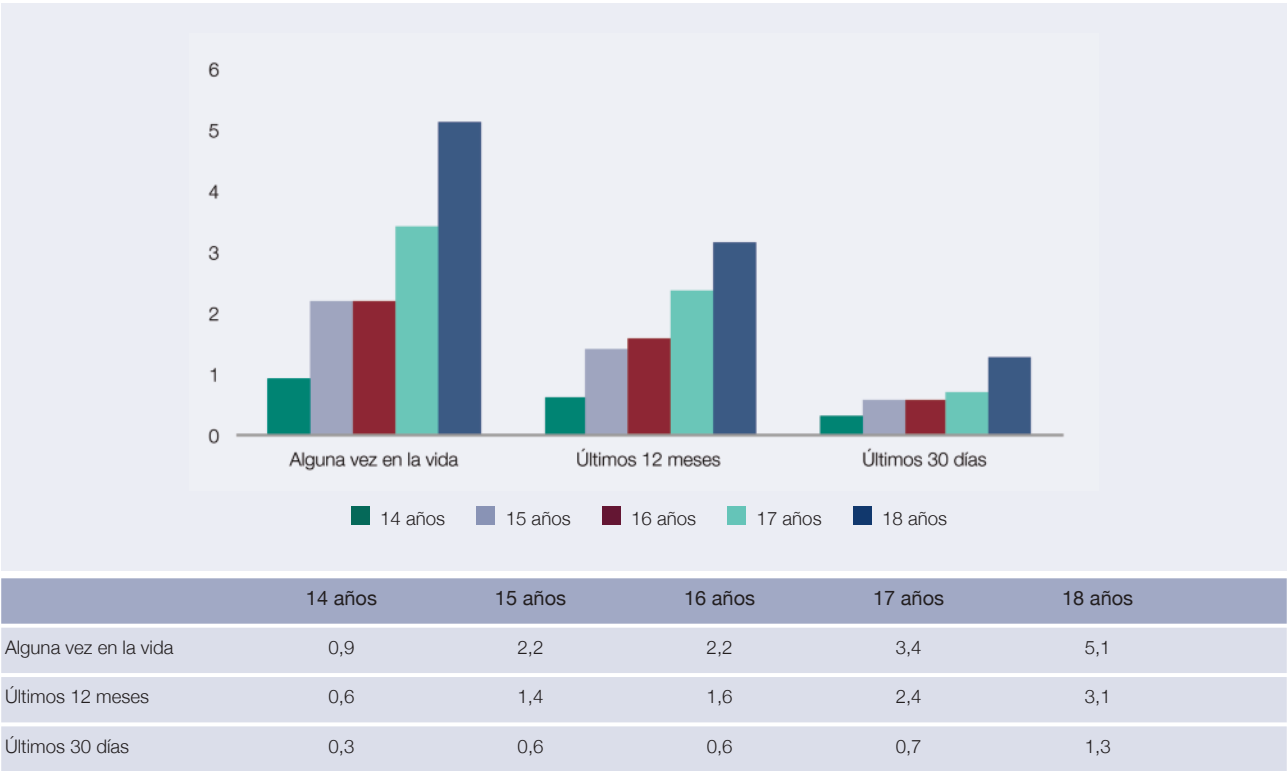
Prevalencia de consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2016.



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

Figura 1.2.25.

Prevalencia de consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2016.



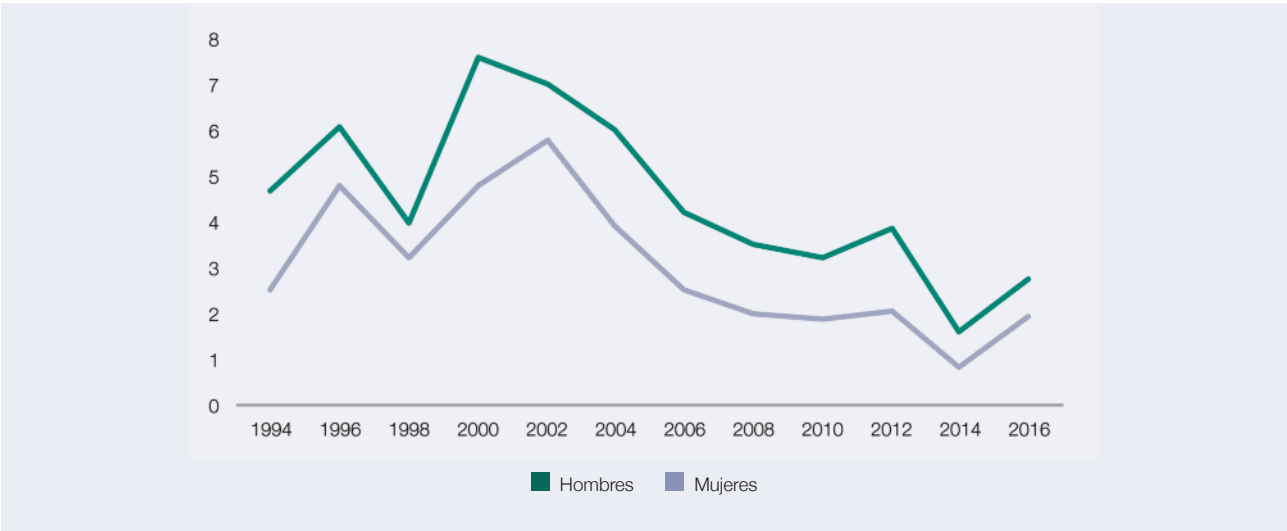
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En el año 2016, se observa un aumento de consumo tanto en hombres como en mujeres para los diferentes tramos de tiempo estudiados, con respecto a 2014. Sin embargo, presenta disminución con respecto al año 2012, al igual que ocurría con la cocaína. La prevalencia en el grupo femenino, a lo largo de la serie, registra valores inferiores a los del grupo masculino (tabla 1.2.64).

Respecto a la edad de inicio en el consumo, la tendencia de las últimas tres encuestas muestran que las chicas que han consumido alguna vez han iniciado el consumo antes que los chicos.

Tabla 1.2.64.
Características del consumo de éxtasis 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	
	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
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																								
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																								
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																								
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																								



H = Hombres; M = Mujeres.

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

Anfetaminas o speed

En el cuestionario ESTUDES, cuando se aborda el consumo de anfetaminas o speed también se mencionan otros términos utilizados para esta droga, como son “anfetas”, “metanfetaminas” o “ice”.

El consumo de anfetaminas ha seguido una evolución semejante a la del éxtasis.

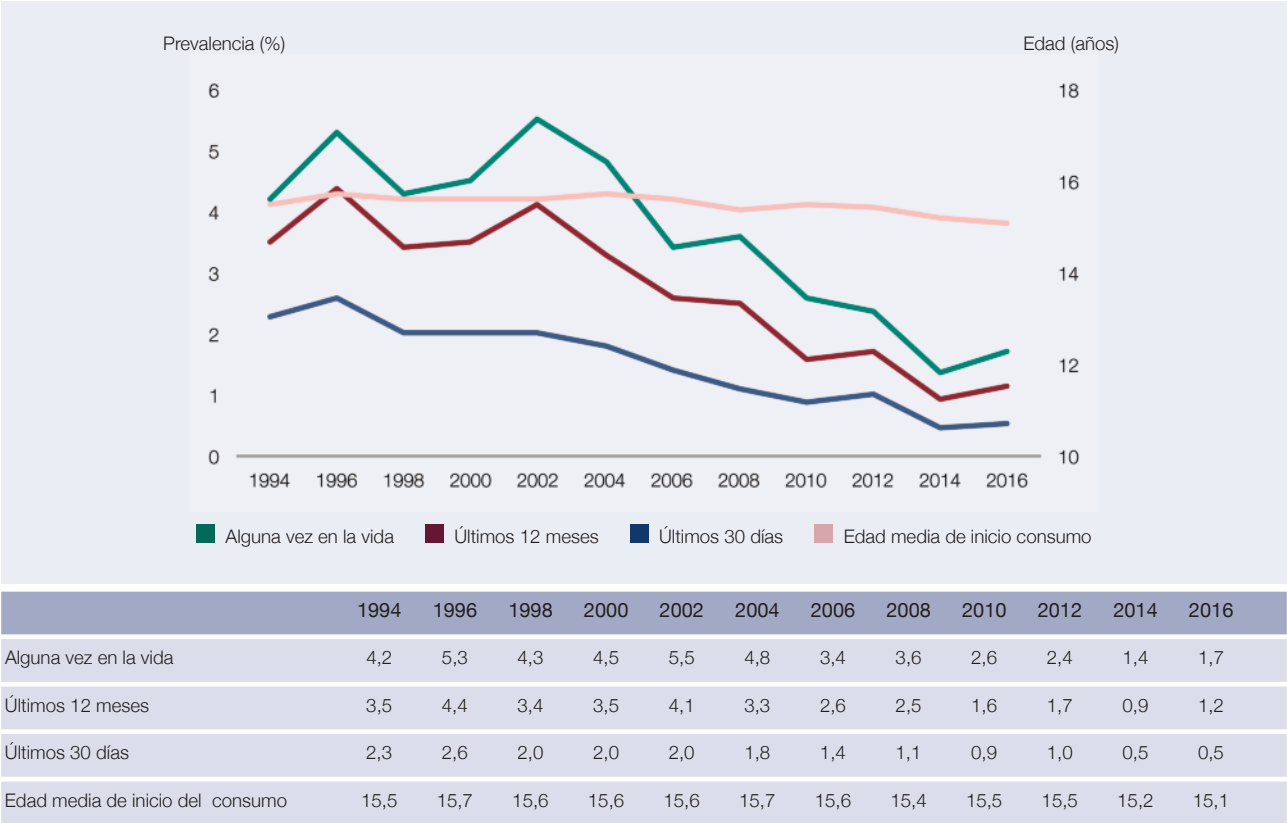
La prevalencia de consumo de anfetaminas ha seguido una tendencia descendente a partir de 2002, momento en el que se registró el mayor valor de la serie histórica y se advertía que el 5,5% de los estudiantes había consumido anfetaminas alguna vez (figura 1.2.26).

En 2016 se produce un ascenso leve con respecto a 2014, reflejando que los alumnos que han tomado anfetaminas alguna vez representan el 1,7% del total.

Por término medio, el primer consumo se produce a los 15,1 años, edad similar a la registrada por el éxtasis, sin apreciarse ningún cambio reseñable con respecto a los resultados de años anteriores en este ámbito (ya que siempre se ha situado entre los 15,1 y los 15,7 años).

Al igual que ocurría ante el consumo de éxtasis, menos de un 1% de los estudiantes admite un consumo en los últimos 30 días.

Figura 1.2.26.
Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

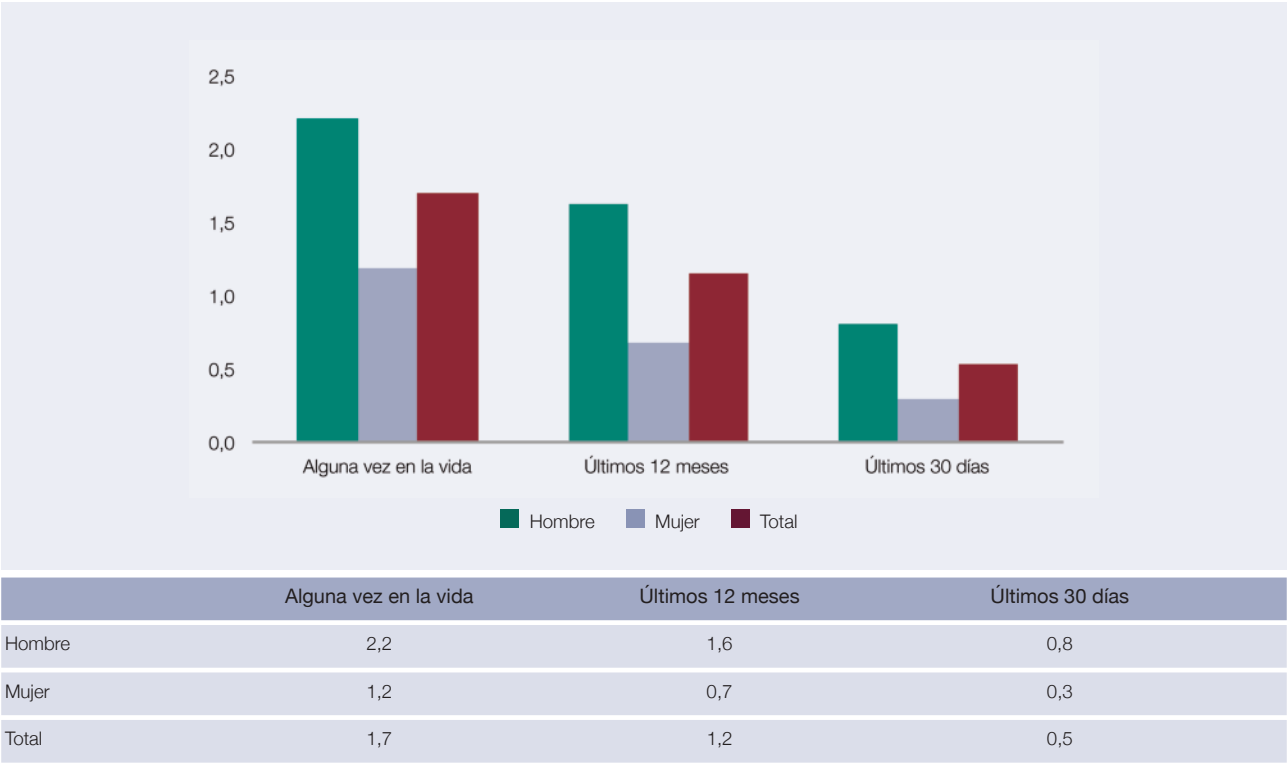
La extensión del consumo de anfetaminas es mayor entre los varones, alcanzando las mayores diferencias en la prevalencia de los últimos 12 meses, donde duplican las obtenidas entre las chicas (figura 1.2.27).

En términos de edad, el porcentaje de estudiantes de 14 años que ha consumido anfetaminas alguna vez no alcanza el 1%. En los colectivos de 15 a 17 años, esta proporción se sitúa entre el 1,5% y el 2,4%, mientras que atendiendo al grupo de 18 años, la prevalencia alcanza el 4,0%, tramo de edad en el que se observa el mayor aumento, como se observaba en el consumo de éxtasis (figura 1.2.28).

El consumo de anfetaminas en los 30 días previos a la realización de la encuesta es totalmente residual, salvo en el grupo de edad de 18 años donde supera el punto porcentual.

Figura 1.2.27.

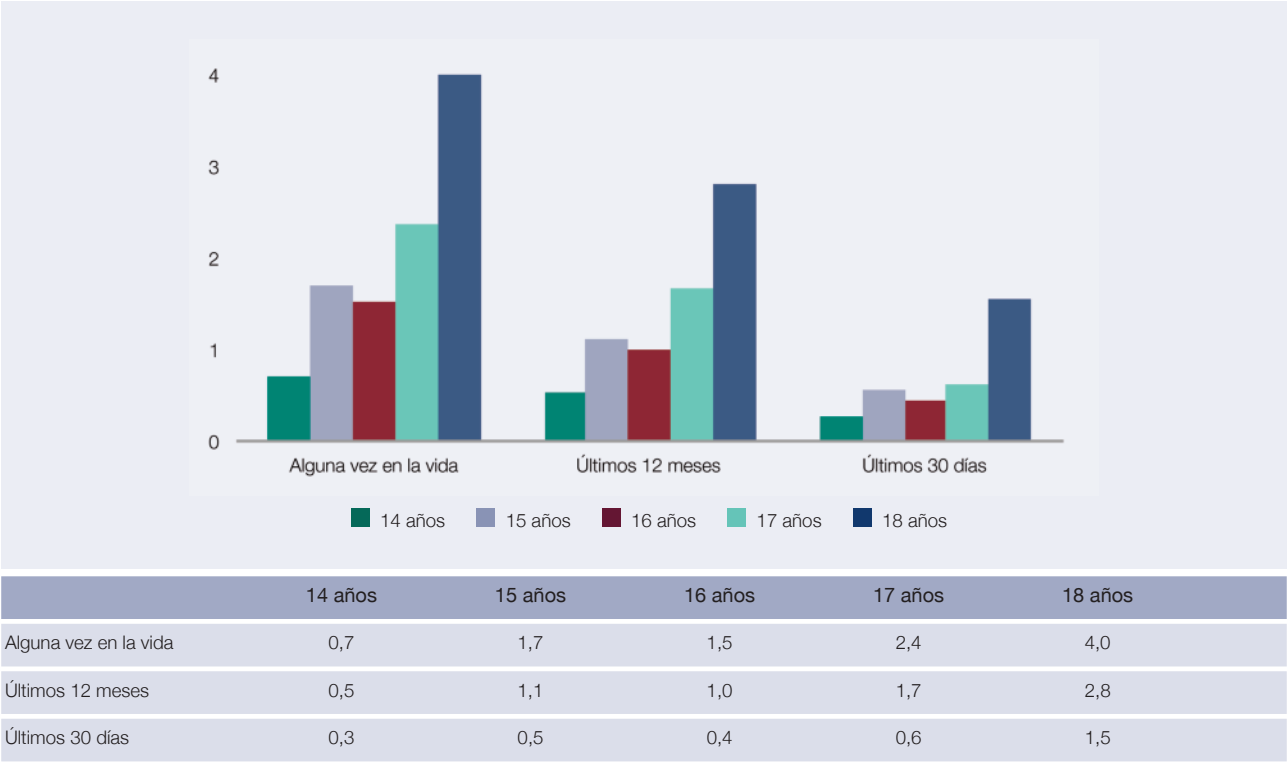
Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2016.



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

Figura 1.2.28.

Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2016.



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

En la última década, la evolución que ha seguido el consumo de anfetaminas ha sido descendente tanto entre los chicos como entre las chicas. En 2016, la prevalencia en el grupo femenino es 4,1 veces inferior a la que se registraban en 2002, mientras que la de los chicos resulta 2,8 veces inferior (tabla 1.2.65).

En relación a la edad con la que los estudiantes se inician en el consumo de esta sustancia, en 2016 se observa que el primer consumo entre los chicos y las chicas es similar, al igual que ocurre entre 2002 y 2010. En 2012, sin embargo, la edad media de inicio en las chicas resultaba ligeramente más reducida que la observada en los chicos que habían consumido alguna vez y en 2014, lo contrario.

Tabla 1.2.65.

Características generales del consumo de anfetaminas 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	
	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
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
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
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
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

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Alucinógenos y setas mágicas

En 2016, la evolución del consumo de alucinógenos ha continuado la tendencia descendente que venía registrándose desde hace 20 años (figura 1.2.29).

El consumo de este tipo de sustancias registró la mayor extensión de la serie histórica en 1996, cuando el 6,8% de los estudiantes de 14 a 18 años admitió haber consumido alguna vez. Entre 1998 y 2000 la prevalencia se situó por debajo del 6%; entre 2002 y 2008, por debajo del 5% y, entre 2010 y 2012, por debajo del 4%. En 2014 y 2016 esta tendencia prosigue, registrando un porcentaje inferior al 2%.

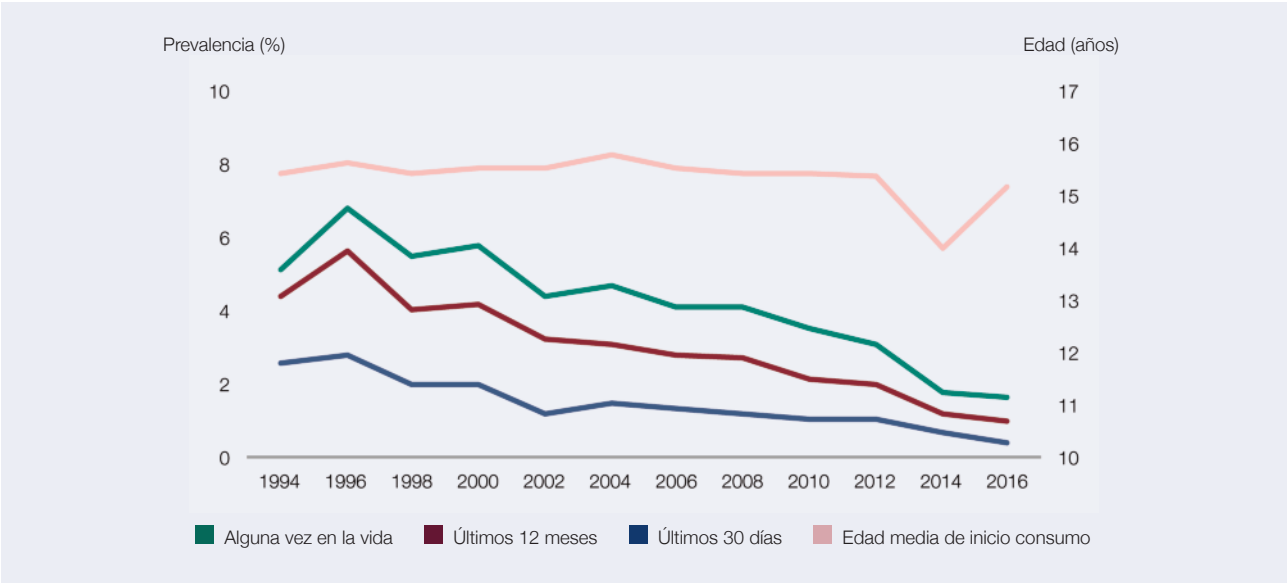
En línea con esta evolución, la extensión del consumo referida a los últimos 12 meses y a los últimos 30 días es totalmente residual.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 15,2 años. Se produce un aumento de 1,2 años con respecto a 2014, acercándose así a los valores registrados a lo largo del resto de la serie.

Tal y como se observaba en el resto de sustancias ilegales analizadas, el consumo de alucinógenos adquiere una mayor extensión en el segmento masculino (figura 1.2.30).

Figura 1.2.29.

Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.

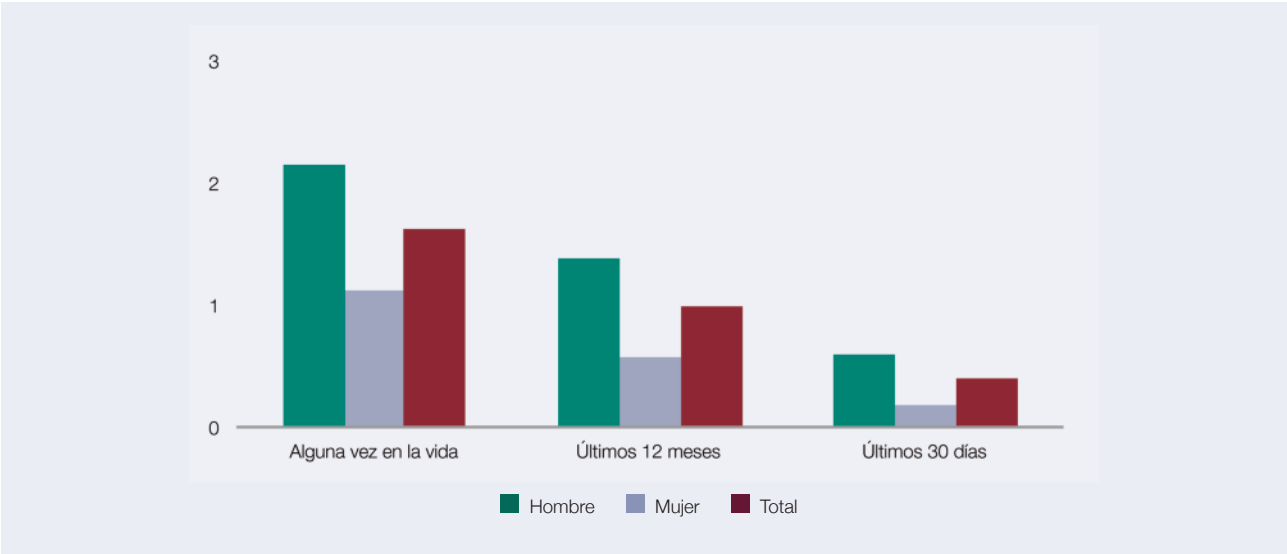


	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Alguna vez en la vida	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6
Últimos 12 meses	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0	1,2	1,0
Últimos 30 días	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0	0,6	0,4
Edad media de inicio del consumo	15,4	15,6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

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

Figura 1.2.30.

Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2016.



	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Hombre	2,1	1,4	0,6
Mujer	1,1	0,6	0,2
Total	1,6	1,0	0,4

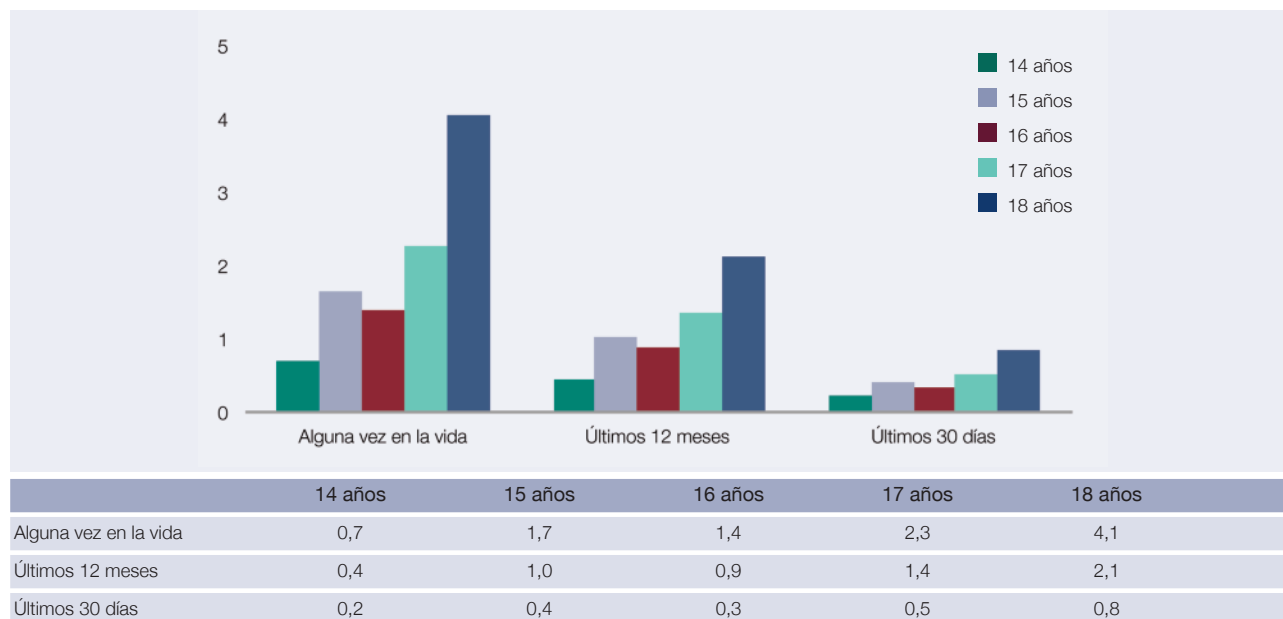
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Analizando los resultados en función de la edad, se observa que la proporción de estudiantes que han consumido alucinógenos alguna vez no alcanza el 1% en los alumnos de 14 años y se sitúa entre el 1,4% y el 2,3% en los alumnos de 15 a 17 años. Sin embargo, entre los estudiantes de 18 años, la prevalencia asciende al 4,1% (figura 1.2.31).

La pérdida de prevalencia que ha registrado el consumo de alucinógenos en la última década se ha registrado tanto entre los chicos como entre las chicas (tabla 1.2.66). En cuanto a la edad de inicio en el consumo, en 2016 se ha registrado que esta edad es inferior en los chicos, y en ambos sexos ha experimentado un aumento con respecto al año 2014, siendo éste más notable en las chicas.

Figura 1.2.31.

Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2016.



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

Tabla 1.2.66.

Características generales del consumo de alucinógenos 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	
	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
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
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
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
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

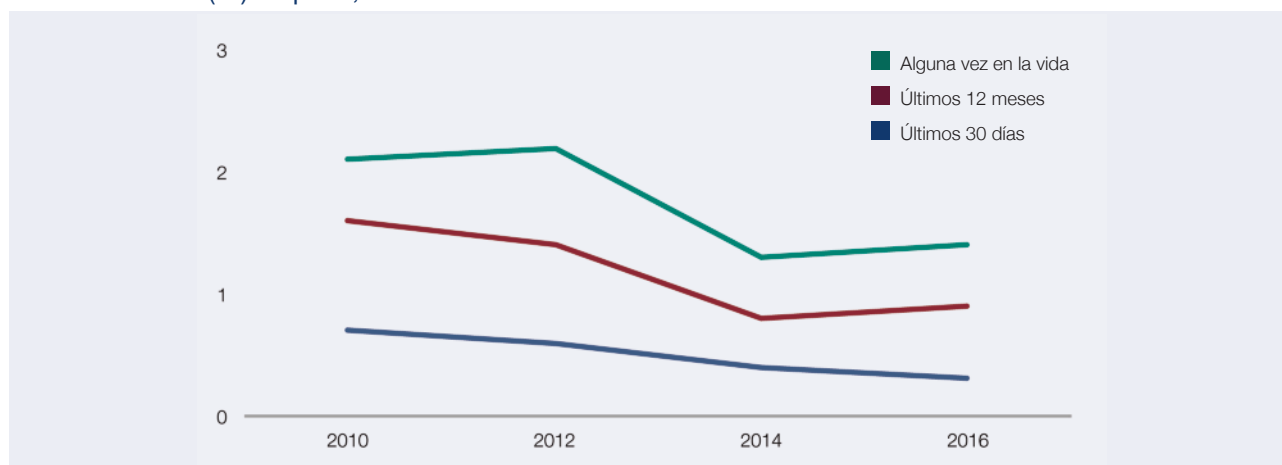
H = Hombres; M = Mujeres.

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

En 2016, las **setas mágicas** presentan prevalencias de consumo inferiores al 1% para los tramos temporales del último año y del último mes, llegando al 1,4% en la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida (figura 1.2.32). En términos evolutivos, las prevalencias registradas en 2016 son similares a las registradas en 2014 y con una tendencia decreciente en comparación con las registradas en 2010 y 2012.

Figura 1.2.32.

Evolución de la prevalencia de consumo de setas mágicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2016.



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

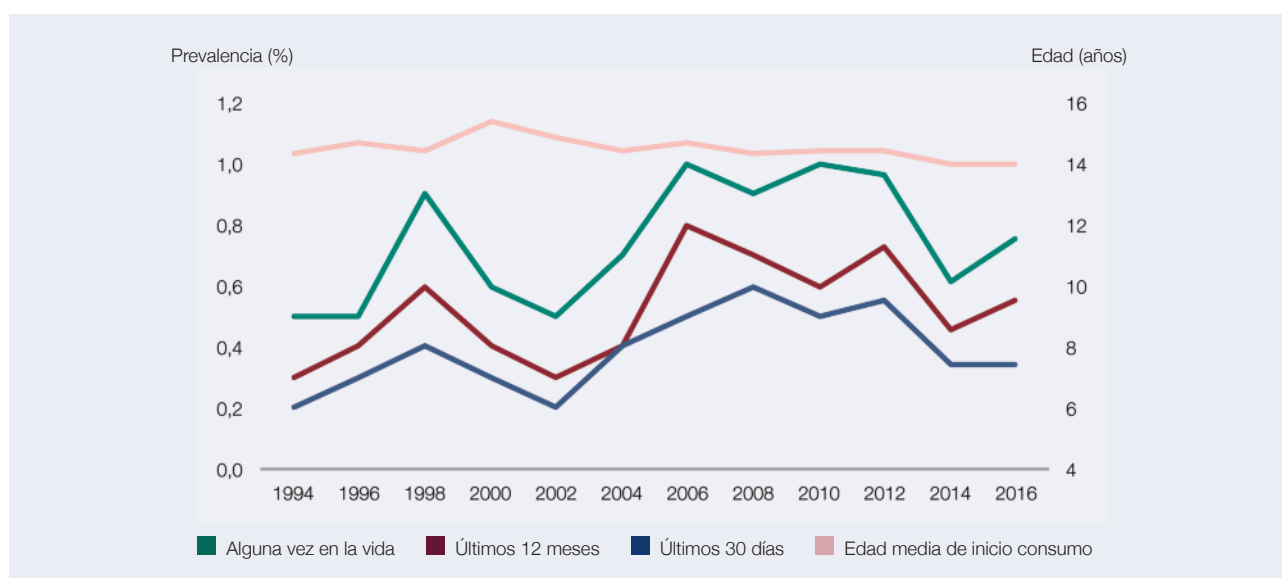
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Heroína

El porcentaje de consumidores de heroína entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa por debajo del 1%. Desde 1994 ninguna medición ha superado esta cifra (figura 1.2.33). La edad media de inicio de consumo en 2016 es de 14,0 años, igual a la registrada en 2014 y ligeramente inferior a las observadas en años anteriores.

Figura 1.2.33.

Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
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
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

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

Inhalables volátiles

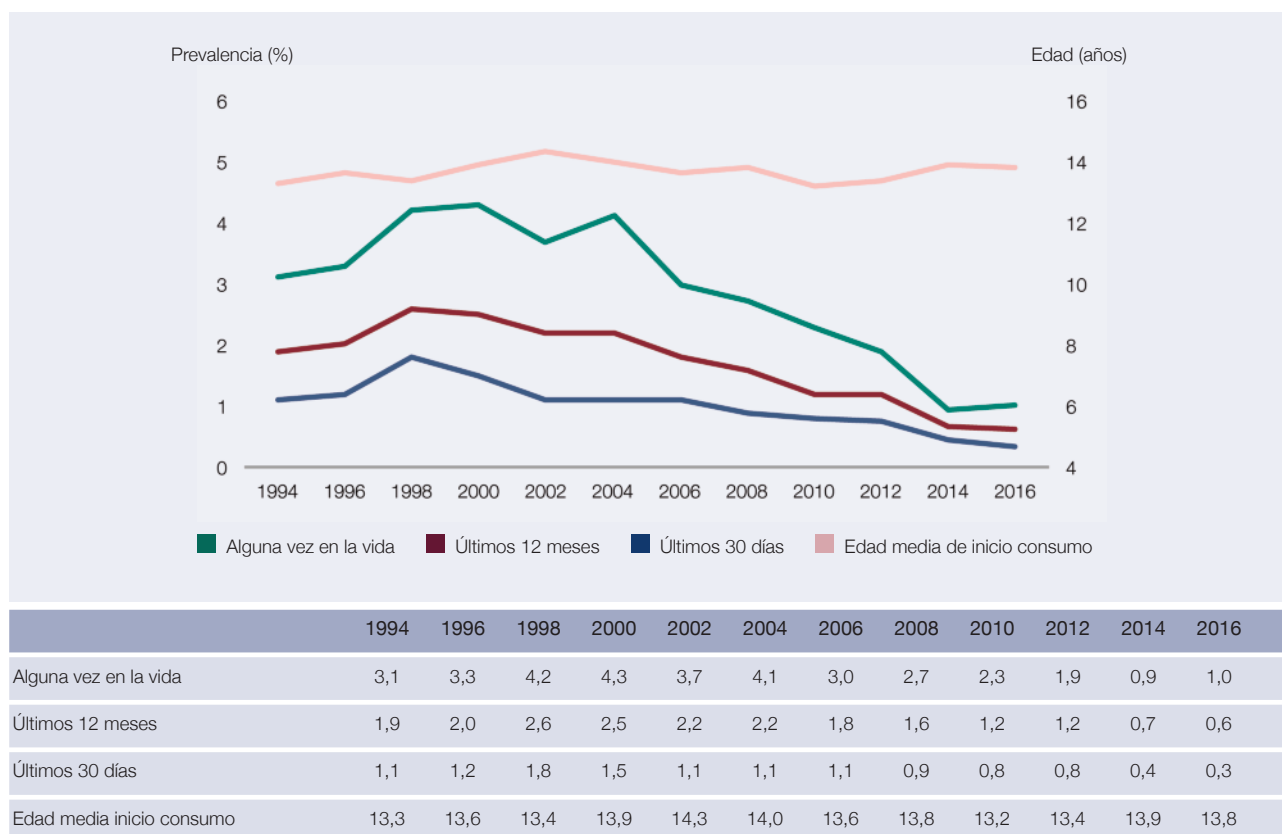
Cuando se alude a los inhalables volátiles en el cuestionario, también se indican otros términos como “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “poppers”, “nitritos” o “gasolina”.

El consumo de inhalables volátiles resulta residual entre los estudiantes de 14 a 18 años, el porcentaje que admite haber consumido este tipo de sustancias alguna vez en la vida apenas alcanza el 1,0%.

Entre 1998 y 2004, la proporción de alumnos que había consumido inhalables volátiles alguna vez se aproximaba al 4%. Asimismo, en determinados años, la prevalencia se encontraba a la altura de la registrada por las anfetaminas (en los años 1998 y 2000), por el éxtasis (entre 2006 y 2010) o por la cocaína (1996). A lo largo de la última década, la extensión del consumo de inhalables volátiles se ha ido reduciendo progresivamente, observando en 2016 la menor prevalencia registrada a lo largo de la serie histórica de la encuesta ESTUDES (figura 1.2.34).

Figura 1.2.34.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

GHB

Cuando se pregunta por GHB en el cuestionario, también se indican otros términos como “gammahidroxibutirato”, “X-líquido”, “gamma-OH” o “éxtasis líquido”.

El consumo de GHB 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 1.2.35).

Desde 2012, la proporción de alumnos que ha consumido GHB ha ido descendiendo en los tres indicadores temporales, alcanzando de esta forma el valor mínimo desde que hay registro de esta sustancia.

Figura 1.2.35.

Evolución de la prevalencia de consumo de GHB y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2006-2016.



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

Metanfetaminas

Cuando se hace referencia a las metanfetaminas en el cuestionario, también se indican otros términos como “meth”, “ice” o “cristal”.

Hasta 2014, las metanfetaminas estaban incluidas dentro de las nuevas sustancias psicoactivas, pero en 2016 se ha preguntado por ellas de forma independiente fuera del módulo de nuevas sustancias psicoactivas.

El porcentaje de consumidores de metanfetaminas entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa por debajo del 1% hasta el 2014. En 2016, la prevalencia se ha incrementado alcanzando el 1,4% en aquellos que han consumido alguna vez en la vida y el 1,0% en aquellos que lo han hecho el último año (figura 1.2.36).

Esteroides anabolizantes

Al igual que ocurría con las metanfetaminas, hasta el año 2014 los esteroides anabolizantes estaban incluidos dentro de las nuevas sustancias, pero en 2016 se ha preguntado por ellos de forma independiente.

El porcentaje de consumidores de esteroides anabolizantes resulta residual entre los estudiantes de 14 a 18 años. Desde 2010 ninguna medición ha superado el 1% (figura 1.2.37). En términos de evolución histórica, el consumo de esteroides anabolizantes presenta una tendencia descendente que ha continuado en el año 2016.

Figura 1.2.36.

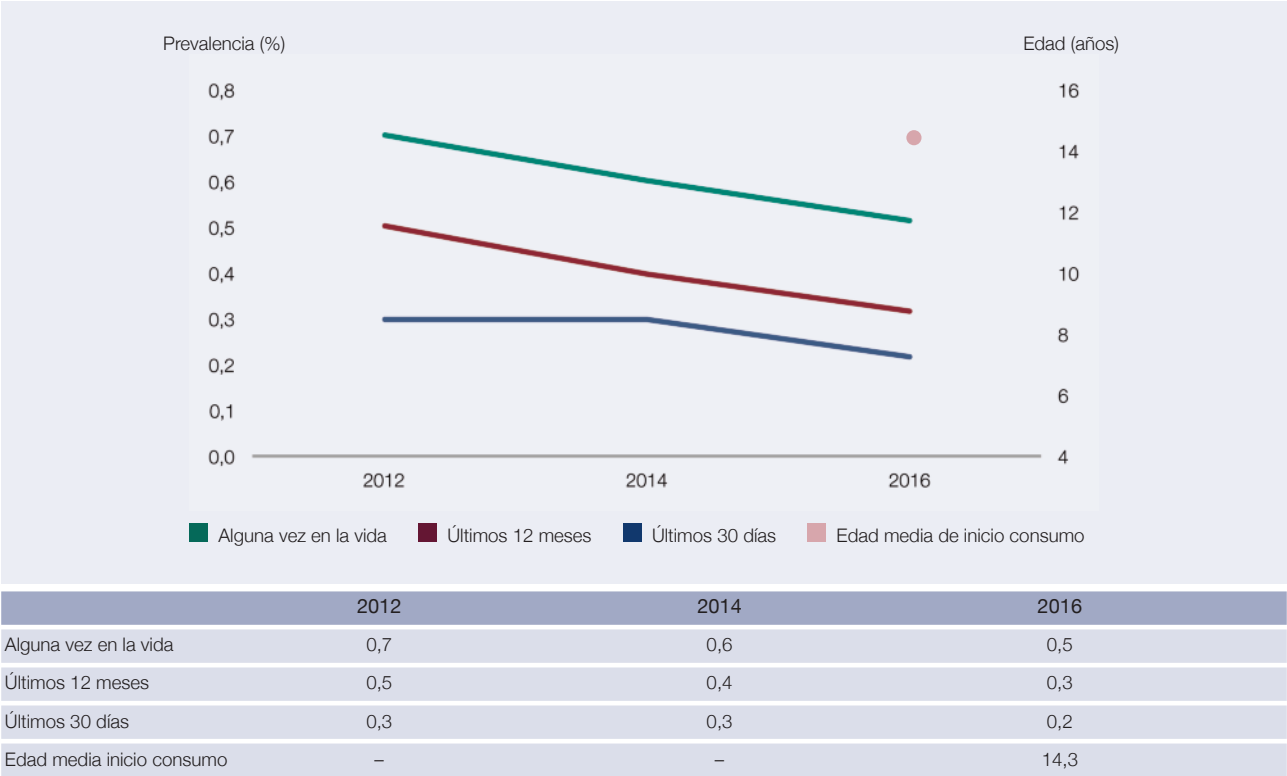
Evolución de la prevalencia de consumo de metanfetaminas y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2010-2016.



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

Figura 1.2.37.

Evolución de la prevalencia de consumo de esteroides anabolizantes y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2016.



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

Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio

Otra novedad que incluye el cuestionario ESTUDES 2016 es la presencia de unas preguntas sobre diferentes productos o sustancias estimulantes, que han tenido que ser consumidos sin que los haya recetado un médico y con el objetivo de mejorar el rendimiento en el estudio, por ejemplo, para no dormir y poder estudiar toda la noche o para estudiar más rápido. El 27,2% de los estudiantes entre 14 y 18 años afirma haber consumido alguna vez en la vida sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio sin que se las haya recetado un médico (tabla 1.2.67), siendo más común entre los chicos (29,5%) que entre las chicas (24,9%).

Por edades, se observa cómo a medida que la edad aumenta, se incrementa el consumo de este tipo de sustancias, pasando de un 21,6% en los jóvenes de 14 años a un 36,0% en los de 18 años. Tan sólo entre 15 y 16 años el valor se mantiene más o menos constante. 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).

Analizando de forma individual cada una de las sustancias estimulantes (tabla 1.2.68), vemos que lo más común es consumir **bebidas energéticas**; en concreto, un 82,6% de los estudiantes de 14 a 18 años que dicen haber consumido alguna sustancia estimulante en alguna ocasión, especifica que ha sido Red Bull, Burn, Monster...

Tabla 1.2.67.

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 14-18 años, según edad y sexo. (%). España, 2016.

	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
Número de casos	9.476	5.178	4.298	1.903	1.077	826	1.996	1.101	896	2.519	1.333	1.186	2.206	1.191	1.015	852	477	376	8.624	4.702	3.922
Sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio	27,2	29,5	24,9	21,6	24,1	19,0	27,6	29,6	25,6	27,3	29,2	25,4	30,6	33,5	27,8	36,0	37,8	34,0	26,6	28,8	24,3

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

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

Tabla 1.2.68.

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 14-18 años y entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido sustancias estimulantes (%). España, 2016.

	% sobre total de estudiantes*	% sobre consumidores de sust. estimulantes para mejorar rendimiento**
Bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...)	21,3	82,6
Otras	3,2	12,3
Complejos vitamínicos (Berocca, Memovit, Pharmaton, Supradyn...)	2,5	9,5
Productos que contienen: Ginkgo Biloba, Guaraná, Ácidos grasos Omega 3, Jalea real, Acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...	2,4	9,2
Cocaína	1,1	4,2
Metilfenidato (Concerta, Rubifen, Medikinet, Equasym, Medicebran, Ritalín)	0,8	3,1
Anfetaminas o speed (anfetas, metanfetaminas, ice)	0,7	2,7
Piracetam (Nootropil, Ciclofalina, Anacervix), Aniracetam	0,5	1,9
Durvitan	0,4	1,4
Elvanse, Adderall	0,3	1,3
Modafinilo (Modiodal, Provigil)	0,3	1,3
Donepezilo (Aricept, Donebrain)	0,3	1,2

* Calculado sobre el total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias.

** Calculado sobre los estudiantes que han consumido 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).

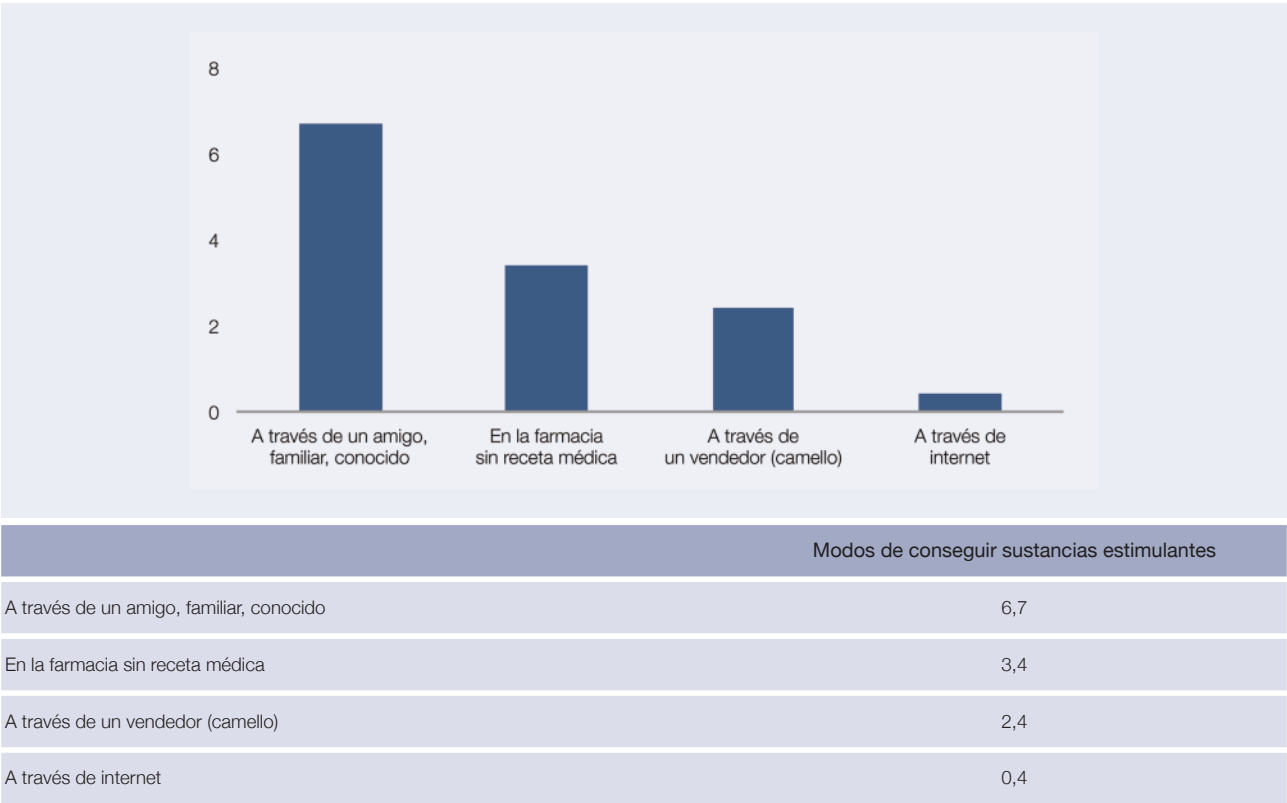
Los **complejos vitamínicos** representan el 9,5% del consumo de sustancias estimulantes, y los productos que contienen **Ginkgo Biloba, Guaraná, Ácidos grasos Omega 3, Jalea real, Acetil L-carnitina (ALC), fosfatidilserina...**, han sido consumidos por un 9,2% de los estudiantes que utiliza este tipo de productos con el fin de mejorar su rendimiento escolar.

La forma más habitual de **conseguir este tipo de productos** (figura 1.2.38) es a través de un familiar, amigo o conocido (6,7%), que casi duplica los casos en los que se han comprado directamente en la farmacia sin receta médica (3,4%) y casi triplica a los que lo hicieron a través de un vendedor o camello (2,4%).

Conseguir las sustancias a través de internet ha resultado ser una opción minoritaria (0,4%).

Figura 1.2.38.

Distintos modos en los que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han conseguido sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio (%). España, 2016.



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

Consumir sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento escolar y haber consumido también otras sustancias como alcohol, tabaco o cannabis es bastante habitual entre los jóvenes de 14 a 18 años (tabla 1.2.69).

La prevalencia general de borracheras en los últimos 12 meses es de 42,4%; sin embargo, entre aquellos que alguna vez han consumido sustancias estimulantes, se eleva a un 57,5%. Haber hecho *binge drinking* durante los últimos 30 días ha sido reconocido por el 31,7% de los estudiantes, aumentando hasta el 46,3% cuando se trata de alumnos que han consumido sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio.

La prevalencia de consumo de tabaco los últimos 12 meses es de 34,7%, pero entre los consumidores de sustancias estimulantes se sitúa en un 51,4%. La prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses se sitúa en 26,3%, y entre los consumidores de sustancias estimulantes aumenta hasta un 42,0%. Los consumidores problemáticos de cannabis (CAST ≥4) resultaron ser un 13,3%, pero entre los consumidores de sustancias estimulantes, esta cifra se sitúa en un 17,2%.

Tabla 1.2.69.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas), binge drinking, tabaco, cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido sustancias estimulantes con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio alguna vez en la vida (%). España, 2016.

	Total alumnos	Borracheras		Binge drinking		Tabaco		Cannabis		Cannabis (consumo problemático)*	
		Últimos 12 meses		Últimos 30 días		Últimos 12 meses		Últimos 12 meses			
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Nº casos	9.476	5.220	3.858	4.345	5.047	4.868	4.597	3.942	5.452	577	2.778
Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio											
	27,2	57,5	42,5	46,3	53,7	51,4	48,6	42,0	58,0	17,2	82,8

* Consumo problemático (CAST ≥4).

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, así como conocer la percepción del riesgo asociado a su consumo y la percepción de disponibilidad para conseguirlas.

Inicialmente, se preguntó a los estudiantes si habían consumido “nuevas sustancias” sin especificar ningún nombre en concreto. En el cuestionario se definían como sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (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.

El 4,5% de los alumnos (4,7% de los chicos y 4,3% de las chicas) reconoció haber consumido sustancias de este tipo alguna vez en la vida y el 3,1% en los últimos 12 meses, lo que supone un aumento con respecto al 2014, donde el 4,0% de los estudiantes había consumido alguna vez en la vida y el 2,8% en el último año.

En general, se observa un amplio desconocimiento acerca de este tipo de drogas, pues poco más de la mitad de los estudiantes (53,7%) manifestaba haber oído hablar de ellas.

Los estudiantes que reconocieron un consumo de “nuevas sustancias” en el último año señalaron en el 53,7% de los casos que un amigo se las había ofrecido, en el 34,5% de los casos indicaron que las consiguieron a través de un vendedor (camello) y el 27,3% señaló que alguien se las ofreció en una fiesta, en un pub o en un bar. Por tanto, el contacto personal resulta la vía más frecuente de acceder a estas sustancias, siendo bastante más relevante que internet o que acudir a otras alternativas de distribución como las tiendas especializadas (*smart shop* o *head shop*) pues menos del 10% señalan estas opciones (tabla 1.2.70).

Tabla 1.2.70.

Formas de conseguir nuevas sustancias psicoactivas en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido nuevas sustancias en los últimos 12 meses (%). España, 2014-2016.

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

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

Comparativamente hablando, se reducen todas las formas en las que se pueden obtener estas sustancias, salvo la oferta en fiestas, pubs o bares, que pasa de un 23,1% en 2014 a un 27,3% en 2016.

Como ya se ha comentado, en 2016 se modifican las sustancias psicoactivas que componen este módulo, quedando fuera metanfetaminas, setas mágicas y esteroides anabolizantes. De forma que las sustancias específicas por las que se pregunta este año en el cuestionario son: ketamina, spice, mefedrona, y salvia (tabla 71).

Todas ellas presentan prevalencias inferiores al 1%. Los porcentajes más elevados son los relativos al consumo de spice (0,9%), mientras que la ketamina, la mefedrona y la salvia son las sustancias menos extendidas entre los estudiantes (entre 0,5% y 0,6%).

En términos evolutivos, las sustancias que componen el módulo en 2016 tienen prevalencias similares a las registradas en la última medición.

Tabla 1.2.71.

Evolución de las prevalencias de consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2010-2016.

	Alguna vez en la vida				Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Ketamina	1,1	1,1	0,7	0,6	0,8	0,7	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2
Spice	1,1	1,4	0,8	0,9	0,8	1,0	0,6	0,7	0,5	0,6	0,3	0,3
Mefedrona	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2
Salvia	–	0,8	0,7	0,6	–	0,5	0,4	0,4	–	0,3	0,3	0,2

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

Cabe apuntar que entre el 40% y 50% de los estudiantes de 14-18 años desconocen los **problemas de salud** que puede significar consumir ketamina, spice, mefedrona o salvia (tabla 1.2.72). Asimismo, el mayor porcentaje de desconocimiento de dichos problemas se da en los consumidores de mefedrona con un 41,8%, seguido de los consumidores de ketamina con un 32,5%. Entre los no consumidores, el 50% de los no consumidores de salvia desconoce los problemas de salud que conlleva consumir dicha sustancia, siendo este el mayor porcentaje de desconocimiento de las 4 sustancias estudiadas.

Tabla 1.2.72.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que desconocen los problemas de salud que puede significar consumir alguna de las siguientes nuevas sustancias psicoactivas, según consuman o no consuman la sustancia (%). España, 2016.

	No saben los problemas de salud que pueden causar		
	Todos	Sí consumen esa sustancia	NO consumen esa sustancia
Consumir salvia alguna vez	49,7	23,9	50,1
Consumir mefedrona alguna vez	48,4	41,8	48,4
Consumir ketamina alguna vez	44,4	32,5	44,5
Consumir spice alguna vez	43,8	30,4	44,1

Alguna vez: una vez al mes o menos frecuentemente.

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oído hablar de la sustancia y se considera consumidores aquellos que han consumido alguna vez cada una de las sustancias.

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

Por otro lado, se ha analizado la **percepción de riesgo** asociado al consumo esporádico de estas nuevas sustancias (una vez al mes o menos), excluyendo del análisis los casos que no han oído hablar de las respectivas sustancias o no saben contestar (tabla 1.2.73).

Considerando a los estudiantes que sí alcanzan a manifestar una opinión acerca del riesgo asociado al consumo esporádico, la salvia es la sustancia que comparativamente despierta una menor percepción de riesgo. El porcentaje que cree que su consumo esporádico puede causar bastantes o muchos problemas, se sitúa por debajo del 72%, mientras que para el resto de sustancias se supera este nivel.

En términos de sexo, para todas las sustancias analizadas, las mujeres advierten un peligro en mayor medida que los hombres. Atendiendo a los segmentos de edad, en general, el porcentaje que considera peligroso este tipo de consumo aumenta a medida que lo hace la edad. Se observa que los menores de edad (14-17 años) tienen menor percepción de peligro que el grupo de 18 años.

Tabla 1.2.73.

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), según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Consumir spice alguna vez	77,7	71,8	83,8	69,9	75,0	78,8	81,5	76,8	87,9
Consumir ketamina alguna vez	77,2	72,0	82,7	69,8	74,6	77,6	81,7	76,3	86,7
Consumir mefedrona alguna vez	75,9	70,5	82,2	68,3	73,6	76,8	80,7	75,0	87,2
Consumir salvia alguna vez	71,5	67,2	76,5	65,0	70,2	72,4	74,8	70,8	80,9

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

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oído hablar de la sustancia.

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Por otra parte, se observa cómo en los estudiantes que han consumido nuevas sustancias la **percepción de riesgo** está menos extendida que entre aquellos que nunca las han consumido (tabla 1.2.74): los consumidores de mefedrona son los que en mayor medida perciben un riesgo: más de la mitad advierte un peligro ante el consumo esporádico (una vez al mes o menos). Sin embargo, los que consumen spice son los que perciben un menor riesgo, con un 46,0%.

Tabla 1.2.74.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo alguna vez* de nuevas sustancias (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según consuman o no consuman la sustancia (%). España, 2016.

	SÍ consumen esa sustancia	NO consumen esa sustancia
Consumir mefedrona alguna vez	55,3	76,3
Consumir salvia alguna vez	54,8	76,2
Consumir ketamina alguna vez	46,3	77,7
Consumir spice alguna vez	46,0	78,7

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

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oído hablar de la sustancia y se considera consumidores aquellos que han consumido alguna vez cada una de las sustancias.

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

La **percepción de disponibilidad** se refiere a la facilidad con que los estudiantes creen que podrían conseguir cada una de las sustancias estudiadas (tabla 1.2.75). En este sentido, en 2016, el spice y la ketamina son, entre las nuevas sustancias, las que resultan más accesibles según los alumnos y más de la mitad cree que las adquiriría sin problemas (excluyendo del análisis a los estudiantes que no alcanzan a opinar en este ámbito). La mefedrona y la salvia son las que se perciben como menos accesibles.

En términos evolutivos, se ha incrementado la percepción de disponibilidad de las cuatro sustancias estudiadas, alcanzando el máximo porcentaje desde el año 2010.

Como cabría esperar, la percepción de disponibilidad de las diferentes nuevas sustancias está más extendida entre los estudiantes que las han consumido alguna vez que entre los que nunca las consumieron. Asimismo, los valores que toma este indicador en las diferentes sustancias reflejan que para la mayoría de los alumnos que han consumido estas drogas ha sido sencillo poder adquirir la sustancia.

En términos generales respecto a 2014, la percepción de disponibilidad tanto en los alumnos que han consumido alguna vez nuevas sustancias como en los que no, se ha incrementado. Entre las diferentes drogas contempladas, destaca el incremento en la percepción de disponibilidad manifestada por los alumnos que han consumido spice y salvia.

Tabla 1.2.75.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) según hayan consumido alguna vez en la vida o no la sustancia (%). España, 2010-2016.

	Todos				Sí consumen esa sustancia				NO consumen esa sustancia			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2016	2014	2010	2012	2014	2016
Ketamina	40,2	41,8	38,8	51,5	83,6	74,4	76,8	75,0	39,4	41,0	38,2	51,0
Spice	39,8	42,5	41,4	53,7	79,1	73,4	78,9	86,5	39	41,4	40,6	52,6
Mefedrona	30,9	34,2	35,4	46,0	78,2	66,2	69,7	73,7	30,5	33,8	35,0	45,6
Salvia	–	37,3	37,7	48,5	–	75,4	78,4	86,4	–	36,4	36,9	47,6

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oído hablar de la sustancia y se eliminan los casos sin información.

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

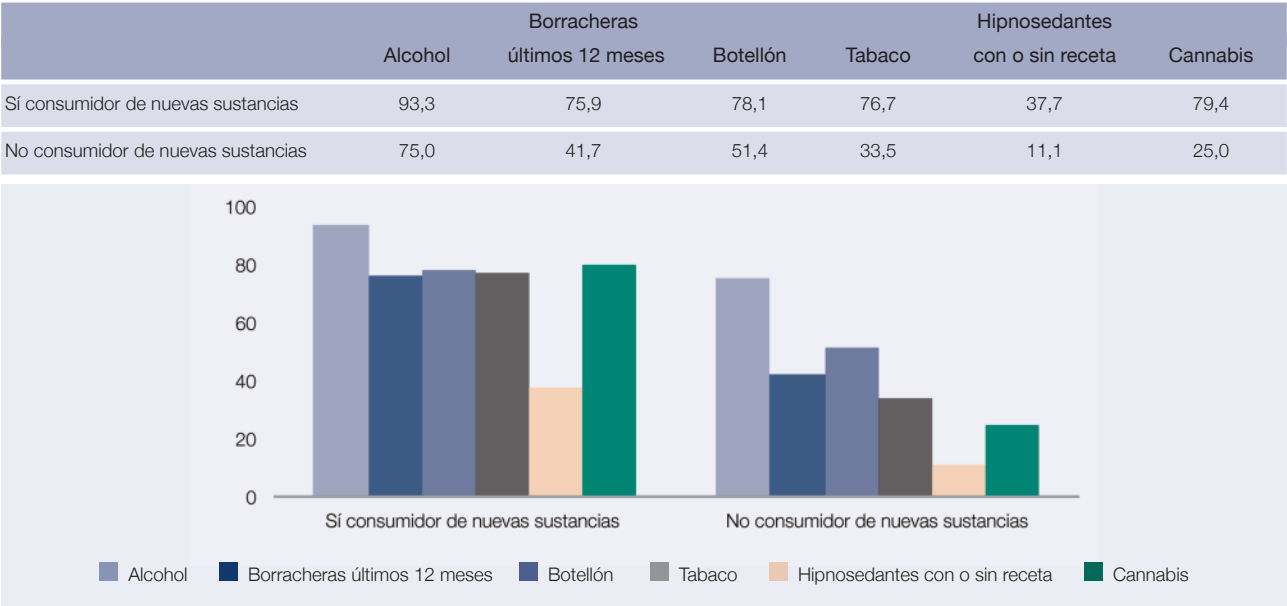
Por otro lado, se observa que las prevalencias relativas al **consumo en los últimos 12 meses de alcohol, borracheras, botellón, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles o GHB** son notablemente más elevadas entre los estudiantes que han consumido nuevas sustancias frente a las obtenidas entre los alumnos que nunca han consumido nuevas sustancias (tablas 1.2.76 y 1.2.77).

Así, entre los que han consumido nuevas sustancias se registra un mayor porcentaje de individuos que han bebido alcohol (93,3%), que han consumido cannabis (prácticamente 8 de cada 10) o que han realizado botellón en el último año (78,1%). Mientras que drogas como la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas o los alucinógenos tienen una prevalencia residual entre los que no han consumido nunca nuevas sustancias psicoactivas; en el grupo que sí las ha consumido, aproximadamente 2 de cada 5 consumió cocaína y 1 de cada 3 éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Destaca también la extensión que tiene el consumo de tabaco (76,7%) y los que se han emborrachado (75,9%) entre los alumnos que han consumido nuevas sustancias. Asimismo, el consumo de hipnosedantes resulta prácticamente 3,4 veces superior al registrado en el grupo que nunca ha consumido nuevas sustancias.

Tabla 1.2.76.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas* alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias (%). España, 2016.

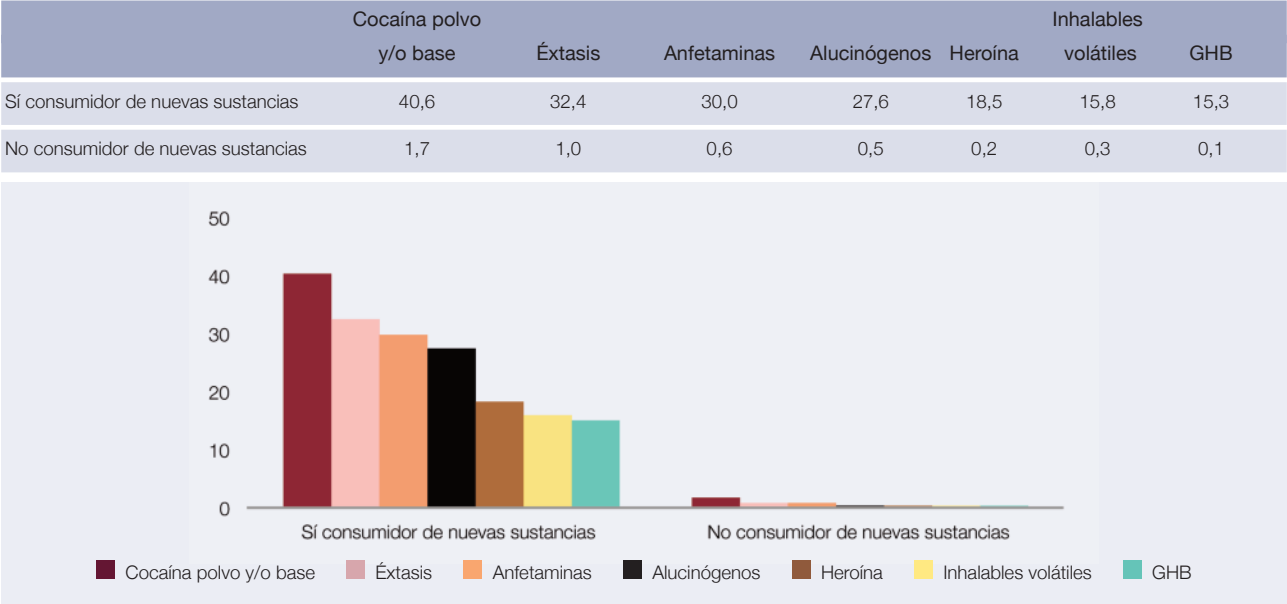


* Nuevas sustancias psicoactivas: Ketamina, spice, mefedrona o salvia.

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

Tabla 1.2.77.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido nuevas sustancias psicoactivas* alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias (%). España, 2016.



* Nuevas sustancias psicoactivas: Ketamina, spice, mefedrona o salvia.

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. Considerando los 12 meses previos a la realización de la encuesta, el 41,6% de los estudiantes realizó algún tipo de poli-

consumo, es decir, consumió dos o más sustancias diferentes en este periodo, mientras que el 36,7% consumió una única sustancia. Así, los estudiantes que no realizaron ningún consumo de drogas representan el 21,7% de los alumnos (tabla 1.2.78).

Si se contemplan los últimos 30 días, aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes realizaron policonsumo, observándose que la mitad de ellos consumió en concreto dos sustancias distintas en dicho periodo.

Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 30 días, el patrón más frecuente es el consumo de una única sustancia (39,2%), mientras que aquellos que no consumieron ninguna droga suponen el 30,0% de los alumnos de 14 a 18 años.

Tabla 1.2.78.

Prevalencia del número de sustancias psicoactivas consumidas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	18,9	21,7	30,0
Una sola sustancia	32,9	36,7	39,2
Dos sustancias	19,4	18,1	16,3
Tres sustancias	19,5	17,5	12,3
Cuatro o más sustancias	9,3	6,0	2,2

* 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).

Si comparamos la serie de las tres últimas encuestas (tabla 1.2.79), podemos observar cómo el consumo de ninguna o de una única sustancia desciende con respecto a 2014 (60,1% de 2014 frente a 58,4% de 2016), mientras que el consumo de dos o más sustancias aumenta muy levemente, con un incremento inferior a 1 punto porcentual.

Tabla 1.2.79.

Evolución de la prevalencia del número de sustancias psicoactivas consumidas (legales e ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2016.

	2012	2014	2016
Ninguna sustancia	16,8	21,0	21,7
Una sola sustancia	38,9	39,1	36,7
Dos sustancias	20,1	17,7	18,1
Tres sustancias	17,5	16,7	17,5
Cuatro sustancias	3,9	3,7	4,2
Cinco o más sustancias	2,8	1,8	1,9

* 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).

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 minoritario entre los estudiantes, menos del 5% de los alumnos ha consumido a lo largo de su vida dos o más sustancias ilegales diferentes (tabla 1.2.80).

Se observa que aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes ha consumido alguna sustancia ilegal en su vida (31,7%), reduciéndose esta proporción a aproximadamente 1 de cada 6 cuando se consideran los 30 días previos a la realización de la encuesta (17,8%).

Tabla 1.2.80.

Prevalencia del número de sustancias psicoactivas consumidas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	68,3	73,8	82,2
Una sola sustancia	27,4	23,2	16,8
Dos sustancias	2,2	1,4	0,4
Tres sustancias	0,8	0,6	0,3
Cuatro sustancias	0,5	0,4	0,1
Cinco o más sustancias	0,8	0,6	0,2

* 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 (tabla 1.2.81), casi no se aprecian diferencias en los valores observados desde 2012. Aunque en 2014 se registró un descenso de los estudiantes que habían consumido, al menos, una sustancia psicoactiva (pasó de 26,8% en 2012 a 25,9% en 2014), en 2016 dicho valor aumentó ligeramente hasta alcanzar el 26,3%.

Tabla 1.2.81.

Prevalencia del número de sustancias psicoactivas consumidas (ilegales)* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2016.

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

* 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 (tabla 1.2.82). En el grupo de 14 años, el 23,5% consumió al menos dos sustancias diferentes en el último año, proporción que se duplica en el colectivo de 16 años. A partir de esta edad, más de la mitad de los alumnos reconoce un policonsumo, que alcanza la prevalencia más elevada en el segmento de 18 años (64,3%).

Ya en el colectivo de 14 años, la proporción de estudiantes que consumieron alguna sustancia supera la que representan aquellos que no consumieron ninguna. El porcentaje que suponen los casos que no realizaron ningún consumo en el segmento de 14 años se reduce a la sexta parte en el grupo de 18 años. El mayor incremento del policonsumo se produce entre los 14 y los 15 años.

El número de sustancias diferentes consumidas en un mismo periodo crece conforme aumenta la edad de los estudiantes. Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 12 meses, en el grupo de 14 años el consumo de tres o más sustancias distintas se registra prácticamente en el 10% de los casos. Sin embargo, en el segmento de 16 años, ya 1 de cada 4 muestra este consumo, y en el de 18 años, 2 de cada 5.

Tabla 1.2.82.

Prevalencia del número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* consumidas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la edad (%). España, 2016.

	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Ninguna sustancia	40,7	23,0	15,8	9,7	22,8	6,7
Una sola sustancia	35,9	37,9	39,2	35,7	37,2	29,0
Dos sustancias	13,5	18,3	19,2	21,0	17,8	21,7
Tres sustancias	7,5	15,7	19,7	25,2	16,7	28,3
Cuatro sustancias	1,7	3,3	4,4	5,7	3,7	10,2
Cinco o más sustancias	0,8	1,8	1,7	2,7	1,7	4,1

* 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 más elevada entre las chicas (tabla 1.2.83). 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 prevalencias mayores en las sustancias más extendidas entre los alumnos, tabaco y alcohol, así como en los hipnosedantes.

Tabla 1.2.83

Prevalencia del número de sustancias psicoactivas consumidas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2016.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ninguna sustancia	20,3	17,6	23,3	20,1	31,5	28,5
Una sola sustancia	33,6	32,3	37,1	36,2	39,0	39,4
Dos sustancias	17,7	21,0	16,1	20,1	14,3	18,3
Tres sustancias	19,6	19,4	17,6	17,4	13,0	11,7
Cuatro sustancias	5,4	7,3	3,5	4,8	1,4	1,7
Cinco o más sustancias	3,4	2,5	2,3	1,4	0,9	0,4

* 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).

El policonsumo se encuentra generalizado entre los alumnos que han consumido sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (tabla 1.2.84). Tan sólo el 2,0% de los estudiantes que han fumado tabaco en el último año ha consumido únicamente esta sustancia. Sin embargo, aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes (31,3%) consumió además otro tipo de sustancia, mientras que 2 de cada 3 consumió además del tabaco, 2 o más sustancias diferentes (66,6%).

Por su parte, sólo el 13,3% de los estudiantes que tomaron **hipnosedantes** en el último año consumieron únicamente esta sustancia. En concreto, 1 de cada 3 consumió dos sustancias, mientras que el 53,8% registró un consumo de al menos otras dos sustancias más en este periodo.

En cuanto a los estudiantes que han consumido **cannabis**, el patrón más frecuente es el consumo de 3 sustancias diferentes en el mismo periodo, registrado por el 61,6%. Los consumidores de **cocaína**, **anfetaminas**, **éxtasis**, **alucinógenos**, **heroína** o **GHB** son los que tienden a consumir un mayor número de sustancias diferentes. Más del 90% de estos consumidores reconocen haber consumido al menos otras tres sustancias distintas en los últimos 12 meses.

Tabla 1.2.84.

Prevalencia de consumo de una, dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes de fila). España, 2016.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	45,3	23,6	23,2	8,0
Tabaco	2,0	31,3	49,5	17,1
Cannabis	1,2	14,4	61,6	22,9
Hipnosedantes sin receta	10,3	30,4	16,4	42,9
Hipnosedantes con o sin receta	13,3	32,9	17,6	36,2
Cocaína en polvo	0,6	2,9	3,3	93,3
Cocaína base	1,6	3,9	3,7	90,8
Cocaína polvo y/o base	1,3	4,5	4,6	89,6
Éxtasis	0,7	3,2	4,8	91,3
Anfetaminas/speed	0,5	1,1	4,6	93,7
Alucinógenos	0,4	2,7	2,4	94,5
Heroína	0,0	5,6	2,6	91,8
Inhalables volátiles	5,1	11,1	4,4	79,4
GHB	2,1	2,0	1,0	94,8

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

Siguiendo con el análisis del policonsumo registrado en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, se han comparado las prevalencias que tienen las distintas drogas entre los consumidores de cada sustancia (tabla 1.2.85).

El **alcohol** se encuentra generalizado entre los consumidores de todas las sustancias y su prevalencia sólo desciende del 90% entre los estudiantes que han tomado hipnosedantes sin receta (88,1%) o hipnosedantes con o sin receta (85,4%).

En referencia al **tabaco**, se encuentra notablemente extendido entre los consumidores de cannabis, de forma que prácticamente 8 de cada 10 reconocen haber fumado tabaco en los últimos 12 meses. La mayor prevalencia se alcanza entre los estudiantes que consumen éxtasis (84,5%). Sin embargo, la prevalencia que tiene el tabaco entre los consumidores de alcohol (44,7%) o de hipnosedantes (50,2%) es más discreta.

Siguiendo con el análisis de sustancias legales, el consumo de **hipnosedantes** adquiere la mayor dimensión entre los consumidores de GHB o de heroína, con prevalencias de 55,2% y 49,6% respectivamente.

En cuanto a los consumos de **sustancias ilegales**, la prevalencia del cannabis registra los niveles más elevados entre los estudiantes que han consumido alucinógenos o cocaína en polvo en el último año. La mayor prevalencia de cocaína se presenta entre los consumidores de heroína o de GHB, con un 83,9%, y un 79,0%, respectivamente. Por otro lado, se observa cierta relación entre el consumo de alucinógenos, anfetaminas o éxtasis, y de GHB pues, aproximadamente, de cada 4 estudiantes que han tomado alucinógenos, anfetaminas o éxtasis, 3 han consumido también GHB en el mismo periodo.

Asimismo, los alumnos que consumieron heroína o GHB registran comparativamente una prevalencia más elevada de GHB o heroína, respectivamente.

Tabla 1.2.85.

Proporción de consumidores de otras drogas (en los últimos 12 meses) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, hipnosedantes sin receta, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína polvo y/o base, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles o GHB en los últimos 12 meses (porcentajes de fila)*. España, 2016.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Hipnosedantes**	Hipnosedantes***	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína polvo y/o base	Anfetaminas/speed	Alucinógenos	Éxtasis	Heroína	Inhalables volátiles	GHB
Alcohol	100,0	44,7	34,1	6,3	13,1	2,8	1,6	3,2	1,5	1,3	2,0	0,7	0,7	0,4
Tabaco	97,0	100,0	62,8	8,6	16,9	5,2	3,1	5,9	2,8	2,4	3,9	1,2	1,2	0,8
Cannabis	97,7	82,5	100,0	9,9	18,3	7,5	4,3	8,4	4,0	3,4	5,5	1,9	1,7	1,2
Hipnosedantes**	88,1	55,6	48,1	100,0	100,0	9,7	6,6	10,9	5,7	6,5	7,3	3,7	4,1	3,1
Hipnosedantes***	85,4	50,2	41,3	47,1	100,0	6,8	4,3	7,6	3,8	3,8	4,9	2,3	2,4	1,8
Cocaína en polvo	98,7	84,4	91,7	24,9	37,7	100,0	44,5	100,0	37,9	28,2	42,0	19,8	14,4	12,4
Cocaína base	96,1	84,4	89,7	29,1	40,6	76,8	100,0	100,0	39,2	32,9	45,0	30,3	21,8	21,7
Cocaína polvo y/o base	97,4	83,0	89,3	24,3	36,3	88,5	52,1	100,0	34,8	26,0	38,6	19,4	13,8	12,0
Anfetaminas/speed	96,3	83,5	91,2	26,7	38,7	68,5	41,6	71,7	100,0	48,1	62,8	31,5	25,5	23,8
Alucinógenos	96,2	84,0	92,6	35,8	46,3	61,1	41,8	64,1	57,5	100,0	61,3	36,2	30,7	28,3
Éxtasis	97,5	84,5	90,7	25,4	37,1	55,5	34,8	58,0	46,0	37,8	100,0	23,7	19,3	16,8
Heroína	93,8	73,7	88,8	36,1	49,6	78,0	66,6	83,9	67,0	63,8	68,7	100,0	48,4	43,8
Inhalables volátiles	92,5	70,2	73,4	35,8	45,7	50,2	44,4	54,1	49,2	49,4	50,9	43,0	100,0	36,3
GHB	92,1	77,4	88,2	44,3	55,2	74,7	72,6	79,0	74,2	75,1	73,7	65,8	60,2	100,0

* Porcentaje de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna).

** Hipnosedantes (sin receta).

*** Hipnosedantes (con o sin receta).

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

Cuando se relaciona el **consumo intensivo de alcohol** con el de otras sustancias (tablas 1.2.86 y 1.2.87) se observa que el consumo de drogas se encuentra más extendido entre los estudiantes que han realizado *binge drinking* (ingesta de 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas) o que se han emborrachado en los últimos 30 días.

Considerando dicho periodo, 4 de cada 10 estudiantes que hicieron *binge drinking* consumieron cannabis, mientras que entre aquellos que no realizaron *binge drinking*, la prevalencia se sitúa por debajo del 10%. El escenario es semejante cuando se realiza la comparativa entre los estudiantes que **se han emborrachado** frente a los que no y, en todo caso, la prevalencia de las drogas ilegales analizadas es más elevada en el colectivo que ha abusado del consumo de alcohol.

Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 30 días y realizando el enfoque inverso, es decir, analizar la prevalencia del *binge drinking* entre los consumidores de las diferentes sustancias ilegales, se observa que este patrón de consumo se extiende entre el 60% y el 70% de los consumidores de cannabis, inhalables volátiles y GHB y entre el 70% y el 85% de los consumidores de cocaína, éxtasis, anfetaminas, heroína y alucinógenos, cuando, en la totalidad de los alumnos la prevalencia del *binge drinking* se sitúa en el 31,7%.

Tabla 1.2.86.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan hecho binge drinking o no en el mismo periodo (%). España, 2016.

	Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días
Consumo de cannabis	39,1	8,4
Consumo de cocaína polvo y/o base	2,5	0,3
Consumo de éxtasis	1,4	0,2
Consumo de anfetaminas o speed	1,3	0,2
Consumo de alucinógenos	0,9	0,1
Consumo de heroína	0,8	0,1
Consumo de inhalables volátiles	0,7	0,2
Consumo de GHB	0,5	0,1

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

Tabla 1.2.87.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según se hayan emborrachado o no en el mismo periodo (%). España, 2016.

	Se ha emborrachado en los últimos 30 días	No se ha emborrachado en los últimos 30 días
Consumo de cannabis	45,3	10,0
Consumo de cocaína polvo y/o base	2,8	0,4
Consumo de éxtasis	1,6	0,3
Consumo de anfetaminas o speed	1,4	0,2
Consumo de alucinógenos	1,0	0,2
Consumo de heroína	0,8	0,2
Consumo de inhalables volátiles	0,7	0,2
Consumo de GHB	0,4	0,2

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

Percepciones y opiniones de los estudiantes 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 a la hora de que los estudiantes se planteen consumir este tipo de sustancias psicoactivas.

La percepción de riesgo elevada está generalizada entre los alumnos cuando se hace referencia al consumo habitual de sustancias como la heroína, la cocaína en polvo o el éxtasis (tabla 1.2.88). Así, prácticamente la totalidad de los estudiantes cree que consumir estas drogas una vez por semana o más, tiene graves consecuencias, percepción que apenas ha cambiado a lo largo de la serie histórica.

En relación con el consumo de **5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana**, se observa que la percepción de riesgo asociada ha aumentado levemente en 2016 (56,1% frente al 55,3% del 2014) coincidiendo con el

descenso que ha registrado su prevalencia entre los alumnos. En los años 2008, 2010 y 2012 el valor del indicador se había mantenido estable, mientras que en 2014 se produce un aumento considerable del porcentaje de alumnos que advierte un peligro ante este consumo y en 2016 se continúa con la tendencia creciente aunque en menor medida.

Por otro lado, el **consumo diario de alcohol** (tomar 1 o 2 cañas/copas cada día) es considerado peligroso por el 52,9% de los estudiantes, observando un descenso con respecto a la última década de las encuestas ESTUDES, sin llegar a alcanzar los niveles registrados de percepción de riesgo de los años 1996 a 2004, que se situaban por debajo del 50%. De hecho, en estos años, el valor del indicador apenas se diferenciaba del obtenido cuando se planteaba el consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana.

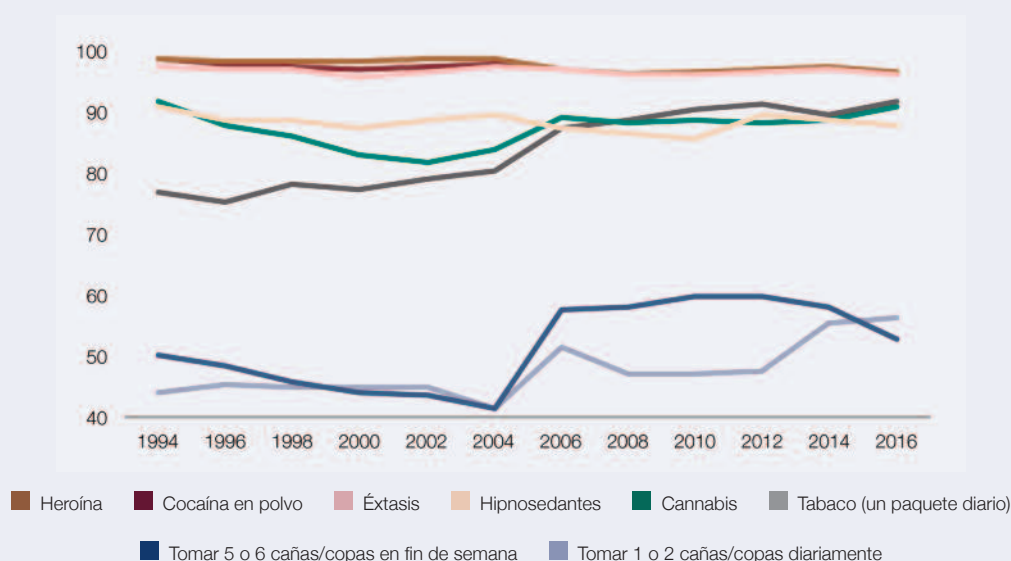
En cuanto a la sustancia ilegal más extendida, el **cannabis**, 9 de cada 10 estudiantes opinan que su consumo habitual puede conllevar bastantes o muchos problemas, sin que se hayan producido cambios en este sentido con respecto a las cinco últimas ediciones de la encuesta.

El 87,7% de los estudiantes de 14 a 18 años advierte un peligro cuando se alude al consumo habitual de **hipnosedantes**, proporción que a lo largo de la serie histórica se ha mantenido entre el 85% y el 90%.

Tabla 1.2.88.

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, 1994-2016.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
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
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
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
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
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
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
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
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



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

Por otro lado, el riesgo percibido ante el **consumo diario de tabaco** ha seguido una tendencia creciente a lo largo de los años. Entre 1994 y 2002, el porcentaje que consideraba problemático fumar un paquete de tabaco al día no superaba el 80%, mientras que a partir de 2004, este valor se ha ido situando próximo al 90%. En 2016, el 91,8% de los estudiantes considera que este hábito puede causar problemas.

En términos generales, y **según el sexo**, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas se encuentra más extendida entre las chicas (tabla 1.2.89). La mayor diferencia entre chicos y chicas se observa en la percepción ante el consumo de alcohol a diario (tomar 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas). Mientras que el 56,9% de las adolescentes considera este hábito peligroso, el porcentaje de chicos que piensa de este modo se reduce al 48,7%.

También se contempla cierta divergencia cuando se alude al consumo de cannabis, sustancia que registra una mayor prevalencia entre los varones. Si el 93,2% de las chicas percibe un riesgo en su consumo habitual, este porcentaje desciende al 88,0% en el colectivo masculino.

En referencia a la edad de los estudiantes, cuando se contempla un consumo habitual de hipnosedantes, cocaína en polvo, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos o heroína, la percepción de riesgo adquiere una dimensión semejante entre los diversos segmentos de edad. Tampoco se aprecia una variación reseñable cuando se hace referencia al consumo de un paquete diario de tabaco, encontrando que en todos los grupos de edad, la extensión de la percepción de riesgo se sitúa en torno al 90% de los alumnos.

Tabla 1.2.89.

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), según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Fumar un paquete de tabaco diario	91,8	91,0	92,7	91,2	90,9	92,3	93,0	91,9	91,4
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	68,2	67,1	69,3	71,7	67,3	68,7	67,0	68,8	61,0
Fumar cigarrillos electrónicos	34,2	32,8	35,6	36,1	32,4	33,3	34,2	34,0	37,3
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	56,1	55,7	56,5	65,4	58,5	53,5	49,1	56,6	49,7
Tomarse 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	52,9	48,7	56,9	55,5	51,9	52,5	52,0	53,0	51,8
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	90,5	89,0	91,9	91,5	89,6	90,4	91,1	90,7	88,2
Tomar hipnosedantes habitualmente	87,7	87,2	88,1	86,3	86,7	89,0	88,1	87,6	88,6
Fumar cannabis habitualmente	90,7	88,0	93,2	93,2	91,3	90,0	89,4	90,9	86,9
Consumir cocaína polvo habitualmente	96,4	95,7	97,1	95,8	95,9	96,6	97,3	96,4	96,0
Consumir éxtasis habitualmente	96,2	95,5	97,0	95,4	95,3	96,7	97,4	96,2	96,1
Consumir anfetaminas o speed habitualmente	96,0	95,2	96,9	95,0	95,4	96,4	97,3	96,1	96,0
Consumir alucinógenos habitualmente	95,8	94,8	96,8	95,0	94,9	96,3	96,9	95,8	95,9
Consumir heroína habitualmente	96,4	95,6	97,1	95,7	95,7	96,8	97,3	96,4	96,2

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Cuando se hace alusión a la ingesta de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana la percepción de riesgo disminuye conforme aumenta la edad de los estudiantes. Aproximadamente, 2 de cada 3 alumnos de 14 años advierte un peligro en este tipo de consumo (65,4%) mientras que entre los estudiantes que tienen 16 años, esta proporción ya ha descendido al 53,5%. En el segmento de 18 años, el 49,7% percibe un riesgo, nivel semejante al obtenido entre los estudiantes de 17 años.

Sin embargo, la percepción de riesgo asociada al hábito de tomar 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas a diario registra valores comprendidos entre el 51% y el 56% en los diferentes grupos de edad.

La asociación al riesgo registrada ante el consumo habitual de cannabis disminuye conforme aumenta la edad. Si el 93,2% de los estudiantes de 14 años aprecia un peligro en este hábito, el porcentaje va reduciéndose progresivamente, hasta llegar al 86,9% en el colectivo de 18 años. Asimismo, cabe apuntar que entre los 16 y los 18 años, la percepción de riesgo ante el consumo habitual de cannabis está ligeramente menos extendida que la registrada ante el consumo diario de un paquete de tabaco.

Cabe destacar la gran diferencia que hay entre el riesgo percibido por fumar tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos. Mientras que 9 de cada 10 estudiantes piensan que fumar un paquete de tabaco diario, y casi 7 de cada 10 creen que fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios, son actitudes que conllevan bastantes o muchos problemas, tan sólo 1 de cada 3 opina lo mismo de fumar cigarrillos electrónicos. En este sentido, apenas se aprecian diferencias por sexo o por edad.

Por otro lado, se ha comparado, con respecto a la totalidad de los alumnos, la percepción de riesgo que muestran los estudiantes que han realizado un **consumo intensivo de alcohol o que presentan un consumo problemático de cannabis** (tabla 1.2.90).

En relación a la percepción registrada para la totalidad de los estudiantes, la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol o de cannabis es menor entre los estudiantes que han hecho *binge drinking* o que se han emborrachado en los últimos 30 días, si bien no se registran diferencias con el total de los encuestados cuando se pregunta sobre el riesgo percibido frente al consumo de otras sustancias.

Destaca la divergencia existente cuando se alude al consumo de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas el fin de semana. Si el 56,31% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias advierte un peligro ante este tipo de consumo, este porcentaje se reduce entre 14 y 15 puntos porcentuales en los alumnos que realizaron un consumo intensivo de alcohol en los últimos 30 días (el porcentaje que piensa que puede causar problemas no alcanza el 42%). Aunque la diferencia es menor, también muestran una menor percepción de riesgo cuando se hace referencia al consumo diario de 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas.

La percepción de riesgo de los estudiantes que fuman de 1 a 5 cigarrillos diarios es de 68,2% mientras que este porcentaje se reduce en 58,2% y 58,0% entre los alumnos que han hecho *binge drinking* o que se han emborrachado en los últimos 30 días, respectivamente.

Asimismo, cuando se alude a un consumo esporádico de cannabis, los estudiantes que han abusado del consumo de alcohol advierten en menor medida una problemática. El 45,1% de los que han hecho *binge drinking* y el 40,9% de los que se han emborrachado creen que fumar hachís o marihuana de forma ocasional puede producir bastantes o muchos problemas, cuando más de la mitad de los alumnos piensa de este modo (54,1%). También se aprecian diferencias en la percepción de estos colectivos cuando se plantea el consumo habitual de cannabis, si bien son de menor magnitud.

Entre el grupo de estudiantes que muestra un **consumo problemático de cannabis** se observa que, en general, para los consumos de todas las sustancias analizadas, la percepción de riesgo está menos extendida que entre la totalidad de los alumnos.

Destaca especialmente la escasa percepción de riesgo que manifiestan ante el consumo de cannabis. Tan sólo el 24,1% cree que el consumir alguna vez cannabis puede conllevar problemas y el 61,3% advierte un riesgo cuando se plantea el consumo habitual de esta droga (en la totalidad de los alumnos, 9 de cada 10 percibe riesgo asociado a este tipo de consumo).

Tabla 1.2.90.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más frecuentemente, o el consumo esporádico, una vez por al mes o menos frecuentemente puede causar bastantes o muchos problemas) según hayan hecho binge drinking o se hayan emborrachado en los últimos 30 días y según su puntuación en la escala CAST (%). España, 2016.

	Total estudiantes E. Secundarias de 14-18 años	Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	Se ha emborrachado en los últimos 30 días	CAST ≥4 (consumo problemático de cannabis)
Fumar un paquete de tabaco diario	91,8	89,4	89,8	79,6
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	68,2	58,2	58,0	40,0
Fumar cigarrillos electrónicos	34,2	30,4	29,2	31,4
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	56,1	41,9	41,4	40,3
Tomarse 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	52,9	46,6	47,7	45,8
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	90,5	86,3	87,1	82,6
Tomar hipnosedantes habitualmente	87,7	87,9	87,8	83,1
Fumar cannabis habitualmente	90,7	85,9	84,6	61,3
Consumir cocaína en polvo habitualmente	96,4	96,0	96,5	93,6
Consumir éxtasis habitualmente	96,2	96,0	96,4	93,5
Consumir anfetaminas o speed habitualmente	96,0	95,9	96,3	92,9
Consumir alucinógenos habitualmente	95,8	95,6	95,9	91,2
Consumir heroína habitualmente	96,4	96,3	96,6	93,5
Fumar cannabis alguna vez	54,1	45,1	40,9	24,1
Consumir cocaína en polvo alguna vez	78,1	79,6	79,6	73,4
Consumir cocaína base alguna vez	82,8	85,0	85,5	85,1
Consumir éxtasis alguna vez	80,3	81,1	80,9	75,4
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	80,4	81,5	81,6	75,2
Consumir alucinógenos alguna vez	80,3	80,6	80,3	72,8
Consumir heroína alguna vez	82,3	84,3	84,9	83,9
Injectarse drogas alguna vez	88,7	89,3	90,2	88,5
Consumir GHB alguna vez	88,1	89,6	90,0	87,6
Consumir metanfetamina alguna vez	85,9	86,6	87,1	83,6
Consumir setas mágicas alguna vez	83,0	81,7	80,8	69,9
Consumir esteroides anabolizantes alguna vez	84,7	85,7	85,8	83,2

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.

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

Asimismo, cuando se alude a un consumo de tabaco diario, 2 de cada 5 estudiantes que presenta un consumo problemático de cannabis, advierten riesgo en fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios frente a un 68,2% de la totalidad de los alumnos que piensan de este modo.

El consumo de otras drogas también despierta menor percepción de riesgo en este colectivo, especialmente cuando se alude a un consumo esporádico. Destaca en este sentido que el 24,8% no aprecia un peligro en consumir alguna vez anfetaminas y el 26,6% en consumir cocaína en polvo esporádicamente.

En cuanto a las sustancias psicoactivas legales, 2 de cada 10 estudiantes con consumo problemático de cannabis no advierte un riesgo en tomar tranquilizantes, sedantes o somníferos de forma habitual. Asimismo, sólo el 40,3% cree que consumir 5 o 6 cañas o copas de bebidas alcohólicas puede derivar en un problema, proporción semejante a la obtenida entre los alumnos que se habían emborrachado o habían hecho *binge drinking* en los últimos 30 días, y alejada del promedio anotado entre la totalidad de los alumnos.

Cuando se aborda la **percepción de riesgo ante el consumo de un paquete de tabaco a diario**, se observa que los estudiantes que fuman cada día, en menor medida manifiestan tener conciencia del peligro de dicho hábito, de forma que si el 83,7% de ellos advierte un riesgo (bastantes o muchos problemas), en el colectivo que no fuma a diario la percepción de riesgo alcanza al 89,8% (tabla 1.2.91).

Tabla 1.2.91.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y de cigarrillos electrónicos (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según consuman diariamente tabaco o según hayan tomado alcohol en los últimos 30 días (%). España, 2016.

	Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días		Consumo de alcohol en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
Fumar un paquete de tabaco diario	83,7	89,8	91,1	93,4
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	34,7	57,9	64,3	76,3
Fumar cigarrillos electrónicos	30,2	29,9	32,4	38,3
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	41,9	47,0	49,9	69,3
Tomarse 1 o 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	46,8	49,4	50,3	58,5
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	85,3	87,9	89,0	93,6

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

Por su parte, se aprecia una notable diferencia entre los alumnos que han bebido alcohol en el último mes y los que no lo han hecho, en cuanto al **riesgo que asocian a la ingesta de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana**. La mitad de los primeros (49,9%) considera que este consumo puede ocasionar problemas, mientras que prácticamente 7 de cada 10 opinan de esta manera en el grupo que no ha bebido en el último mes.

Atendiendo al **riesgo asociado al consumo alguna vez en la vida de sustancias ilegales** (tabla 1.2.92), como el cannabis, la cocaína base, la cocaína en polvo, el éxtasis, los alucinógenos, las anfetaminas, la heroína, el GHB, la metanfetamina, las setas mágicas o los esteroides anabolizantes, se aprecia que los estudiantes que han consumido alguna vez este tipo de sustancias manifiestan una menor percepción de riesgo ante su consumo esporádico.

Destaca la diferencia obtenida cuando se analiza el riesgo asociado a consumir esteroides anabolizantes o setas mágicas alguna vez, pues en torno al 50% de los que sí lo han hecho advierte un riesgo, mientras que aproximadamente de 5 de cada 6 de los que no han consumido nunca considera peligroso este consumo.

Tabla 1.2.92.

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) según hayan consumido alguna vez cada sustancia o no (%). España, 2016.

	Ha consumido la sustancia alguna vez en la vida	
	Sí	No
Fumar cannabis alguna vez	34,4	63,5
Consumir cocaína en polvo alguna vez	59,6	78,5
Consumir cocaína base alguna vez	70,9	83,0
Consumir éxtasis alguna vez	57,7	80,8
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	57,4	80,7
Consumir alucinógenos alguna vez	58,6	80,7
Consumir heroína alguna vez	59,3	82,4
Consumir GHB alguna vez	67,5	88,2
Consumir metanfetaminas alguna vez	66,5	86,2
Consumir setas mágicas alguna vez	51,4	83,4
Consumir esteroides anabolizantes alguna vez	50,8	84,9

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, aproximadamente 9 de cada 10 no aprecia ninguna dificultad para conseguir bebidas alcohólicas o tabaco, escenario que apenas ha cambiado a lo largo de la serie histórica (tabla 1.2.93).

Estas cifras ponen de manifiesto que las **sustancias de comercio legal** se perciben totalmente al alcance de los estudiantes que quieran adquirirlas, cuando no deberían ser accesibles para los menores de 18 años. Si se analiza la percepción de disponibilidad en función de la edad (tabla 1.2.94), se aprecia que ésta se encuentra generalizada entre los estudiantes que no tienen la mayoría de edad. Ya en el segmento de 14 años, 8 de cada 10 creen que pueden conseguir alcohol o tabaco fácilmente, y en el segmento de 15 años, esta proporción asciende a 9 de cada 10.

Por otro lado, casi la mitad de los estudiantes perciben un fácil acceso a los **hipnosedantes** (47,7%). La percepción de fácil disponibilidad de estas sustancias se ha reducido ligeramente con respecto a 2014 y se aleja especialmente del valor registrado en 2010, cuando el 64,0% pensaba que era sencillo conseguir este tipo de sustancias.

El **cannabis** es la droga ilegal que se considera más accesible y aproximadamente 2 de cada 3 alumnos piensan que es fácil o muy fácil adquirirlo (65,9%). En 2010, la percepción de disponibilidad del cannabis registró un ascenso que se ha corregido parcialmente en los años 2012, 2014 y 2016.

El porcentaje de estudiantes que opina que puede conseguir **cocaína en polvo** sin problemas se ha incrementado con respecto a 2014 (29,9% en 2014 frente a 32,3% en 2016) pero sin llegar al nivel alcanzado en 2012 (33,8%).

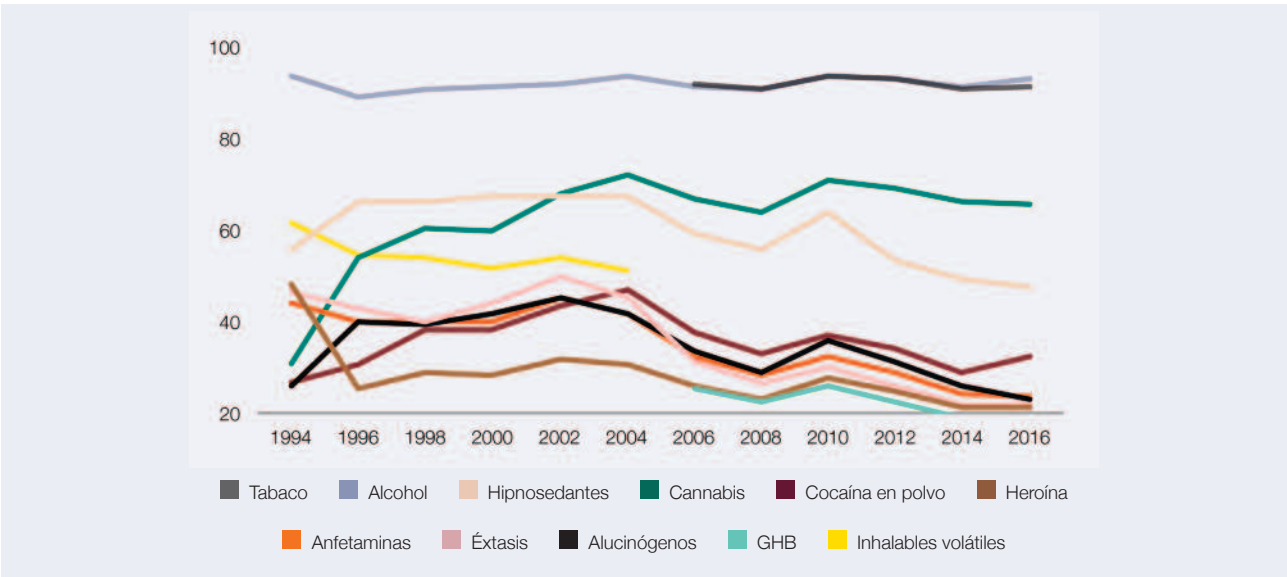
La heroína, las anfetaminas, el éxtasis, los alucinógenos y el GHB son las sustancias menos accesibles según los estudiantes. En 2016, entre el 75% y el 85% de los alumnos piensa que es complicado adquirir este tipo de sustancias. A lo largo de la última década se han producido diversos descensos en la percepción de disponibilidad de estas sustancias y los niveles que se han registrado en este periodo han sido, en general, más reducidos que los anotados entre 1994 y 2014.

Cabe destacar el descenso producido en la percepción de disponibilidad del GHB, con una diferencia de 4,6 puntos porcentuales con respecto a 2014.

Tabla 1.2.93.

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, 1994-2016.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Tabaco	–	–	–	–	–	–	91,7	90,9	93,6	92,8	90,8	91,4
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
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
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
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
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
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
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
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
GHB	–	–	–	–	–	–	25,5	22,4	25,8	22,3	18,7	14,2
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	–	–	–	–	–	–



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

Tabla 1.2.94.

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, 2016.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Disponibilidad percibida del tabaco					
Fácilmente disponible	83,7	89,7	93,6	96,2	96,1
Disponibilidad percibida del alcohol					
Fácilmente disponible	85,5	91,6	95,3	97,2	97,2

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

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

En este apartado se pone en relación la prevalencia del consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol, el cannabis o la cocaína, con la percepción de riesgo y de disponibilidad que han registrado a lo largo de los años.

En relación con el **consumo diario de tabaco** (figura 1.2.39) entre los años 1994 y 2004 este hábito se encontraba notablemente extendido entre los estudiantes, con una prevalencia que se mantenía en una franja entre el 21% y el 24%. En ese periodo, la percepción de riesgo todavía mostraba cierto potencial de crecimiento, pues el porcentaje de alumnos que consideraba este consumo peligroso apenas alcanzaba el 80%. El año que anotó un máximo en la extensión del consumo y un mínimo en la extensión de la percepción de riesgo fue 1996, cuando prácticamente 1 de cada 4 estudiantes fumaba a diario y también 1 de cada 4 estudiantes no advertía un riesgo ante este consumo.

Figura 1.2.39.

Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de un paquete diario de tabaco (porcentaje de estudiantes que piensa que puede causar bastantes o muchos problemas) y prevalencia del consumo diario de tabaco. España, 1994-2016.



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

A partir de 2004 comienza un cambio de tendencia. En 2006 la prevalencia del consumo diario experimenta una reducción considerable coincidiendo con un notable crecimiento en la percepción de riesgo. En los años siguientes se consolida este cambio de tendencia, y se aprecia que para aproximadamente 9 de cada 10 estudiantes este hábito es problemático, a la vez que la prevalencia consigue situarse por debajo del 15%.

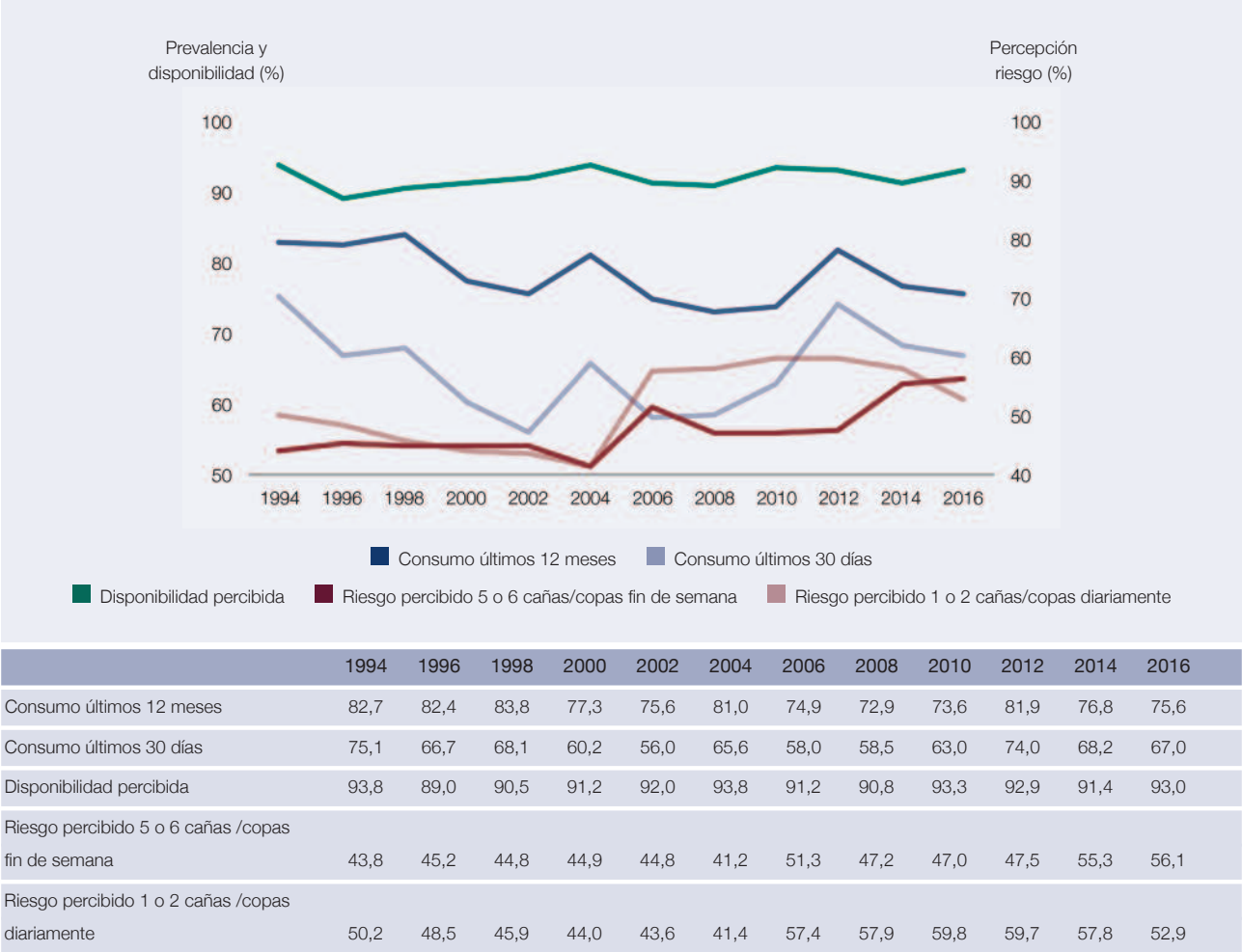
En 2014, la extensión del consumo diario se ha reducido más de la mitad con respecto a las observaciones de los años 1994 y 2004, y resulta la más discreta de la serie histórica. En 2016, la percepción de riesgo aumenta y la prevalencia del consumo diario se reduce ligeramente con respecto a 2014 alcanzando, respectivamente, el máximo y el mínimo histórico.

El **consumo de alcohol** es el que históricamente genera una menor percepción de riesgo entre los estudiantes (figura 1.2.40). En la década de 1994 a 2004, el porcentaje de alumnos que pensaba que consumir 5 o 6 cañas/copas en fin

de semana podía ocasionar problemas se mantuvo aproximadamente entre el 41% y el 45%, y la percepción del riesgo asociada al consumo diario de esa misma cantidad de alcohol alcanzó a proporciones de alumnos que variaron entre el 41% y el 50%. A partir de este periodo, se observa una mayor, aunque moderada, extensión de la percepción de riesgo entre los alumnos, variando la proporción de los que consideran problemático para la salud el consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana entre un mínimo del 47% y un máximo del 56,1%; del mismo modo se observa una mayor difusión, aunque también moderada, de la percepción de riesgo asociada al consumo diario de 5 o 6 cañas/copas, que de 2006 a 2014 se encuentra entre el 57% y el 60%, experimentado un descenso en 2016, llegando al 52,9%.

Figura 1.2.40.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

Se pone de manifiesto que el consumo diario de 1 o 2 cañas/copas es más ampliamente percibido como consumo problemático o de riesgo que el consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana en el periodo 2006 a 2014. Sin embargo, en 2016 es mayor el riesgo percibido del consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana que el del consumo de 1 o 2 cañas/copas diariamente.

Asimismo, observando de forma paralela el riesgo percibido y las prevalencias de consumo, se aprecia que en momentos puntuales evolucionan de forma inversa, esto es, una mayor percepción de riesgo se corresponde con menores prevalencias de consumo y viceversa, sin que por ello se pueda establecer una relación causa-efecto entre ambas variables, dado que la metodología utilizada en el tratamiento de los datos es meramente descriptiva.

También puede apreciarse, igual que ocurrió en los años 2000 y 2002, que aumenta la proporción de estudiantes que opinan que es fácil o muy fácil conseguir alcohol al mismo tiempo que disminuye su prevalencia de consumo, en concreto, en 2016 se observa un crecimiento de 1,6 puntos porcentuales para la disponibilidad percibida y un descenso de 1,2 puntos porcentuales para la prevalencia de los dos periodos de tiempo contemplados.

La noción de que conseguir alcohol es relativamente fácil ha venido siendo altamente prevalente entre los estudiantes a lo largo de la serie histórica. Como se puede apreciar en la figura 1.2.40, desde 1994, primer año de la serie, aproximadamente 9 de cada 10 alumnos han venido percibiendo que el alcohol se puede conseguir sin problema.

Respecto a la percepción de riesgo asociada al **consumo habitual de cannabis** (figura 1.2.41) mantuvo una tendencia decreciente entre los años 1994 y 2002, mientras la prevalencia del cannabis y la percepción de disponibilidad mostraban sin embargo una tendencia creciente. En 2004, se recupera parcialmente el nivel de percepción de riesgo entre los alumnos, aunque no se registra una reducción de la prevalencia hasta 2006.

Figura 1.2.41.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual y de la disponibilidad de cannabis percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

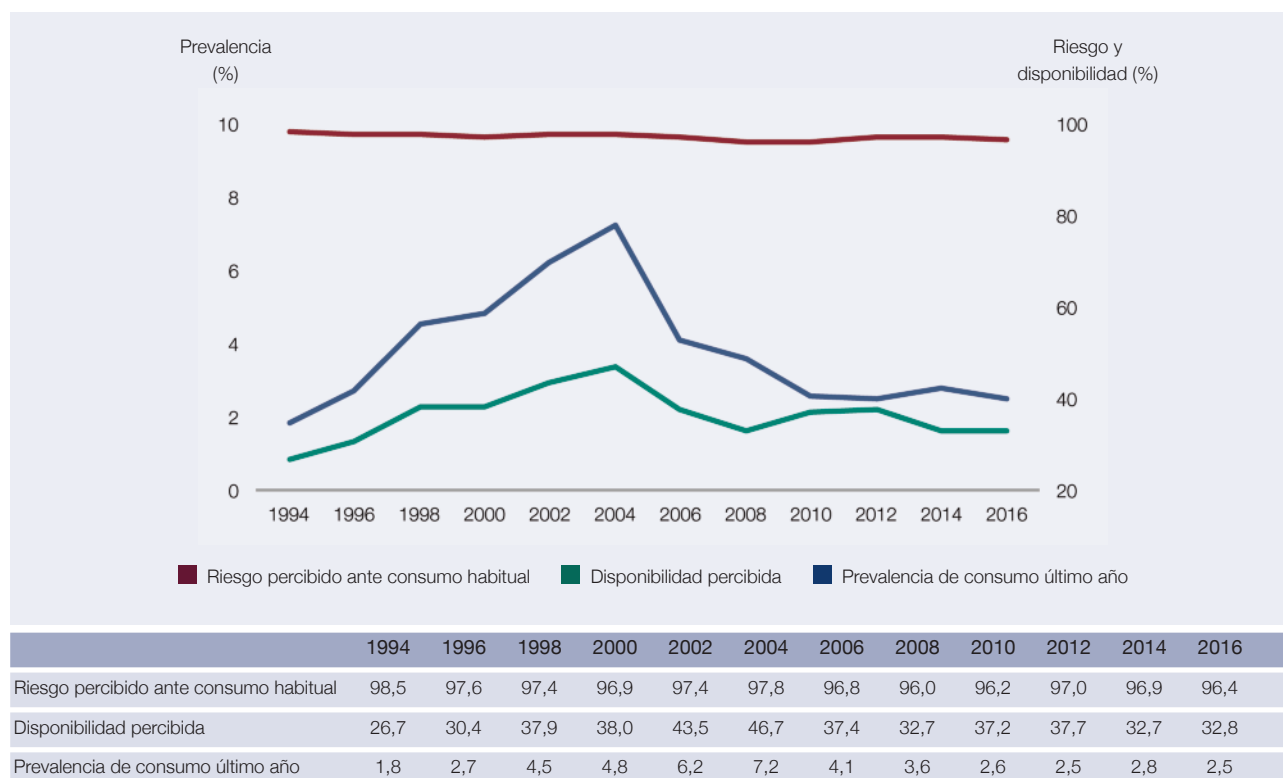
Entre los años 2006 y 2014 se observa cierta estabilización del indicador de la percepción de riesgo, al mantener valores muy próximos que varían entre el 88% y el 89%; sin embargo, en 2016 se produce un incremento de 1,9 puntos porcentuales con respecto a 2014. La percepción de la disponibilidad de esta sustancia se mantiene alrededor del 70% en todo este periodo. Paralelamente, en estos mismos años se aprecia, sin embargo, el inicio de una tendencia decreciente en la prevalencia de consumo que, situada en torno al 30% en los años 2006 y 2008, desciende en los años siguientes a cifras situadas en torno al 26%.

El **consumo habitual de cocaína en polvo** se ha contemplado como un consumo de riesgo entre prácticamente la totalidad de los alumnos a lo largo de la serie histórica, pues el indicador de percepción de riesgo ha superado en todos los años el 95% (figura 1.2.42).

Entre los años 1994 y 2004 la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses siguió una tendencia creciente, a la vez que progresivamente aumentaba la percepción de disponibilidad. Entre los años 2006 y 2012 la prevalencia descendió, sufriendo un ligero ascenso en 2014. En 2016, vuelve a descender alcanzado el nivel de 2012. La percepción de disponibilidad se ha ido reduciendo entre 2006 y 2016, excepto en 2010 que aumentó ligeramente.

Figura 1.2.42.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína polvo y de la disponibilidad de cocaína polvo percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2016.



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

Vías de información sobre sustancias psicoactivas

En 2016, el 31,3% de los estudiantes de 14 a 18 años creen estar perfectamente informados sobre drogas, si bien este porcentaje varía sensiblemente en función de que se contemple el segmento femenino (25,5%) o el masculino (37,1%).

Sin embargo, la opinión más frecuente entre los alumnos es considerarse estar suficientemente informado sobre las drogas (39,9%), aunque el 21,3% indica estar informado solo a medias y el 7,5% cree estar mal informado.

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 las chicas. En el grupo masculino se percibe que el porcentaje de estudiantes que se consideran perfectamente informados no varía sustancialmente entre los 14 y los 18 años.

Entre las chicas, el 36,1% de las adolescentes de 14 años creen estar perfectamente informadas sobre las drogas, proporción que asciende al 41,5% en el grupo de 18 años. Entre los chicos estos porcentajes son menos elevados y se sitúan en el 30,2% y 31,3% respectivamente.

Por otro lado, paradójicamente, entre los estudiantes que han consumido sustancias ilegales en los últimos 12 meses, la percepción de estar perfectamente informado está más extendida que la registrada entre aquellos que no realizaron este tipo de consumo (tabla 1.2.95). Es decir, aquellos que no han consumido sienten en mayor medida que están mal informados sobre el tema de las drogas.

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 edad y sexo (%). España, 2016.



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

Tabla 1.2.95.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se sienten perfectamente informados o mal informados en tema de drogas, según hayan consumido o no alguna droga ilegal* y según edad (%). España, 2016.

	Han consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses		No han consumido ninguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses	
Perfectamente informado	14 años	37,9	29,2	
	15 años	42,4	30,4	
	16 años	39,2	26,9	
	17 años	36,0	27,8	
	18 años	37,8	28,5	
Mal informado	14 años	5,7	9,8	
	15 años	4,8	8,8	
	16 años	3,7	8,0	
	17 años	3,0	7,0	
	18 años	5,1	7,8	

* Algunas drogas ilegales: no incluye ni tabaco, ni alcohol, ni hipnosedantes, ya sean sin receta o con y sin receta, ni inhalables volátiles. Sí incluye: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

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

Respecto al papel que tienen **el centro escolar y la familia** en la educación sobre drogas y los efectos y problemas asociados en los adolescentes (tabla 1.2.96), 2016 es el primer año en el que se analiza la presencia de la familia en este tipo de temas.

El 84,9% 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. Las mujeres y los jóvenes de 14 y 15 años son los que declaran haber tratado el tema más veces dentro del aula.

Entre aquellos estudiantes que dicen haber recibido información **en el centro educativo**, destacan los que se sienten perfectamente (31,9%) o suficientemente (41,3%) informados. Aquellos que se sienten informados a medias representan un 21,0% y los que declaran estar mal informados son una minoría (5,8%). Entre los que afirman que no han recibido esta formación en el centro, el 27,9% dice estar perfectamente informado, el 32,2% suficientemente informado, el 23,3% a medias y el 16,7% se siente mal informado en el tema.

El 68,9% de los estudiantes indica que ha recibido este tipo de información **en el entorno familiar**. Las chicas y los jóvenes de 14 a 18 años son los que declaran haber tratado el tema más veces en casa.

Entre aquellos estudiantes que han recibido información procedente de la familia, destacan los que se sienten perfectamente (35,2%) o suficientemente (41,5%) informados. Aquellos que se sienten informados a medias representan un 18,9% y los que declaran estar mal informados, son una minoría (4,4%). Entre los que afirman que no han recibido esta formación en su casa, el 22,6% dice estar perfectamente informado, el 36,6% suficientemente informado, el 26,9% a medias y el 13,9% se siente mal informado en el tema.

Se podría inferir que la información ofrecida, bien por parte del centro escolar o bien por parte de la familia, es fundamental para que los estudiantes de 14 a 18 años se sientan suficientemente informados sobre el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados.

Tabla 1.2.96.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han recibido formación en su centro educativo o en su familia sobre el consumo de drogas y los problemas asociados, según edad y sexo. (%). España, 2016.

	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									
	84,9	83,7	86,0	86,9	88,8	84,5	82,9	85,8	72,5
He recibido información en mi familia									
	68,4	67,1	69,6	65,2	67,0	69,5	71,3	68,2	70,9

H = Hombres; M = Mujeres .

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

Siguiendo con la información facilitada a los alumnos sobre drogas en el centro educativo, se ha introducido una pregunta nueva para saber qué **temas específicos se han tratado** entre los estudiantes de 14-18 años (tabla 1.2.97).

Los efectos y problemas asociados a drogas legales es el tema más tratado en clase entre los que han recibido información (71,1%), seguido de los efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías (68,9%) y de los efectos y problemas asociados a drogas ilegales (65,7%). El menos tratado, con un 26,9%, es el de los efectos y problemas asociados al juego *online*, apuestas...

Considerando los grupos de edad, a medida que ésta aumenta, disminuye el porcentaje de estudiantes que ha recibido información en los efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías y al juego *online*. Esta disminución

también se produce en la información recibida acerca de los efectos y problemas asociados a drogas legales e ilegales, pero de los 15 años en adelante, ya que en el tramo de 14 a 15 años se produce un incremento del porcentaje.

Tabla 1.2.97.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han recibido formación en su centro educativo sobre el consumo de drogas y otras adicciones, según el tipo de información recibida y según edad y sexo. (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	14-17 años	18 años
Efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes)	71,1	69,8	72,4	69,0	75,2	72,8	70,8	71,9	60,2
Efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías (móviles, internet, redes sociales, ciberbullying...)	68,9	66,5	71,4	73,1	71,7	68,9	66,0	70,0	54,8
Efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachis/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...)	65,7	65,8	65,6	61,2	70,0	68,3	66,3	66,3	56,4
Efectos y problemas asociados al juego online, apuestas	26,9	29,4	24,4	32,2	29,2	24,9	22,8	27,3	21,4

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Por otro lado, cruzando el consumo de sustancias legales e ilegales y la información recibida en el centro educativo (tabla 1.2.98), se observa que de cada 10 estudiantes que reciben información sobre los efectos y problemas asociados a drogas legales, 8 de ellos las consume (y 3 dicen consumir drogas ilegales). Sin embargo, de cada 10 estudiantes que reciben información sobre los efectos y problemas asociados a drogas ilegales, sólo 3 de ellos las consume (y 8 declaran consumir drogas legales).

Tabla 1.2.98.

Prevalencia de consumo de sustancias legales e ilegales alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la formación que han recibido en su centro educativo sobre el consumo de drogas y otras adicciones (%). España, 2016.

	Legales*	Ilegales**
Efectos y problemas asociados a drogas legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes)	80,2	30,9
Efectos y problemas asociados a drogas ilegales (hachis/marihuana, cocaína, drogas de síntesis...)	80,7	31,2
Efectos y problemas asociados al mal uso de las nuevas tecnologías (móviles, internet, redes sociales, ciberbullying...)	79,0	28,7
Efectos y problemas asociados al juego online, apuestas	79,3	29,8

* 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).

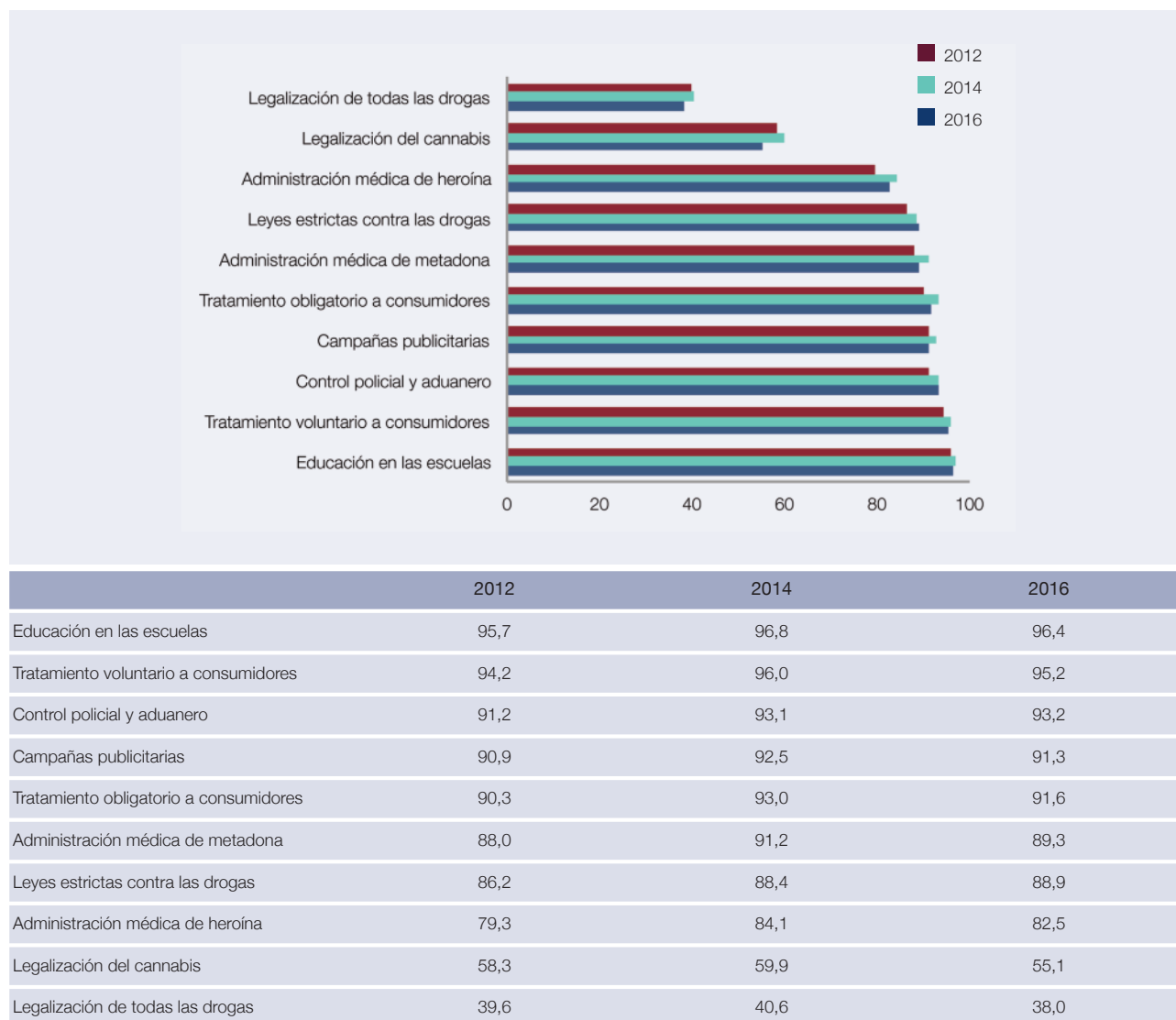
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Cuando se abordan las posibles medidas que pueden ser efectivas para resolver el problema de las drogas (figura 1.2.44), prácticamente la totalidad de los alumnos coincide en otorgar importancia a la educación en las escuelas (96,4%) y al tratamiento voluntario a consumidores (95,2%).

Otras medidas que también son muy populares entre los estudiantes son el control policial y aduanero (93,2%), el tratamiento obligatorio a los consumidores (91,6%) y las campañas publicitarias (91,3%). Por el contrario, las medidas que despiertan menos confianza para resolver el problema de las drogas son las relativas a la legalización (55,1% para el cannabis y 38,0% 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, 2012-2016.



* Algo importante o muy importante.

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

Respecto a las medidas de **legalización de cannabis y de todas las drogas**, algunos estudiantes creen que son acciones muy importantes para resolver el problema de las drogas ilegales (tabla 1.2.99). Entre hombres y mujeres no hay diferencias respecto a la legalización del cannabis, y son las chicas quienes más piensan que legalizar todas las drogas (28,4% frente a 25,3% de ellos) sería una medida importante para resolver los problemas que éstas generan.

Por edades, 2 de cada 5 estudiantes de 18 años (43,1%) piensan que legalizar el cannabis sería muy importante para resolver los problemas que tiene asociados, mientras que esa misma opinión la tienen 1 de cada 3 jóvenes de 14 a 17 años (35,9%). Respecto a la legalización de todas las drogas, son los estudiantes de 14 y 15 años (32,7% y 28,7% respectivamente) los que más apoyan esta medida.

Según la opinión de los estudiantes y para todos los tramos de edad, se observa cómo la importancia de legalizar el cannabis está más arraigada que la importancia de legalizar todas las drogas ilegales, siendo más notoria esa diferencia a medida que aumenta la edad (diferencia de 3 puntos porcentuales en los jóvenes de 14 años, diferencia de 11,3 puntos en los de 16 años y diferencia de 16,9 puntos en los de 18 años).

Tabla 1.2.99.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis y la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según edad y sexo (%). España, 2012-2016.

			2012	2014	2016
Legalización del cannabis	Total		37,7	40,3	36,4
	Sexo	Hombre	39,3	40,9	36,7
		Mujer	35,9	39,8	36,1
	Edad	14 años	35,8	40,2	35,7
		15 años	36,3	39,2	35,5
		16 años	36,9	41,4	35,5
		17 años	38,4	39,7	36,8
		14-17 años	37,0	40,1	35,9
		18 años	41,1	42,7	43,1
Legalización de todas las drogas	Total		27,0	29,6	26,8
	Sexo	Hombre	25,7	27,5	25,3
		Mujer	28,4	31,8	28,4
	Edad	14 años	32,7	36,8	32,7
		15 años	28,9	31,5	28,7
		16 años	26,0	28,8	24,3
		17 años	24,4	24,1	22,1
		14-17 años	27,2	29,8	26,9
		18 años	25,7	27,0	26,1

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

Atendiendo a la medida relativa a la **legalización de todas las drogas** (tabla 1.2.100), la opinión mayoritaria es no otorgar ninguna importancia a esta iniciativa para resolver el problema de las drogas, escenario que se contempla tanto en los alumnos que han consumido alguna droga ilegal (41,5%) en el último año como entre aquellos que no han consumido (37,7%). Así pues, consumidores y no consumidores dudan de la eficacia de esta medida. Sin embargo, aproximadamente 1 de cada 6 alumnos considera que esta acción es muy importante (tanto consumidores como no consumidores).

Tabla 1.2.100.

Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que valoran como “nada, algo o muy importante” la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según hayan consumido o no alguna droga ilegal* en los últimos 12 meses (%). España, 2016.

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
No han consumido alguna droga ilegal en el último año	41,5	5,7	17,4	35,4
Han consumido alguna droga ilegal en el último año	37,7	11,2	17,4	33,7

* alguna droga ilegal: no incluye ni tabaco, ni alcohol, ni hipnosedantes, ya sean sin receta o con y sin receta, ni inhalables volátiles. Sí incluye: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

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

No obstante, cuando se aborda la importancia de la **legalización del cannabis** (tabla 1.2.101), se observa que los alumnos que han consumido la sustancia en el último año apoyan en mayor medida la legalización que aquellos que no han realizado este consumo. Se aprecian pocas diferencias entre los estudiantes según tengan o no consumo problemático de cannabis, ya que el 64,4% de los primeros y el 54,5% de los segundos opinan que sería algo o muy importante.

Tabla 1.2.101.

Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que valoran como “nada, algo o 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, 2016.

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
No han consumido cannabis en el último año	33,6	9,9	19,5	37,0
Han consumido cannabis en el último año (CAST <4)	17,1	19,6	34,9	28,5
Han consumido cannabis en el último año (CAST ≥4 Consumo problemático)	10,0	16,2	48,2	25,6

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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 y en general, se observa que la prevalencia es más elevada en los alumnos que cuentan con amigos que consumen.

En cuanto a la sustancia más extendida entre los jóvenes, el alcohol, se obtiene que su consumo está generalizado en los estudiantes que confirman que sus amigos han **tomado alcohol** (tabla 1.2.102). En concreto, el 87,3% 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 que no reconoce este consumo de forma mayoritaria en su grupo de amigos, la prevalencia desciende al 51,1%.

Tabla 1.2.102.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos consumen alcohol	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos consumen alcohol
No consumen alcohol	12,7	48,9
Sí consumen alcohol	87,3	51,1

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

Se observa un patrón similar cuando se aborda la prevalencia del **botellón** (tabla 1.2.103) y de las **borracheras** (tabla 1.2.104), sustancialmente más extendida entre los estudiantes que reconocen este consumo intensivo en sus amistades o que cuentan con una mayoría de amigos que lo realizan. En esta línea, se observa que la prevalencia es aproximadamente 4,5 veces superior en los alumnos cuyos amigos se emborrachan o hacen botellón (frente al registrado entre los estudiantes que cuentan con una minoría de amigos que realizan estos comportamientos).

Tabla 1.2.103.

Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales hacen botellón (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos hacen botellón	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos hacen botellón
No hacen botellón	46,6	88,3
Sí hacen botellón	53,4	11,7

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

Tabla 1.2.104.

Prevalencia de borracheras (intoxicaciones etílicas agudas) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales se emborrachan (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos se emborrachan	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos se emborrachan
No se emborrachan	43,7	87,1
Sí se emborrachan	56,3	12,9

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** (tabla 1.2.105) o de **cannabis** (tabla 1.2.106). Aproximadamente 2 de cada 3 que cuentan con una mayoría de amigos que han fumado tabaco o consumido cannabis en el último mes también reconoce un consumo. 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 (17,5% y 14,3% la prevalencia del tabaco y del cannabis respectivamente).

Tabla 1.2.105.

Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos consumen tabaco	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos consumen tabaco
No consumen tabaco	35,1	82,5
Sí consumen tabaco	64,9	17,5

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

Tabla 1.2.106.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos consumen cannabis	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos consumen cannabis
No consumen cannabis	31,5	85,7
Sí consumen cannabis	68,5	14,3

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

Las diferencias son también llamativas para el **consumo de cocaína** (tabla 1.2.107), donde la prevalencia entre aquellos que tienen una mayoría de amigos que han consumido es del 25,4% frente a los que no cuentan con este tipo de amistades (0,7%).

Tabla 1.2.107.

Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2016.

	Todos/mayoría de mis amigos consumen cocaína	Algunos/pocos/ninguno de mis amigos consumen cocaína
No consumen cocaína	74,6	99,3
Sí consumen cocaína	25,4	0,7

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

Familia: relaciones familiares y permisividad de los padres

Relaciones familiares

Siguiendo con el análisis del entorno familiar de los alumnos, se presentan algunas características de las relaciones familiares entre los estudiantes de 14-18 años en función de los consumos de diferentes sustancias psicoactivas (tabla 1.2.108).

Uno de los aspectos abordados es cómo son las **relaciones que mantienen los estudiantes con sus padres**. En este sentido, entre la totalidad de los alumnos de 14 a 18 años, sólo una minoría, el 5,4%, manifiesta tener una mala relación con sus progenitores.

En general, los estudiantes que, en el último mes, han consumido sustancias psicoactivas son los que manifiestan en mayor porcentaje tener peores relaciones con su padre/madre (tablas 1.2.108, 1.2.109 y 1.2.110).

Aproximadamente la mitad de los estudiantes que presentan un consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses (49,5%) admite que las relaciones con sus padres no son buenas (13,4% son malas o muy malas y 36,1% regulares). Por su parte, 4 de cada 9 casos que presentan consumo de hipnosedantes o nuevas sustancias, en el último mes, no se lleva bien con sus padres (relaciones regulares, malas o muy malas).

También destaca en este sentido que, aproximadamente, 4 de cada 10 alumnos que han consumido cocaína o tabaco a diario en el último mes no tiene una buena relación con sus padres (su relación es regular, mala o muy mala).

En conclusión, los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas disfrutan en menor medida de una buena relación con los padres.

Permisividad de los padres

Otro de los aspectos abordados es en qué medida los estudiantes cuentan con unas **normas establecidas por sus padres** respecto al comportamiento dentro o fuera de casa (tablas 1.2.108, 1.2.109 y 1.2.110). Para aproximadamente 3 de cada 4 estudiantes, sus padres fijan normas claras sobre lo que pueden realizar **en casa o fuera de casa**.

Los alumnos que han consumido alcohol, hipnosedantes, tabaco o cannabis en los últimos 30 días y admiten que sus padres fijan normas claras dentro o fuera de casa, presentan proporciones entre el 71% y el 75%. Entre los consumidores de cocaína, consumidores problemáticos de cannabis y consumidores de nuevas sustancias, la proporción es ligeramente inferior (67,1%, 67,5% y 69,4% respectivamente).

En resumen, aquellos que consumen drogas ilegales manifiestan una menor percepción de control por parte de los padres frente a los consumidores de drogas legales.

Tabla 1.2.108.

Perfil general de la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y de consumidores específicos, según relaciones y normas familiares (%). España, 2016.

	Total estudiantes 14-18 años	Consumidores tabaco últimos 30 días	Consumidores diarios de tabaco últimos 30 días	Consumidores de cigarrillos electrónicos	Consumidores bebidas alcohólicas últimos 30 días	Hombres consumidores bebidas alcohólicas últimos 30 días	Mujeres consumidoras bebidas alcohólicas últimos 30 días	Estudiantes que se han emborrachado en los últimos 30 días	Estudiantes que han hecho binge drinking en los últimos 30 días	Estudiantes que han hecho botellón en los últimos 12 meses	Consumidores de bebidas energéticas en los últimos 30 días	Consumidores de bebidas energéticas con alcohol en los últimos 30 días
Permisividad padres												
Padres permiten fumar	12,3	30,4	60,4	26,0	16,2	16,4	15,9	26,0	22,8	17,6	17,5	27,4
Padres permiten beber	36,8	56,3	69,9	50,8	48,3	48,1	48,4	62,7	59,0	51,8	42,2	56,7
Padre permiten consumir cannabis	2,4	5,6	10,4	5,1	3,1	3,8	2,5	5,2	4,3	3,3	3,8	6,1
Relaciones padres												
Bastante malas o muy malas	5,4	8,9	10,6	8,3	6,1	5,1	7,2	7,4	7,0	6,1	6,8	8,7
Regulares	21,6	29,6	31,1	27,4	23,8	20,2	27,3	26,1	25,4	23,4	24,3	26,7
Bastante buenas o muy buenas	72,7	61,1	57,6	63,9	69,8	74,3	65,3	66,0	67,4	70,2	68,5	64,1
Normas en casa y/o fuera de casa												
Siempre o casi siempre	75,5	73,4	71,4	74,2	74,9	74,7	75,1	72,9	73,5	74,3	74,5	72,2
Algunas veces, raramente o nunca	24,5	26,6	28,6	25,8	25,1	25,3	24,9	27,1	26,5	25,7	25,5	27,8

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

Tabla 1.2.109.

Perfil general de la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y de consumidores específicos, según relaciones y normas familiares (%). España, 2016.

	Total estudiantes 14-18 años	Consumidores hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida	Consumidores hipnosedantes con o sin receta últimos 12 meses	Consumidores hipnosedantes con o sin receta últimos 30 días	Consumidores hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	Consumidores hipnosedantes sin receta últimos 12 meses	Consumidores hipnosedantes sin receta últimos 30 días	Consumidores cannabis últimos 12 meses	Consumidores cannabis últimos 30 días	Consumidores problemáticos cannabis (CAST≥4) últimos 12 meses	Consumidores cocaína polvo y/o base últimos 12 meses	Consumidores cocaína polvo y/o base últimos 30 días
Permisividad padres												
Padres permiten fumar	12,3	20,7	21,6	22,2	23,8	24,4	22,9	29,3	33,0	53,9	45,6	42,7
Padres permiten beber	36,8	46,8	48,7	48,0	51,1	53,8	52,0	59,0	60,0	68,2	64,2	62,5
Padre permiten consumir cannabis	2,4	4,9	5,2	6,8	6,2	6,8	9,1	6,7	8,8	20,0	23,0	25,7
Relaciones padres												
Bastante malas o muy malas	5,4	9,3	10,4	12,1	10,2	11,2	14,5	8,5	9,3	13,4	15,0	17,5
Regulares	21,6	28,3	29,9	32,3	29,5	31,8	30,6	28,5	29,4	36,1	26,7	23,3
Bastante buenas o muy buenas	72,7	62,0	59,3	54,9	59,6	56,3	53,6	62,5	60,8	48,8	55,6	54,5
Normas en casa y/o fuera de casa												
Siempre o casi siempre	75,5	74,4	74,9	74,9	73,2	74,2	74,0	72,1	72,0	67,5	69,1	67,1
Algunas veces, raramente o nunca	24,5	25,6	25,1	25,1	26,8	25,8	26,0	27,9	28,0	32,5	30,9	32,9

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

Tabla 1.2.110.

Perfil general de la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y de consumidores específicos, según relaciones y normas familiares (%). España, 2016.

	Total estudiantes 4-18 años	Consumidores drogas legales alguna vez en la vida	Consumidores drogas legales últimos 12 meses	Consumidores drogas legales últimos 30 días	Consumidores drogas ilegales alguna vez en la vida	Consumidores drogas ilegales últimos 12 meses	Consumidores drogas ilegales últimos 30 días	Consumidores nuevas sustancias alguna vez en la vida	Consumidores nuevas sustancias últimos 12 meses	Consumidores nuevas sustancias últimos 30 días	Consumidores sust. estimulantes para mejorar estudio alguna vez en la vida
Permisividad padres											
Padres permiten fumar	12,3	14,7	15,0	16,2	27,1	29,0	32,9	34,8	38,8	41,3	19,7
Padres permiten beber	36,8	43,8	44,7	47,2	56,0	58,7	60,0	57,0	60,8	60,7	46,9
Padre permiten consumir cannabis	2,4	2,9	3,0	3,2	6,2	6,8	8,8	12,0	14,5	17,2	4,3
Relaciones padres											
Bastante malas o muy malas	5,4	6,0	6,1	6,3	8,5	8,5	9,3	13,2	14,7	15,2	7,9
Regulares	21,6	23,3	23,5	23,9	27,5	28,5	29,2	28,2	29,1	28,8	26,7
Bastante buenas o muy buenas	72,7	70,4	70,2	69,5	63,4	62,6	60,8	57,1	54,3	52,8	65,0
Normas en casa y/o fuera de casa											
Siempre o casi siempre	75,5	75,0	75,1	74,9	72,3	72,2	72,0	72,5	72,7	69,4	75,2
Algunas veces, raramente o nunca	24,5	25,0	24,9	25,1	27,7	27,8	28,0	27,5	27,3	30,6	24,8

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

Permisividad de los padres ante el consumo de alcohol

Por otro lado, si se analiza la percepción de los estudiantes en cuanto a la permisividad de sus padres ante el consumo de alcohol (tabla 1.2.111), se obtiene que los jóvenes que han bebido alcohol o que presentan una ingesta abusiva, perciben una mayor tolerancia de sus padres hacia la ingesta de alcohol (frente a los estudiantes que no lo han hecho).

La mayoría de los alumnos que no han tomado alcohol en los últimos 30 días (aproximadamente 8 de cada 10) indica que sus padres no le permitirían beber esta sustancia, mientras que entre los consumidores sólo lo manifiestan la mitad.

Considerando aquellos que han sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes, aproximadamente 6 de cada 10 afirman que sus padres les permitirían, o les permiten, beber alcohol, proporción que duplica la registrada entre aquellos que no se han emborrachado.

Entre los que han hecho *binge drinking* en los últimos 30 días o han hecho botellón en los últimos 12 meses, los porcentajes de alumnos que perciben permisividad ante el consumo de alcohol por parte de sus padres muestran cifras de consumo más elevadas.

Asimismo, cabe apuntar que la percepción que tienen los alumnos en este ámbito es semejante cuando se alude a la permisividad mostrada por la madre o por el padre.

Tabla 1.2.111.

Percepción de tolerancia parental para consumir alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido alcohol, se hayan emborrachado, hayan hecho binge drinking en los últimos 30 días o botellón en los últimos 12 meses (%). España, 2016.

	Consumo de alcohol últimos 30 días		Borracheras últimos 30 días		Binge drinking últimos 30 días		Botellón últimos 12 meses	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
MADRE								
Sí me lo permitiría (o me lo permite)	49,7	12,9	63,8	29,4	60,7	26,2	53,4	19,5
No me lo permitiría (o no me lo permite)	50,3	87,1	36,2	70,6	39,3	73,8	46,6	80,5
PADRE								
Sí me lo permitiría (o me lo permite)	48,4	13,3	60,7	29,4	58,6	26,2	51,6	19,8
No me lo permitiría (o no me lo permite)	51,6	86,7	39,3	70,6	41,4	73,8	48,4	80,2

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

Por su parte, cuando se analiza la extensión de las borracheras en función de la permisividad de los padres ante el consumo de alcohol (figura 1.2.45), se obtiene que la prevalencia es más elevada en los alumnos que perciben cierta permisividad por parte de sus padres.

Figura 1.2.45.

Prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 30 días según la permisividad de los padres ante el consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.



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

Percepción sobre el hábito de consumo de alcohol de los padres

Por otro lado, la encuesta incluye preguntas sobre la percepción que tienen los estudiantes del hábito de consumo de alcohol de sus padres, considerando los 30 días previos a la realización de la encuesta (tabla 1.2.112). Sólo un porcentaje residual de los alumnos considera que su padre o su madre realizan un abuso del consumo de alcohol diario (o prácticamente diario).

El porcentaje de alumnos que manifiesta abstención del consumo de alcohol en sus madres (38,6%) es claramente mayor que el que manifiesta abstención del consumo de bebidas alcohólicas en sus padres (23,5%). Asimismo el porcentaje de alumnos que atribuye a su padre un consumo diario moderado o abuso diario (17,8%) es 2,4 veces superior al de aquellos que lo perciben en su madre (7,4%).

Tabla 1.2.112.

Percepción del consumo de alcohol del padre y de la madre que tienen los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.

	Padre	Madre
No ha bebido ningún día	23,5	38,6
Ha bebido algún día aislado	35,5	37,5
Ha bebido sólo los fines de semana	23,3	16,5
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	16,4	7,0
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	1,4	0,4

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

Permisividad de los padres ante el consumo de tabaco

Con respecto a la permisividad para el consumo de tabaco percibida por los alumnos (tabla 1.2.113), aquellos que han fumado en los últimos 30 días cuentan en mayor proporción con cierta tolerancia por parte de sus padres que los que no han fumado en dicho periodo.

Tan sólo el 46,9% de los estudiantes que han fumado diariamente en el último mes piensa que su padre no les permitiría fumar, sin embargo, el 93,9% de los que no fumaron diariamente perciben esta intolerancia hacia el tabaco por parte de su padre (las cifras son similares cuando se realiza la comparativa con las madres).

Tabla 1.2.113.

Percepción de tolerancia parental para consumir tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido tabaco en los últimos 30 días o hayan consumido tabaco a diario en los últimos 30 días (%). España, 2016.

	Ha consumido tabaco últimos 30 días		Ha consumido tabaco diariamente últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
MADRE				
No me lo permitiría (o no me lo permite), en absoluto	70,7	95,6	39,8	93,7
Sí, me lo permitiría (o me lo permite) en cualquier sitio	29,3	4,4	60,2	6,3
PADRE				
No me lo permitiría (o no me lo permite), en absoluto	74,0	95,4	46,9	93,9
Sí, me lo permitiría (o me lo permite) en cualquier sitio	26,0	4,6	53,1	6,1

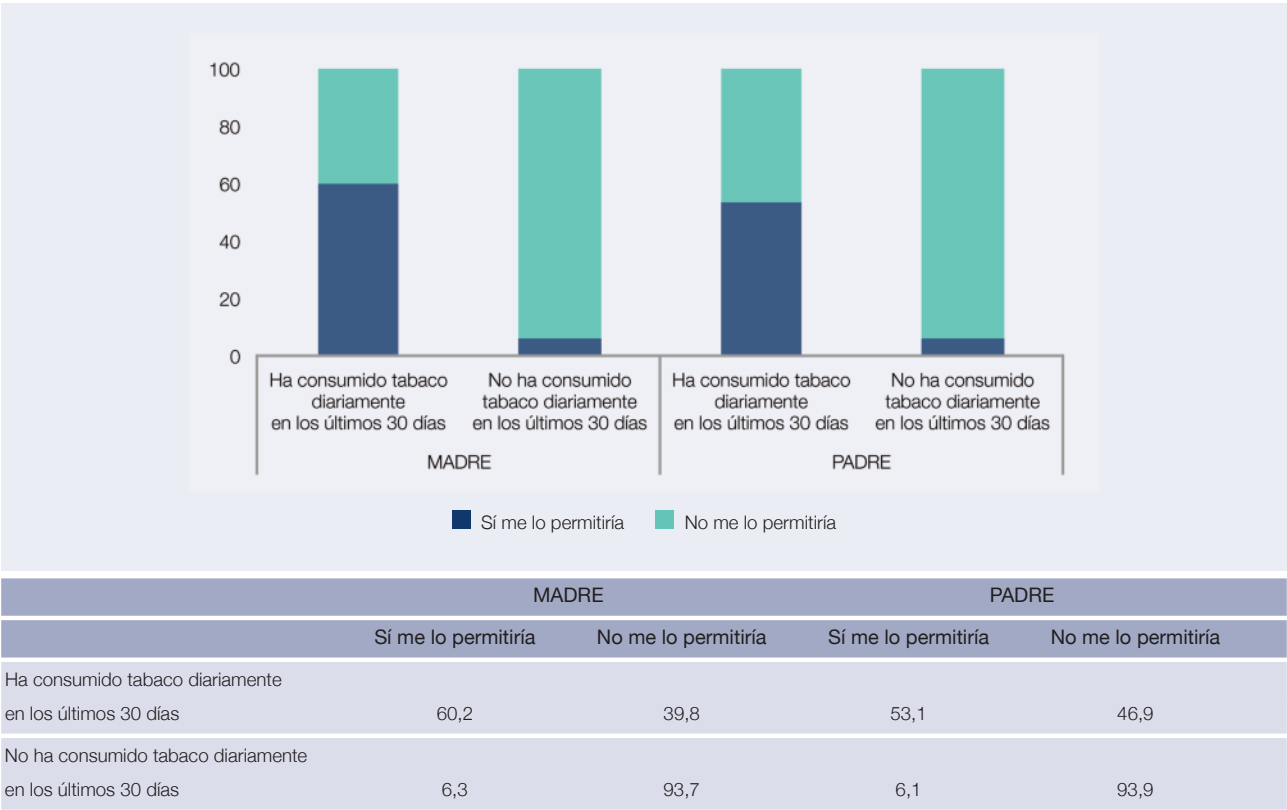
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Según la percepción de los estudiantes que han fumado tabaco en los últimos 30 días o a diario, los padres muestran menor permisividad en este ámbito que las madres.

Si se observa la extensión del consumo diario de tabaco en función de la permisividad de los padres ante el consumo de esta sustancia, se obtiene que la prevalencia es sustancialmente más elevada en los estudiantes que perciben cierta permisividad por parte de sus padres (figura 1.2.46).

Figura 1.2.46.

Prevalencia del consumo diario de tabaco en los últimos 30 días según la permisividad de los padres ante el consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.



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

Permisividad de los padres ante el consumo de cannabis

La permisividad de los padres ante el consumo de cannabis percibida por los alumnos (tabla 1.2.114), es mucho menor que la observada con respecto al tabaco o el alcohol.

La mayoría de los alumnos, consumidores o no de cannabis los últimos 30 días, indica que sus padres no le permitirían consumir esta sustancia, más del 99% de no consumidores y sobre el 93% de consumidores (las cifras son similares cuando se realiza la comparativa en los últimos 12 meses).

Entre los que tienen un consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses, aproximadamente 1 de cada 6 afirma que sus padres le permitirían o le permiten consumir cannabis, proporción aproximadamente 3,5 veces mayor que en aquellos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses y aproximadamente 2,5 veces mayor que en aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. También se aprecia que el consumo problemático tiene mayor prevalencia entre los estudiantes que indican que sus padres les permiten consumir cannabis.

Por otra parte, cuando se alude a la permisividad mostrada por la madre o por el padre ante el consumo de cannabis, la percepción que tienen los alumnos es semejante.

Tabla 1.2.114.

Percepción de tolerancia parental para cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según el consumo de cannabis que los estudiantes tengan (%). España, 2016.

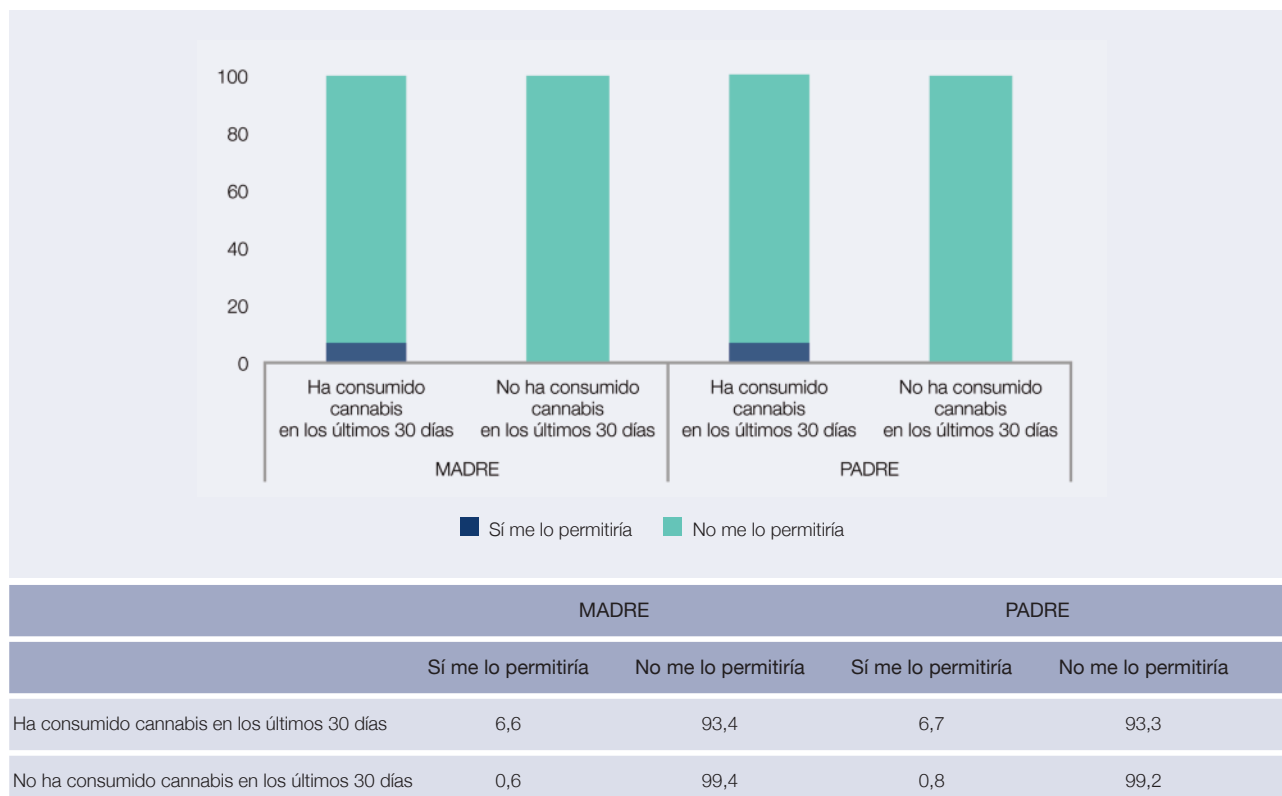
	Consumo cannabis últimos 12 meses		Consumo cannabis últimos 30 días		Clasificación CAST consumidores cannabis últimos 12 meses		
	Sí	No	Sí	No	CAST 0-1	CAST 2-3	CAST ≥4
MADRE							
Sí me lo permitiría (o me lo permite)	1,6	4,8	0,5	6,6	0,6	17,1	3,4
No me lo permitiría (o no me lo permite)	98,4	95,2	99,5	93,4	99,4	82,9	96,6
PADRE							
Sí me lo permitiría (o me lo permite)	1,8	5,1	0,7	6,7	0,8	17,1	3,7
No me lo permitiría (o no me lo permite)	98,2	94,9	99,3	93,3	99,2	82,9	96,3

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

Al igual que ocurría con el alcohol o el tabaco, cuando se analiza la permisividad de los padres ante el consumo de cannabis, los alumnos que perciben cierta permisividad por parte de sus padres presentan prevalencias más elevadas (figura 1.2.47).

Figura 1.2.47.

Prevalencia del consumo diario de tabaco en los últimos 30 días según la permisividad de los padres ante el consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2016.



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

Actividades de ocio

La encuesta ESTUDES también aporta información sobre la frecuencia con que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias realizan determinadas actividades de ocio en su tiempo libre, tales como jugar a videojuegos, hacer deporte, leer libros, salir por las noches, practicar algún hobby, salir con los amigos de paseo, de compras..., navegar por internet o jugar a las tragaperras (tabla 1.2.115).

Como novedad, este año se ha incorporado en la encuesta una pregunta que indaga sobre el tiempo medio que los jóvenes dedican al día a estas acciones de ocio. En concreto se centra en el deporte, las salidas por las tardes, el hecho de jugar dinero y el uso de internet (tabla 1.2.116).

En cuanto a la **actividad física** de los estudiantes, el 70,8% practica algún deporte semanalmente, si bien es más frecuente en el grupo masculino (el 80,5% hace deporte semanalmente frente al 60,7% de las chicas). Asimismo, se observa que conforme aumenta la edad de los estudiantes, el porcentaje que hace deporte con esa frecuencia disminuye progresivamente. De media, cada día que realizan deporte le dedican alrededor de 1 hora (41,3%), aunque los hombres lo hacen de 2 a 3 horas (41,2%) y las mujeres alrededor de 1 hora (44,6%).

Tan sólo el 22,3% de los alumnos mantiene un **hábito de lectura** semanal y el 35,5% declara que nunca lee libros como entretenimiento (sin tener en cuenta las lecturas obligatorias de clase). Las chicas manifiestan tener un mayor hábito de lectura que los chicos (tan sólo el 25,3% de ellas dice no haber leído nunca frente al 45,5% de ellos), observándose asimismo que a medida que aumenta la edad de los estudiantes se reduce el hábito lector.

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 levemente superior en el grupo masculino y, como cabría esperar, dicha proporción se eleva a medida que aumenta la edad de los alumnos.

Es muy frecuente entre los estudiantes **salir con los amigos por las tardes de compras, a pasear, al parque**, a pasar el rato... el 61,7% realizan este tipo de ocio de forma semanal. Esta alternativa para pasar el tiempo libre es más frecuente entre las chicas. Cuando lo hacen, por término medio, le dedican de 2 a 3 horas al día, independientemente del sexo o la edad del estudiante.

Aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes indica **tener un hobby** (tocar un instrumento, cantar, pintar, escribir...) al que le dedica un tiempo todas las semanas. Esta alternativa de ocio es más popular entre las chicas. Sin embargo, a medida que aumenta la edad de los alumnos, es menos habitual tener este tipo de hobbies.

Respecto al **juego relacionado con el dinero**, el juego fuera de internet tiene frecuencias algo más elevadas que el juego en internet, pero en ambos casos las frecuencias son pequeñas comparadas con el resto de actividades de ocio. Menos del 10% de los estudiantes ha jugado dinero en internet y por debajo del 15% fuera de internet. El porcentaje que reconoce jugar dinero de forma mensual fuera de internet es inferior al 5% y en internet al 2%. En cualquier caso, este tipo de juego es más popular entre los varones y aumenta a medida que se incrementa la edad.

Entre los estudiantes que han jugado dinero y han respondido a la pregunta sobre el tiempo que le han dedicado, la mayoría declara que fue media hora al día o menos (8,6% de los que lo jugaron fuera de internet y 3,6% de los que lo hicieron dentro de internet).

Por su parte, el **uso de internet** como alternativa de ocio está totalmente generalizado entre los alumnos de 14 a 18 años con independencia del sexo o de la edad de los estudiantes; de forma diaria 6 de cada 10 escuchan o descargan música, ven o descargan vídeos musicales, películas, series, etc., 5 de cada 6 utilizan redes sociales y el 92,0% utiliza WhatsApp, e-mail, MSN.

El tiempo medio dedicado por los estudiantes a escuchar o descargar música, ver películas, series... es de es en un 30,3% de los casos de alrededor de 1 hora al día. El uso de redes sociales, para el 39,6% de los jóvenes ocupa 4 horas al día o más. Y utilizar mensajería como Whatsapp, e-mail o MSN para casi la mitad de ellos (48,6%) también supone 4 horas o más al día.

En contraposición al uso generalizado de internet por parte de los estudiantes, está el uso de la tablet o ipad en el centro escolar, ya que el 85,7% de ellos no lo utiliza como herramienta de trabajo en clase en lugar de usar libros. Tan sólo el 11,3% de los centros lo utiliza en algunas asignaturas y una minoría del 3,0% lo usa en todas las asignaturas.

Los **juegos de realidad virtual** constituyen una alternativa de ocio semanal entre los estudiantes de 14-18 años (el 34,5% juega por lo menos una vez a la semana o casi todos los días). Se trata de un hábito notablemente más extendido entre los chicos (prácticamente 6 de cada 10 juega semanalmente).

Respecto a los **juegos de habilidad** en internet (Candy Crush, Angry Birds, etc.), un 28,4% de los jóvenes afirma hacerlo al menos un día por semana, siendo un hábito más extendido entre los chicos. Cuando utilizan este tipo de juegos, en la mayoría de los casos ocupan media hora o menos al día (18,0% para los de realidad virtual y 40,7% para los de habilidad).

Con respecto a **visitar páginas de adultos**, el 60,3% de los alumnos admite no visitar nunca dichas páginas, comportamiento que resulta ser mayoritario en las chicas (86,2% frente a 34,5% de ellos). Este hábito ocupa, en un 29,2% de los casos, media hora o menos al día.

El hábito de **comprar por internet** semanalmente está poco extendido entre los alumnos, sólo el 7,2% compra una vez a la semana o casi todos los días, aunque un 35,3% de ellos lo hace al menos 1 vez al mes. En este caso, no existen diferencias por sexo.

Tabla 1.2.115.

Frecuencia (días) de actividades de ocio entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	POR SEXO Y EDAD						
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia practicas algún deporte, haces ejercicio?								
Nunca	10,2	6,0	14,5	7,1	9,7	10,1	12,2	17,5
De 1 a 3 días al año	5,0	3,0	7,0	3,3	4,2	4,3	7,4	8,4
De 1 a 3 días al mes	14,1	10,4	17,8	11,0	13,2	14,1	17,2	18,3
De 1 a 4 días por semana	54,5	56,8	52,1	60,9	54,9	55,5	48,8	42,9
De 5 a 7 días por semana	16,3	23,7	8,6	17,7	17,9	16,0	14,4	12,9
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia lees libros como diversión?								
Nunca	35,5	45,5	25,3	31,0	36,7	36,9	35,9	41,6
De 1 a 3 días al año	21,1	22,1	20,2	20,9	20,1	20,7	22,5	23,1
De 1 a 3 días al mes	21,0	18,7	23,5	23,0	20,6	20,2	21,3	17,5
De 1 a 4 días por semana	13,2	9,3	17,2	13,7	13,1	13,5	12,7	12,4
De 5 a 7 días por semana	9,1	4,5	13,8	11,4	9,6	8,7	7,5	5,4
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sales con amigos por las noches a una discoteca, bar, fiesta, café...?								
Nunca	19,6	20,2	19,0	35,3	21,9	13,8	9,3	8,6
De 1 a 3 días al año	16,2	15,9	16,6	19,7	19,0	15,3	12,2	10,7
De 1 a 3 días al mes	38,6	36,8	40,3	27,9	34,5	44,1	47,0	43,3
De 1 a 4 días por semana	23,6	24,7	22,5	16,0	22,4	24,7	29,5	33,7
De 5 a 7 días por semana	2,0	2,3	1,6	1,2	2,2	2,0	2,0	3,7
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sales con amigos por las tardes de compras, a dar un paseo, vas a un parque para pasar el rato?								
Nunca	3,3	4,4	2,2	3,9	3,9	2,8	3,0	2,3
De 1 a 3 días al año	6,0	6,7	5,2	6,6	5,8	5,6	5,9	6,1
De 1 a 3 días al mes	29,0	28,7	29,4	30,6	27,4	27,8	30,3	29,3
De 1 a 4 días por semana	49,9	47,7	52,1	48,7	49,1	51,8	49,8	49,7
De 5 a 7 días por semana	11,8	12,5	11,1	10,2	13,9	12,0	11,1	12,6
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia realizas otros hobbies?								
Nunca	41,4	44,8	37,9	39,4	42,5	40,9	42,0	45,3
De 1 a 3 días al año	8,7	8,6	8,9	8,1	8,0	8,9	9,9	9,4
De 1 a 3 días al mes	14,4	13,0	15,9	14,2	14,0	14,8	14,5	14,9
De 1 a 4 días por semana	20,7	19,9	21,6	22,5	20,2	20,9	19,8	17,8
De 5 a 7 días por semana	14,7	13,7	15,7	15,8	15,3	14,5	13,8	12,6

	TOTAL		POR SEXO Y EDAD					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia juegas dinero fuera de internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas...?								
Nunca	86,4	78,4	94,6	91,4	88,4	86,5	82,6	73,2
De 1 a 3 días al año	6,5	9,4	3,6	4,9	6,1	6,1	7,6	11,7
De 1 a 3 días al mes	4,6	7,9	1,3	2,2	3,5	4,9	6,5	9,6
De 1 a 4 días por semana	2,0	3,5	0,4	1,1	1,5	1,9	2,7	4,4
De 5 a 7 días por semana	0,5	0,9	0,1	0,2	0,5	0,5	0,6	1,1
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia juegas dinero en internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas...?								
Nunca	93,6	89,8	97,5	94,7	93,3	93,9	93,2	91,4
De 1 a 3 días al año	2,7	4,4	0,9	2,5	2,8	2,6	2,5	3,6
De 1 a 3 días al mes	1,7	3,1	0,3	1,2	1,9	1,4	2,3	2,2
De 1 a 4 días por semana	0,8	1,3	0,2	0,7	0,5	0,9	0,9	1,2
De 5 a 7 días por semana	1,2	1,3	1,1	1,0	1,5	1,2	1,1	1,5
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usas WhatsApp, e-mail, MSN?								
Nunca	0,4	0,6	0,3	0,6	0,5	0,4	0,2	0,3
De 1 a 3 días al año	0,8	1,0	0,7	1,2	1,0	0,6	0,6	0,7
De 1 a 3 días al mes	1,1	1,3	0,8	1,6	1,1	0,8	0,9	0,7
De 1 a 4 días por semana	5,7	6,9	4,4	8,8	6,2	4,3	3,8	3,1
De 5 a 7 días por semana	92,0	90,3	93,7	87,8	91,2	93,9	94,4	95,2
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usas las redes sociales?								
Nunca	2,1	2,6	1,6	3,1	2,0	1,9	1,4	1,9
De 1 a 3 días al año	1,1	1,4	0,9	1,5	1,2	0,8	1,1	0,7
De 1 a 3 días al mes	2,4	3,2	1,5	2,8	2,7	2,3	1,7	1,8
De 1 a 4 días por semana	10,6	12,8	8,3	13,9	10,8	9,2	8,9	8,3
De 5 a 7 días por semana	83,8	80,0	87,7	78,6	83,4	85,8	86,9	87,3
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, escuchas o descargas música, ves o descargas vídeos musicales, películas, series, etc.?								
Nunca	1,5	2,2	0,9	2,2	2,0	1,1	0,9	1,2
De 1 a 3 días al año	2,5	3,0	2,0	4,0	2,5	1,6	1,8	2,4
De 1 a 3 días al mes	10,6	11,5	9,6	13,8	11,2	8,8	9,0	8,8
De 1 a 4 días por semana	25,8	26,2	25,3	28,7	26,4	24,4	24,4	22,4
De 5 a 7 días por semana	59,6	57,1	62,1	51,2	57,9	64,1	63,9	65,3
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, participas en juegos de realidad virtual?								
Nunca	41,7	17,1	66,6	38,3	40,4	42,2	45,4	44,7
De 1 a 3 días al año	10,0	7,3	12,7	9,5	10,1	10,2	10,4	9,4
De 1 a 3 días al mes	13,8	17,3	10,2	13,6	13,3	14,1	14,4	12,6
De 1 a 4 días por semana	18,0	29,8	6,0	20,7	18,3	17,4	15,7	16,7
De 5 a 7 días por semana	16,5	28,4	4,4	17,9	18,0	16,0	14,1	16,7
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, juegas a juegos de habilidad?								
Nunca	33,1	27,3	38,9	29,3	32,6	33,9	35,6	38,1
De 1 a 3 días al año	16,3	14,7	18,0	16,6	17,1	15,9	16,9	12,8
De 1 a 3 días al mes	22,2	21,7	22,7	22,7	22,2	22,0	21,7	22,2
De 1 a 4 días por semana	17,5	21,0	14,0	19,6	17,3	17,6	15,4	16,6
De 5 a 7 días por semana	10,9	15,3	6,4	11,8	10,8	10,5	10,5	10,2
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, visitas páginas sólo para adultos?								
Nunca	60,3	34,5	86,2	69,8	62,0	57,1	53,4	53,2
De 1 a 3 días al año	8,7	10,7	6,6	7,8	7,9	9,0	9,4	10,8
De 1 a 3 días al mes	11,5	18,9	4,0	8,0	11,0	12,4	14,6	13,1
De 1 a 4 días por semana	12,4	22,5	2,3	8,9	11,8	14,0	14,7	14,6
De 5 a 7 días por semana	7,1	13,3	0,9	5,5	7,3	7,6	7,9	8,2
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, compras ropa, juegos, libros, etc.?								
Nunca	30,6	32,4	28,7	34,5	32,7	29,0	26,4	28,8
De 1 a 3 días al año	34,1	32,4	35,7	32,3	32,6	34,8	36,8	33,7
De 1 a 3 días al mes	28,1	27,6	28,6	26,8	26,9	28,9	29,6	29,6
De 1 a 4 días por semana	5,0	5,2	4,9	4,3	5,3	5,3	5,2	5,7
De 5 a 7 días por semana	2,2	2,3	2,1	2,1	2,5	2,0	2,0	2,3

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Tabla 1.2.116.

Tiempo dedicado, de media al día, en actividades de ocio entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2016.

TOTAL		POR SEXO Y EDAD						
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a practicar algún deporte, hacer ejercicio?								
No lo he hecho	10,3	6,1	14,6	7,1	9,8	10,2	12,3	17,9
Media hora o menos al día	13,5	9,1	18,0	12,6	13,4	13,5	14,1	15,2
Alrededor de 1 hora al día	41,3	38,2	44,6	43,1	41,4	41,3	41,0	35,7
De 2 a 3 horas al día	31,1	41,2	20,6	32,8	31,0	31,7	29,4	27,3
4 horas al día o más	3,9	5,4	2,2	4,4	4,4	3,4	3,2	3,9
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a salir con amigos por las tardes de compras, a dar un paseo, ir a un parque para pasar el rato?								
No lo he hecho	3,3	4,5	2,2	4,0	3,9	2,8	3,1	2,3
Media hora o menos al día	7,6	8,8	6,5	8,6	7,7	7,2	7,1	7,3
Alrededor de 1 hora al día	14,4	16,2	12,5	14,6	13,1	13,9	14,9	17,7
De 2 a 3 horas al día	41,8	40,9	42,8	42,0	40,9	41,9	42,8	41,0
4 horas al día o más	32,8	29,6	36,0	30,8	34,4	34,3	32,1	31,7
En últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a jugar dinero fuera de internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, apuestas...?								
No lo he hecho	88,1	80,8	95,3	92,7	89,8	88,2	84,4	75,7
Media hora o menos al día	8,6	13,9	3,3	5,3	7,5	8,5	11,5	15,9
Alrededor de 1 hora al día	2,1	3,3	0,9	1,2	1,5	2,0	2,6	5,6
De 2 a 3 horas al día	0,8	1,3	0,4	0,6	0,7	0,8	1,0	1,8
4 horas al día o más	0,5	0,7	0,2	0,3	0,5	0,5	0,4	1,0
En últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a jugar dinero en internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, apuestas...?								
No lo he hecho	93,3	89,5	97,1	94,6	92,9	93,3	92,7	91,4
Media hora o menos al día	3,6	6,2	0,9	2,9	3,3	3,5	4,2	4,7
Alrededor de 1 hora al día	1,1	1,9	0,4	0,9	1,4	1,1	1,1	1,6
De 2 a 3 horas al día	0,9	1,2	0,6	0,7	1,0	0,8	0,9	1,3
4 horas al día o más	1,1	1,3	1,0	0,9	1,4	1,3	1,1	1,0
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a usar WhatsApp, e-mail, MSN?								
No lo he hecho	0,4	0,6	0,3	0,6	0,5	0,4	0,2	0,3
Media hora o menos al día	8,0	10,6	5,4	11,8	9,2	6,1	5,5	4,8
Alrededor de 1 hora al día	15,7	20,1	11,2	20,6	16,8	14,3	12,4	9,8
De 2 a 3 horas al día	27,3	27,5	27,0	28,8	26,3	28,0	27,4	21,2
4 horas al día o más	48,6	41,2	56,1	38,2	47,1	51,2	54,4	63,9
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado a usar las redes sociales?								
No lo he hecho	2,1	2,6	1,6	3,1	2,0	1,9	1,4	1,9
Media hora o menos al día	8,5	10,5	6,4	10,6	9,3	7,4	7,0	6,9
Alrededor de 1 hora al día	19,5	23,1	15,9	22,8	19,0	19,2	17,6	16,4
De 2 a 3 horas al día	30,3	30,0	30,6	30,8	30,1	29,8	32,0	25,9
4 horas al día o más	39,6	33,7	45,5	32,7	39,7	41,6	42,1	48,9
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado, a través de internet, a escuchar o descargar música, ver o descargar vídeos musicales, películas, series, etc.?								
No lo he hecho	1,6	2,2	0,9	2,3	2,1	1,1	0,9	1,2
Media hora o menos al día	22,4	24,9	19,9	29,0	22,9	20,3	18,4	17,7
Alrededor de 1 hora al día	30,3	30,9	29,8	30,8	29,6	30,4	31,0	29,1
De 2 a 3 horas al día	25,4	23,5	27,4	21,4	24,4	26,5	28,8	28,7
4 horas al día o más	20,2	18,5	22,0	16,6	21,1	21,6	20,9	23,4

	TOTAL	POR SEXO Y EDAD						
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado, a través de internet, a participar en juegos de realidad virtual?								
No lo he hecho	43,9	17,9	70,8	40,5	42,7	44,6	47,5	46,7
Media hora o menos al día	18,0	19,6	16,4	19,4	17,7	18,0	18,0	13,9
Alrededor de 1 hora al día	16,8	25,6	7,7	17,7	16,8	16,4	16,2	16,6
De 2 a 3 horas al día	12,9	22,1	3,3	13,2	13,6	12,5	11,8	13,7
4 horas al día o más	8,4	14,9	1,8	9,1	9,3	8,5	6,5	9,1
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado, a través de internet, a jugar a juegos de habilidad?								
No lo he hecho	35,5	29,2	41,8	31,7	35,0	36,1	38,0	40,2
Media hora o menos al día	40,7	39,0	42,3	43,6	40,9	40,3	38,8	36,0
Alrededor de 1 hora al día	16,0	19,9	12,0	16,7	15,7	15,3	16,2	15,6
De 2 a 3 horas al día	5,1	7,5	2,7	5,6	5,1	5,2	4,5	4,4
4 horas al día o más	2,8	4,4	1,2	2,3	3,2	3,0	2,5	3,8
En los últimos 12 meses, ¿cuánto tiempo has dedicado, a través de internet, a visitar páginas sólo para adultos?								
No lo he hecho	62,2	36,0	88,1	72,2	63,9	58,9	55,1	55,1
Media hora o menos al día	29,2	49,4	9,4	21,3	27,4	32,3	35,6	33,1
Alrededor de 1 hora al día	5,9	10,2	1,6	4,0	5,5	6,4	7,1	8,3
De 2 a 3 horas al día	1,2	1,9	0,5	1,0	1,5	1,0	1,1	2,3
4 horas al día o más	1,4	2,5	0,4	1,4	1,7	1,5	1,1	1,3

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Actividades de ocio y consumo de sustancias psicoactivas

La **práctica de deporte semanal** resulta semejante entre los alumnos que han consumido alcohol y los que no. Se aprecia sin embargo, que entre los consumidores de tabaco, de cannabis o de cocaína, la proporción que hace deporte de forma semanal es levemente inferior al dato obtenido entre los que no han consumido (tabla 1.2.117).

El hábito de **leer libros como entretenimiento** se encuentra menos presente en los alumnos que han consumido alcohol, tabaco, cannabis o cocaína. Lo mismo sucede con los **hobbies**, aunque este hábito semanal está más extendido entre los alumnos que el de la lectura.

En general, la **frecuencia de salidas nocturnas** es mayor entre los estudiantes que consumen las diferentes sustancias analizadas. También son más frecuentes en estos colectivos las **salidas con amigos para comprar, pasear o ir al parque**.

Respecto al **juego relacionado con el dinero**, tanto fuera de internet como en internet, el porcentaje que ha jugado alguna vez es mayor en los estudiantes que reconocen haber consumido sustancias psicoactivas, alcanzándose la mayor diferencia entre los que han consumido cocaína en el último año (el 12,8% juega dinero fuera de internet por lo menos una vez a la semana y el 6,8% juega dinero dentro).

En cuanto a la extensión del **uso de internet** (WhatsApp, e-mail, MSN, redes sociales, descargas de videos, música, etc.), ésta resulta menor entre los estudiantes que no consumen las sustancias consideradas.

Utilizar **juegos de realidad virtual** o **juegos de habilidad** resulta menos extendido entre los consumidores de alcohol, tabaco o cannabis, sin embargo está más extendido entre los consumidores de cocaína.

Con respecto a **visitar páginas de adultos**, también está más extendido entre los consumidores de todas las sustancias analizadas, siendo en los consumidores de cocaína donde existe mayor diferencia.

Las **compras por internet** están más generalizadas entre los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas, sobre todo en los consumidores de cocaína que casi duplica el porcentaje de los no consumidores (14,5% de consumidores frente a un 7,0% de no consumidores).

Tabla 1.2.117.

Frecuencia de actividades de ocio entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según el consumo de sustancias psicoactivas (%). España, 2016.

	Total alumnos	Consumo alcohol		Borracheras		Consumo tabaco		Consumo cannabis		Consumo cocaína	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia prácticas algún deporte, haces ejercicio?											
Nunca	10,2	9,9	11,0	10,3	10,1	12,2	9,1	11,0	9,9	14,2	10,2
De 1 a 3 días al año	5,0	5,0	4,8	5,3	4,8	5,3	4,8	5,2	4,8	3,1	5,0
De 1 a 3 días al mes	14,1	14,3	13,4	15,3	13,3	15,4	13,4	14,9	13,7	14,0	14,0
De 1 a 4 días por semana	54,5	54,3	55,0	53,2	55,6	52,6	55,5	53,1	55,2	47,8	54,7
De 5 a 7 días por semana	16,3	16,5	15,7	15,9	16,3	14,4	17,3	15,7	16,4	20,9	16,1
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia lees libros como diversión?											
Nunca	35,5	38,0	27,8	40,1	31,1	42,7	31,6	44,2	32,1	53,1	34,9
De 1 a 3 días al año	21,1	21,6	19,9	21,9	20,7	21,0	21,3	21,0	21,3	14,9	21,3
De 1 a 3 días al mes	21,0	20,4	22,8	19,9	22,2	18,7	22,3	18,1	22,2	14,3	21,3
De 1 a 4 días por semana	13,2	12,1	16,8	11,2	15,1	10,6	14,6	10,3	14,3	10,1	13,4
De 5 a 7 días por semana	9,1	7,9	12,7	6,9	10,9	7,0	10,2	6,3	10,2	7,6	9,2
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sales con amigos por las noches a una discoteca, bar, fiesta, café...?											
Nunca	19,6	9,7	50,0	3,6	32,0	6,8	26,5	5,1	24,8	4,9	20,0
De 1 a 3 días al año	16,2	15,1	19,7	10,7	20,3	11,1	19,0	9,8	18,5	8,1	16,5
De 1 a 3 días al mes	38,6	44,4	20,7	48,0	31,6	43,6	35,9	44,3	36,6	35,4	38,7
De 1 a 4 días por semana	23,6	28,5	8,9	34,8	15,0	34,7	17,7	36,6	19,0	41,6	23,1
De 5 a 7 días por semana	2,0	2,4	0,7	2,9	1,1	3,8	1,0	4,2	1,1	10,1	1,7
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sales con amigos por las tardes de compras, a dar un paseo, vas a un parque para pasar el rato?											
Nunca	3,3	1,9	7,4	1,2	4,8	1,7	4,2	1,7	3,9	2,5	3,3
De 1 a 3 días al año	6,0	4,6	10,0	3,5	7,8	3,5	7,3	3,4	6,9	5,0	6,0
De 1 a 3 días al mes	29,0	26,5	36,9	23,1	33,8	21,3	33,1	20,2	32,3	17,2	29,4
De 1 a 4 días por semana	49,9	53,3	39,5	55,8	45,6	53,4	48,1	53,5	48,7	42,8	50,2
De 5 a 7 días por semana	11,8	13,6	6,1	16,4	8,0	20,1	7,4	21,3	8,3	32,6	11,1
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia realizas otros hobbies?											
Nunca	41,4	42,9	36,5	43,8	38,8	46,6	38,6	45,5	39,7	50,9	41,0
De 1 a 3 días al año	8,7	9,2	7,3	9,6	8,3	9,3	8,5	9,2	8,6	7,0	8,8
De 1 a 3 días al mes	14,4	14,3	14,9	15,2	14,0	13,7	14,8	14,6	14,4	13,2	14,5
De 1 a 4 días por semana	20,7	19,8	23,6	18,8	22,4	17,3	22,6	17,9	21,8	15,3	20,9
De 5 a 7 días por semana	14,7	13,8	17,7	12,6	16,4	13,1	15,6	12,8	15,4	13,6	14,8
En últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia juegas dinero fuera de internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas...?											
Nunca	86,4	83,9	94,1	80,6	91,0	80,3	89,7	76,4	90,2	60,8	87,2
De 1 a 3 días al año	6,5	7,6	3,1	8,8	4,7	9,1	5,1	10,2	5,1	13,0	6,3
De 1 a 3 días al mes	4,6	5,5	1,8	7,0	2,7	6,7	3,5	8,6	3,0	13,4	4,3
De 1 a 4 días por semana	2,0	2,3	0,8	2,9	1,2	3,1	1,3	3,7	1,3	8,3	1,8
De 5 a 7 días por semana	0,5	0,6	0,2	0,7	0,4	0,8	0,4	1,1	0,3	4,5	0,4
En últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia juegas dinero en internet en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas...?											
Nunca	93,6	92,9	95,8	92,5	94,7	91,8	94,6	90,5	94,9	77,9	94,1
De 1 a 3 días al año	2,7	3,0	1,7	3,0	2,3	3,3	2,3	4,0	2,2	9,2	2,5
De 1 a 3 días al mes	1,7	2,0	0,9	2,2	1,3	2,3	1,4	2,7	1,3	6,2	1,5
De 1 a 4 días por semana	0,8	0,8	0,6	0,9	0,6	1,1	0,6	1,3	0,6	3,1	0,7
De 5 a 7 días por semana	1,2	1,3	0,9	1,4	1,0	1,5	1,0	1,6	1,1	3,7	1,1
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usas WhatsApp, e-mail, MSN?											
Nunca	0,4	0,3	1,0	0,2	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
De 1 a 3 días al año	0,8	0,7	1,4	0,4	1,1	0,8	0,9	0,7	0,9	1,9	0,8
De 1 a 3 días al mes	1,1	0,6	2,5	0,5	1,5	0,7	1,3	0,8	1,2	2,1	1,0
De 1 a 4 días por semana	5,7	3,7	11,8	2,2	8,3	2,6	7,3	2,6	6,7	4,1	5,7
De 5 a 7 días por semana	92,0	94,8	83,3	96,7	88,5	95,5	90,1	95,5	90,8	91,6	92,0

	Total alumnos	Consumo alcohol		Borracheras		Consumo tabaco		Consumo cannabis		Consumo cocaína	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usas las redes sociales?											
Nunca	2,1	1,0	5,4	0,5	3,3	0,7	2,8	0,7	2,6	0,9	2,1
De 1 a 3 días al año	1,1	0,8	2,2	0,5	1,5	0,8	1,3	1,0	1,1	2,1	1,1
De 1 a 3 días al mes	2,4	1,7	4,5	1,3	3,2	1,7	2,7	1,8	2,6	3,7	2,3
De 1 a 4 días por semana	10,6	8,2	18,0	6,1	14,1	6,4	12,8	6,6	12,0	9,1	10,6
De 5 a 7 días por semana	83,8	88,4	70,0	91,6	77,9	90,4	80,3	89,9	81,7	84,2	83,9
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, escuchas o descargas música, ves o descargas vídeos musicales, películas, series, etc.?											
Nunca	1,5	1,0	3,3	0,7	2,2	1,0	1,8	1,0	1,7	1,2	1,5
De 1 a 3 días al año	2,5	1,8	4,7	1,5	3,3	1,7	3,0	1,5	2,8	2,3	2,5
De 1 a 3 días al mes	10,6	9,1	15,1	7,7	12,8	7,6	12,2	7,1	11,8	8,4	10,6
De 1 a 4 días por semana	25,8	24,7	28,9	23,2	27,7	22,4	27,6	21,7	27,1	18,1	25,9
De 5 a 7 días por semana	59,6	63,4	48,0	66,9	54,1	67,4	55,5	68,6	56,5	70,0	59,4
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, participas en juegos de realidad virtual?											
Nunca	41,7	42,1	40,4	44,0	40,0	44,2	40,3	39,6	42,4	36,3	41,8
De 1 a 3 días al año	10,0	10,4	8,6	11,0	9,2	10,8	9,6	10,8	9,7	9,5	10,0
De 1 a 3 días al mes	13,8	14,1	12,6	14,5	13,2	14,4	13,4	15,9	13,0	12,9	13,7
De 1 a 4 días por semana	18,0	17,5	19,9	15,9	19,7	15,4	19,4	16,8	18,5	18,7	18,0
De 5 a 7 días por semana	16,5	15,9	18,6	14,6	17,9	15,2	17,3	17,0	16,4	22,6	16,4
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, juegas a juegos de habilidad?											
Nunca	33,1	33,8	30,7	34,6	31,6	36,4	31,3	35,3	32,1	38,5	32,9
De 1 a 3 días al año	16,3	16,4	16,1	16,5	16,2	16,0	16,5	15,6	16,7	12,9	16,4
De 1 a 3 días al mes	22,2	21,9	23,0	21,8	22,7	21,0	22,8	21,1	22,7	17,8	22,4
De 1 a 4 días por semana	17,5	17,1	18,8	16,8	18,2	15,8	18,4	16,5	17,9	17,9	17,5
De 5 a 7 días por semana	10,9	10,7	11,4	10,2	11,3	10,8	10,9	11,6	10,6	12,9	10,8
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, visitas páginas sólo para adultos?											
Nunca	60,3	56,1	73,2	52,3	66,5	53,1	64,1	45,6	65,7	33,8	61,0
De 1 a 3 días al año	8,7	9,3	6,8	9,4	8,0	9,9	8,0	10,0	8,1	9,4	8,6
De 1 a 3 días al mes	11,5	12,5	8,4	13,4	10,1	12,7	10,8	14,7	10,3	17,1	11,3
De 1 a 4 días por semana	12,4	14,0	7,7	15,6	10,2	14,6	11,3	18,0	10,5	16,9	12,4
De 5 a 7 días por semana	7,1	8,1	3,9	9,4	5,2	9,7	5,7	11,7	5,4	22,8	6,7
En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia, a través de internet, compras ropa, juegos, libros, etc.?											
Nunca	30,6	26,6	42,8	22,6	36,4	25,4	33,3	23,3	32,9	25,4	30,6
De 1 a 3 días al año	34,1	35,0	31,3	35,9	33,0	33,9	34,2	35,2	33,7	27,2	34,3
De 1 a 3 días al mes	28,1	30,6	20,7	32,8	24,6	31,1	26,5	32,3	26,8	32,9	28,1
De 1 a 4 días por semana	5,0	5,5	3,5	6,1	4,2	6,5	4,3	6,4	4,6	8,4	5,0
De 5 a 7 días por semana	2,2	2,3	1,7	2,6	1,8	3,1	1,7	2,8	1,9	6,1	2,0

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

Salidas nocturnas, frecuencia

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, 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.

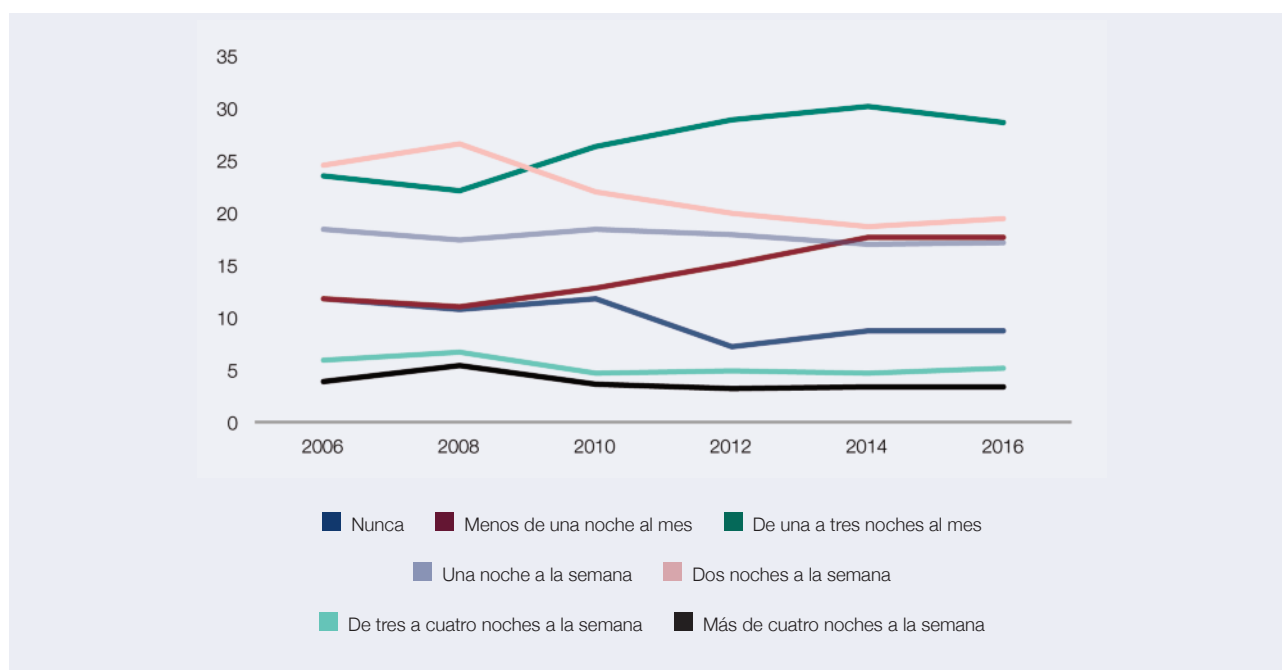
Con respecto a las salidas nocturnas en los últimos 12 meses (tabla 1.2.118), la frecuencia señalada por una mayor proporción de alumnos es entre 1 y 3 noches al mes (28,7%), que no supone cambio alguno con respecto a 2014.

En general los chicos salen a divertirse 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 10 jóvenes de 18 años salen 3 noches o más a la semana (tabla 1.2.119).

Tabla 1.2.118.

Evolución de la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2006-2016.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Nunca	11,8	10,7	11,8	7,2	8,7	8,7
Menos de una noche al mes	11,7	11,0	12,7	15,1	17,7	17,6
De una a tres noches al mes	23,6	22,1	26,2	28,8	30,1	28,7
Una noche a la semana	18,5	17,3	18,4	17,9	17,0	17,2
Dos noches a la semana	24,5	26,7	22,1	19,9	18,6	19,3
De tres a cuatro noches a la semana	5,9	6,8	4,7	4,8	4,7	5,2
Más de cuatro noches a la semana	3,9	5,3	3,6	3,2	3,3	3,3



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

Tabla 1.2.119.

Frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	POR SEXO Y EDAD						
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Nunca	8,7	8,8	8,7	15,9	9,5	6,4	4,2	4,3
Menos de una noche al mes	17,6	16,7	18,6	21,2	18,9	16,4	15,0	14,1
De una a tres noches al mes	28,7	27,0	30,4	23,2	27,2	31,3	32,9	28,7
Una noche a la semana	17,2	17,9	16,5	15,6	16,3	17,8	18,9	17,7
Dos noches a la semana	19,3	20,4	18,2	15,9	18,6	19,9	21,2	25,2
De tres a cuatro noches a la semana	5,2	5,6	4,7	4,8	5,5	5,0	5,2	5,7
Más de cuatro noches a la semana	3,3	3,6	3,0	3,3	3,9	3,1	2,6	4,3

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 aumenta conforme lo hace la frecuencia de las salidas (tabla 1.2.120).

Más del 80% de los alumnos que han salido al menos una noche al mes han tomado **bebidas alcohólicas** en los últimos 12 meses, frente al 26,7% que han consumido bebidas alcohólicas y dicen no haber salido.

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 excede el 50% entre los que salen con frecuencia semanal.

Por su parte, 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 y, a medida que crece la frecuencia de las salidas, aumenta la extensión del consumo de cannabis.

Se contempla el mismo escenario a la hora de abordar el 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 (8,1%).

Tabla 1.2.120.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2016.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína*
Nunca	26,7	9,0	4,6	0,3
Menos de una noche al mes	65,9	21,2	15,3	1,0
De una a tres noches al mes	83,0	35,6	26,5	1,8
Una noche a la semana	84,7	39,6	30,5	2,9
Dos noches a la semana	90,2	50,2	38,7	4,0
De tres a cuatro noches a la semana	89,8	53,7	44,7	6,0
Más de cuatro noches a la semana	89,8	56,8	46,6	8,1

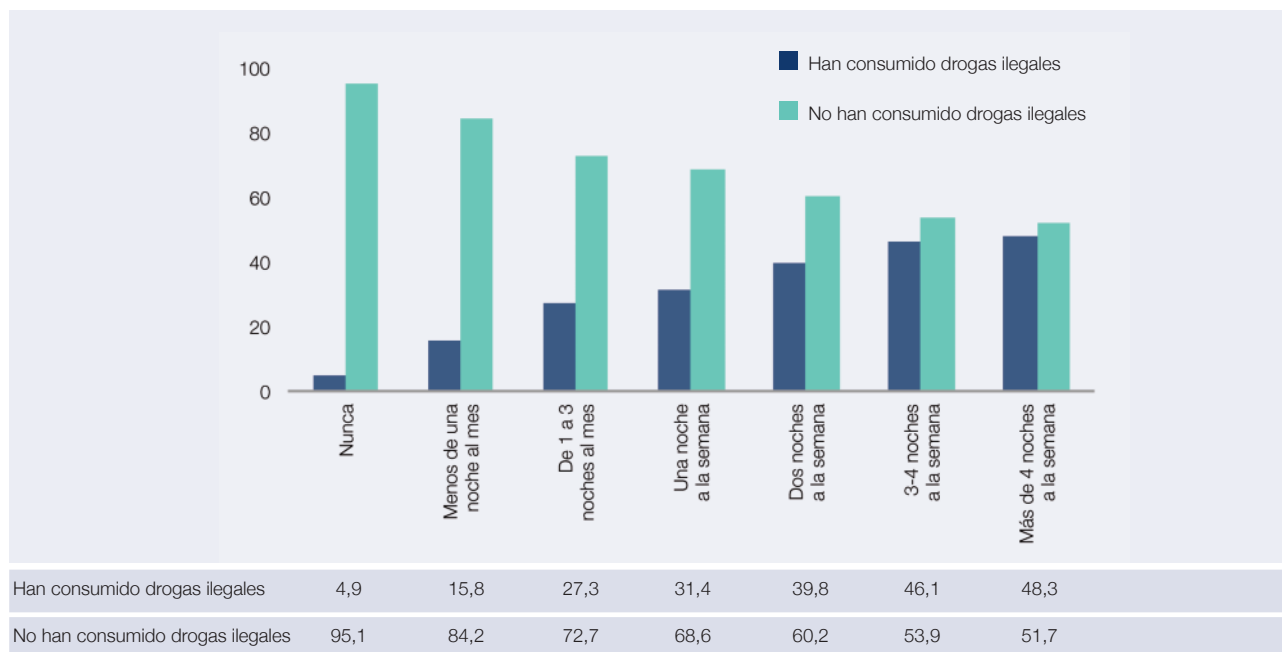
* Cocaína polvo y/o base.

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 1.2.48).

Figura 1.2.48.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2016.



* 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 1.2.121).

Considerando a los estudiantes que en los últimos 12 meses salieron a divertirse por la noche, el 38,2% regresó a casa antes de la 1 de la madrugada en su última salida en fin de semana, el 37,2% volvió entre la 1 y las 4 de la mañana, mientras que el 24,6% regresó más tarde de las 4 de la madrugada.

Tabla 1.2.121.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que regresan a casa (última salida en fin de semana), en cada una de las franjas horarias señaladas, según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	POR SEXO Y EDAD						
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	20,2	19,8	20,6	38,5	25,1	13,8	8,6	5,4
Entre las 12 y la 1 de la madrugada	18,0	19,0	17,1	26,5	23,0	17,0	9,3	6,5
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	12,5	12,9	12,1	11,7	14,0	14,3	11,3	7,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	12,0	12,3	11,6	9,0	12,2	13,5	13,4	10,6
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	12,7	11,8	13,6	6,7	10,8	15,4	16,7	15,7
Entre las 4 y las 8 de la mañana	19,0	17,9	20,1	5,8	10,9	19,9	32,3	42,1
Después de las 8 de la mañana	5,6	6,4	4,9	1,9	4,0	6,1	8,5	12,2

H = Hombres; M = Mujeres.

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

No se aprecia una diferencia reseñable en cuanto a la hora en la que chicos y chicas regresaron a casa en su última salida nocturna. Sin embargo, como cabría esperar, la hora de vuelta a casa se retrasa conforme aumenta la edad de los estudiantes. El 7,7% de los alumnos de 14 años regresó más tarde de las 4 de la madrugada en su última salida, porcentaje que asciende al 26,0% en el colectivo de 16 años y al 54,3% entre los estudiantes de 18 años.

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 cuanto más tiempo se dedica al ocio nocturno, mayor es la prevalencia de estas drogas.

El consumo de **alcohol** se encuentra generalizado entre los estudiantes que en su última salida regresaron a partir de la 1 de la madrugada: la prevalencia del alcohol se sitúa entre el 83% y el 89% en el grupo que regresó entre la 1 y las 3 de la madrugada, mientras que los estudiantes que volvieron más tarde de las 3 de la madrugada registran una prevalencia superior al 92% (tabla 1.2.122).

En un escenario en el que el consumo de drogas aumenta conforme se retrasa la hora de regreso a casa, el consumo de **tabaco** y de **cannabis** repunta especialmente cuando se observa el colectivo que volvió a partir de las 4 de la mañana en su última salida. En el caso de la **cocaína**, el incremento más notorio se obtiene al considerar el colectivo que regresó más tarde de las 8 de la mañana.

Tabla 1.2.122.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2016.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína*
No ha salido	29,0	9,7	4,9	0,4
Antes de las 12 de la noche	54,8	16,8	9,8	0,7
Entre las 12 y la 1 de la madrugada	73,1	26,1	17,1	1,5
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	83,0	33,5	24,0	1,3
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	88,8	40,1	30,3	2,3
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	92,7	45,0	34,2	2,7
Entre las 4 y las 8 de la mañana	96,0	58,0	49,0	4,2
Después de las 8 de la mañana	95,7	64,4	58,1	12,2

* Cocaína polvo y/o base.

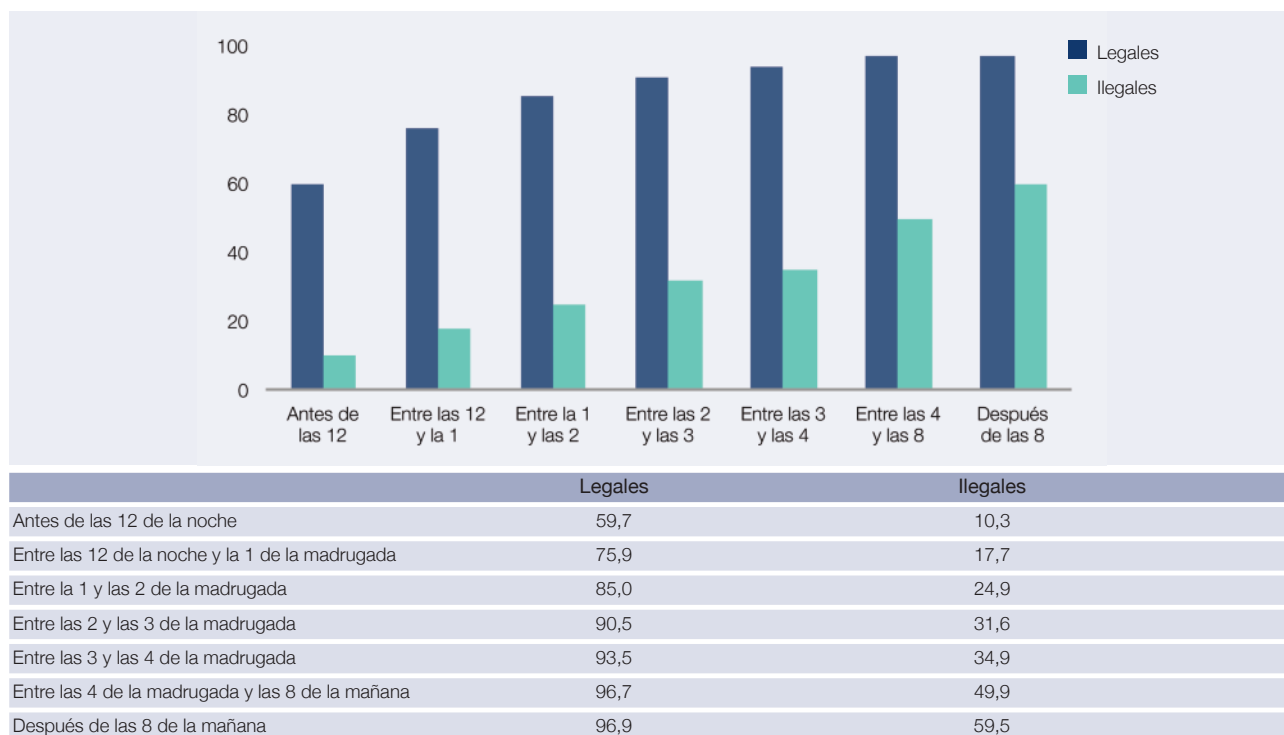
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otro lado, 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. No obstante, el mayor incremento de la prevalencia de drogas ilegales se observa al considerar los alumnos que regresaron a partir de las 4 de la madrugada (figura 1.2.49).

Cuando consideramos el **policonsumo** (consumo de dos o más sustancias diferentes en el mismo periodo), la prevalencia de consumo de dos sustancias aumenta a la vez que aumenta la hora de regreso a casa hasta las 3 de la madrugada, permanece constante de 3 a 8 de la madrugada y disminuye para los que regresan a partir de las 8. Sin embargo para los que consumen 3 y 4 o más sustancias, la prevalencia aumenta conforme aumenta la hora de regreso a casa, alcanzando el mayor incremento entre los alumnos que regresaron entre las 4 y las 8 para 3 sustancias, y a partir de las 8 de la madrugada para los de 4 o más sustancias (figura 1.2.50).

Figura 1.2.49.

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 hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2016.



* 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).

Figura 1.2.50.

Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* consumidas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2016.



* 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, no se aprecian incrementos notables de la prevalencia cuando se retrasa la hora de regreso. Sin embargo, sí se percibe que la extensión del consumo intensivo de alcohol aumenta al retrasarse el momento de volver a casa (tabla 1.2.123).

En relación al **binge drinking**, se aprecia un incremento importante de la prevalencia en el grupo que regresó a casa entre las 12 y la 1 de la madrugada con respecto al que regresó antes de las 12, y en el grupo que regresó a casa de 1 a 2 de la mañana con respecto al que volvió entre las 12 y la 1 de la madrugada: en ambos casos el indicador aumenta aproximadamente 10 puntos. La mayor diferencia se alcanza en el segmento que regresó entre las 4 y las 8 de la mañana, pues en este caso la prevalencia se incrementa 15 puntos con respecto al grupo que volvió de 3 a 4 de la madrugada. El 60,0% de los estudiantes que volvieron a casa después de las 4 de la madrugada realizó **binge drinking** en los últimos 30 días, y el 46,3% sufrió una intoxicación etílica aguda.

La ingesta de alcohol en un **botellón** ya registra una prevalencia considerable entre los estudiantes que volvieron al hogar antes de las 12 de la noche, que asciende al 23,0%. No obstante, este porcentaje aumenta especialmente (20,8 puntos) en el grupo que regresó entre las 12 y la 1 de la madrugada, y continúa creciendo, aunque en menor medida, conforme se retrasa la hora de regreso (hasta el segmento que volvió entre las 4 y las 8 de la mañana que anota la máxima prevalencia, 82,5%).

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.

Tabla 1.2.123.

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 14-18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2016.

	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	20,2	10,9	5,4	23,0	7,2
Entre las 12 y la 1 de la madrugada	18,0	20,6	11,6	43,8	11,0
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	12,5	30,6	19,3	59,2	10,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	12,0	36,2	25,4	66,7	12,4
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	12,7	45,0	31,5	72,6	11,6
Entre las 4 y las 8 de la mañana	19,0	60,0	46,3	82,5	14,0
Después de las 8 de la mañana	5,6	62,6	48,6	79,4	22,6

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

Finalmente, se advierte que, a medida que se retrasa la hora de regreso a casa, a la vez que el consumo de drogas adquiere presencia, se vuelve más frecuente experimentar **situaciones conflictivas** de gravedad (tabla 1.2.124), como son sufrir una agresión física o participar en una pelea. Entre el 9% y el 15% de los estudiantes que regresaron a casa antes de las 4 de la madrugada experimentaron una situación de esta naturaleza (en los 12 meses previos a la realización de la encuesta). Sin embargo, el porcentaje asciende casi al 21% de los alumnos que regresaron entre las 4 y las 8 de la mañana y se incrementa aún más entre aquellos que volvieron después de las 8 de la mañana (el 30,9% reconoce haber experimentado agresiones de este tipo).

Si se considera a los estudiantes que regresaron entre las 4 y las 8 de la mañana y que se han visto implicados en una pelea, algo más de la mitad reconoce un consumo previo de alcohol (54,9%) en las 2 horas anteriores al suceso, y cerca de 1 de cada 4, un consumo previo de cannabis (24,0%).

Por su parte, si se considera a los alumnos que regresaron después de las 8 de la mañana y que se han visto implicados en una pelea, 2 de cada 3 admite un consumo previo de alcohol (66,7%) y 2 de cada 5 un consumo de cannabis (40,4%).

Tabla 1.2.124.

Situaciones conflictivas experimentadas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2016.

	No ha salido últimos 12 meses	Antes de las 12	Entre las 12 y la 1	Entre la 1 y las 2	Entre las 2 y las 3	Entre las 3 y las 4	Entre las 4 y las 8	Después de las 8
Conducción bajo los efectos del alcohol en los últimos 12 meses	0,3	0,3	1,3	1,8	2,1	3,0	5,2	10,0
Conducción bajo los efectos del cannabis en los últimos 12 meses	0,1	0,3	0,8	1,2	1,3	2,1	4,1	8,7
Conducción bajo los efectos de la cocaína en los últimos 12 meses	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,5	2,2
Viajar como pasajero de conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 12 meses	4,5	7,0	11,1	14,5	17,6	21,8	33,1	38,9
Viajar como pasajero de conductor bajo los efectos del cannabis en los últimos 12 meses	1,3	2,1	4,1	7,1	8,5	11,0	20,2	29,1
Viajar como pasajero de conductor bajo los efectos de la cocaína en los últimos 12 meses	0,4	0,5	1,0	0,9	1,2	1,6	3,7	8,2
Sufrir un accidente en los últimos 12 meses siendo conductor	0,5	0,7	1,0	1,6	1,8	2,0	3,0	5,6
Sufrir un accidente en los últimos 12 meses habiendo consumido antes alcohol	0,1	0,1	0,4	0,3	0,5	0,5	0,6	2,2
Sufrir un accidente en los últimos 12 meses habiendo consumido antes cannabis	0,0	0,1	0,3	0,1	0,3	0,3	0,4	1,8
Sufrir una pelea o agresión física en los últimos 12 meses	7,1	9,2	11,5	12,9	14,5	15,2	20,7	30,9
Sufrir una pelea en los últimos 12 meses habiendo consumido antes alcohol	0,4	1,3	2,4	3,1	4,5	6,4	11,3	20,5
Sufrir una pelea en los últimos 12 meses habiendo consumido antes cannabis	0,2	0,5	1,2	1,5	2,3	2,8	4,9	12,2
Tener un conflicto o discusión importante con padres o hermanos en los últimos 12 meses	24,7	30,5	33,1	35,9	37,5	39,7	42,7	46,8
No recordar lo sucedido la noche anterior después de haber salido en los últimos 12 meses	2,6	6,4	11,9	17,2	22,6	26,3	37,2	36,8
Tener dificultad para concentrarse en el colegio al día siguiente después de salir en los últimos 12 meses	3,2	7,7	11,7	14,7	17,0	20,1	24,1	30,5
Haber sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más en los últimos 12 meses	2,7	3,2	4,0	4,1	4,6	5,0	7,2	12,9
Tener resaca al día siguiente después de salir en los últimos 12 meses	1,7	8,2	18,4	29,2	35,6	44,3	59,9	55,0
Tener relaciones sexuales de las que se arrepiente al día siguiente en los últimos 12 meses	1,6	2,4	3,2	5,3	6,6	7,1	10,2	16,7
Tener relaciones sexuales sin preservativo en los últimos 12 meses	3,5	4,4	7,5	10,9	14,3	17,7	26,7	34,1
Sufrir bullying a través de internet o por otros medios en los últimos 12 meses	10,8	8,5	6,3	6,0	6,8	6,1	6,1	7,8

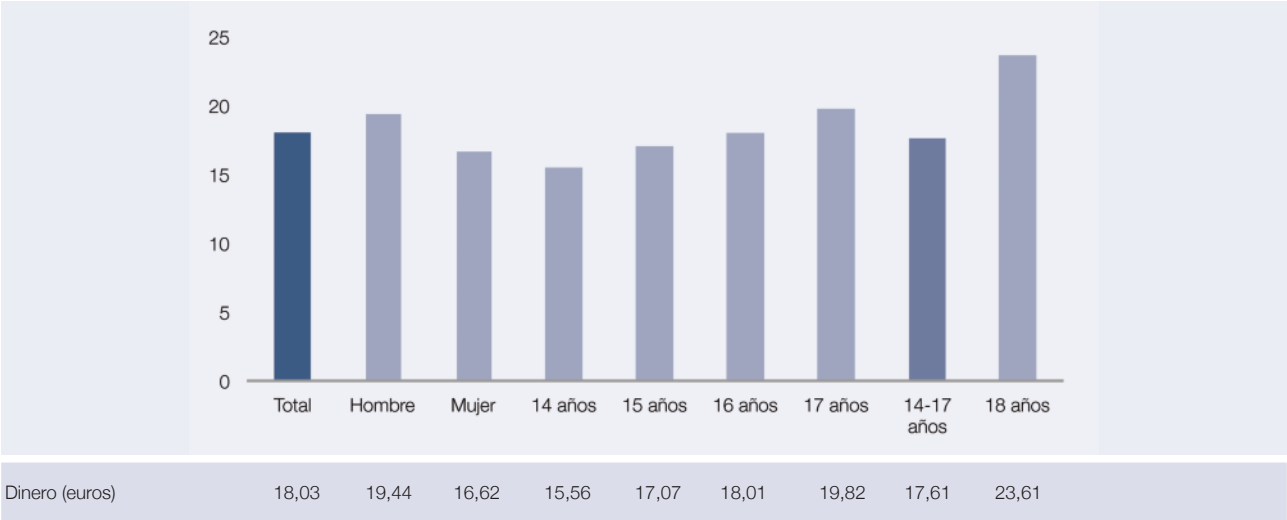
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Dinero disponible para gastos personales

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años disponen por término medio, de 18,03 euros a la semana para sus gastos personales. De media, los chicos cuentan con una mayor cantidad de dinero que las chicas, y en términos de edad, el dinero disponible se incrementa conforme aumenta la edad de los estudiantes (figura 1.2.51).

Figura 1.2.51.

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 edad. España, 2016.

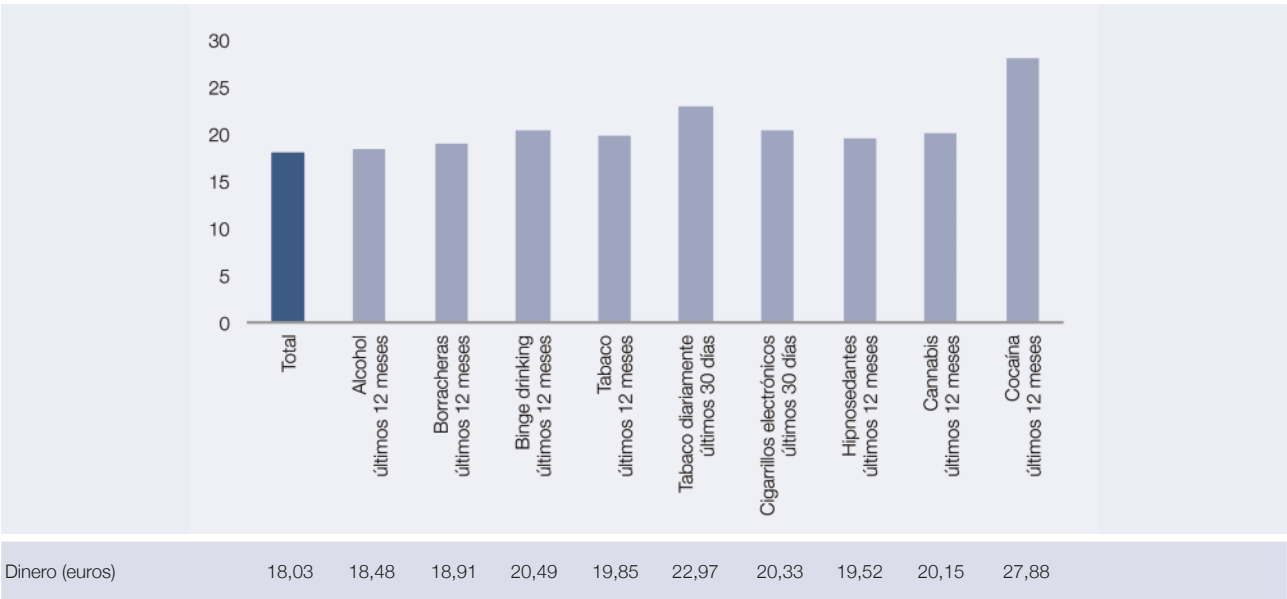


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otra parte, se ha contemplado el dinero del que disponen los estudiantes en función de que hayan consumido sustancias psicoactivas (figura 1.2.52).

Figura 1.2.52.

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, 2016.



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

Así, destaca el dinero disponible de los alumnos que han consumido cocaína en el último año (27,88 euros semanales), seguidos por los consumidores de tabaco a diario (22,97 euros). Asimismo, también cuentan con aproximadamente 20 euros semanales los estudiantes que han hecho *binge drinking*, que han consumido cigarrillos electrónicos, que han consumido cannabis o tabaco o hipnosedantes en los últimos 12 meses, todos ellos por encima del promedio de los alumnos en general.

Entorno escolar: Rendimiento escolar y conflictos

En la tabla 1.2.125 se presentan algunas circunstancias relacionadas con el ámbito escolar según el patrón de consumo de diferentes sustancias psicoactivas. En general, los datos indican que respecto a la media 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 clase).

Tabla 1.2.125.

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, 2016.

	Notas saca habitualmente			Repetido curso alguna vez		Expulsión del centro*		Dificultad de concentración**	
	Sobresaliente/notable	Aprobado/bien	Suspense	Sí	No	Sí	No	Sí	No
TOTAL ALUMNOS	42,7	50,5	6,8	27,8	72,2	4,9	95,1	15,1	84,9
Ha consumido alcohol últimos 30 días	38,3	53,9	7,8	32,4	67,6	6,1	93,9	20,5	79,5
No ha consumido alcohol últimos 30 días	51,5	43,6	4,9	18,3	81,7	2,5	97,5	4,4	95,6
Se ha emborrachado últimos 30 días	35,0	55,6	9,4	37,6	62,4	8,6	91,4	32,6	67,4
No se ha emborrachado últimos 30 días	45,8	48,3	5,8	23,9	76,1	3,6	96,4	10,0	90,0
Ha hecho binge drinking últimos 30 días	32,9	58,1	9,0	39,3	60,7	8,3	91,7	28,5	71,5
No ha hecho binge drinking últimos 30 días	47,4	46,8	5,7	22,2	77,8	3,3	96,7	8,9	91,1
Ha hecho botellón último año	39,5	52,8	7,7	31,8	68,2	6,7	93,3	23,0	77,0
No ha hecho botellón último año	46,5	47,7	5,8	23,0	77,0	2,9	97,1	6,4	93,6
Ha consumido tabaco diariamente últimos 30 días	22,8	62,1	15,1	57,0	43,0	16,4	83,6	35,0	65,0
No ha consumido tabaco diariamente últimos 30 días	45,2	48,9	5,9	24,5	75,5	3,8	96,2	12,8	87,2
Ha consumido cannabis últimos 30 días	27,9	59,7	12,4	44,2	55,8	12,1	87,9	30,8	69,2
No ha consumido cannabis últimos 30 días	46,2	48,2	5,6	23,8	76,2	3,3	96,7	11,7	88,3
Consumo problemático de cannabis (CAST ≥ 4)	16,6	63,7	19,7	58,6	41,4	24,3	75,7	49,0	51,0
Consumo de cannabis (CAST < 4)	31,9	58,8	9,3	38,9	61,1	8,6	91,4	26,0	74,0
Ha consumido cocaína últimos 30 días	27,2	55,7	17,2	53,8	46,2	31,0	69,0	48,5	51,5
No ha consumido cocaína últimos 30 días	43,2	50,2	6,6	27,1	72,9	4,6	95,4	14,6	85,4

* En los últimos 12 meses ha sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más.

** En los últimos 12 meses ha tenido dificultad para concentrarse en el colegio al día siguiente después de salir.

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

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

En cuanto al rendimiento escolar, en la totalidad de los alumnos, aproximadamente 3 de cada 7 estudiantes de 14 a 18 años consiguen obtener de manera habitual sobresalientes o notables (42,7%), siendo la nota más frecuente el aprobado o bien, obtenido habitualmente por el 50,5% de los estudiantes. Por su parte, el porcentaje que representan los estudiantes que suelen suspender se sitúa en el 6,8% 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 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).
- Entre los que han consumido **cannabis** en el último mes, la proporción que obtiene normalmente notable/sobresaliente (27,9%) resulta sustancialmente inferior a la registrada entre los que no han consumido esta sustancia (46,2%).
- Tan sólo 16,6% de estudiantes clasificados como **consumidores problemáticos de cannabis** consigue sacar habitualmente sobresalientes o notables. El porcentaje que suspende habitualmente en este colectivo se sitúa en el 19,7%.
- Destaca también el porcentaje que normalmente suspende en los consumidores de **cocaína** (17,2% en los que han consumido cocaína en el último mes) y en los alumnos que **fuman diariamente tabaco** (15,1%).

Además de que el nivel de calificaciones es inferior en el segmento que ha consumido alcohol, tabaco, cannabis o cocaína, el porcentaje de **repetidores** resulta más elevado en el grupo consumidor de estas sustancias con respecto al formado por los casos que no han consumido.

La **pérdida de concentración** en el centro escolar tras haber salido el día anterior es un suceso reconocido por el 20,5% de los alumnos que tomaron alcohol en el último mes. Pero esta proporción es sensiblemente más elevada entre los estudiantes que en los últimos 30 días han hecho botellón (23,0%), han hecho *binge drinking* (28,5%), se han emborrachado (32,6%), han consumido cannabis (30,8%), o han fumado diariamente (35,0%). Destaca especialmente que cerca de la mitad de los alumnos que manifiesta un consumo problemático de cannabis (49,0%) o cocaína (48,5%) ha sufrido esta pérdida de concentración en clase.

Por otro lado, en relación a una medida extraordinaria, como es la **expulsión del centro educativo** por al menos un día completo, el 4,9% de la totalidad de los alumnos ha sido expulsado en alguna ocasión. Este porcentaje es superior en aquellos que consumen sustancias psicoactivas, 2,5 veces más en los consumidores de cannabis los últimos 30 días (12,1%) o casi 3,5 veces más en los que han fumado tabaco diariamente (16,4%). Por último, destacar el 31,0% de los alumnos que han consumido cocaína en los últimos 30 días o 1 de cada 4 que cumplen criterios de consumo problemático de cannabis, fueron expulsados, al menos un día completo, del centro escolar.

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 1.2.126), observando que el porcentaje que reconoce esta conducta se sitúa en el 2,5%, siendo más elevado en el segmento masculino (3,9%). Como cabría esperar, el indicador anota el mayor valor en los estudiantes de 18 años (5,4%). La cifra entre los menores de 14 a 17 años alcanza el 2,3%.

Siguiendo con el tramo temporal de los últimos 12 meses, el 17,2% de los alumnos ha estado expuesto a una situación de riesgo como es viajar como pasajero en un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol (el 17,9% de las chicas y el 16,4% de los chicos). El indicador experimenta 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 30,8%. Estas cifras ponen de manifiesto que todavía existe margen para la prevención de riesgos derivados del consumo de alcohol y la conducción.

En relación al consumo de **cannabis** y la conducción de vehículos de motor, el 1,8% 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 3,9% si se contempla el grupo de 18 años. En cuanto al sexo, se observa que aproximadamente 4 chicos por cada chica admiten este comportamiento. Por su parte, el porcentaje que afirma haber viajado como pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis se sitúa en el 9,1%, porcentaje aproximadamente 2,5 veces mayor en los estudiantes de 18 años y que se sitúa en el 8,1% en el grupo de 14 a 17 años.

Entre los alumnos de 14 a 18 años es totalmente residual el porcentaje que ha conducido bajo los efectos de la **cocaína**. Asimismo, menos del 2% ha viajado en el último año como pasajero de un vehículo conducido por alguien que había consumido esta sustancia (en el segmento de 18 años este porcentaje se eleva al 4,4%).

Tabla 1.2.126.

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 edad y sexo (%). España, 2016.

	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	2,5	3,9	1,1	0,8	1,8	2,6	4,2	5,4	2,3
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de hachís o marihuana	1,8	2,9	0,8	0,6	1,4	2,0	2,9	3,9	1,7
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de cocaína	0,3	0,6	0,1	0,2	0,3	0,2	0,5	0,9	0,3
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol	17,2	16,4	17,9	8,6	13,4	19,0	24,5	30,8	16,2
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de hachís o marihuana	9,1	9,4	8,8	3,0	6,4	9,2	14,7	22,1	8,1
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cocaína	1,8	2,1	1,4	0,9	1,3	1,8	2,5	4,4	1,6

H = Hombres; M = Mujeres.

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

Accidentes de tráfico

Por otro lado, se ha consultado a los estudiantes si en los últimos 12 meses habían sufrido algún accidente de tráfico siendo el propio estudiante el conductor de la motocicleta o vehículo de motor, obteniendo que el 1,8% de los alumnos ha confirmado este suceso. En el 25,4% de estos casos, se reconoce haber consumido alcohol durante las dos horas previas al accidente, mientras que el 18,8% admite un consumo de cannabis.

Otras situaciones no deseables

En la tabla 1.2.127 se presentan algunas situaciones no deseables experimentadas en los últimos 12 meses en función de que se registre un consumo de las diferentes sustancias psicoactivas analizadas: la incapacidad de recordar lo sucedido la noche anterior después de haber salido, tener resaca, haber participado en alguna pelea, haber tenido una discusión con los padres, haber sufrido bullying, haber tenido relaciones sexuales sin preservativo o haberse arrepentido al día siguiente de una relación sexual.

En general, se observa que los consumidores de sustancias psicoactivas tienen porcentajes superiores a la media del total de los alumnos, salvo para aquellos que se encuentran en el grupo que ha sufrido *bullying* y ha consumido **alcohol** (han bebido alcohol, se han emborrachado, han hecho *binge drinking* o han hecho botellón), cuyos porcentajes están levemente por debajo de la media.

Tabla 1.2.127.

Situaciones que en los últimos 12 meses han experimentado los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no diferentes sustancias psicoactivas (% de fila). España, 2016.

	Pelea o agresión*	Rel. sexuales y arrepentido*	Rel. sexuales sin preservativo*	No recordar*	Tener resaca*	Discusión familiar*	Sufrir bullying*
TOTAL ALUMNOS	14,1	5,9	13,4	19,0	29,7	35,7	7,2
En los últimos 12 meses							
Ha consumido alcohol	16,7	7,4	17,0	24,8	39,7	40,3	7,1
No ha consumido alcohol	6,3	1,1	2,6	1,6	0,0	21,8	7,3
En los últimos 30 días							
Ha consumido alcohol	17,6	8,1	18,2	26,7	42,9	40,8	7,1
No ha consumido alcohol	7,2	1,5	4,0	3,7	4,0	25,5	7,3
Se ha emborrachado	26,1	13,3	28,7	47,7	77,5	49,3	6,9
No se ha emborrachado	10,5	3,6	8,8	10,7	15,6	31,8	7,2
Ha hecho binge drinking	24,3	12,1	25,9	39,7	62,8	45,3	7,1
No ha hecho binge drinking	9,4	3,0	7,6	9,4	14,8	31,2	7,2
Ha hecho botellón	25,3	12,8	26,2	41,2	64,3	46,0	6,7
No ha hecho botellón	10,5	3,6	9,3	11,9	19,0	32,4	7,3
En los últimos 30 días							
Ha consumido tabaco diariamente	36,5	18,7	42,2	41,4	68,0	55,4	9,5
No ha consumido tabaco diariamente	11,8	4,5	10,5	16,4	25,5	33,4	6,8
En los últimos 12 meses							
Ha consumido hipnosedantes	24,6	11,3	23,1	28,5	40,4	55,1	15,9
No han consumido hipnosedantes	12,6	5,1	12,1	17,8	28,5	33,2	6,0
En los últimos 30 días							
Ha consumido hipnosedantes	25,8	14,0	24,3	28,0	39,3	56,5	19,3
No han consumido hipnosedantes	13,3	5,3	12,7	18,5	29,3	34,4	6,4
En los últimos 12 meses							
Ha consumido cannabis	27,7	13,7	31,1	39,1	60,8	49,1	7,8
No ha consumido cannabis	9,2	3,1	7,2	11,9	19,1	30,9	6,9
En los últimos 30 días							
Ha consumido cannabis	31,3	16,0	34,4	39,8	61,0	50,1	8,4
No ha consumido cannabis	10,3	3,6	8,8	14,4	23,1	32,6	6,9

	Pelea o agresión*	Rel. sexuales y arrepentido*	Rel. sexuales sin preservativo*	No recordar*	Tener resaca*	Discusión familiar*	Sufrir bullying*
Consumo de cannabis							
CAST ≥4	54,5	26,0	51,1	49,4	68,9	63,1	10,5
CAST <4	24,6	12,8	29,8	38,9	62,0	48,1	7,5
En los últimos 12 meses							
Ha consumido cocaína**	52,2	30,0	51,9	45,5	59,5	52,8	14,0
No ha consumido cocaína**	13,1	5,3	12,5	18,3	29,1	35,2	7,0
En los últimos 30 días							
Ha consumido cocaína**	57,6	31,9	49,3	47,0	54,8	55,2	15,7
No ha consumido cocaína**	13,5	5,5	12,9	18,6	29,4	35,4	7,0

* Las definiciones completas son las siguientes: Sufrir una pelea o agresión física en los últimos 12 meses. En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales de las que me he arrepentido al día siguiente. En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales sin preservativo. En los últimos 12 meses no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido. En los últimos 12 meses has tenido resaca al día siguiente después de salir. En los últimos 12 meses has tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos. En los últimos 12 meses has sufrido bullying (acoso) a través de internet o por otros medios.

** Cocaína polvo y/o base.

CAST = Cannabis Abuse Screening Test. Consumo problemático = puntuación CAST ≥4.

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

El 19,0% 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 se observa que:

- Aproximadamente 1 de cada 4 alumnos que han tomado alcohol en el último mes confirma este suceso, si bien esta proporción prácticamente se duplica entre aquellos que se han emborrachado (47,7%) o han hecho *binge drinking* (39,7%) en dicho periodo.
- La proporción que ha experimentado esta falta de memoria se sitúa en 4 de cada 10 entre los consumidores de cannabis y en la mitad de aquellos que manifiestan un consumo problemático de esta droga (49,4%).
- Entre los no consumidores las cifras son muy inferiores.

En cuanto a una de las consecuencias del consumo de alcohol, la **resaca**, el 29,7% de los alumnos reconoce haber experimentado esta sensación, aunque esta proporción asciende al 77,5% entre los que se han emborrachado en el último mes y al 64,3% y 62,8% entre los que han hecho botellón o *binge drinking* respectivamente, en dicho periodo. Entre los que reconocen un consumo de alcohol en el último año, con independencia de que se hayan emborrachado o no, la sensación de resaca se identifica en el 39,7% de los casos.

En cuanto al ámbito de las **relaciones sexuales**, el porcentaje de estudiantes que reconoce haber tenido relaciones sexuales sin preservativo se sitúa en el 13,4% (el 13,1% de los chicos y el 13,8% de las chicas), y el 5,9% declara haber tenido relaciones de las que se ha arrepentido al día siguiente (entre los chicos este porcentaje se sitúa en el 7,4% y entre las chicas en el 4,1%).

El 13,3% de los alumnos que se han emborrachado en el último mes admite haber mantenido relaciones sexuales de las que se ha arrepentido al día siguiente, proporción 3,7 veces superior a la registrada entre los estudiantes que no se han emborrachado. Asimismo, cuando se alude a tener relaciones sexuales sin preservativo, el 28,7% de los alumnos que se emborracharon en el último mes reconoce haber tenido este tipo de relaciones (frente al 8,8% registrado entre aquellos que no se emborracharon).

Entre los consumidores de cocaína, ya sea en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días, aproximadamente 3 de cada 10 se arrepintieron al día siguiente de alguna relación sexual y en torno a la mitad han tenido alguna relación sin preservativo.

Por otro lado, con respecto al **bullying (acoso)**, se observa que el 19,3% de los alumnos que han consumido hipnose-dantes (con o sin receta) en el último mes, admiten haber sufrido *bullying* a través de internet o por otros medios, porcentaje 2,7 veces mayor que en el total de los alumnos (7,2%).

Destaca también el porcentaje que sufre *bullying* entre los consumidores de cocaína (15,7% entre los que han consumido cocaína en el último mes) y entre los alumnos con consumo problemático de cannabis (10,5%).

Finalmente, en relación con los **comportamientos violentos** (agresiones, peleas o discusión con los padres o hermanos) existentes entre los jóvenes estudiantes, se observa que el 14,1% de los alumnos ha participado en alguna pelea o ha sufrido o realizado alguna agresión física en los últimos 12 meses (el 18,5% de los chicos y el 9,7% de las chicas), y que el 35,7% de los alumnos ha tenido una discusión importante con sus padres o hermanos (31,4% de los chicos y el 40% de las chicas). Este porcentaje es notablemente superior entre aquellos que han consumido sustancias psicoactivas destacando que:

- Entre los alumnos que han consumido alcohol en el último mes, el porcentaje de haber participado en alguna pelea, o haber sufrido o realizado alguna agresión física se sitúa en el 17,6%. Sin embargo, este tipo de violencia está más extendida entre aquellos que en dicho periodo se han emborrachado, han hecho *binge drinking* o han hecho botellón (1 de cada 4 aproximadamente).
- Más la mitad de los estudiantes que tienen un consumo problemático de cannabis o que han consumido cocaína en el último mes ha participado en una pelea.
- Entre el 40% y el 50% de alumnos pertenecientes al grupo consumidor de alcohol (han bebido alcohol, se han emborrachado, han hecho botellón o han hecho *binge drinking*), admiten haber tenido una discusión importante con sus padres o hermanos.
- En aquellos que consumen el resto de sustancias psicoactivas estudiadas durante los últimos 30 días, el porcentaje de los que admiten haber tenido una discusión importante con sus padres o hermanos es superior al 50%, alcanzando el máximo en los consumidores de problemáticos de cannabis con el 63,1%.

Por último, cabe señalar que considerando al colectivo de estudiantes que han **participado en una pelea** en los últimos 12 meses, en el 37,0% de los casos, se reconoce un consumo de alcohol en las dos horas anteriores al incidente. Por su parte, el 18,1% admite un consumo previo de cannabis.



Problemas relacionados con las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2016

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las Comunidades/Ciudades Autónomas notifican a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas Comunidades/Ciudades Autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)³.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2016), 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.

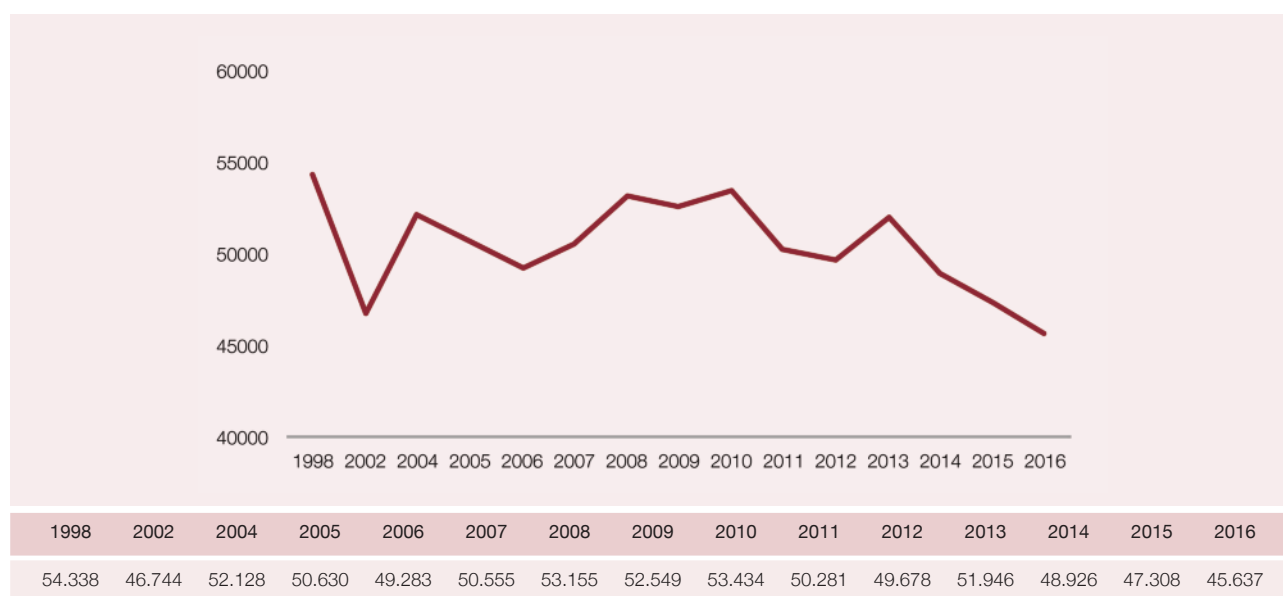
Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según Comunidad/Ciudad Autónoma.

Resultados generales. Drogas ilegales

En 2016, se registraron en España 45.637 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (figura 2.1.1), cifra inferior (disminución del 4%) a la obtenida en 2015 (47.308) y similar a las obtenidas en el periodo 2006-2012. Asimismo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) también ha descendido con respecto a 2015.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2016.



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, manteniéndose, en los últimos años, un nivel bajo de las admisiones por heroína y observándose en 2016 una disminución de las admisiones por cannabis.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2016 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (39,2% del total), seguida del cannabis (29,2%) y los opioides (26,8%) de los que la heroína representa el 23,7%⁴.

4. Los opiáceos son sustancias alcaloides que se extraen de la cápsula de la planta del opio. Los opioides son sustancias endógenas o exógenas que ejercen actividad farmacológica mediante la interacción con los receptores opioides y tienen efectos análogos a la morfina.

A lo largo del documento, para facilitar la lectura, se usará "opioides" como genérico que incluye tanto opioides como opiáceos.

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2016 el cannabis se mantiene por quinto año consecutivo como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (40,7%), seguida por la cocaína (39,7%) y los opioides (13,3%), de los que la heroína representa el 10,3%.

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

Para los nacidos fuera de España, en 2016 el peso de las tres sustancias más consumidas se iguala y, aunque se mantiene el orden en las demandas de tratamiento, en 2016 las tres sustancias (cannabis, cocaína y opioides) se reparten casi en partes iguales las demandas en este subgrupo de la población. El cannabis es responsable del 33,7% de las demandas de tratamiento, la cocaína del 32,4% y los opioides del 30,1% de las demandas (figura 2.1.2).

Figura 2.1.2.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2016.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.
Nota: El porcentaje puede no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2016, más de la mitad (53,1%) 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 2016 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,9%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35 años para el conjunto de las admisiones, manteniéndose la tendencia ascendente que se viene observando en los últimos años. La edad media para las primeras admisiones fue de 32 años. El 9,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrando 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, 2016.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Total	45.637	20.124	22.816	38.127	7.454
Tratamiento previo (%)					
Sí	46,9	100	0,0	48,0	41,1
No	53,1	0,0	100	52,0	58,9
Edad media (años)	35,0	38,2	32,0	35,0	35,2
Sexo (%)					
Hombre	83,6	85,8	82,0	100	0,0
Mujer	16,4	14,2	18,0	0,0	100
Máximo nivel de estudios (%)					
Sin estudios	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Primaria	55,6	57,6	54,6	56,8	49,5
Secundaria	38,8	37,4	39,5	38,2	42,1
Ha finalizado estudios superiores	4,7	4,1	5,0	4,1	7,5
Situación laboral (%)					
Trabajo	31,3	28,6	33,4	32,3	26,4
Parado no habiendo trabajado antes	7,3	6,8	7,7	7,0	8,4
Parado habiendo trabajado antes	41,3	46,8	36,4	41,2	41,5
Otras	20,2	17,8	22,4	19,5	23,7
Fuente de referencia principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	6,9	11,9	2,5	6,7	8,3
Médico general, Atención Primaria de Salud	10,4	7,0	13,5	10,1	11,8
Hospitales u otros servicios de salud	9,8	9,0	10,5	9,0	13,9
Servicios Sociales	3,1	2,1	4,0	2,4	6,3
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	5,7	7,8	4,2	6,2	3,2
Servicios legales o policiales	8,1	6,5	9,7	8,5	5,8
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Familiares y amigos	11,9	7,4	16,1	12,1	10,6
Iniciativa propia	41,0	45,5	36,4	41,9	36,4
Servicios de educación	0,4	0,1	0,7	0,4	0,5
Otra	2,6	2,6	2,4	2,5	3,0
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	13,7	16,3	11,4	14,0	12,3
Únicamente con pareja	10,8	11,2	10,3	10,0	15,0
Únicamente con hijos/as	2,5	2,6	2,5	1,6	7,3
Con la pareja e hijos/as	16,3	15,3	17,1	16,3	16,1
Con padres o familia de origen	43,4	38,2	48,0	44,3	38,6
Con amigos/as	3,2	3,6	2,8	3,2	3,3
Detenido (ej. centro penitenciario, centro inserción social)	5,5	6,5	4,8	6,1	2,4
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,6	3,2	2,1	2,4	3,2
Otros	2,0	3,1	1,0	2,1	1,8

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	80,9	76,2	84,8	80,6	82,2
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	6,6	8,2	5,4	7,3	2,9
Otras instituciones	6,7	7,0	6,6	6,4	8,2
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,6	0,2	0,4	0,4
Alojamiento inestable/precario	5,1	7,6	3,0	5,0	6,0
Otros lugares	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3
Español o extranjero (%)					
Español	90,4	91,6	89,1	90,4	90,0
Extranjero	9,6	8,4	10,9	9,6	10,0
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	26,8	42,6	13,3	27,1	25,5
Heroína	23,7	39,3	10,3	24,2	20,8
Metadona	1,1	1,2	1,1	1,1	1,4
Otros opioides	2,0	2,1	1,9	1,8	3,2
Cocaína	39,2	38,2	39,7	40,0	32,9
CLH Cocaína	37,5	36,6	37,7	38,7	31,1
Cocaína otras	1,7	1,6	2,0	1,7	1,8
Estimulantes sin cocaína	2,0	1,7	2,4	2,0	2,5
Anfetaminas	1,5	1,4	1,7	1,5	1,9
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Otros estimulantes	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Hipnosedantes	2,4	1,4	3,4	1,6	6,5
Alucinógenos	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Cannabis	29,2	15,9	40,7	28,6	32,1
Otras sustancias	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	22,2	25,5	23,6	24,5	27,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	47,4	43,4	51,1	46,6	51,5
4-6 días/semana	7,8	6,8	8,8	8,1	6,4
2-3 días/semana	13,8	11,8	15,5	14,0	12,5
1 día/semana	5,1	4,6	5,5	5,2	4,7
Menos de 1 día/semana	6,9	7,3	6,5	7,1	6,2
No consumió	18,9	26,1	12,8	19	18,7

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,3	4,6	7,8	5,2	11,8
Pulmonar o fumada	52,9	51,9	54,3	52,8	53,0
Intranasal o esnifada	35,7	34,9	35,9	36,8	30,2
Inyectada o parenteral	4,3	7,8	1,2	4,4	4,0
Otras	0,8	0,8	0,7	0,7	1,0
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	15,6	26,7	5,5	16,0	13,9
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	6,7	11,6	2,0	6,8	6,2
Prevalencia mínima VIH**	4,1	6,9	1,7	4,0	4,7
Prevalencia mínima Hepatitis C**	8,2	14,8	2,4	8,3	7,5
Prevalencia mínima Hepatitis B (portador crónico)**	3,2	4,0	2,0	3,3	2,8
Prevalencia mínima Hepatitis B (portador crónico)***	0,7	1,2	0,4	0,7	0,6

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

** Positivos entre el total (prevalencia mínima).

*** Dejando desconocidos

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 (80,9%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2016, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones era del 13,3% (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) y el 5,1% 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 y/o hijos).

Con respecto al **servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento**, más de la mitad (52,9%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados 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 un tercio de los admitidos (27,1%).

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 2016, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (52,9%) seguida de la esnifada (35,7%); la vía inyectada es minoritaria (4,3%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opioides (14,9%).

Entre los admitidos por primera vez a **tratamiento por consumo de heroína**, en 2016, la vía de administración predominante es la pulmonar (84,7%), seguida de la inyectada (7,9%) y la esnifada (6,2%). El porcentaje de utilización de la vía inyectada se muestra estable desde 2014 (alrededor del 7%), aunque estos datos deben ser valorados con cautela debido a la existencia de casos sin información para algunas de las variables implicadas en el cálculo de esta cifra (figura 2.1.3).

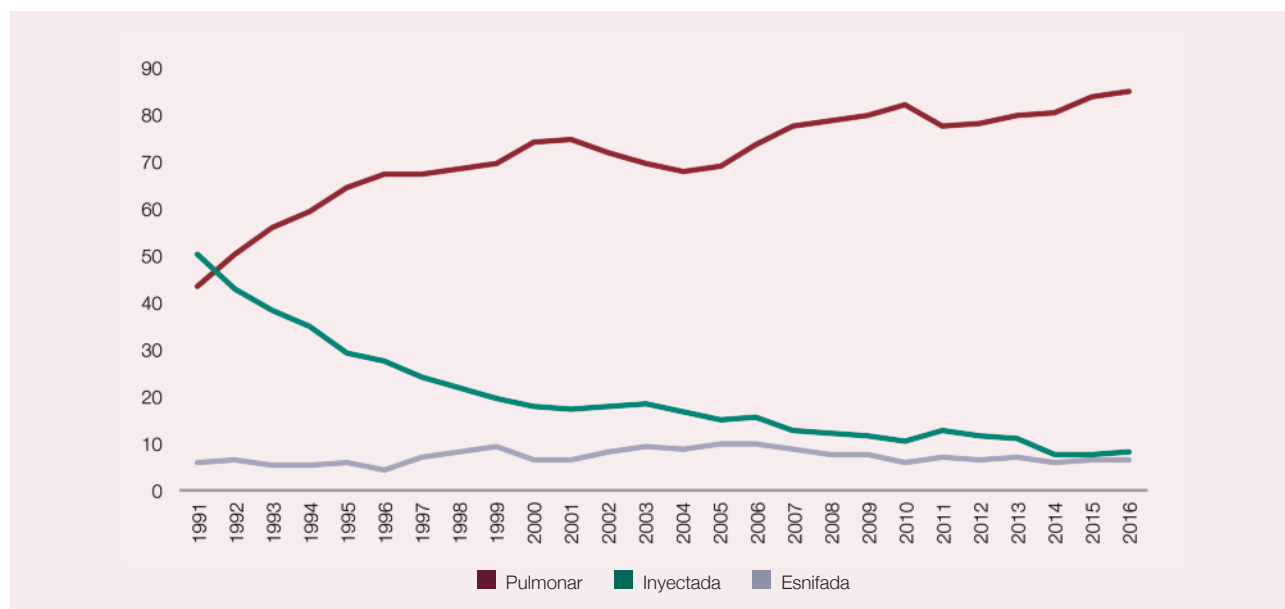
Entre el total de **admitidos a tratamiento por cocaína** por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (83,9%), seguida de la pulmonar (12,3%) y de la inyectada (0,4%), manteniéndose estable esta distribución respecto a años anteriores (figura 2.1.4).

En cuanto a los **inyectores admitidos a tratamiento**, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.5 refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando la cifra más baja de la serie histórica en 2015 para la inyección alguna vez en la vida (5.904 inyectores) y registrándose una cifra ligeramente superior en 2016 (6.117 inyectores). En la misma línea el número de admitidos a tratamiento que refieren haberse inyectado en los últimos 12 meses es también ligeramente superior en 2016 (2.621) al

registrado en 2015 (2.413). 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 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2016.



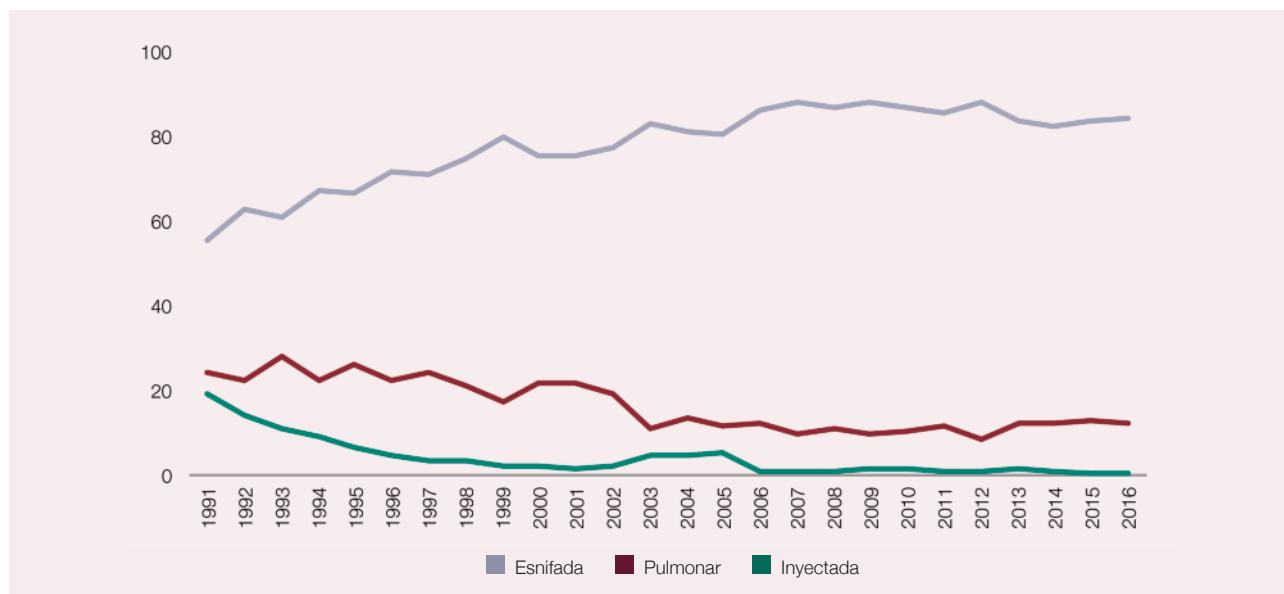
	Pulmonar	Inyectada	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8
1992	50,0	42,9	6,4
1993	56,1	38,1	5,3
1994	59,2	35,0	5,3
1995	64,5	29,1	5,9
1996	67,0	27,5	4,3
1997	67,2	23,8	7,0
1998	68,3	21,8	7,9
1999	69,3	19,4	9,5
2000	74,1	17,7	6,7
2001	74,9	17,5	6,5
2002	71,8	18,1	8,1
2003	69,3	18,5	9,5
2004	68,0	16,4	9,0
2005	69,0	15,1	9,7
2006	73,8	15,5	9,6
2007	77,4	12,8	8,9
2008	78,5	12,4	7,7
2009	79,7	11,3	7,5
2010	82,0	10,6	5,9
2011	77,7	12,8	7,1
2012	78,3	11,6	6,7
2013	79,6	11,0	6,8
2014	80,6	7,4	6,0
2015	83,7	7,6	6,6
2016	84,7	7,9	6,2

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.

Figura 2.1.4.

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, 1991-2016.

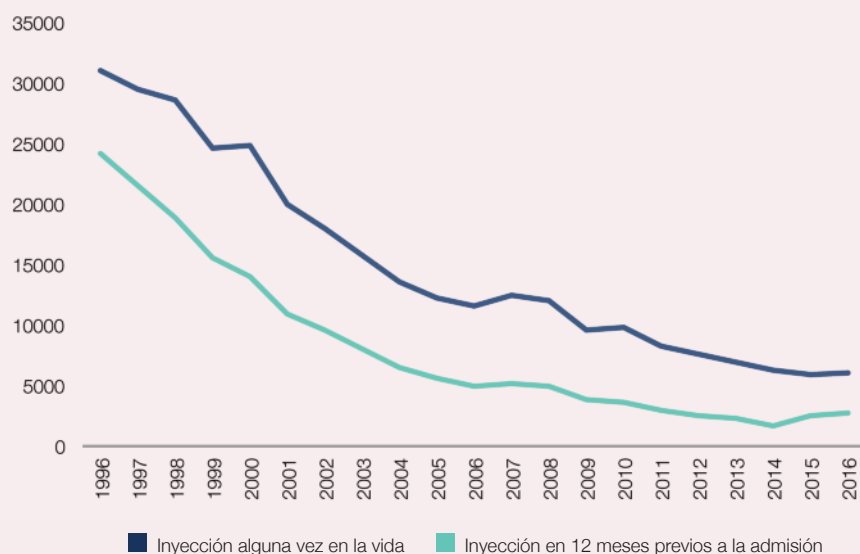


	Esnefada	Pulmonar	Inyectada
1991	55,4	24,4	19,2
1992	62,7	22,5	13,9
1993	60,8	27,7	10,7
1994	67,4	22,5	9,2
1995	66,5	25,8	6,7
1996	71,7	22,6	4,5
1997	71,0	24,2	3,3
1998	74,8	20,8	3,3
1999	79,5	17,4	2,1
2000	75,2	21,7	1,9
2001	75,2	21,9	1,6
2002	77,0	19,2	2,1
2003	83,0	11,2	4,4
2004	80,9	13,3	4,8
2005	80,6	11,5	5,2
2006	86,0	12,5	0,8
2007	88,0	10,0	1,0
2008	86,9	10,7	1,0
2009	87,7	9,7	1,2
2010	86,8	10,5	1,4
2011	85,5	11,7	0,9
2012	88,3	8,3	1,0
2013	83,8	12,3	1,2
2014	82,6	12,0	0,7
2015	83,5	12,9	0,4
2016	83,9	12,3	0,4

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.5.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos a tratamiento). España, 1996-2016.



	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

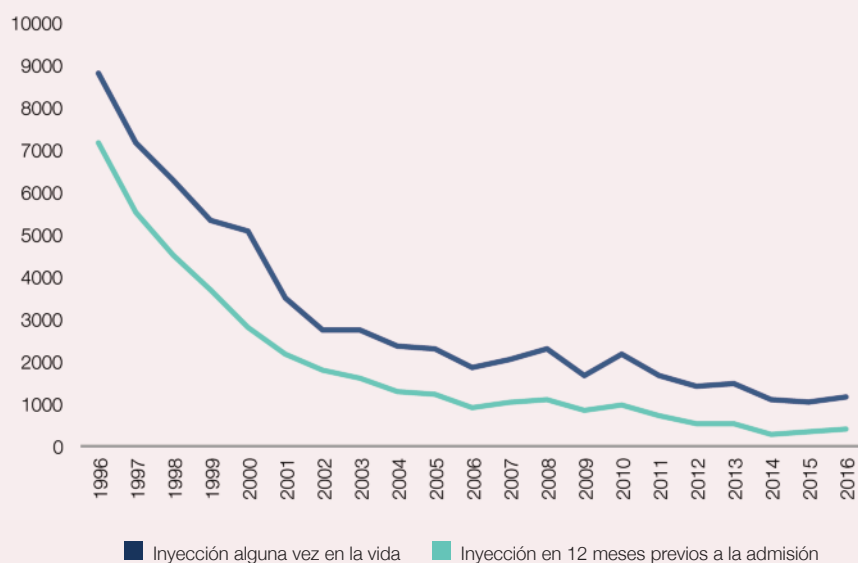
* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** 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 2.1.6.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos a tratamiento por primera vez). España, 1996-2016.



	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

* 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 2016 es de 72.292, situándose el alcohol (36,9%) en primer lugar, seguido de la cocaína (24,7%), el cannabis (18,4%) y los opioides (16,9%) (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, 2016.

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	17.889	24,7
Cocaína polvo	17.098	23,7
Cocaína base	785	1,1
Opioides	12.235	16,9
Heroína	10.807	14,9
Metadona (mal uso)	509	0,7
Otros opioides	919	1,3
Cannabis	13.304	18,4
Hipnosedantes	1.105	1,5
Estimulantes	931	1,3
Anfetaminas	699	1,0
Éxtasis y derivados	89	0,1
Otros estimulantes	143	0,2
Alucinógenos	82	0,1
Inhalantes volátiles	28	0,0
Otras drogas ilegales	63	0,1
Alcohol	26.655	36,9
Total drogas ilegales	45.637	63,1
Total drogas ilegales y alcohol	72.292	–

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mitad de los admitidos en 2016 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión: el 32,2% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga; el 13,2% consumió dos drogas; el 3,7% admitió consumir 3 drogas y el 0,7% 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.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.3).

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Por ejemplo, la edad media de las personas admitidas presenta una gran variación en función de la sustancia que genera la entrada a tratamiento, siendo la edad mucho mayor entre los admitidos por hipnosedantes (43,5 años) que entre los admitidos por cannabis (26,9 años).

Tabla 2.1.3.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2016.

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Opioides	Hipnosedantes	Estimulantes	Alucinógenos	Otras sustancias psicoactivas	Sustancias volátiles
Nº de casos	26.655	17.889	13.304	12.235	1.105	931	82	63	28
Tratamiento previo (%)									
Sí	54,0	45,9	25,7	73,8	26,8	38,1	34,6	23,3	11,1
No	46,0	54,1	74,3	26,2	73,2	61,9	65,4	76,7	88,9
Sexo (%)									
Hombre	67,0	86,3	82,0	84,4	56,1	80,1	86,3	58,7	85,7
Mujer	23,0	13,7	18,0	15,6	43,9	19,9	13,8	41,3	14,3
Edad media (años)	46,1	36,0	26,9	41,9	43,5	33,9	29,3	40,6	26,9
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	0,9	0,7	0,5	1,6	1,8	0,2	0,0	0,0	3,8
Primaria	49,6	51,8	56,0	62,6	49,0	43,5	42,3	41,7	69,2
Secundaria	40,7	42,0	39,6	32,7	37,4	45,8	47,4	41,7	23,1
Ha finalizado estudios superiores	8,7	5,5	3,9	3,1	11,8	10,5	10,3	16,7	3,8
Situación laboral (%)									
Trabajo	39,8	43,3	24,8	20,6	26,3	39,6	32,9	33,9	23,1
Parado no habiendo trabajado antes	2,9	4,6	10,9	7,3	6,8	5,6	15,2	6,8	19,2
Parado habiendo trabajado antes	37,1	40,9	31,1	53,1	41,2	42,4	40,5	28,8	26,9
Otras	20,1	11,2	33,3	19,1	25,7	12,4	11,4	30,5	30,8
Español o extranjero (%)									
Español	88,5	92,1	88,9	89,0	94,6	91,3	92,5	93,1	37,0
Extranjero	11,5	7,9	11,1	11,0	5,4	8,7	7,5	6,9	63,0
Fuente de referencia principal que lo ha referido a tratamiento (%)									
Otros servicios de tto. drogodependencias	4,2	4,9	2,6	14,7	4,4	6,9	11,3	1,7	4,0
Médico general, Atención Primaria de Salud	23,0	11,2	11,7	6,3	23,7	12,7	7,5	23,3	20,0
Hospitales u otros servicios de salud	17,4	9,1	12,3	7,0	20,4	13,7	7,5	13,3	32,0
Servicios Sociales	4,8	2,0	6,0	1,5	2,5	3,2	0,0	1,7	16,0
Prisión, centro reforma o intern. menores	1,4	4,7	5,3	8,2	3,0	3,5	1,3	5,0	8,0
Servicios legales o policiales	3,7	6,9	14,1	3,3	4,5	11,5	11,3	0,0	0,0
Empresas o empleador	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
Familiares y amigos	11,4	13,2	15,7	5,8	8,6	14,8	18,8	16,7	4,0
Iniciativa propia	31,5	46,0	27,8	49,8	30,5	31,4	41,3	33,3	16,0
Servicios de educación	0,1	0,1	1,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Otra	2,3	1,7	3,2	3,3	2,2	1,7	1,3	5,0	0,0
Número de hijos	1,3	1,0	0,4	1,0	1,3	0,5	0,3	1,0	0,4

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Opioides	Hipnosedantes	Estimulantes	Alucinógenos	Otras sustancias psicoactivas	Sustancias volátiles
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Solo/a	20,6	12,9	9,4	18,9	17,6	18,4	11,7	21,7	15,4
Únicamente con pareja	15,4	12,4	7,0	12,5	12,4	9,3	10,4	11,7	11,5
Únicamente con hijos/as	4,3	2,7	2,0	2,4	6,3	1,9	3,9	1,7	0,0
Con la pareja e hijos/as	26,3	22,7	10,0	13,9	20,5	9,6	7,8	20,0	3,8
Con padres o familia de origen	24,4	38,2	60,0	33,1	32,1	47,0	58,4	35,0	34,6
Con amigos/as	2,7	2,4	2,8	4,5	2,7	6,5	3,9	1,7	7,7
Detenido (ej. centro penitenciario o inser. social)	2,0	5,6	4,1	7,1	4,9	3,7	1,3	5,0	7,7
En instituciones no detenido (ej. albergue)	3,5	1,5	3,4	3,3	2,0	2,6	1,3	0,0	7,7
Otros	0,5	1,4	1,2	3,9	1,5	0,7	0,0	3,3	11,5
Con pareja y/o hijos y otros familiares	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	1,3	0,0	0,0
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)									
Casas, pisos, apartamentos	82,1	82,9	84,6	73,3	82,0	84,8	86,3	90,2	46,4
Prisiones, centros de internamiento menores	2,2	6,5	4,9	9,0	5,5	3,6	1,3	3,3	10,7
Otras instituciones	9,5	6,2	7,5	6,5	7,0	6,6	5,0	3,3	28,6
Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,3	0,2	0,7	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0
Alojamientos inestables/precarios	5,5	3,8	2,7	9,8	4,9	4,4	6,3	3,3	10,7
Otros lugares	0,2	0,3	0,1	0,6	0,3	0,2	1,3	0,0	3,6
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días (%)									
Opioides	4,4	6,2	2,2	10,9	9,6	1,8	2,2	14,3	0,0
Cocaína	62,3	0,6	36,9	44,9	34,1	29,9	53,3	35,7	16,7
Estimulantes	4,1	5,7	10,6	2,1	6,0	7,3	15,6	14,3	8,3
Hipnosedantes	7,3	6,6	5,4	15,1	0,0	5,1	6,7	0,0	0,0
Alucinógenos	0,3	0,9	1,4	0,5	0,8	3,8	0,0	14,3	0,0
Sustancias volátiles	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cannabis	51,1	49,9	0,0	50,8	50,5	54,2	64,4	42,9	58,3
Alcohol	0,0	69,8	74,8	34,0	51,8	53,3	33,3	42,9	50,0
Otras sustancias psicoactivas	0,4	0,4	0,4	0,2	1,8	0,7	0,0	0,0	0,0
Edad inicio del consumo droga principal (años)	17,8	20,4	15,5	21,9	29,9	20,8	19,2	27,7	24,8
Frecuencia de consumo de la droga principal (%)									
Todos los días	58,5	24,4	68,1	57,1	84,2	26,3	27,6	57,9	40,0
4-6 días a la semana	6,9	12,1	5,3	4,5	2,3	12,8	14,5	5,3	12,0
2-3 días a la semana	11,2	23,8	7,9	5,8	3,2	21,1	19,7	12,3	24,0
1 día a la semana	4,2	9,2	2,4	2,0	1,4	8,6	5,3	3,5	0,0
Menos de 1 día a la semana	5,0	11,8	3,7	3,6	1,3	10,0	14,5	5,3	12,0
No consumió	14,1	18,7	12,7	27,1	7,6	21,2	18,4	15,8	12,0
Vía de administración droga principal (%)									
Oral	99,6	2,6	1,4	7,0	97,1	24,7	36,3	56,7	3,6
Pulmonar o fumada	0,2	13,4	97,9	70,4	1,2	6,3	6,3	11,7	39,3
Intranasal o esnifada	0,1	82,5	0,4	6,3	1,3	66,7	56,3	5,0	42,9
Inyectada o parenteral	0,0	0,8	0,1	14,9	0,4	2,1	0,0	3,3	0,0
Otras	0,1	0,7	0,2	1,4	0,1	0,2	1,3	23,3	14,3

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Opioides	Hipnosedantes	Estimulantes	Alucinógenos	Otras sustancias psicoactivas	Sustancias volátiles
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,1	5,4	2,8	45,1	8,5	8,7	8,5	11,5	4,8
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	0,6	1,9	0,5	20,8	1,8	4,4	1,7	7,7	4,8
Se inyectó drogas en los últimos 30 días (%)	0,4	1,3	0,3	11,6	0,9	2,9	1,7	3,8	0,0
Prevalencia de VIH entre los casos con información									
Positivo	3,3	4,6	3,4	18,7	6,9	11,5	5,3	15,0	12,5
Prevalencia de Hepatitis C entre los casos con información									
Positivo	8,5	6,9	6,1	41,4	14,5	12,0	6,1	13,6	0,0
Prevalencia de Hepatitis B entre los casos con información									
Portador crónico	3,0	1,5	1,8	5,9	4,1	0,5	4,3	0,0	0,0
Inmune o no inmune	97,0	98,5	98,2	94,1	95,9	99,5	95,7	100,0	100,0
Prevalencia mínima de VIH** (positivo)	1,1	1,9	0,9	11,0	2,5	4,8	2,4	4,8	3,6
Prevalencia mínima Hepatitis C** (positivo)	2,9	2,8	1,6	23,8	5,2	4,6	2,4	4,8	0,0
Prevalencia mínima Hepatitis B** (portador crónico)	0,6	0,3	0,3	1,7	0,9	0,1	1,2	0,0	0,0

* En 2014, se aplicó el cambio de protocolo para adaptarse a los cambios en el sistema educativo nacional. Los estudios de 3º y 4º de la ESO del sistema educativo actual, en el sistema educativo anterior se correspondían con 2 cursos de BUP, eso hace que, lo que antes se clasificaba como estudios secundarios a partir del 2014 se clasifica como estudios primarios, se debe tener este dato en cuenta a la hora de interpretar la serie histórica.

** Positivos entre el total (prevalencia mínima).

Notas:

– En alcohol, los porcentajes de la variable "Convivencia en los últimos 30 días" se calculan eliminando los casos de Cataluña que, en 2016, mostraron un error de codificación.

– El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables

– Las edades medias de inicio de consumo correspondientes a 2016 se han calculado excluyendo los datos de la Comunidad Autónoma de Cataluña por problemas de notificación.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El **máximo nivel de estudios alcanzado** de los pacientes admitidos a tratamiento se ha modificado ligeramente con el tiempo y sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2016, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (64,9%) había finalizado como máximo estudios primarios, mientras que el 47,5% de los admitidos a tratamiento por cocaína y cerca del 43,5% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la **situación laboral**; la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (43,3 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (19,9%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (24,8%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

También se observan diferencias importantes en los **modelos de convivencia** y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2016, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (9,9%) que entre los admitidos por cannabis (2,7%) o cocaína (3,8%).

En 2016, 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 (22,9%) que entre los admitidos por cocaína (54,1%), alcohol (46,0%), hipnosedantes (73,2%) o cannabis (74,3%).

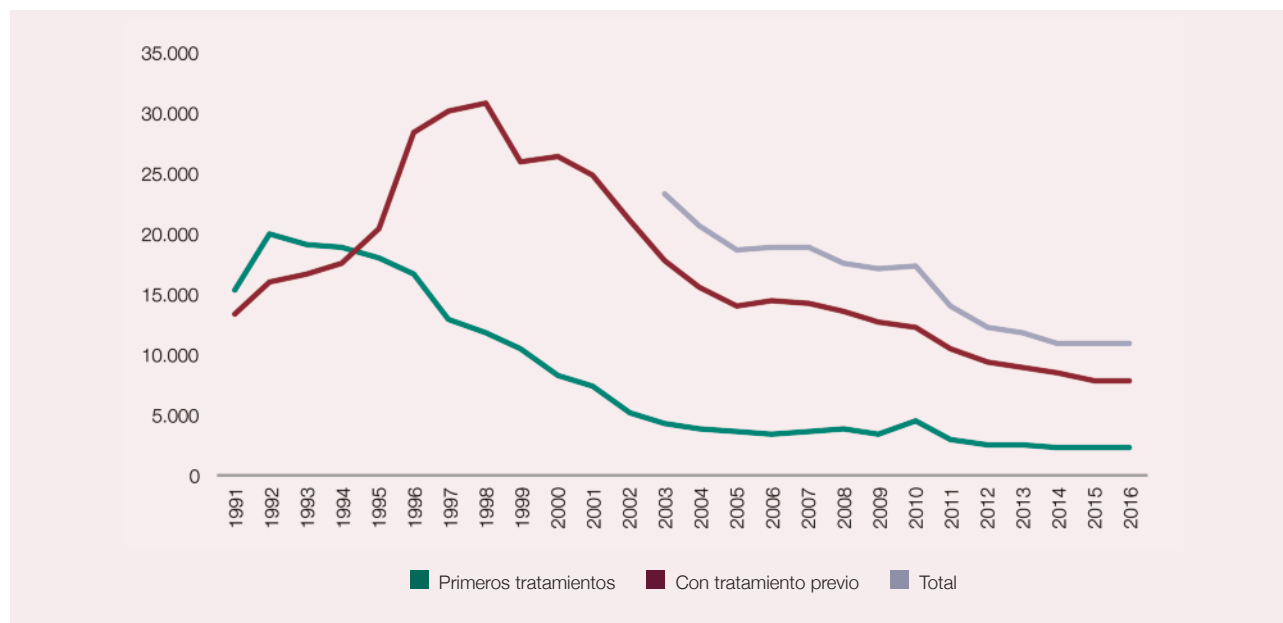
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.807 en 2016, 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 (7.907 personas), como por los admitidos por primera vez (2.353 personas) (figura 2.1.7).

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos; un varón de 41 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 9,6% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente cannabis, cocaína y alcohol.

Figura 2.1.7.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2016.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	–	2004	3.836	15.617	20.532
1992	20.017	15.956	–	2005	3.604	14.005	18.653
1993	18.977	16.703	–	2006	3.318	14.502	18.803
1994	18.770	17.526	–	2007	3.672	14.331	18.904
1995	17.878	20.369	–	2008	3.840	13.616	17.456
1996	16.647	28.382	–	2009	3.412	12.750	16.989
1997	12.993	30.173	–	2010	4.526	12.166	17.325
1998	11.867	30.756	–	2011	2.951	10.391	13.898
1999	10.473	26.031	–	2012	2.555	9.302	12.238
2000	8.151	26.412	–	2013	2.572	8.940	11.756
2001	7.461	24.844	–	2014*	2.356	8.555	10.911
2002	5.051	21.162	–	2015	2.202	7.713	10.978
2003	4.337	17.867	23.225	2016	2.353	7.907	10.807

* Datos relacionados con la variable tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

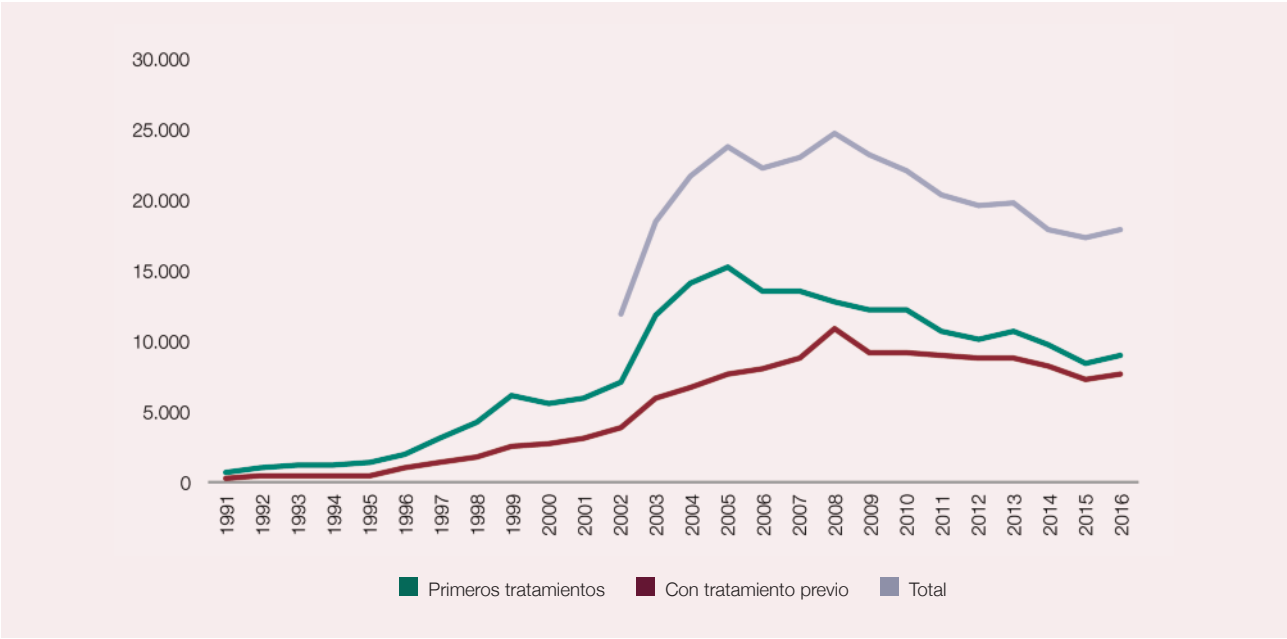
El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años).

Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a las 10.000. En los últimos años, esta cifra ha permanecido

bastante estable, confirmándose en 2016 un discreto aumento del número de primeras admisiones a tratamiento que será necesario vigilar (figura 2.1.8). No obstante, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones que de personas con tratamiento previo por cocaína.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cocaína es el de un varón de 36 años que nunca ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, trabajando o parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo no diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente alcohol y cannabis.

Figura 2.1.8.
Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (en general). España, 1991-2016.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	–	2004	14.126	6.747	21.646
1992	932	367	–	2005	15.258	7.562	23.746
1993	1.146	431	–	2006	13.463	8.036	22.242
1994	1.265	491	–	2007	13.429	8.753	23.037
1995	1.415	516	–	2008	12.847	10.786	24.680
1996	1.892	932	–	2009	12.142	9.107	23.132
1997	3.129	1.402	–	2010	12.130	9.095	22.087
1998	4.174	1.838	–	2011	10.637	8.889	20.335
1999	6.126	2.576	–	2012	10.142	8.855	19.497
2000	5.499	2.773	–	2013	10.734	8.726	19.848
2001	5.977	3.046	–	2014*	9.683	8.182	17.864
2002	7.125	3.893	11.904	2015	8.445	7.248	17.327
2003	11.851	5.893	18.359	2016	9.052	7.678	17.889

* Datos relacionados con la variable tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2016 fue de 13.304, cifra ligeramente inferior a las registradas en 2015 y 2014. No obstante, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha mostrado una tendencia claramente ascendente hasta 2013. Es más, en 2012, el cannabis se convirtió en la sustancia responsable del mayor número de admisiones a tratamiento por primera vez, superando a la cocaína y, a pesar del descenso observado de 2014 a 2016, se mantiene en esa posición.

La reciente tendencia descendente del número de admitidos a tratamiento por cannabis se debe tanto a la disminución del número de personas que han acudido a recibir tratamiento por primera vez como a la disminución del número de admisiones a tratamiento entre las personas que ya han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad (figura 2.1.9).

Es importante señalar una vez más el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 96,6% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2016 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2016.



* Datos relacionados con la variable tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 27 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia (27,85) o por presión familiar (15,7%), vive con familia de origen/sus padres, suele presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidor de otras, principalmente alcohol (74,8%).

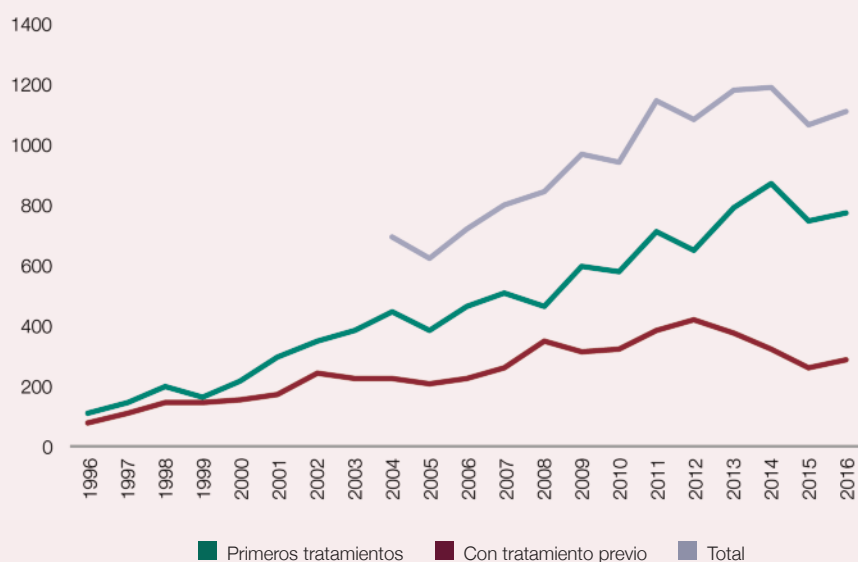
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

En 2016, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) fue 1.105, mostrando una tendencia claramente ascendente. De 2014 a 2016 se estabiliza esa tendencia, por lo que será necesario vigilar la evolución en los próximos años (figura 2.1.10).

En el caso de los hipnosedantes, el porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento es mucho más elevado que para el resto de admitidos por otras sustancias, superando el 43% del total de admisiones.

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2016.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	109	77	-	2007	503	261	795
1997	144	111	-	2008	463	352	845
1998	197	143	-	2009	598	312	963
1999	165	147	-	2010	580	323	944
2000	214	154	-	2011	709	386	1.143
2001	299	170	-	2012	648	421	1.083
2002	350	242	-	2013	787	374	1.175
2003	382	225	-	2014*	871	321	1.192
2004	441	224	693	2015	742	256	1.068
2005	383	209	618	2016	772	282	1.105
2006	466	223	717				

* Datos relacionados con la variable tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En consecuencia, se diferencian dos perfiles en función del sexo:

- El perfil de los **hombres** admitidos a tratamiento por hipnosedantes es el de un varón de 40 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. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- El perfil de las **mujeres** admitidas a tratamiento por hipnosedantes es el de una mujer de 47 años, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por el médico de Atención Primaria, y que vive con la familia de origen/sus padres o con su pareja e hijos. Consume además alcohol (droga secundaria). El 7,3% de las mujeres admitidas a tratamiento por hipnosedantes se dedica a las tareas del hogar.

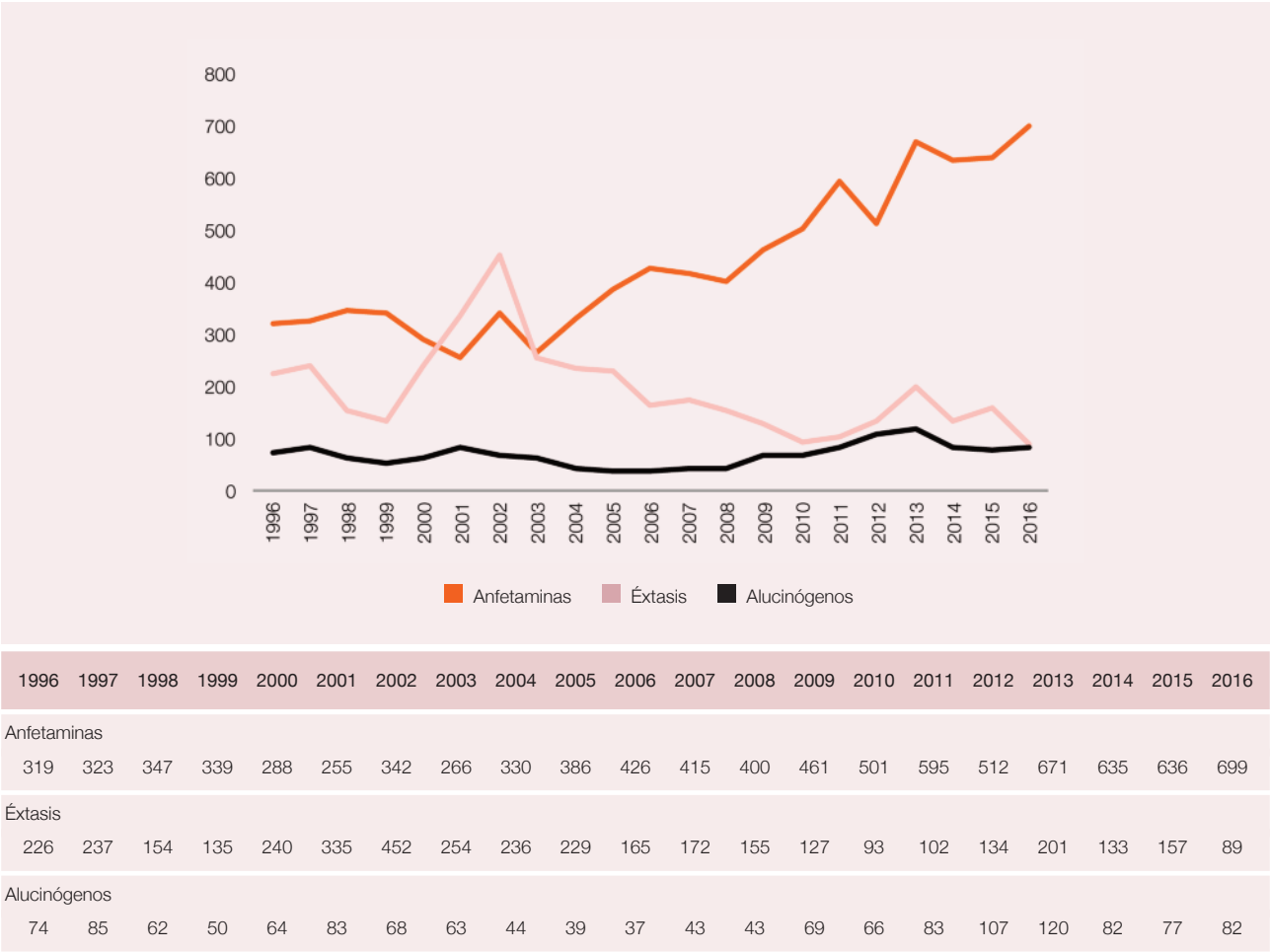
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2016, el 1,9% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es reducido.

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de los últimos años. En 2002 presentó el valor más alto y desde entonces se ha estabilizado en alrededor de 89 casos (figura 2.1.11).

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2016.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Las admisiones a tratamiento por anfetaminas han mostrado en los últimos años, de manera global, una tendencia ascendente, alcanzando su valor máximo (699) en 2016. El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos: un varón de 34,2 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria o superior, trabajando y que vive con su familia de origen.

Las admisiones a tratamiento por alucinógenos se sitúan en niveles relativamente bajos (menos de 100 casos en toda España). Desde 2006 se ha venido registrando una tendencia ascendente que podría explicarse, en parte, por el aumento del número de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina (figura 2.1.12).

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2016.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

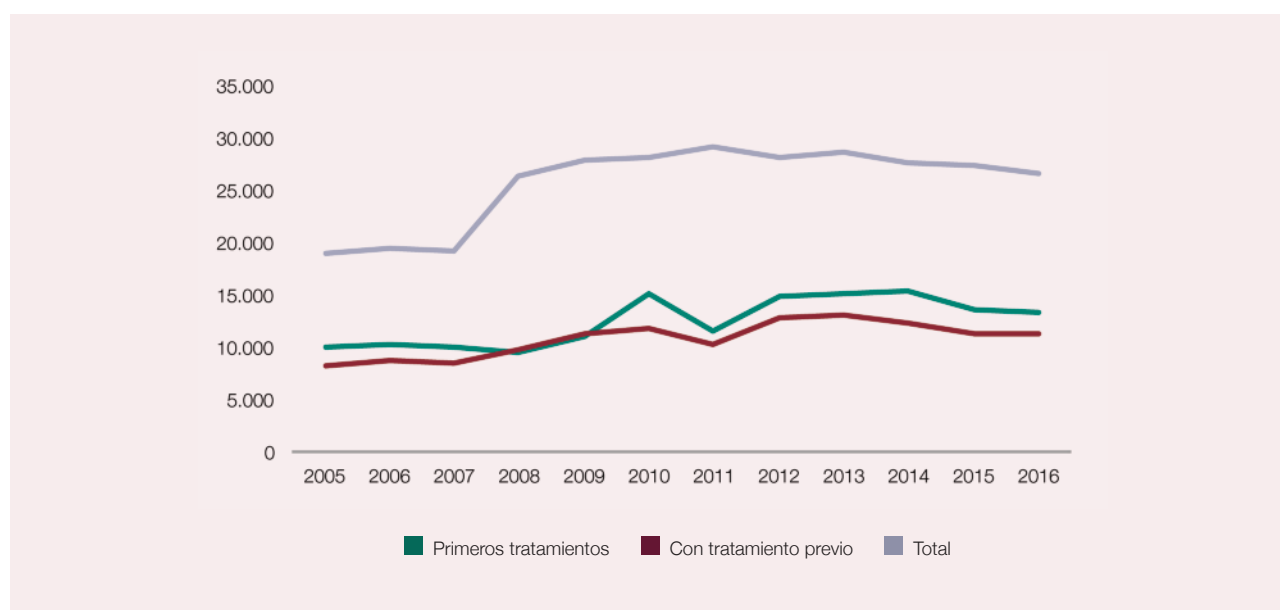
En 2016, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 26.655, cifra que mantiene cierta estabilidad desde 2008 (figura 2.1.13). Aunque ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de metodología, debe tenerse en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia 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 2016, del 36,9% 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 años que vive con su pareja e 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 (75,9%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2016.



	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

* Datos relacionados con la variable tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

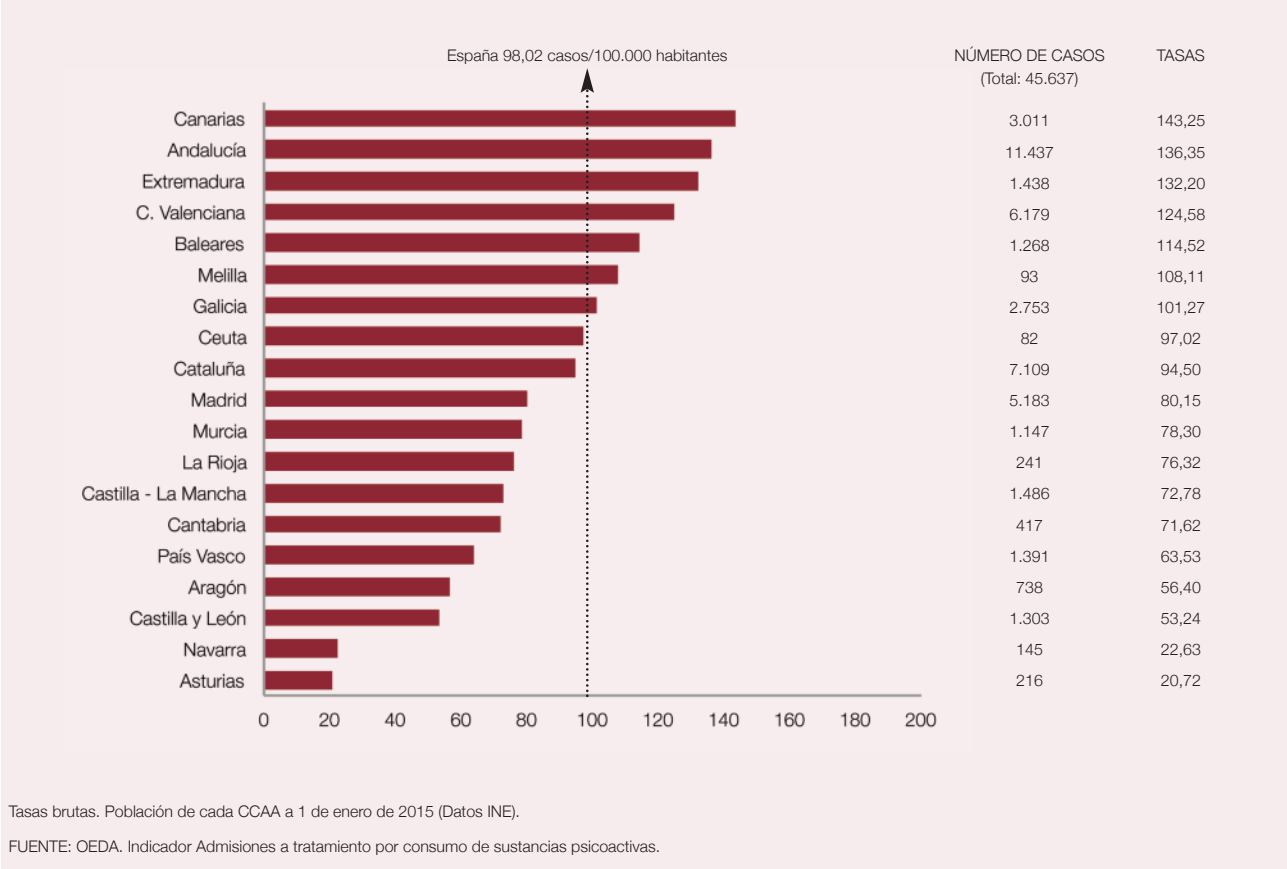
Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por Comunidad/Ciudad Autónoma (figura 2.1.14).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/100.000 habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la prevalencia de consumo y la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.14.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2016.



2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2016

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, como Cataluña y Castilla y León realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987. La cobertura geográfica ha ido incrementándose progresivamente. En 2016, notificaron al indicador 16 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas¹.

1. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Resultados

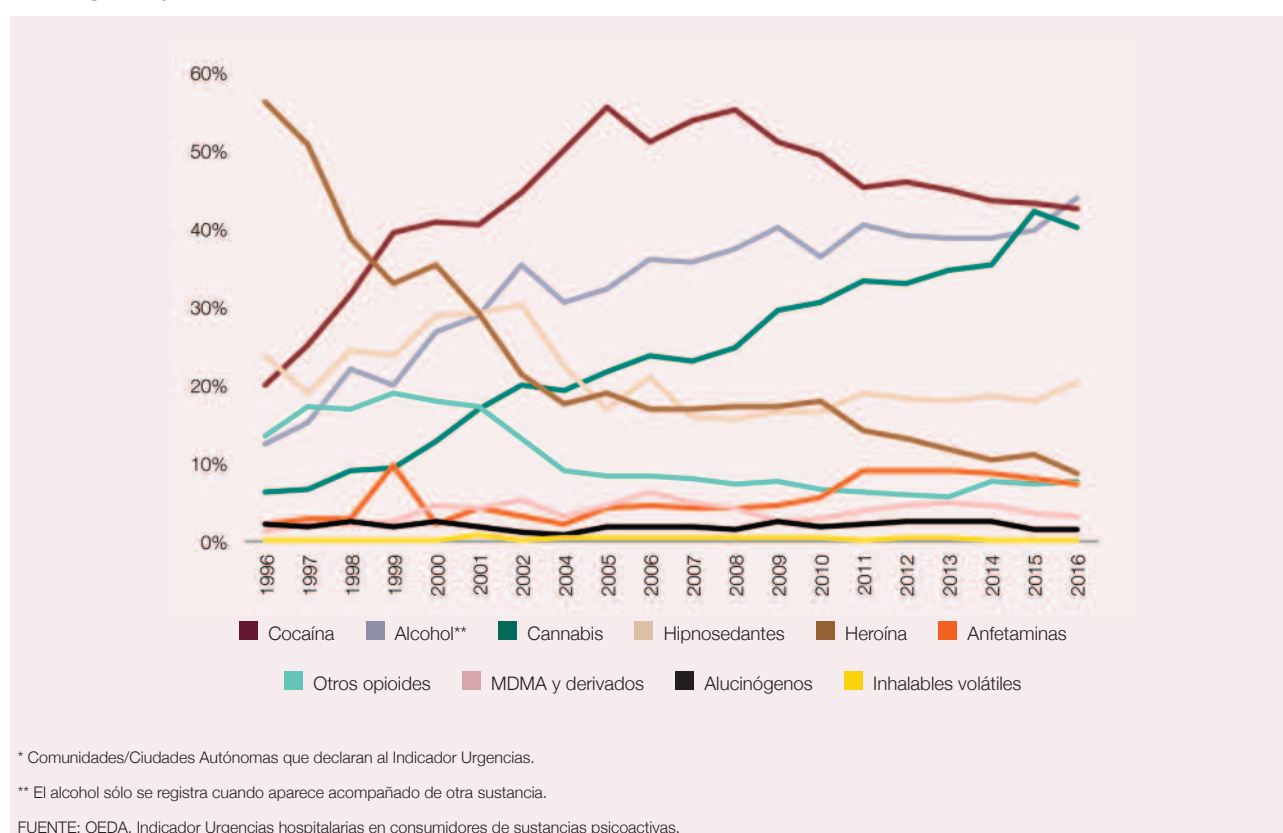
En 2016 se notificaron 8.588 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 4.565 (53,2%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. Tendencia más o menos estable desde 2011 (tabla 2.2.1).

Los resultados que se presentan en este capítulo se refieren únicamente a aquellos episodios en que la droga está relacionada con la urgencia.

En la figura 2.2.1 y en la tabla 2.2.1 se muestra la evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas desde 1996.

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga. España*, 1996-2016.



En 2016, de los 4.565 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 42,5% la urgencia se relacionó con la **cocaína**. Es la sustancia ilegal con mayor presencia. Tras el descenso iniciado a partir de 2008 se mantiene estable en los últimos años, pero continúa siendo responsable del mayor porcentaje y del mayor número absoluto de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cocaína es el de un hombre (77,7%) con una edad media de 35,5 años. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, mostrando en 2016 la edad media más elevada de la serie histórica. El 3,5% llegan detenidos y el 72% recibe el alta médica.

El **cannabis** ocupa el segundo lugar y se relaciona con el 40,1% de las urgencias, siendo la única sustancia para la que se observa una tendencia ascendente hasta 2015 que parece frenarse en 2016 y situándose a poca distancia de la cocaína. Tal y como muestran los datos procedentes del resto de indicadores y de las encuestas nacionales, el cannabis ocupa una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España y su presencia se ha consolidado

en los últimos años. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de cannabis es el de un hombre (77,9%) con una edad media de 31,4 años. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, mostrando en 2016 la edad media más elevada de la serie histórica. El 4% llegan detenidos y el 70% recibe el alta médica.

La **heroína**, en 2016, se sitúa en tercer lugar (8,6%), confirmando una tendencia descendente y presentando el valor más bajo de la serie histórica. No obstante, a pesar de la tendencia descendente observada en los últimos años, el descenso de las cifras registradas en 2016 podría estar en relación con cambios en la recogida de datos en la Comunidad Autónoma de Cataluña que, habitualmente contribuye significativamente con un mayor número de urgencias relacionadas con opioides. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de heroína es el de un hombre (78,8%) con una edad media de 38,4 años. El 6,7% llegan detenidos y el 65,6% recibe el alta médica.

Tabla 2.2.1.

Numero total de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje de urgencias en el que aparece cada sustancia. España*, 1996-2016.

	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

* 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 cuanto a otros opioides registrados, en 2016, las urgencias relacionadas con tramadol fueron 24, mostrando cierta tendencia descendente desde el 2013, año en el que el tramadol se relacionó con el mayor número de urgencias (34). Las urgencias relacionadas con fentanilo en 2016 fueron 6, tendencia estable desde 2010 con valores entre 3 y 6 según los años.

En 2016, las **anfetaminas** estaban presentes en el 7,5% de las urgencias relacionadas con drogas, mostrando una tendencia estable desde 2011 con algunos altibajos en probable relación con el hecho de tratarse de pequeños valores numéricos. El perfil de los que tienen una urgencia relacionada con el consumo de anfetaminas es el de un hombre (73,6%), con una edad media de 31,7 años. La edad media ha mostrado una clara tendencia ascendente, mostrando en 2016 la edad media más elevada de la serie histórica. El 2,4% llegan detenidos y el 67,4% recibe el alta médica.

El **éxtasis** ha presentado altibajos a lo largo de la serie histórica. En los últimos años se encontraba estabilizado en torno al 4%, situándose en 2016 en el 3,2%.

Los **alucinógenos** se mantienen en niveles relativamente bajos (1,5% en 2016), con algunas variaciones interanuales.

El protocolo del Registro del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de **nuevas sustancias psicoactivas**. Sin embargo, en 2016 no se ha notificado ninguna de éstas al indicador de Urgencias, probablemente en relación con aspectos metodológicos. Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana:

<http://www.pnsd.mscbs.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. Es, en cualquier caso, la sustancia psicoactiva legal relacionada con el mayor número de episodios de urgencias, estando presente en más del 43% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, seguido muy de cerca por la cocaína (42,5%).

En las tablas 2.2.2 y 2.2.3 se muestran algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en 2016 y a lo largo de la serie histórica.

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie, situándose entre el 20% y el 30%. En general, no se observan diferencias en las sustancias consumidas en función del sexo, salvo para los hipnosedantes, que es superior entre las mujeres.

Se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años (1996) a 34,5 años (2016), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 35,5 años). No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen edad más avanzada, mientras que los que acuden por consumo de éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y cannabis son más jóvenes.

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%) y que en 2016 registra un valor del 3,7%.

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta (71,6% en 2016). No obstante se registra una tendencia ascendente del número de urgencias que precisan ingreso hospitalario (8,1% en 2009 al 17,0% en 2016). La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, más traslados a otros centros en las urgencias por hipnosedantes y más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis y sustancias volátiles.

Tabla 2.2.2.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1996-2016.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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
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	32,6	32,7	32,8	33,0	33,2	34,1	34,5
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
Detenidos (%)	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	4,9	4,2	3,7	4,1	3,8	4,3	2,7	3,7
Resolución de la urgencia (%)																				
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8	69,8	72,2	71,6
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
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
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
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

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Total, según sexo y según droga. España*, 2016.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinogenos	I. volátiles
Número de episodios	4.565	3.460	1.098	1.874	1.934	1.769	902	378	330	338	140	64	12
Edad media (años)	34,3	34,7	32,8	35,5	35	31,4	36,7	38,4	31,7	40,7	28,5	28,9	33,1
Sexo (%) mujeres	24,1	100,0	0,0	22,3	22,5	22,2	28,6	21,2	26,4	26,6	30,0	20,3	8,3
Detenidos (%)	3,7	4,3	1,7	7,1	3,0	4,1	5,1	6,7	2,4	7,1	2,2	6,3	8,3
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	71,6	71,3	72,8	72,0	73,6	70,1	65,3	65,6	67,4	67,4	75,6	80,7	71,4
Alta voluntaria	8,2	8,3	8,1	9,2	9,2	5,7	8,5	8,6	10,6	9,6	15,4	7,0	28,6
Ingreso hospitalario	17,0	17,5	15,6	15,5	14,6	20,9	21,3	23,9	18,1	19,3	7,3	12,3	0,0
Muerte en urgencias	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,1	2,9	3,5	3,3	2,6	3,4	4,9	1,6	3,9	3,7	1,6	0,0	0,0

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

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 2016, según sexo.

Tanto en hombres como en mujeres, los mayores porcentajes de episodios de urgencia relacionada con el consumo de drogas son motivados por el alcohol, la cocaína y el cannabis. Sin embargo, se observan algunas diferencias en función del sexo, registrando mayores porcentajes para hipnosedantes, otros opioides, anfetaminas y éxtasis entre las mujeres, y para cannabis, cocaína, alcohol, heroína y alucinógenos entre los hombres.

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales, según sexo. España, 2016.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	42,7	43,6	39,7
Alcohol	44,0	44,9	41,2
Cannabis	40,2	41,1	37,2
Hipnosedantes	20,5	19,3	24,5
Heroína	8,6	9,0	7,6
Anfetaminas	7,5	7,3	8,3
Otros opioides	7,7	7,5	8,6
MDMA y derivados	3,2	2,9	4,0
Otras sustancias	2,7	1,9	5,3
Alucinógenos	1,5	1,5	1,2
I. volátiles	0,3	0,3	0,1

* 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 tabla 2.2.5 y la figura 2.2.2 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 2016, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (50,0%), seguida de la inyectada (41,1%), lo que supone un cambio con respecto a años anteriores en que las urgencias relacionadas con el consumo de heroína registraban mayoritariamente el uso de la vía parenteral. No obstante, como ya se ha mencionado anteriormente, los cambios de recogida y cobertura en algunas Comunidades Autónomas podrían haber influido en la variación del peso de cada vía. En las urgencias relacionadas con la cocaína, la vía predominante fue la vía intranasal o esnifada (73,5%) seguida de la pulmonar o fumada y la parenteral (figura 2.2.2).

El peso de la vía inyectada es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores, que motivan la necesidad de acudir a los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de ad-

ministración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque siempre aparecen algunos casos que señalan el uso de la vía parenteral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (94,8%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (5,1%).

Tabla 2.2.5.

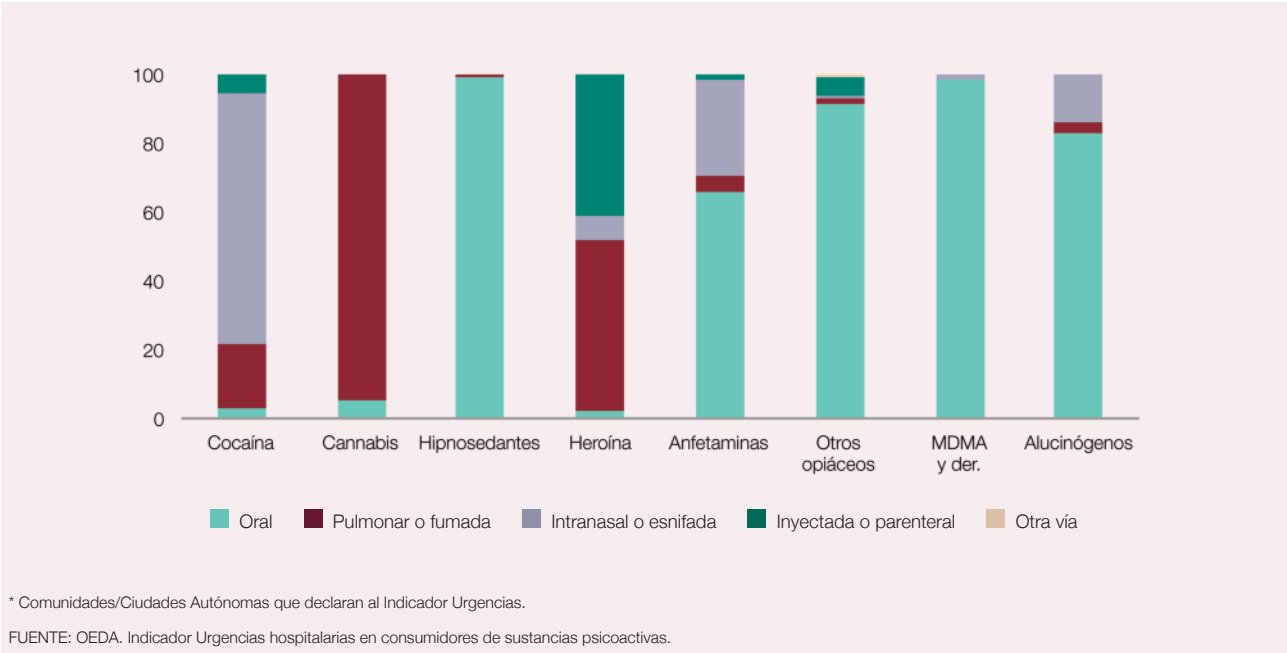
Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2016.

	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos
Oral	3,3	5,1	99,5	2,2	65,9	91,3	98,1	82,8
Pulmonar o fumada	17,9	94,8	0,3	50,0	4,8	1,7	0,0	3,4
Intranasal o esnifada	73,5	0,1	0,0	6,7	27,8	0,4	1,9	13,8
Injectada o parenteral	8,6	0,0	0,1	41,1	1,6	6,1	0,0	0,0
Otra vía	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0

** Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.
FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Figura 2.2.2.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias. España*, 2016.



2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2016. 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 Toxicomanías (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 (OEDA): <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (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, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y cocaína pero, actualmente, se notifican además otras muchas sustancias psicoactivas.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2016 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las Comunidades Autónomas que declaran 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 a incluir, la manera de hacerlo 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.

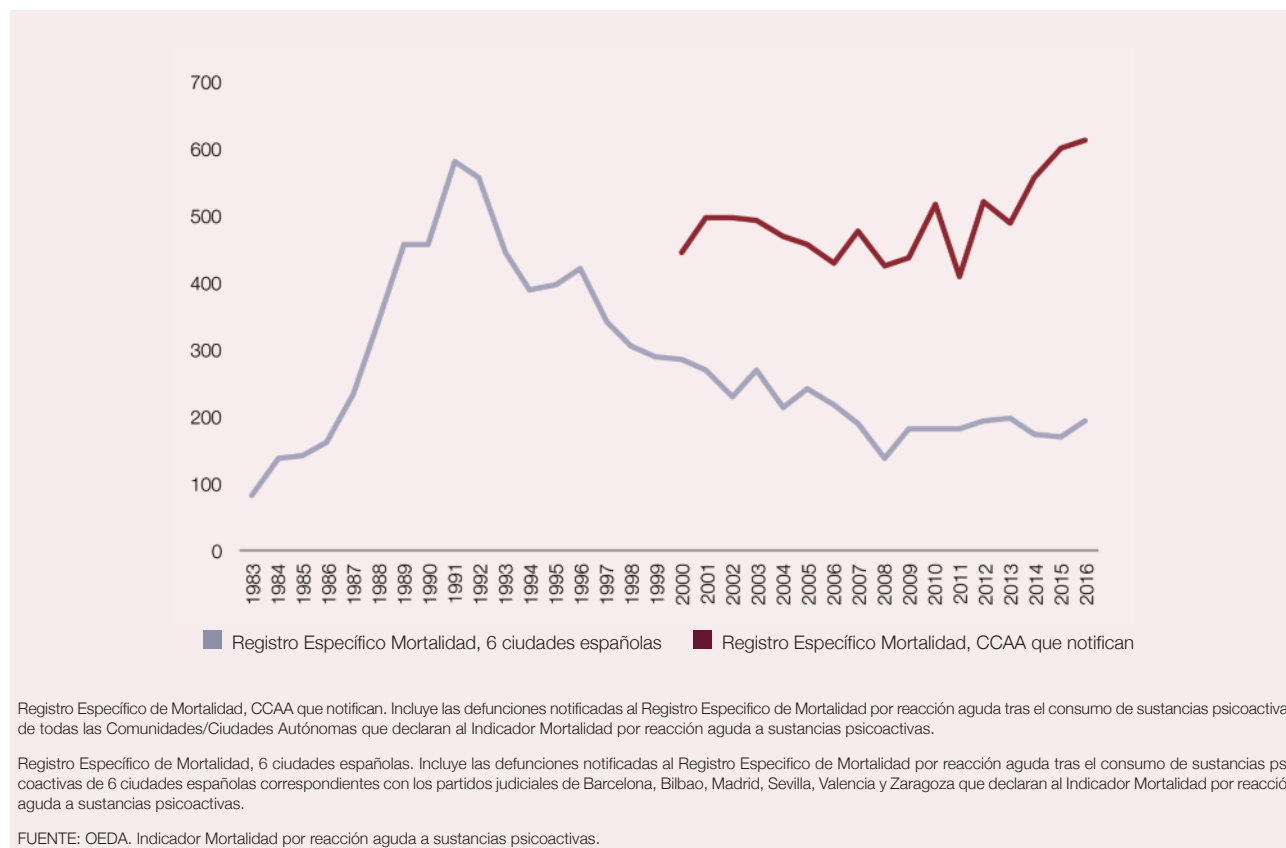
Las características metodológicas del indicador dan lugar a la identificación de algunos picos, según las sustancias y los años de notificación, que podrían justificarse más por variaciones en la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales que notifican 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.

5. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

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.

Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2016.



En 2016, a nivel nacional, se notificaron 613 defunciones (de éstas en 501 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

El 83,4% de los fallecidos fueron varones frente a un 16,6% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 44,1 años, manteniéndose estable respecto a 2014 y 2015. En 2016, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años (70,0% en 2016). En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (64,2%). En la mayoría de los cadáveres hubo evidencia de consumo reciente de drogas (82%) y el 13% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En el 31,5% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología frente a VIH fue positiva en el 21,4% de los casos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2016, 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 y opioides). Este perfil se viene manteniendo 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*, 2003-2016.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501
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
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
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
Grupo de edad (años)														
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14,0
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4
≥45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

* 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.

La mayor parte de las defunciones (79,4%) no mostraron evidencias de suicidio, frenándose la tendencia ascendente del número de fallecidos con evidencia de suicidio que venía mostrando el indicador desde 2013. No obstante, el ascenso de las cifras de fallecidos con evidencia de suicidio parece relacionarse más bien con una mejora de la notificación que con un aumento real de casos. A este respecto, en 2016 se identificaron 108 casos con evidencia de suicidio, en su mayoría hombres (61,1%), mayores de 40 años (71,3%), solteros (58,1%), con evidencia de consumo reciente (85,9%), sin signos recientes de venopunción (93,9%) y que en el 74,1% 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 75% de estos casos), opioides (32,4%) y alcohol (40,7%). El análisis pormenorizado de este grupo de fallecidos no ha mostrado diferencias en cuanto a sus características en relación con 2015, aunque se mantiene una vigilancia estrecha sobre los datos en fallecidos con este perfil.

En la tabla 2.3.2 se muestra la evolución del número de fallecidos en los que se detecta cada sustancia (casos con información toxicológica disponible) de 2004 a 2016. La información se obtiene de la identificación toxicológica de cada una de las sustancias/metabolitos a los que se hace referencia.

Tabla 2.3.2.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancias/metabolitos detectados en el análisis toxicológico. España*, 2004-2016.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Opioides	349	356	338	340	324	346	409	318	366	337	333	335	320
Cocaína	280	315	250	313	251	247	297	213	280	236	269	253	269
Hipnosedantes	227	246	217	223	191	180	302	265	302	273	342	352	337
Anfetaminas	12	12	15	17	9	13	8	19	18	27	41	23	31
Cannabis	78	95	70	68	65	88	123	100	107	94	86	121	117
MDMA	2	7	5	6	5	4	7	8	5	18	9	12	14
Alcohol	167	150	143	130	108	120	149	136	138	136	212	206	215
Nº de defunciones con información toxicológica	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501
Número total de fallecidos	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613

* 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.

Los análisis del Indicador Mortalidad confirman que las sustancias responsables de los fallecimientos en 2016 son principalmente los hipnosedantes y los opioides, seguidos de la cocaína y el alcohol. En este punto se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia (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 (95,8%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico (481 casos de los 501 casos en los que se dispone de información toxicológica en 2016) y sólo en el 4,2% restante (20 casos en 2016) se identifica una sola sustancia toxicológica.

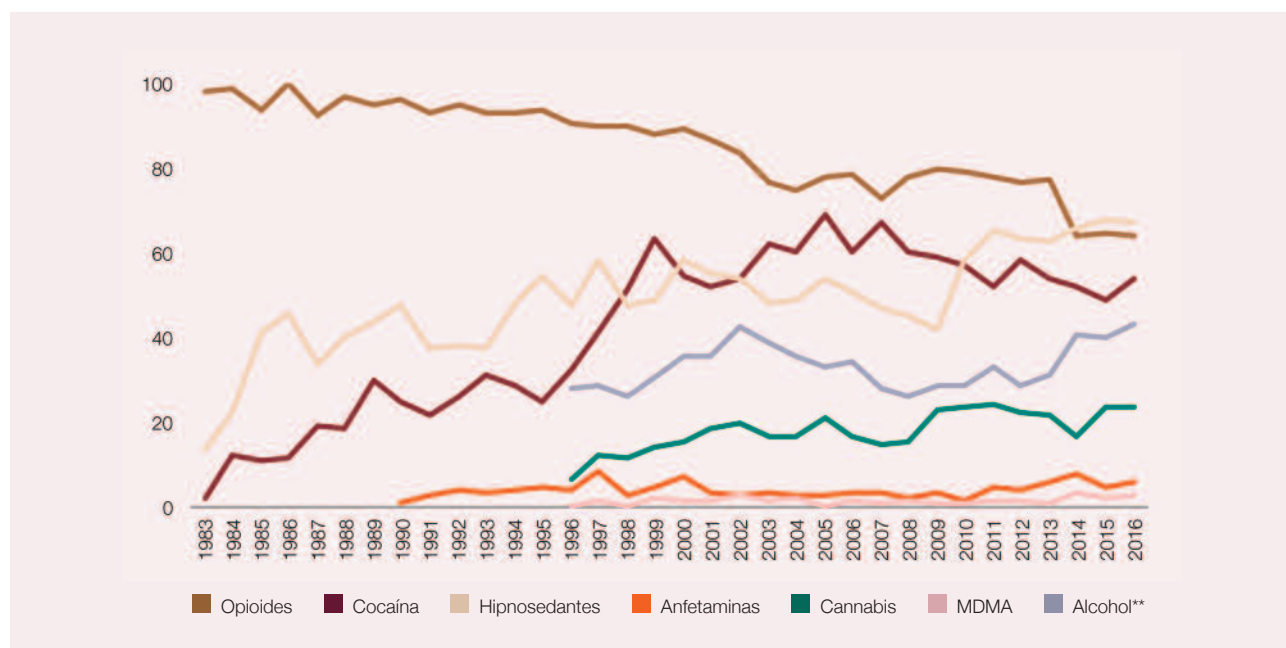
Evolutivamente, se observa una estabilización desde 2011 del número de fallecidos en los que se detectan opioides (situándose en alrededor de 330 fallecidos al año por estas sustancias), un aumento de los hipnosedantes desde 2010, que en 2015 alcanzaron el valor más alto de la serie histórica (352 fallecidos), situándose por encima de los opioides por primera vez desde que se inició el registro de este indicador (tabla 2.3.2). En 2016 desciende el número de fallecidos en los que se detectan tanto opioides (320) como hipnosedantes (337), se observa una estabilización del número de fallecidos en los que se identifica alcohol o bien cannabis (registrando cifras similares a las mostradas en 2010). Por último,

el número de fallecidos en los que se detecta la presencia de cocaína se muestra bastante estable desde 2014 y, aunque el número de fallecidos en los que se detecta cocaína en 2016 aumenta en un 5% con respecto a 2015, la cifra es similar a la registrada en 2014, por lo que en ningún caso se podría hablar de un cambio de tendencia por el momento.

La 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%. El porcentaje se puede ver alterado por el aumento o disminución del número de fallecimientos notificados, por lo que deben tomarse como referencia las cifras de números absolutos para poder interpretar los porcentajes correctamente.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1983-2016.



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Opioides	98,0	98,8	93,9	100,0	92,4	96,6	94,8	96,0	93,1	94,9	92,8	92,9	93,4	90,4	89,8	90,1	88,0
Cocaína	2,0	12,5	11,0	11,5	19,3	18,4	29,6	24,8	21,6	26,0	30,9	28,8	24,7	32,7	41,4	51,2	63,3
Hipnosedantes	13,7	22,5	41,5	46,0	33,8	40,2	43,8	47,4	37,2	37,9	37,4	48,4	54,8	47,7	58,6	47,4	48,8
Anfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	1,0	2,9	3,8	3,2	4,3	4,9	4,0	8,6	2,8	4,5
Cannabis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5	12,2	11,3	14,3
MDMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	1,5	0,0	1,8
Alcohol**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	28,6	26,2	30,5
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Opioides	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9
Cocaína	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7
Hipnosedantes	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3
Anfetaminas	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2
Cannabis	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4
MDMA	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8
Alcohol**	35,5	35,3	42,5	39	35,8	33,0	34,3	27,8	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9

* 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.

Así, la evolución temporal de la presencia de cada sustancia respecto al total de fallecimientos notificados muestra desde 1996 un descenso en el porcentaje de fallecidos en los que se identifica la presencia de opioides (77,3% de los casos con información toxicológica en 2013 y 63,9% en 2016), lo que podría explicarse por el aumento de la cifra total de fallecidos.

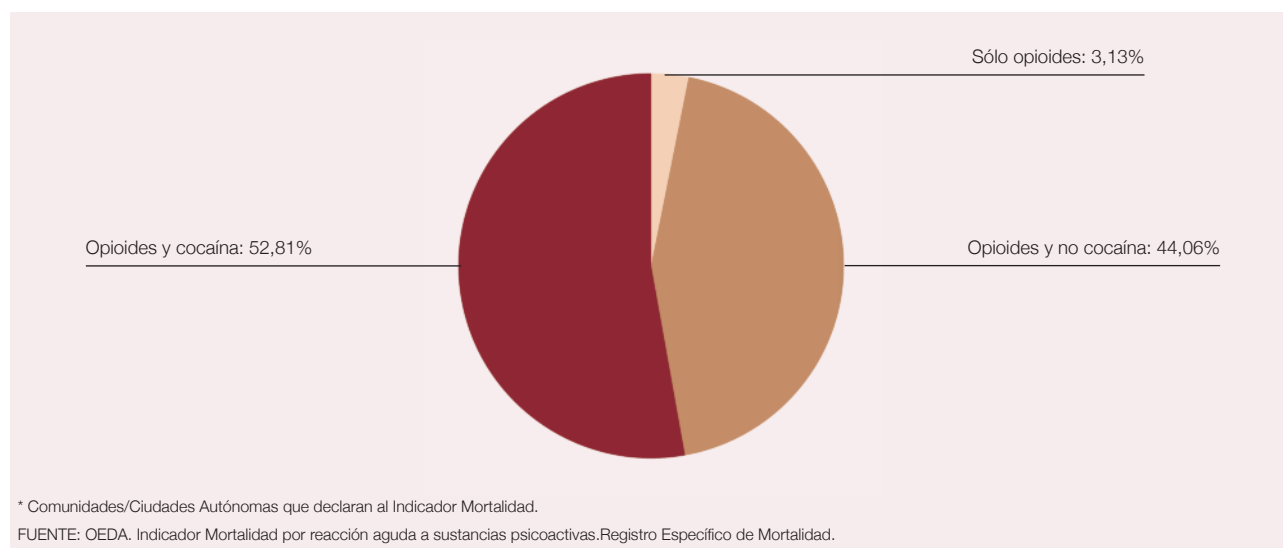
También se observan un aumento de la presencia que suponen los hipnosedantes (67% de los casos con información toxicológica y superando el peso de los opioides en 2016), un aumento de la presencia de la cocaína y del cannabis.

Información según grupos de sustancias

Tanto los opioides como la cocaína son sustancias muy presentes en este indicador. Tal y como se observa en la figura 2.3.3, entre los fallecidos en 2016 en los que se detectan opioides, sólo en el 3% de los casos se identifican éstos como sustancia única, detectándose junto con cocaína en el 53% de los casos (independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 44% restante de los casos.

Figura 2.3.3.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta opioides en función de otras sustancias detectadas. España*, 2016.



En el grupo de opioides, la metadona merece mención específica. La metadona ha estado presente en el 36% (182 casos) de los fallecidos en 2016, 96 de los cuales mostraron presencia de esta sustancia como único opioide, independientemente de que se identificasen otras sustancias de otros grupos. Evolutivamente, se venía observando un descenso de la presencia de metadona hasta el 2015, tanto identificada como única sustancia como cuando aparecía junto a otras sustancias. Sin embargo, en 2016 parece frenarse este descenso volviendo a cifras similares a las de 2014 (figura 2.3.4).

Por lo que respecta a la cocaína, la distribución en 2016 se observa en la figura 2.3.5. Entre los fallecidos en los que se identifica cocaína (269 casos), los opioides están presentes en más del 63% (169 casos). Sólo en el 6% de los fallecidos en los que se detecta cocaína, ésta es la única sustancia detectada (16 casos).

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.

Figura 2.3.4.

Número de fallecidos en los que se detecta metadona (independientemente de otras sustancias), metadona y no otro opioide o metadona sola. España*, 2005-2016.

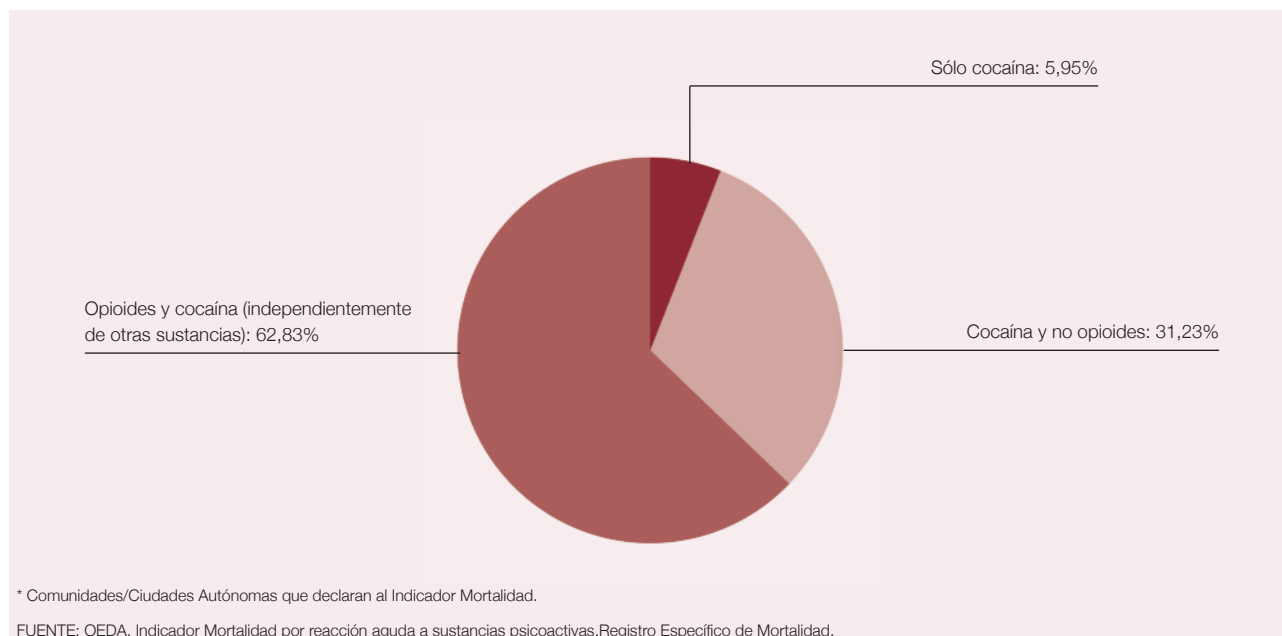


* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Figura 2.3.5.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta cocaína en función de otras sustancias detectadas. España, 2016.



* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Los opioides, identificados como sustancia única en los fallecidos, vienen manteniendo una tendencia general descendente, similar a la que se observa entre los fallecidos en los que se detecta algún opioide y cocaína. De igual manera, también es relativamente estable, con ciertas variaciones interanuales, el número de fallecidos en los que se detectan opioides solos o con otras sustancias diferentes de la cocaína. Por tanto, se puede afirmar que los opioides continúan teniendo una presencia muy significativa entre los fallecidos, especialmente en combinación con otras sustancias. Sin embargo, aunque no existe 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.

Por último, aparte del alcohol que, como se ha comentado anteriormente, sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia, hay dos categorías de sustancias que tienen una gran presencia entre los fallecidos en 2016: hipnosedantes y cannabis.

Los hipnosedantes, en 2016, aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol (tabla 2.3.3). Sólo en 3 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. Esta sustancia aparece sola en muy pocas ocasiones (1 caso en 2016), siendo lo habitual que aparezca con sustancias de otras categorías (opioides, hipnosedantes, cocaína y alcohol). Por lo general, el cannabis se identifica en combinación con otras dos sustancias (tabla 2.3.4).

Tabla 2.3.3.

Distribución de combinaciones de sustancias entre los fallecidos en los que se detecta la presencia de hipnosedantes. España*, 2015-2016.

Sustancia detectada	Nº de casos** 2015	Nº de casos** 2016
Sólo hipnosedantes	11	3
Hipnosedantes y cocaína (independientemente de otras sustancias)	133	152
Hipnosedantes y opioides (independientemente de otras sustancias)	249	230
Hipnosedantes y alcohol (independiente de otras sustancias)	120	137
Sólo hipnosedantes y alcohol	17	9
Sólo hipnosedantes y opioides	37	30
Sólo hipnosedantes y cocaína	7	11

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

** La suma de casos puede ser superior al número total de fallecidos por hipnosedantes, porque algunas de las opciones no son excluyentes.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Tabla 2.3.4.

Distribución de combinaciones de sustancias entre los fallecidos en los que se detecta la presencia de cannabis. España* 2015-2016.

Sustancia detectada	2015**	2016**
Sólo cannabis y opioides	5	5
Sólo cannabis y cocaína	2	4
Sólo cannabis	2	1
Cannabis y opioides (independiente de otras sustancias)	88	87
Cannabis y cocaína (independiente de otras sustancias)	55	68
Cannabis y alcohol (independiente de otras sustancias)	50	42
Cannabis e hipnosedantes (independiente de otras sustancias)	86	82

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

** La suma de casos puede ser superior al número total de fallecidos por cannabis, porque algunas de las opciones no son excluyentes.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.Registro Específico de Mortalidad.

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido activo a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura y los criterios de notificación, lo que permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

En cuanto a las sustancias detectadas en este subgrupo de fallecidos (Indicador 6 ciudades españolas), se confirman los opioides como la categoría de sustancias con mayor presencia, mostrando una tendencia estable en los últimos años. Por otra parte, se venía registrando un aumento progresivo del número de fallecidos en los que no aparecen opioides sino otras sustancias, que en 2016 parece haberse frenado y que será necesario seguir para ver cómo evoluciona (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Número de fallecidos en las 6 ciudades españolas (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides). 2005-2016.



* 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 menos fallecidos entre los menores de 35 años y más 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, 2005-2016.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0	3
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3	5
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6	12
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10	14
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35	29
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27	40
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24	29
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39	29
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17	20
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10	13
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Desconocida	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0	0
Total fallecidos	237	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194

* 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 2016.

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 2.3.76).

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 opioides
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte, de intención no determinada

Resultados

En 2016 se produjeron 410.611 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 483 defunciones.

A lo largo del periodo 1999-2013 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2016, supone el 83,4% de las defunciones (figura 2.3.7).

Figura 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales, según sexo.
España, 1999-2016.



Datos del Registro General de Mortalidad.

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 2016, los menores de 35 años suponen menos del 20% del total de muertes (figura 2.3.8).

Figura 2.3.8.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2016.



* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos del registro General de Mortalidad. Instituto de Estadística.

Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones a partir de estos dos registros.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas las CCAA declaran a este registro y, además, algunas de ellas no declaran datos de todos los partidos judiciales, sino de ciudades o determinados partidos judiciales, variables según los años. Se trata, por tanto, de un registro específico pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones en las CCAA que notifican, según el año.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciu-

dades 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 2.3.9 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.9.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.



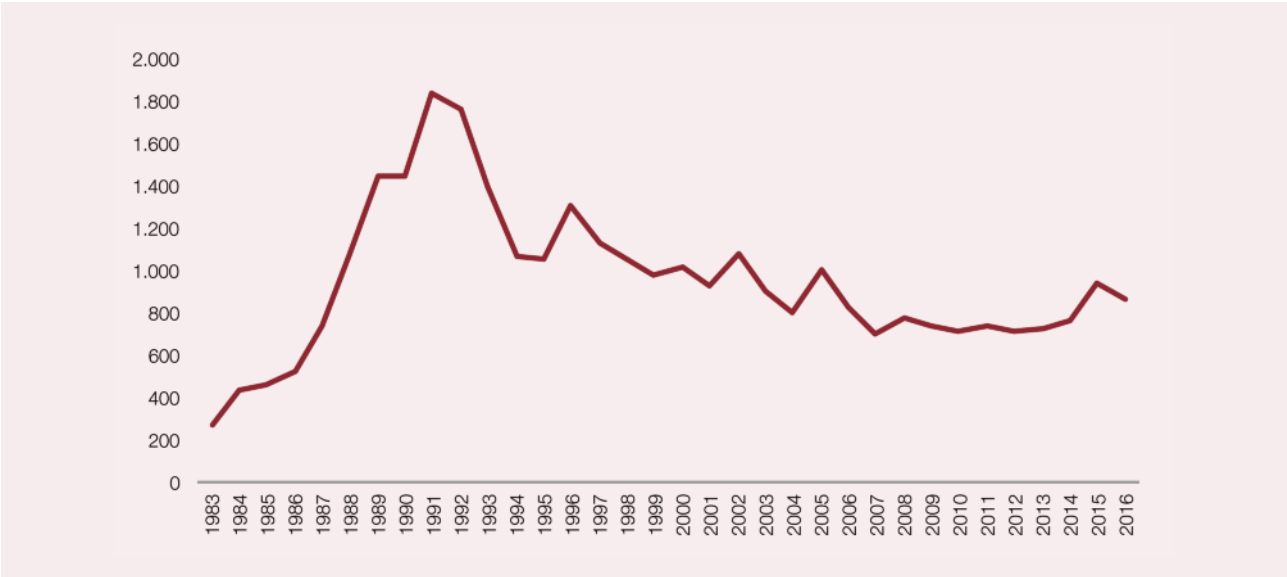
Resultados

A partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad se estima que se produjeron 866 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2016. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas; probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína).

La figura 2.3.10 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, de 1983 a 2016. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, se mantiene una tendencia descendente que parece haberse estabilizado.

Figura 2.3.10.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2016.



Número de defunciones		Número de defunciones	
1983	266	2000	1.012
1984	440	2001	923
1985	453	2002	1.079
1986	516	2003	900
1987	741	2004	796
1988	1.067	2005	1.004
1989	1.440	2006	820
1990	1.440	2007	703
1991	1.833	2008	773
1992	1.760	2009	739
1993	1.399	2010	706
1994	1.067	2011	736
1995	1.051	2012	707
1996	1.310	2013	727
1997	1.127	2014	767
1998	1.049	2015	936
1999	972	2016	866

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).

No obstante, en 2015 se detectó un ligero aumento del número estimado de fallecidos que en 2016 no se confirma. Estas variaciones podrían estar influidas por cambios en el número de fallecidos mostrado por el Registro Específico de Mortalidad durante el mismo periodo y que, a su vez, está influido, como se ha comentado anteriormente, por las mejoras de cobertura y calidad de notificación en los dos registros implicados y también por el impacto del coeficiente de subregistro.

Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles

En la tabla 2.3.7 y en la figura 2.3.11 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 2.3.7.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 2000-2016.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Estimación nacional	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	739	706	736	707	727	767	936	866
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	444	496	496	493	468	455	428	475	424	438	517	408	519	489	556	600	613
Registro Específico de Mortalidad (6 ciudades españolas)	284	268	229	270	212	242	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171	194
Registro General de Mortalidad (INE)	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	455	390	483

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).

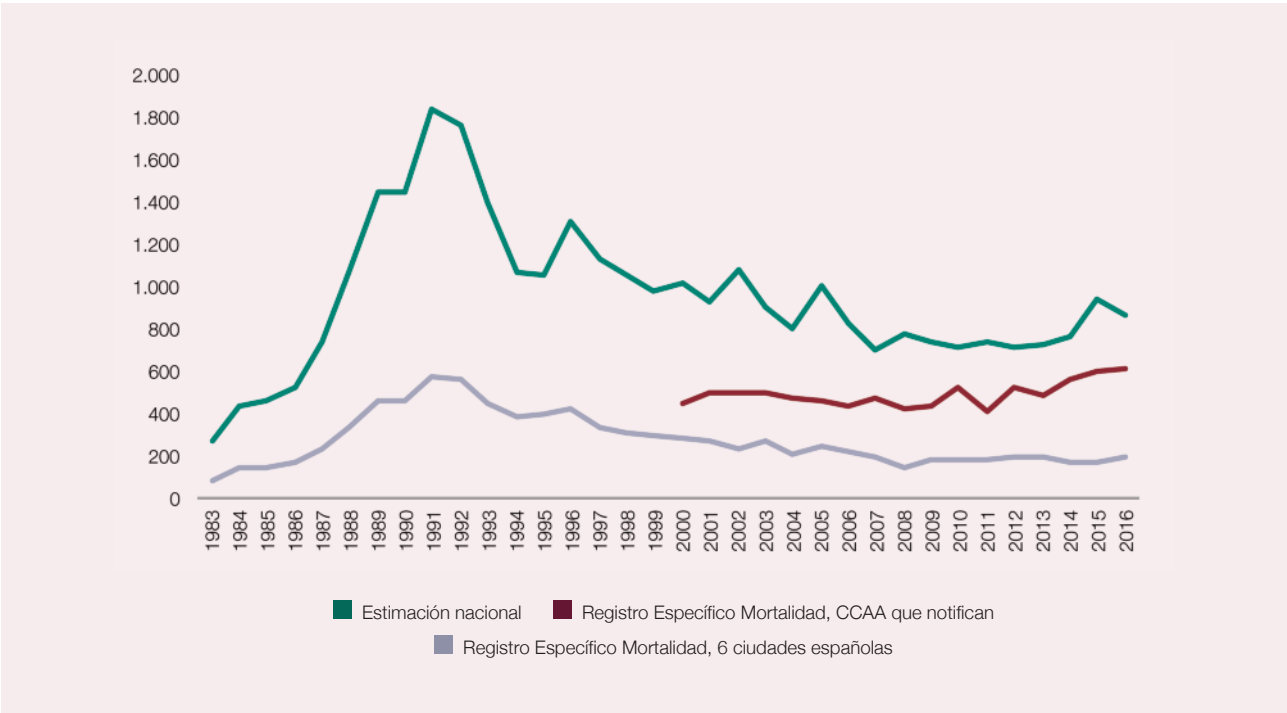
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias 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 2.3.11.
Número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2016.



	Estimación nacional	Reg. Específico Mortalidad (CCAA)	Reg. Específico Mortalidad (6 ciudades)		Estimación nacional	Reg. Específico Mortalidad (CCAA)	Reg. Específico Mortalidad (6 ciudades)
1983	266	–	82	2000	1.012	444	284
1984	440	–	139	2001	923	496	268
1985	453	–	143	2002	1.079	496	229
1986	516	–	163	2003	900	493	270
1987	741	–	234	2004	796	468	212
1988	1.067	–	337	2005	1.004	455	242
1989	1.440	–	455	2006	820	428	218
1990	1.440	–	455	2007	703	475	188
1991	1.833	–	579	2008	773	424	139
1992	1.760	–	558	2009	739	438	181
1993	1.399	–	444	2010	706	517	182
1994	1.067	–	388	2011	736	408	181
1995	1.051	–	395	2012	707	519	195
1996	1.310	–	421	2013	727	489	196
1997	1.127	–	339	2014	767	556	172
1998	1.049	–	306	2015	936	600	171
1999	972	–	291	2016	866	613	194

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, 1996-2016

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 2016 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 3,6% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 12,6% 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 realizado un importante esfuerzo con el fin de mejorar la recogida relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las diferentes

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Comunidades/Ciudades Autónomas. No obstante la implementación del protocolo no ha sido completa ni homogénea en todo el territorio nacional, ya que ha requerido un enorme trabajo de adaptación en el proceso de recogida de datos en los centros de tratamiento, pero se espera optimizarla en los próximos años. Además, la recogida de información serológica resulta especialmente compleja. Todo ello implica que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela debido a la presencia de valores desconocidos (*missing*).

Información más detallada sobre el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas puede consultarse en el capítulo 2.1 del presente informe y en informes previos del OEDA. El protocolo y la hoja de notificación están disponibles en la página web del Plan Nacional sobre Drogas².

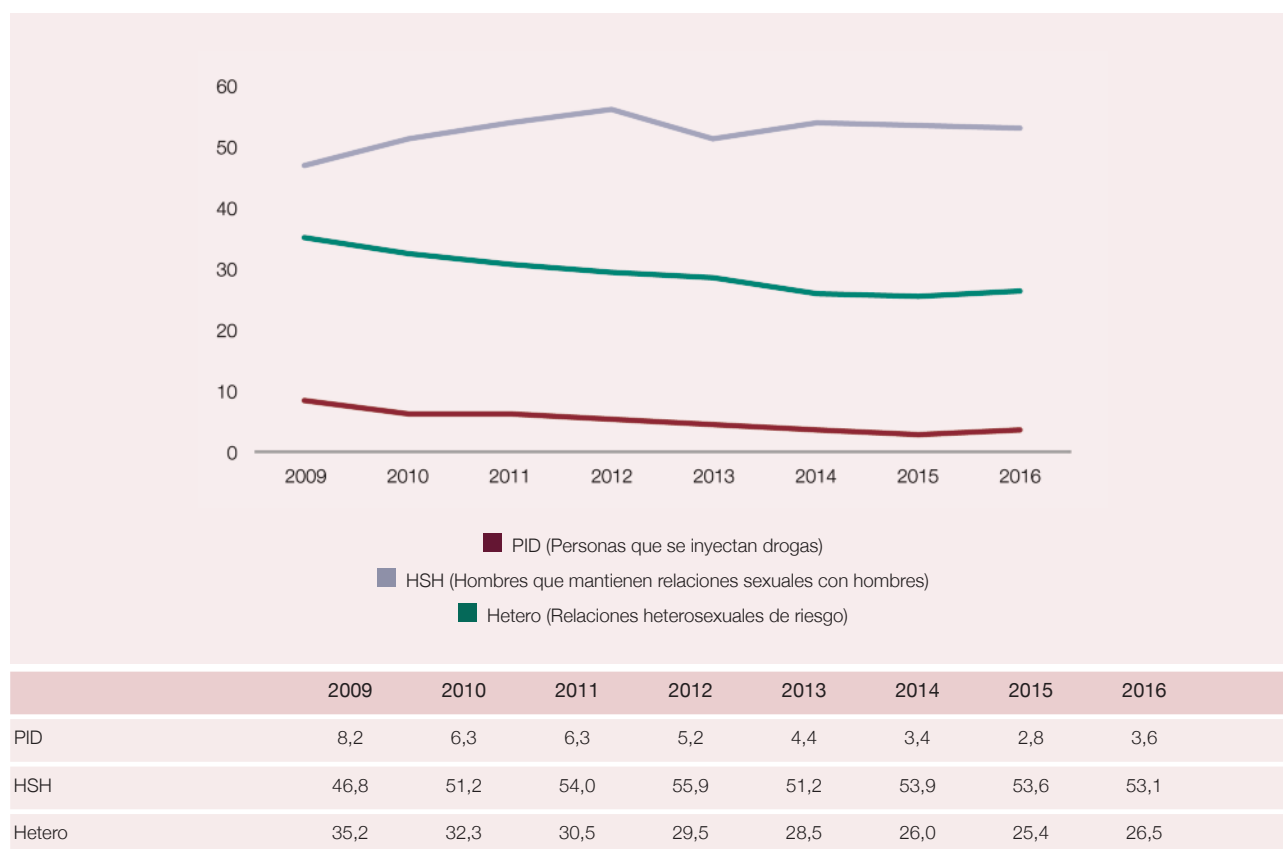
Resultados

Notificación nacional sobre infección VIH y sida

En 2016, se diagnosticaron en España 3.353 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 8,6/100.000 habitantes). El 3,6% 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 en los últimos años (figura 2.4.1).

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2016.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

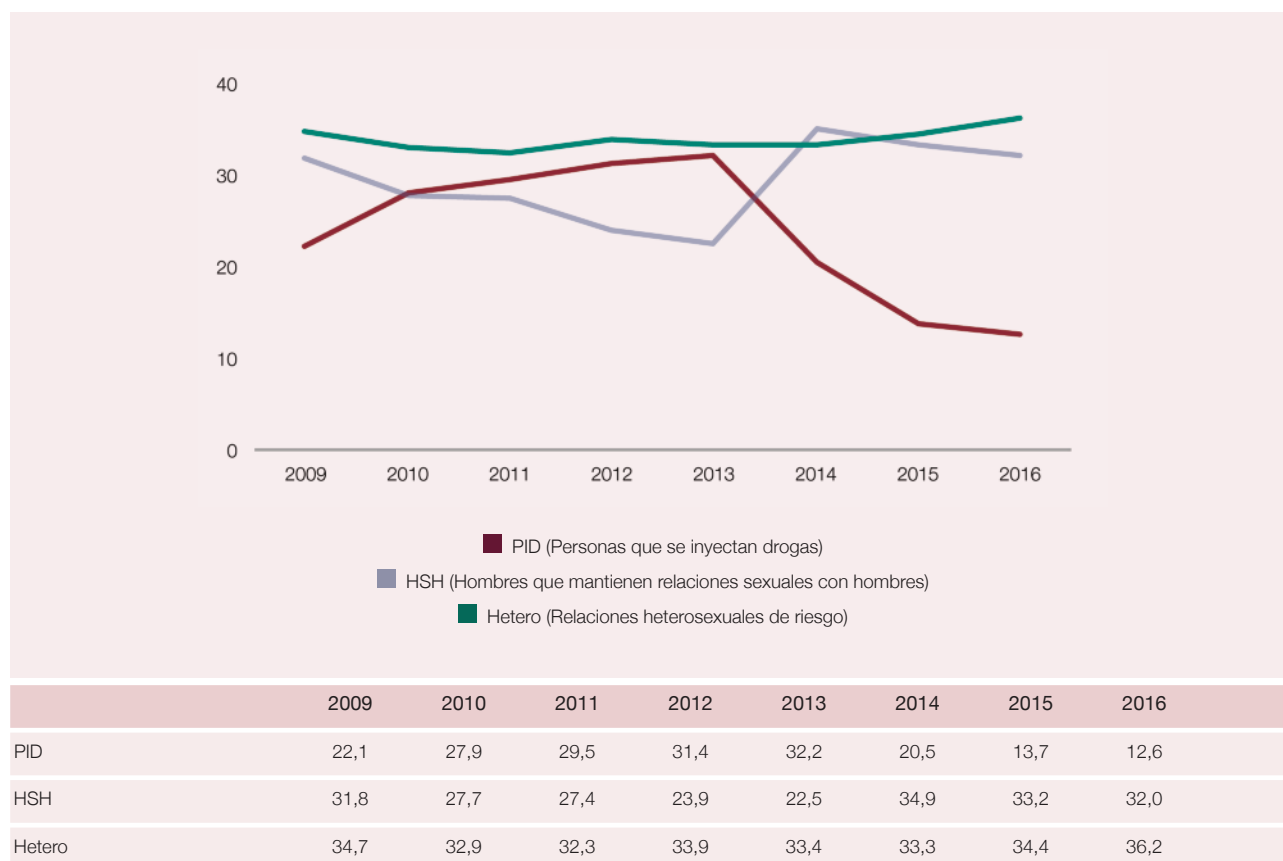
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>3.

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, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

En 2016, se identificaron 412 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 1,8/100000 habitantes), siendo las relaciones heterosexuales de riesgo (36,2%) la principal causa de transmisión de la infección, seguida de las relaciones de hombres con hombres (32%) y, por último, los usuarios de drogas inyectadas (12,6%) (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión (%). España 2009-2016.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

En cuanto a la evolución temporal del número absoluto de nuevos casos de sida (diagnosticados año a año), durante los últimos 6 años se observa una tendencia descendente del número de los que son atribuibles al uso inyectado de drogas.

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 2016.

En 2016 se registraron 45.637 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco); el 4,1% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, valor idéntico al registrado en 2015, siendo el porcentaje más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (6,9%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,7%), también más elevado entre los inyectores (22,1%)

4. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

que entre los que no se han inyectado nunca (0,9%) y mostrando diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.1, tabla 2.4.2 y figura 2.4.3).

Tabla 2.4.1.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC para el total de los admitidos a tratamiento, en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2016.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Número de casos	45.637	20.124	22.816	6.117	32.990
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	15,6	26,7	5,5	100	0,0
Últimos 12 meses	6,7	11,6	2,0	42,8	0,0
Últimos 30 días	3,8	6,3	1,4	24,6	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
VIH (positivo)	4,1	6,9	1,7	22,1	0,9
Hepatitis C (positivo)	8,2	14,8	2,4	44,9	1,9
Hepatitis B (positivo)***	0,7	1,2	0,4	3,1	0,3

* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

** Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

*** HBs Ag positivo (portador crónico).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.2.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (números absolutos y %). España, 2016.

Droga principal que motiva la admisión a tratamiento											
Opioides					Otras sustancias psicoactivas						
	Opioides (total)	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Estimulantes	Hipnosedantes	Alucinógenos	Sustancias volátiles	Cannabis	Alcohol
Nº de casos	12.235	10.807	509	919	17.889	931	1.105	82	28	13.304	26.655
Inyección de drogas											
Alguna vez en la vida	45,1	46,0	43,0	35,0	5,4	8,7	8,5	8,5	4,8	2,8	4,1
Últimos 12 meses	20,8	21,6	6,5	19,1	1,9	4,4	1,8	1,7	4,8	0,5	0,6
Últimos 30 días	11,6	12,3	3,0	8,4	1,3	2,9	0,9	1,7	0,0	0,3	0,4
Estado serológico*											
VIH (positivo)	18,7	18,6	25,7	17,2	4,6	11,5	6,9	5,3	12,5	3,4	3,3
Hepatitis C (positivo)	41,4	42,0	40,7	32,3	6,9	12,0	14,5	6,1	0,0	6,1	8,5
Hepatitis B (portador crónico)**	5,9	5,5	10,9	10,1	1,5	0,5	4,1	4,3	0,0	1,8	3,0

* Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

** Hepatitis B (positivo): portador crónico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.3.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo, admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2016.



* Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2016, el 8,2% 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 (14,8%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,4%), registrándose diferencias considerables entre inyectores y no inyectores (44,9% frente a 1,9%) y mostrando, al igual que en el caso del VIH, notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tablas 2.4.1 y 2.4.2).

La prevalencia de hepatitis B (considerada como HBsAg positivo-portador crónico) entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es, como mínimo, del 0,7% en 2016, registrándose notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento y cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (1,2% vs 0,4%). De nuevo, se observan diferencias entre inyectores y no inyectores (tablas 2.4.1 y 2.4.2).

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada

En 2016 fueron admitidas a tratamiento 6.117 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 2.621 lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. La evolución histórica mostraba una disminución del número de admitidos a tratamiento que reconocían haberse inyectado tanto alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses desde 2005 hasta 2015 pero, en 2016, se detecta un repunte en los inyectores de ambos periodos temporales, que será necesario observar en los próximos años.

En 2016, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico frente al virus VIH (4.348), el 31,1% (1.351) 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 (1.769), el 34,6% (636) mostró serología positiva.

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2016.



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 muestra una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida (de 36,5% en 2005 a 31,1% en 2016).

En cuanto a los inyectores en los últimos 12 meses, se ha observado un descenso desde 2005 (32,7%) hasta 2013 (24,4%), pero los resultados registrados en 2014 y en 2015 muestran una inversión de la tendencia de la prevalencia de VIH que, inicialmente, se pensó que podría relacionarse con los cambios en el protocolo de recogida de información, pero que parece confirmarse en 2016, por lo que será necesario vigilar estrechamente la evolución.

Tabla 2.4.3.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2016.

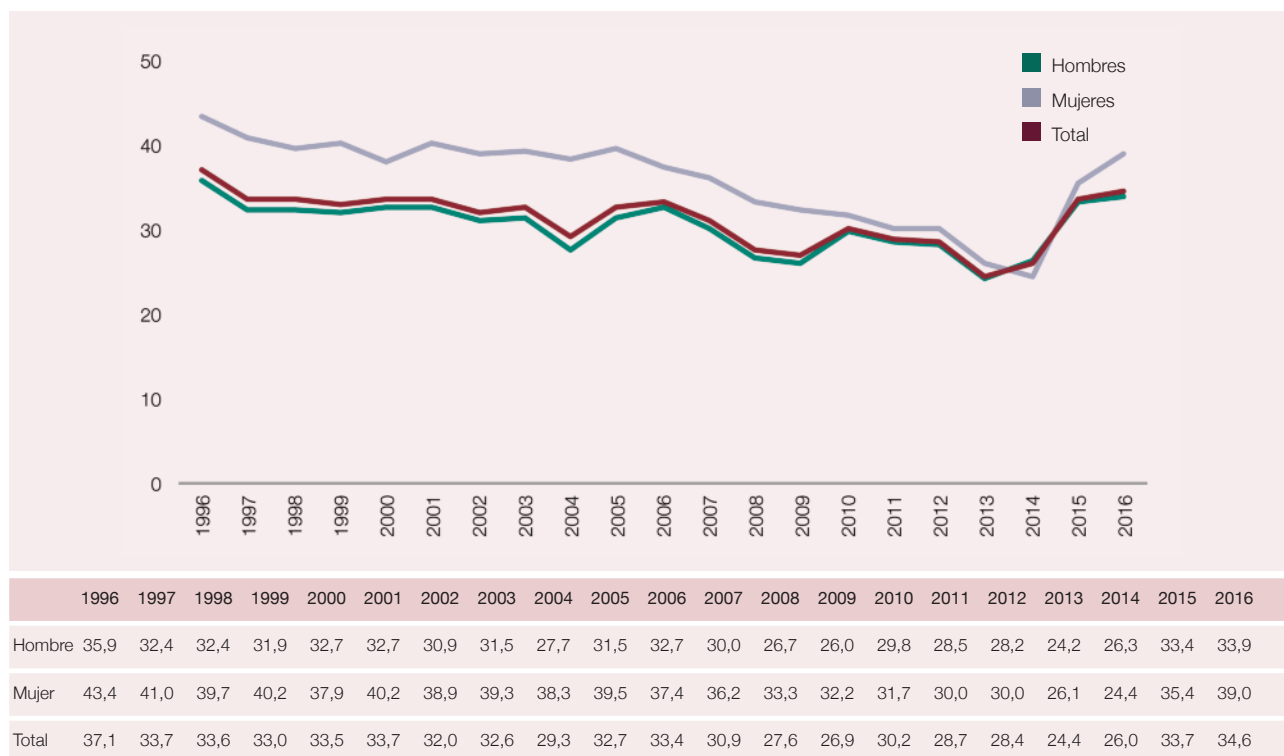
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237	1.387	2.413	2.621
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646	1.010	1.710	1.769
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
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
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
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

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

La cifra registrada en 2016 (34,6%) supone, por tanto, un pequeño repunte con respecto a 2015 (33,7%), lo que parece confirmar el cambio de tendencia detectado, registrando un aumento del porcentaje de mujeres inyectoras que conocen su estado serológico y son VIH positivas (35,4% en 2015 frente a 39,0% en 2016) y un aumento también del porcentaje de inyectores que conocen su estado serológico y son VIH positivos entre los mayores de 34 años (38,4% en 2015 frente a 39,3% en 2016). 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 2.4.5.

Prevalencia de infección por VIH (total y según sexo) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2016.

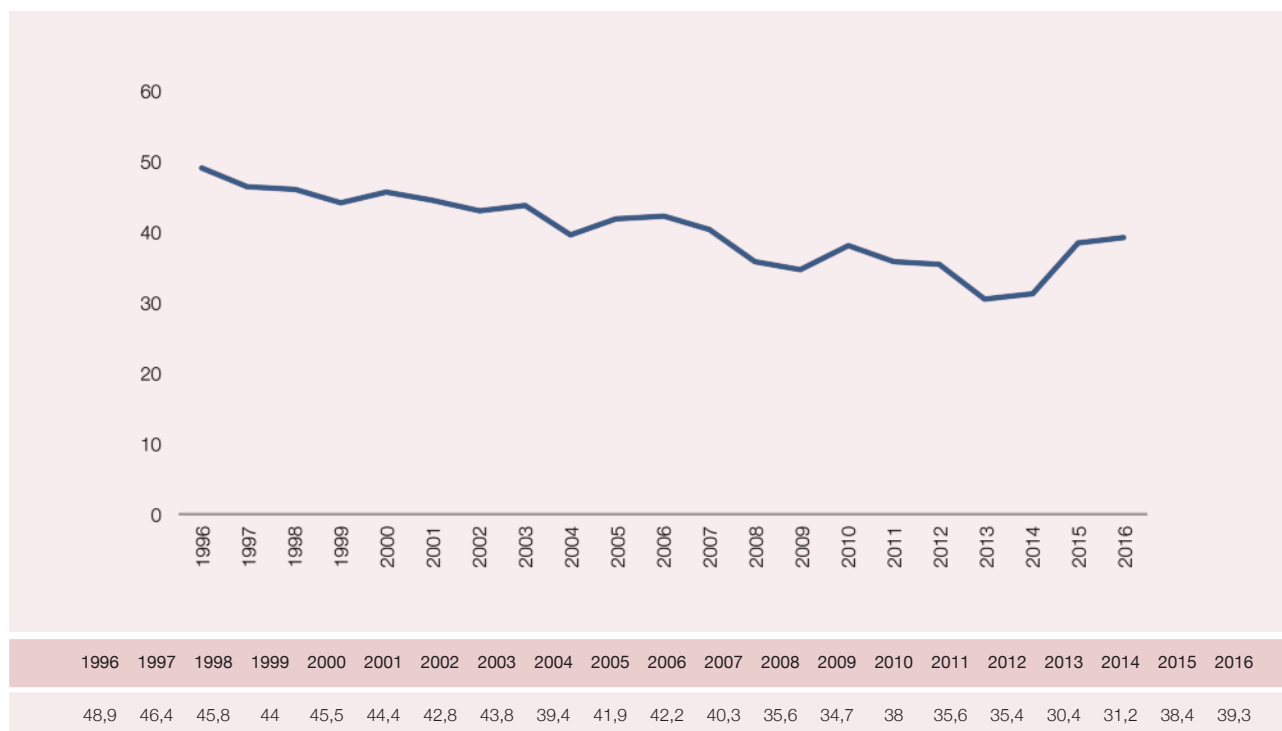


Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 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 y 30% en 2016.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.6.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas mayores de 34 años que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2016.



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 y 30% en 2016.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 bastante estable durante los últimos años.

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 2016, teniendo en cuenta la edad, el sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.4).

En 2016, el 34,6% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, localizándose las principales diferencias en función del grupo de edad —mayores prevalencias de infección en los mayores de 34 años (39,3%) frente a los de menor edad (14,8%)— y algunas diferencias según el sexo (33,9% en hombres y 39,0% en mujeres).

Por último, también se registran diferencias entre los inyectores (últimos 12 meses) según si han recibido tratamiento previo o no. Así, entre los que han recibido tratamiento previo y conocen su estado serológico, el 35,3% tiene serología positiva para VIH. Entre los que han acudido a tratamiento por primera vez en la vida y conocen su estado serológico, el 28,0% tienen serología positiva para VIH.

No obstante, aunque sólo se registre una diferencia de 6,7 puntos porcentuales entre ambos grupos de inyectores, es necesario tener en cuenta que el grupo de los inyectores (últimos 12 meses) con tratamiento previo es notablemente más numeroso que el constituido por los inyectores que acuden a tratamiento por primera vez.

Tabla 2.4.4.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas. España, 2016.

	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)	6.117	2.621	6.117	2.621	6.117	2.621
Prevalencia de infección (%)	31,1	34,6	9,4	9,8	64,5	67,2
Conocen estado serológico (%)	71,1	70,1	32,6	28,0	69,7	69,4
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	5.247	2.232	5.247	2.232	5.247	2.232
Prevalencia de infección (%)	30,0	33,9	9,8	10,1	64,1	67,0
Conocen estado serológico (%)	70,9	70,1	32,4	27,7	69,7	69,5
Mujeres inyectoras (nº)	865	388	865	388	865	388
Prevalencia de infección (%)	37,8	39,0	7,2	6,1	66,6	67,9
Conocen estado serológico (%)	71,9	70,1	33,8	29,6	69,9	68,3
EDAD						
Inyectores < 34 años (nº)	947	597	947	597	947	597
Prevalencia de infección (%)	12,8	14,8	2,2	2,2	42,8	43,7
Conocen estado serológico (%)	58,0	58,8	24,5	22,6	58,5	60,1
Inyectores ≥ 35 años (nº)	5.170	2.024	5.170	2.024	5.170	2.024
Prevalencia de infección (%)	33,7	39,3	10,4	11,5	67,7	72,9
Conocen estado serológico (%)	73,5	73,4	34,1	29,6	71,8	72,1
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides (nº)	5.043	2.322	5.043	2.322	5.043	2.322
Prevalencia de infección (%)	31,5	35,4	9,8	10,4	66,8	70,2
Conocen estado serológico (%)	72,1	70,3	32,9	27,9	70,6	69,4
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	1.074	299	1.074	299	1.074	299
Prevalencia de infección (%)	29,0	28,4	7,4	5,7	52,9	43,7
Conocen estado serológico (%)	66,2	68,2	31,3	29,1	65,8	68,9

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Hepatitis B (VHB)

En 2016, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (1.993) el 9,4% mostró serología positiva para VHB (188). Asimismo, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (734), el 9,8% (72) mostró serología positiva para VHB (tabla 2.4.5).

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 (10,1% frente a 6,1%), siendo superior el porcentaje de mujeres que conocen su estado serológico (29,6% frente a 27,7%). 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. 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 (tabla 2.4.4).

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis B, el 32,6% de los que se inyectaron alguna vez en la vida y el 28% 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.

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, 2015-2016.

	2015	2016
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	2.413	2.621
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	727	734
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	89	72
Prevalencia de infección por VHB (%)	12,2	9,8
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	1.702	1.818
Casos positivos VHC (nº)	1.173	1.221
Prevalencia de infección por VHC (%)	68,9	67,2
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	5.904	6.117
Conocen su estado serológico frente a VHB (nº)	2.002	1.993
Casos positivos VHB (portador crónico) (nº)	210	188
Prevalencia de infección por VHB (%)	10,5	9,4
Conocen su estado serológico frente a VHC (nº)	4.212	4.265
Casos positivos VHC (nº)	2.802	2.749
Prevalencia de infección por VHC (%)	66,5	64,5

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Hepatitis C (VHC)

En 2016, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada alguna vez en la vida (4.265), el 64,5% (2.749) 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 (1.818), esta cifra alcanzó el 67,2% (1.221) (tabla 2.4.5).

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección por hepatitis C es similar entre las mujeres que entre los hombres (67,9% frente a 67,0%), siendo también similar la proporción de mujeres y hombres que conocen su estado serológico frente al VHC (68,3% frente a 69,5%). Como ocurría para los virus VIH y VHB, tanto la prevalencia de infección como el conocimiento del estado serológico son más elevados entre aquellos que tienen 35 o más años y entre los que han sido admitidos a tratamiento por consumo de opioides (tabla 2.4.4).

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, alrededor del 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, 2006-2016

Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla, etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA¹ de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

Existen diferentes métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo, la elección de uno u otro depende de múltiples aspectos, entre los que conviene destacar el tipo de droga que se esté estudiando, la validez del método, la disponibilidad de fuentes de información existentes o la posibilidad de diseñar otras nuevas.

En España existe un sistema de información sobre drogas consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional² lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En esta edición se han llevado a cabo estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína, uso inyectado de drogas y de hipnosedantes. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador Admisiones a tratamiento. Se han

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>. Observatorio Interamericano sobre Drogas (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/>

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.

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España de 2006 a 2016.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información	Año de estimación
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica en encuesta en población general: AUDIT	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009
	Estimación basada en frecuencia e intensidad de consumo en encuesta en población general		2013 2015
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas en estudiantes*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI.	ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años)	2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016
	Estimación basada en escalas psicométricas en población general: CAST	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2013 2015
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2011, 2013 2015
Cocaína	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general.	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015
	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015 2016
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015 2016
Hipnosedantes	Escala DSM-V en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2015

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

* 2006: CAST, SDS, DSM-IV. 2008: CAST. 2010: CAST, SDS, M-CIDI. 2012: CAST. 2013: CAST. 2014: CAST. 2015: CAST. 2016: CAST.

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

3. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Metodología

Existen diferentes formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo semanal o diario elevado, las intoxicaciones, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

La Organización Mundial de la Salud ha venido utilizando diferentes criterios para valorar el consumo de riesgo de alcohol. Por un lado, se ha utilizado el criterio de cantidad/frecuencia de consumo de alcohol y, por otro lado, se han usado escalas específicas para detectar consumo problemático, que tienen en cuenta otros criterios además de la cantidad de alcohol consumida a la hora de identificar un consumo como problemático o de riesgo.

- Cantidad/frecuencia: la OMS considera bebedor/a de riesgo a aquellos hombres que consumen 28 unidades de bebida estándar (UBEs) a la semana o más y a aquellas mujeres que consumen 17 UBEs a la semana o más.
- Escalas específicas: en 1982, la OMS solicitó a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es la escala 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.

Tabla 2.5.2.

Criterios de la OMS para el consumo de riesgo de alcohol.

Nivel de riesgo	Criterios		Intervención
	Hombre	Mujer	
Riesgo bajo	<17 UBEs/semana	<11 UBEs/semana	Prevención primaria
Consumo de riesgo	≥28 UBEs/semana	≥17 UBEs/semana	Intervención breve

FUENTE: Modificado de Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009 y 2013, incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de alcohol de riesgo aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

EDADES 2015 no incluyó la escala AUDIT, sino que se recogió información sobre cantidades de consumo semanal y se realizó la estimación de consumo de riesgo de alcohol a partir esta información utilizando los criterios cantidad/frecuencia de la OMS, tal y como se ha mencionado anteriormente.

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.

AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca Una o menos veces al mes 2 a 4 veces al mes 2 ó 3 veces a la semana 4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?	1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?	
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	No Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año
9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?	

Resultados

En 2015, de los 17.415 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 13.191 aportaron información en aquellas preguntas relativas al tipo de bebidas, la cantidad y la frecuencia de sus consumos.

Siguiendo el criterio cantidad/frecuencia establecido por la OMS (17 UBEs o más/semana en mujeres y 28 UBEs o más/semana en hombres), en 2015 el 5% de los consumidores de alcohol son consumidores de riesgo.

Tabla 2.5.4.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo en la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año. España, 2009-2015.

Consumidores de riesgo	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009*	6,5
2013*	6,4
2015**	5,0

* AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

** Cantidad de alcohol consumida en una semana (≥ 17 UBEs/semana en mujeres; ≥ 28 UBEs/semana en hombres).

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

Tabla 2.5.5.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009, 2013 y 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009*	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013*	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
2015*	5,0	5,8	4,0	4,5	3,9	5,3	4,7	5,1	4,0	5,3	5,3	3,8	4,9	5,6	4,1	5,7	7,3	2,9

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

* 2009 y 2013: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 .

2015: Cantidad de alcohol consumida en una semana (≥ 17 UBEs/semana en mujeres; ≥ 28 UBEs/semana en hombres).

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

Tabla 2.5.6.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥ 8), en la población de 15 a 64 años. España, 2009 y 2013.

Consumidores de riesgo (AUDIT ≥ 8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres/mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009	1.550.000 (1.300.000/250.000)	4,8	6,5
2013	1.600.000 (1.300.000/300.000)	5,0	6,4

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los datos obtenidos a partir de la utilización de ambas metodologías aportan información muy relevante. No obstante, la escala AUDIT parece mostrar una correcta aproximación a la determinación del consumo problemático de alcohol, ya que contempla otros aspectos relacionados con el daño además de la cantidad y frecuencia de los consumos.

Del mismo modo, el análisis de los datos correspondientes a 2009, 2013 y 2015 ha puesto de manifiesto que la tasa de respuesta a las preguntas específicas del cuestionario que exploran los consumos problemáticos de alcohol son mayores para el formato de la escala AUDIT que para las que solicitan información detallada de las cantidades y frecuencia de consumos realizados.

Por último, según EDADES 2015, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 41 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último año y el 16,8% ha consumido nuevas drogas alguna vez en la vida (tabla 2.5.7).

Los resultados correspondientes a la encuesta EDADES 2017 se incorporarán al próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla 2.5.7.
Características de los consumidores problemáticos de alcohol. España, 2015.

	2015
Sexo (% hombres)	66,9
Edad media (años)	41,4
Grupos de edad (años)	
15 a 24 años	12,4
25 a 34 años	18,1
35 a 44 años	26,2
45 a 54 años	23,5
55 a 64 años	19,8
Nacidos fuera de España (%)	6,7
Máximo nivel de estudios completado (%)	
Sin estudios	2,4
Enseñanza primaria	11,5
Enseñanza secundaria	70,0
Estudios universitarios	15,9
Situación laboral (%)	
Trabajando	54,9
Parado no habiendo trabajado	2,4
Parado habiendo trabajado	21,2
Otras	21,5
Estado civil (%)	
Soltero/a	49,0
Casado/a	35,7
Separado/a – Divorciado/a	13,1
Viudo/a	2,2
Consumo de otras drogas (%)	
Drogas ilegales en los últimos 12 meses	38,2
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	16,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública, debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia, el aumento de patologías asociadas al uso de cannabis y también las nuevas propuestas normativas sobre regulación del cannabis en algunos países.

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

En este capítulo se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede ampliarse en los informes 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 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 y 2016 CAST.

La escala CAST se introdujo, por primera vez, en la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) en 2013, manteniéndose en la edición de 2015 y 2017.

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de la escala CAST, que es la que, desde un punto de vista psicométrico, obtuvo los resultados más robustos⁵.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.8) 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 2.5.8.

CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

5. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

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, Bjarnason T, Balakireva O, 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.

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, durante las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EADDES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. En función de las respuestas se clasifica a los usuarios en tres grupos: consumidores no problemáticos (puntuación de 0-1), consumidores con riesgo bajo de tener problemas (puntuación de 2-3) y consumidores con riesgo elevado de tener problemas (puntuación de 4 o más). Se considera que un consumidor es problemático/de riesgo si en la escala CAST tiene una puntuación de 4 o superior. El análisis de CAST se realiza sobre las personas que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST en la encuesta.

Resultados

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.9, en 2016, el 2,8% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años (2,9% hombres y 0,7% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 61.810 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST $\geq$ 4) de 14 a 18 años.

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014. En 2016, se registra cierto repunte, sin alcanzar las cifras registradas en 2012.

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. 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.

Sin embargo, en 2014 y también en 2016 se registra un descenso del porcentaje de consumidores problemáticos entre aquellos que consumieron cannabis en el último año.

Tabla 2.5.9.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST $\geq$ 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2016.

Consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST $\geq$ 4)	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701	61.810
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8
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

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

* Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años en 2014 (INE)

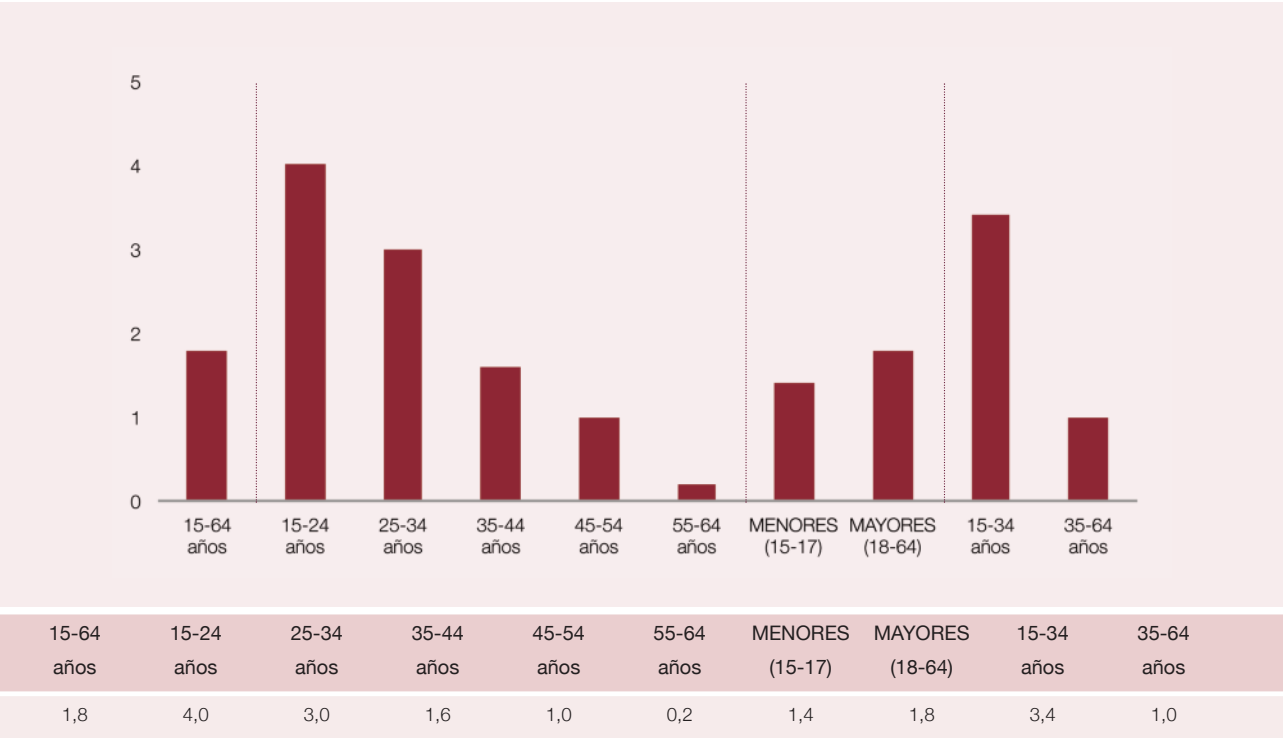
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2015, se estima en 558.549 los consumidores de alto de riesgo de cannabis (CAST ≥ 4). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Éstos representan el 1,8% de la población general de 15 a 64 años (2,9% de los hombres y 0,7% de las mujeres).

El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo de alto riesgo es el de 15-24 años, seguido del grupo de 25-34 años (figura 2.5.1).

Figura 2.5.1.
Porcentaje de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general, por grupos de edad. España, 2015.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Como ya se ha mencionado anteriormente para la población de estudiantes, resulta interesante estudiar los porcentajes que estos consumos suponen no ya en la población total de cada categoría de edad, sino entre aquellos que reconocen consumos en los últimos 12 meses. Así, el 21,2% de estos consumidores presentan consumo de alto riesgo (24,1% de los hombres y 14,9% de las mujeres), oscilando entre 12,9 y 24,7% en función del grupo de edad (figura 2.5.2).

El porcentaje más elevado se registra en el grupo de 45 a 54 años ya que, aunque el peso del consumo problemático en la población de esta edad no supere el 1%, una parte considerable de los consumidores recientes (último año) en este grupo de edad realizan consumos de riesgo.

Evolutivamente se detecta una disminución del número y del porcentaje de consumidores problemáticos en población general de 15 a 64 años, medidos a través de la escala CAST, pasando del 2,2% en 2013 al 1,8% en 2015 (tabla 2.5.10).

Los resultados correspondientes a la encuesta EDADES 2017 se incorporarán al próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Figura 2.5.2.

Porcentaje de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre los que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST, por grupos de edad. España, 2015.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Tabla 2.5.10.

Evolución de las estimaciones de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general. España, 2013 y 2015.

	2013	2015
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥ 4)	687.233	558.549
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	2,2	1,8
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)

Metodología

Otro método empleado para conocer el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis es utilizar la frecuencia de consumo. Se aplican los criterios recomendados por el EMCDDA⁸, que considera consumidor problemático/de riesgo a aquel que ha consumido cannabis 20 o más días en el último mes.

8. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf

Partiendo de los datos de la encuesta domiciliaria (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años - EDADES) se realizan los cálculos para los años 2011, 2013 y 2015.

Con los datos de la encuesta escolar (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España - ESTUDES) se realizan los cálculos para 2014 y 2016.

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2015 se registran más de 800.000 consumidores frecuentes de cannabis (15 a 64 años). Esta cifra equivale a un 2,6% de la población en este rango de edad. No obstante, si se consideran únicamente las personas que declaran en EDADES haber consumido cannabis en el último año, el porcentaje de consumidores problemáticos alcanza el 27,7%.

Las cifras muestran una tendencia estable en los últimos años (tabla 2.5.11) y son coherentes con las obtenidas mediante la aplicación de la escala CAST.

Tabla 2.5.11.

Número y porcentaje de consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Número de consumidores frecuentes de 15 a 64 años.	803.229	817.859	806.793
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años.	2,5	2,5	2,6
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	26,0	27,4	27,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En 2015, el perfil de este tipo de consumidores (consumo de cannabis 20 días o más en el último mes), es el de un hombre español, soltero, de 33 años que ha finalizado la enseñanza secundaria y que trabaja o está en paro, habiendo trabajado antes (tabla 2.5.12).

La mayoría (96,5%) consume drogas legales, casi 1 de cada 5 (15,6%) consume otras drogas ilegales y cerca de 3 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas. Este perfil es similar al observado en 2011 y 2013.

En 2015 aumenta la edad media de estos consumidores frecuentes (de 32 años a 33 años) y también el porcentaje de ellos que trabajan (en probable relación con la mejora de la situación económica del país).

Los resultados correspondientes a la encuesta EDADES 2017 se incorporarán al próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla 2.5.12.

Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Sexo (% hombres)	76,3	78,4	80,2
Edad media (años)	31,1	32,0	32,9
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	31,4	27,6	25,7
25 a 34 años	35,4	37,5	33,7
35 a 44 años	22,5	20,7	25,0
45 a 54 años	7,3	11,1	11,5
55 a 64 años	3,3	3,1	4,1
Nacidos fuera de España (%)	5,0	9,4	9,2
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	6,2	2,1	3,1
Enseñanza primaria	18,4	17,6	13,2
Enseñanza secundaria	67,6	73,0	71,5
Estudios universitarios	7,8	7,3	12,2
Situación laboral (%)			
Trabajando	54,0	31,6	48,7
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6	4,4
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4	29,6
Otras	17,4	23,4	17,3
Estado civil (%)			
Soltero/a	70,5	72,7	70,5
Casado/a	22,1	20,0	22,3
Separado/a – Divorciado/a	7,3	6,8	7,2
Viudo/a	0,2	0,5	0,0
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días	97,4	98,1	96,5
Drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	17,7	15,6
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	34,9	27,8	29,7

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

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Respecto a la población de 14 a 18 años, para el año 2016, se estima en 39.129 a los consumidores frecuentes de cannabis. Esta cifra equivale a un 1,8% de la población en este rango de edad, pero si se tiene en cuenta únicamente las personas que declaran en ESTUDES haber consumido cannabis en el último año, este porcentaje se situaría en un 7,1%.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína se utiliza un método basado en la frecuencia de consumo y vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

En 2009, desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, se establecieron unos criterios⁹ (basados en la frecuencia de consumo y en la vulnerabilidad asociada a la edad) para definir a los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína y así poder realizar estimaciones a partir de los datos de EDADES, criterios que han sido utilizados para realizar las estimaciones de 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017.

Estos criterios se han adaptado a las recomendaciones del EMCDDA en el nuevo protocolo de 2013, por lo que para 2011, 2013, 2015 y 2017 se realizan los cálculos también con los nuevos criterios (basados sólo en frecuencia de consumo) (tabla 2.5.13).

Tabla 2.5.13.

Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad
Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

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

El protocolo del EMCDDA (2013) considera consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Este dato no está disponible en España, por lo que se selecciona a los que han consumido 30 o más días en el último año.

Es necesario tener en cuenta que los cambios metodológicos introducidos, con el fin de adaptar los criterios al nuevo protocolo del EMCDDA, no permiten realizar comparaciones directas, si bien los resultados con los criterios previos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones se sitúan en rangos cercanos a los obtenidos con el protocolo EMCDDA 2013.

9. Spanish National Report 2012: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_214092_EN_Spain_NR2012.pdf

Tabla 2.5.14.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2015.

	Estimación basada en		
	Frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Frecuencia de consumo ²	Frecuencia de consumo ³
2009			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	140.525	130.409	–
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	–
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,5%	15,0%	–
2011			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	130.537	124.083	118.889
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	0,4%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	18,0%	17,9%	16,4%
2013			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	97.139	95.391	92.406
% entre toda la población de 15-64 años	0,3%	0,3%	0,3%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	13,8%	13,6%	13,1%
2015			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	76.956	85.334	72.962
% entre toda la población de 15-64 años	0,3%	0,3%	0,2%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	12,4%	13,7%	11,7%

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes (OEDA).

2. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes (OEDA).

3. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

Población 15-64 años: 32.145.023 (2009), 32.082.758 (2011), 31.980.402 (2013), 31.030.473 (2014), 31.030.473 (2015).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Resultados

La encuesta EDADES 2015, nos informa de que el 9,1% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,0% en el último año y el 0,9% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2015, más de 620.000 personas habían consumido cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 72.962 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,23% de la población de 15 a 64 años y al 11,7% de los consumidores del último año. Se observa una tendencia descendente de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.14) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información. Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (tabla 2.5.15).

Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2015) es el de un varón joven de 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. La gran mayoría (97,1%) han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 91,9% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi 6 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, perfil similar al de años anteriores.

Los resultados correspondientes a la encuesta EDADES 2017 se incorporarán al próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla 2.5.15.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo* de cocaína, en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	16,6	10,4	15,0
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4
35 a 44 años	27,0	36,6	33,1
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	6,1	4,3	5,1
Enseñanza primaria	20,5	13,4	16,4
Enseñanza secundaria y estudios universitarios	73,4	81,7	78,5
Situación laboral (%)			
Trabajando	45,8	39,3	51,3
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0	2,1
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0	27,0
Otras	14,1	12,7	19,6
Estado civil (%)			
Soltero/a	71,1	59,8	61,2
Casado/a	16,5	32,4	13,2
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8
Viudo/a	1,1	1,6	1,9
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días	100	99,2	97,1
Drogas ilegales en los últimos 30 días	68,7	72,6	91,9
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1	64,2

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

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

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 2.5.16 se muestran los años para los que se han realizado estas estimaciones así como las fuentes de información utilizadas.

Tabla 2.5.16.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de heroína en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Estimación indirecta Metodo multiplicador	EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (15 a 64 años)	2007, 2008
	TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2009, 2010
	TMO. Tratamiento de mantenimiento con opioides	2011, 2012
	TCA. Tratamiento por drogas en centros ambulatorios	2013, 2014
		2015

EDADES: el valor del multiplicador se obtiene a partir de esta encuesta. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para 2011 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2011, y para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013. Finalmente, para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015.

TDI: a partir de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la tabla 2.5.17 se resume la metodología utilizada en 2016 y que se detalla a continuación:

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 (48%). Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2016 (10.807) del Indicador de Admisiones a tratamiento (TDI), se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2016 (22.514).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en tratamiento en centros ambulatorios (TCA) en España. Asumiendo la distribución de 23,7% registrada en el indicador TDI para el porcentaje de usuarios de heroína en tratamiento, podría asumirse que 32.198 personas han recibido tratamiento por heroína en 2016 (135.857 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 67.079 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (22.515 y 67.079) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). Los datos disponibles informan que 58.749 personas se encontraban realizando TMO en 2015 (53.588 con metadona y 5.161 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TMO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 23.500 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas (22.514 y 67.079).

Por tanto, se puede concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de consumidores de alto riesgo de heroína en España, en 2016, se sitúa entre 46.014 y 90.579 personas.

Tabla 2.5.17.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2016.

Estimación del número mínimo de consumidores problemáticos 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 admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)		10.807
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)		22.514 (10.807 / 0,48)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opioides) y que están consumiendo heroína (hay 58.749 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.500 (58.749 x 0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		46.014 (22.515 + 23.500)
Estimación del número máximo de consumidores problemáticos 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)		135.857
3. Número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios (se asume que son tratados por heroína en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 23,7% de los tratamientos en TDI son por heroína)		32.198 (135.857 x 0,237)
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)		67.079 (32.198 / 0,48)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en tratamiento de mantenimiento con opioides y que están consumiendo heroína (hay 58.749 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.500 (58.749 x 0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		90.579 (67.079 + 23.500)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2016: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria 2016 del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria 2016 del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

Resultados

Los datos históricos indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

El número estimado de consumidores problemáticos de heroína en España en 2016 se sitúa entre 46.014 y 90.579 personas. Las estimaciones realizadas muestran en 2016 un descenso respecto a 2015, año en el que se rompe la tendencia descendente que venía observándose para este indicador en los últimos años. Será necesario ver qué ocurre en los próximos años para poder valorar la tendencia real.

Algunos cambios registrados en el sistema de notificación de los centros ambulatorios podrían estar relacionados con estos cambios de tendencia. Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de heroína (admisiones a tratamiento, episodios de urgencia, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe (tabla 2.5.18).

Tabla 2.5.18.

Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2016.

	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)

Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para el año 2011 se usa el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2011; para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013; para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015 y para 2016 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2017. 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 2.5.19 se muestran los años para los que se han realizado las estimaciones y las fuentes de información utilizadas.

Tabla 2.5.19.

Resumen del método utilizado para el cálculo de inyectores recientes de drogas (último año) en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Método multiplicador	EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (15 a 64 años)	2007, 2008
	TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2009, 2010
	TMO. Tratamiento de mantenimiento con opioides	2011, 2012
	TCA. Tratamiento por drogas en centros ambulatorios	2013, 2014
		2015, 2016

EDADES: el valor del multiplicador se obtiene a partir de esta encuesta. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para el año 2011 se usa el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2011; para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013; para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015 y para 2016 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2017.

TDI: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria anual del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

En la tabla 2.5.20 se resume la metodología utilizada en 2016 y que se detalla a continuación:

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 2.621 inyectores (inyección en los 12 meses previos

a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2016 condujo a una estimación de 4.032 (2.621/0,65) inyectores de drogas recientes en 2016, que no estarían en TMO.

Como ya quedo explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó tratamiento en centros ambulatorios (TAC), de 9.103, obteniendo 14.005 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TAC el mismo porcentaje de usuarios que en el TDI (6,7%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (4.032 y 14.005) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 3.666 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 15,6% ha utilizado la vía inyectada en 2016.

Por tanto, podemos concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de inyectores recientes (último año) en España en 2016 se situaría entre 7.698 y 17.671 personas.

Tabla 2.5.20.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año).

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		2.621
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)		4.032 (2.621 / 0,65)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.749 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 15,5% ha utilizado la vía inyectada)		3.666 (58.749 x 0,4 = 23.500 y 23.500 x 0,155 = 3.666)
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)		7.698 (4.032 + 3.666)
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)		135.857
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios (se asume que se han inyectado en los últimos 12 meses en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 6,7% de los admitidos a tratamiento se inyectó drogas en el último año)		9.103 (135.857 x 0,067)
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)		14.005 (9.103 / 0,65)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 58.749 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 15,6% ha utilizado la vía inyectada)		3.666 (58.749 x 0,4 = 23.500 y 23.500 x 0,156 = 3.666)
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)		17.671 (14.005+3.666)

EDADES 2017: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2016: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria 2016 de la DGPNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria 2016 de la DGPNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo problemático.

Resultados

En España en 2016, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida 7.698 y 17.671 personas. Se observa un aumento del número estimado de inyectores respecto a las cifras estimadas para años anteriores, alcanzando valores similares a los de 2012 y confirmando el cambio de tendencia detectado en 2015.

Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectada (admisiones a tratamiento, episodios de urgencias, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe. Será necesario ver la evolución en los próximos años para poder valorar la tendencia (tabla 2.5.21).

Tabla 2.5.21.

Estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2016.

	Número de inyectores recientes. Valor medio (valor mínimo y máximo)	Porcentaje de inyectores recientes entre la población de 15 a 64 años. Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	18.549 (14.042 - 23.056)	0,043 (0,057 - 0,071)
2010	15.649 (12.902 - 18.397)	0,048 (0,040 - 0,057)
2011	14.863 (12.067 - 17.659)	0,046 (0,038 - 0,055)
2012	11.865 (9.669 - 14.061)	0,038 (0,030 - 0,044)
2013	9.879 (7.971 - 11.786)	0,030 (0,024 - 0,037)
2014	7.578 (5.634 - 9.522)	0,024 (0,018 - 0,030)
2015	11.048 (6.818 - 15.278)	0,035 (0,021 - 0,049)
2016	12.684 (7.698 - 17.671)	0,041 (0,025 - 0,057)

Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para el año 2011 se usa el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2011; para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013; para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015 y para 2016 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2017. Tamaño población EDADES 2013: 31.980.402. 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 de hipnosedantes

La encuesta EDADES 2015 incluyó por primera vez un bloque de preguntas dirigidas a los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses, con el fin de identificar aquellos casos que pudieran ser considerados consumidores problemáticos de este tipo de sustancias.

Con este fin, se utilizaron los criterios establecidos por el DSM-V¹⁰ para el diagnóstico del trastorno por uso de sustancias. Así, aquellos que afirmaron haber consumido hipnosedantes durante el año previo a ser encuestados respondieron a un total de 12 situaciones diferentes relacionadas con el consumo de hipnosedantes en ese mismo periodo (2.386 personas respondieron este bloque de preguntas).

Los consumidores que reconocen haber experimentado al menos dos de las situaciones propuestas son clasificados como posibles consumidores problemáticos (DSM-V ≥ 2).

10. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Las situaciones que se plantearon son las siguientes:

- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos en mayor cantidad o durante más tiempo del que tenía previsto?
- ¿Ha deseado o ha intentado en varias ocasiones dejar de consumir o controlar el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos y no lo ha conseguido?
- ¿Ha invertido mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tranquilizantes, sedantes o somníferos, para consumirlos o para recuperarse de sus efectos?
- ¿Ha sentido, en ocasiones, un poderoso deseo o necesidad de consumir tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha incumplido sus deberes fundamentales en el trabajo, en el instituto/universidad o en el hogar por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos (faltar frecuentemente al trabajo, tener malas notas, desatender el hogar o a los niños...)?
- ¿Ha seguido consumiendo a pesar de tener problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal causados o empeorados por los efectos del consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha abandonado o reducido sus actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha consumido, de manera recurrente, tranquilizantes, sedantes o somníferos en situaciones en las que es físicamente peligroso (conducir un coche bajo sus efectos...)?
- ¿Ha seguido consumiendo tranquilizantes, sedantes o somníferos a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o empeorado por ese consumo?
- ¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de tranquilizantes, sedantes o somníferos para conseguir el efecto deseado o ha notado un menor efecto tras consumir, continuadamente, la misma cantidad?
- Tras un tiempo de consumo prolongado de tranquilizantes, sedantes o somníferos, al abandonar o reducir su consumo, señale Sí si ha sentido 2 o más de los siguientes síntomas y le han producido malestar, problemas sociales, laborales o familiares (siempre que estos síntomas no se deban a otra enfermedad u otra medicación): temblores de manos, alucinaciones, convulsiones, insomnio, agitación, sudores o pulso acelerado, náuseas/vómitos, ansiedad.
- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos (o alguna sustancia similar como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas antes descritos (temblores de manos, insomnio, náuseas, ansiedad...)?

La prevalencia de un posible consumo problemático¹¹ de hipnosedantes entre el total de la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 2,5% (2% en hombres y 3% en mujeres).

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

Tabla 2.5.22.

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

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

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

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

Tabla 2.5.23.

Perfil de los consumidores problemáticos de hipnosedantes en el último año (DSM-V ≥ 2) (porcentajes). España, 2015.

	Consumo problemático DSM-V ≥ 2
Sexo	
Hombre	40,8
Mujer	59,2
Edad	
15 a 24 años	4,7
25 a 34 años	11,2
35 a 44 años	26,5
45 a 54 años	32,7
55 a 64 años	24,9
Estado civil	
Soltero/a	30,6
Casado/a	49,9
Separado/a - Divorciado/a	13,6
Viudo/a	5,9
Convivencia	
Solo	17,5
Cónyuge - pareja	53,1
Padre	9,4
Madre	17,7
Hijos	39,0
Hermanos	7,6
Abuelos	0,7
Nivel de estudios	
Sin estudios / estudios primarios	25,3
Estudios secundarios	60,5
Estudios universitarios	14,2
Situación laboral	
Trabajando	31,3
Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	3,2
Parado que ha trabajado antes	23,3
Parado que busca su primer empleo	1,4
Jubilado	8,6
Incapacitado permanente	13,9
Cursando algún estudio	2,6
Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	14,3
Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna	1,4
Consumo de hipnosedantes sin receta los últimos 30 días	
Ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días	11,6
Diagnósticos recibidos a lo largo de su vida	
Ansiedad	43,0
Depresión	44,1
Insomnio	29,7
Consumo de alguna sustancia ilegal	
Alguna vez en la vida	40,9
Últimos 12 meses	15,5

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

En 2015, el perfil del consumidor problemático de hipnosedantes es el de una mujer entre 45 y 54 años, casada, con estudios secundarios que vive con su pareja e hijos, que trabaja o está en paro pero habiendo trabajado antes.

En términos generales, aquellos que cumplen criterios de consumo problemático (según DSM-V) suelen haber sido diagnosticados en algún momento de su vida de ansiedad (43%), depresión (44,1%) y/o insomnio (29,7%). El 15,5% ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses y el 11,6% ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días.

Aunque es de interés disponer de estimaciones y perfiles de los posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes, en relación con los criterios DSM-V utilizados es necesario tener en cuenta que algunos expertos han puesto ya en duda la idoneidad de los cambios realizados con respecto a los criterios establecidos por el DSM-IV para el trastorno por uso de sustancias. Los estudios de validación realizados¹² dudan de que el punto de corte de 2 sea el adecuado para todas las sustancias, recomendando que los puntos de corte sean adaptados dependiendo de la sustancia analizada para evitar así falsos positivos.

El propio DSM-V sugiere utilizar una gradación de severidad para poder obtener una visión general de la población con respecto a estos consumos. De acuerdo con esta gradación, se considera consumo problemático leve el correspondiente a la puntuación 2-3 (que afectaría a un 1,3% de la población), moderado el de puntuación 4-5 (0,6% de la población) y grave el de 6 o más puntos (0,6% de la población).

Todo ello aconseja la realización de análisis más detallados a partir de la información disponible en EDADES 2015 y de más estudios al objeto de determinar si la metodología utilizada es idónea para identificar los consumos problemáticos de hipnosedantes y, en su caso, poder determinar los puntos de corte óptimos.

12. Kerridge, B.T., Saha, T.D., Gmel, G. y Rehm, J. (2013). Taxometric analysis of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 129: 60-69.

Compton, W.M., Dawson, D.A., Goldstein, R.B. y Grant, B.F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122: 38-46.

Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista iberoamericana de psicosomática*, 110: 58-61.



Sistemas de
alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

Objetivo y funcionamiento

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)¹ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² y la Oficina Europea de Policía (Europol)³ en colaboración con los Estados miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción 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 ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiendo por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas.

Aunque el EWS tiene como objetivo la notificación de nuevas sustancias, es posible también utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005⁶, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas sustituyó a la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis. Se trata de un instrumento jurídico que da cabida a cualquier nueva droga de síntesis o narcótico que se notifique al EMCDDA y a Europol, y establece el procedimiento, el calendario y los plazos para cada una de las fases.

Aunque la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005 fue un instrumento muy útil para el abordaje de las nuevas sustancias en la UE, su uso encontró algunas limitaciones, por lo que su funcionamiento fue objeto de un prolongado y minucioso proceso de revisión por parte de la Comisión Europea, en colaboración con los Estados miembros. Finalmente, la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005 fue derogada por Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo.

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 Drug 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).

La normativa comunitaria vigente está compuesta por:

- 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.

Esta normativa es aplicable en toda la UE a partir del 23 de noviembre de 2018, al finalizar ese día el plazo de transposición de la nueva Directiva a las legislaciones nacionales.

La Directiva establece que para que una sustancia sea considerada nueva sustancia psicotrópica (NPS) a nivel de la UE, es necesario que la Comisión Europea 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 tendrá 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 a 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.

Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados miembros de la UE, éstos envían la información disponible correspondiente sobre su fabricación, tráfico y uso a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en Lisboa, a través de las Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red 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 indebidas la información disponible, que debe guardar relación con 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 presenten esas sustancias.

Europol y el EMCDDA recopilan, cotejan, analizan 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 Comisión Europea. El objetivo es facilitar la información necesaria a efectos de una alerta rápida y permitir al EMCDDA la redacción del informe inicial.

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)

9. Red REITOX http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/695/EMCDDA_brochure_ReitoxFAQs_EN_326619.pdf

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 para la salud que pueda conllevar a escala de la UE, el EMCDDA deberá redactar un Informe Inicial sobre la nueva sustancia psicotrópica.

Este informe tendrá una primera indicación de:

- 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.
- Información 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 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.

El EMCDDA solicitará a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)¹¹ información sobre si la nueva sustancia psicoactiva es, a escala nacional o de la UE, un principio activo de un medicamento de uso humano o veterinario que haya obtenido autorización de comercialización en la Unión Europea o en alguno de sus Estados miembros, está pendiente de recibirla, tuvo en algún momento autorización de comercialización pero fue suspendida, o si se trata de un medicamento en investigación.

El EMCDDA solicitará a Europol que le informe sobre la participación de grupos delictivos en la producción, la distribución, los métodos de distribución y el tráfico de la nueva sustancia, así como sobre todo uso de la misma.

También solicitará a la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA)¹², al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)¹³ y a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA)¹⁴ que le suministren la información y los datos de que dispongan sobre la nueva sustancia.

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 Comisión Europea.

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 Comisión Europea.

10. Informes conjuntos disponibles en http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

11. <https://www.ema.europa.eu/>

12. <https://echa.europa.eu/es/>

13. <https://ecdc.europa.eu/en/home>

14. <http://www.efsa.europa.eu/>

La Comisión dispondrá de un plazo de 2 semanas desde la recepción del informe inicial para pedir 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.

Estos informes deberán contener:

- La información disponible 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 a ella, 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 Unión Europea.
- 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 pertinente de que disponga.

Dentro del EMCDDA será su Comité Científico el encargado de evaluar los riesgos, pudiéndose ampliar mediante la participación de expertos que puedan garantizar una evaluación objetiva de los riesgos. La Comisión, el EMCDDA, Europol y la EMA podrán nombrar hasta 2 observadores cada uno.

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 establece que entraña riesgos graves para la salud pública y, en su caso, riesgos sociales graves a escala de la Unión Europea, 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 Unión Europea 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.

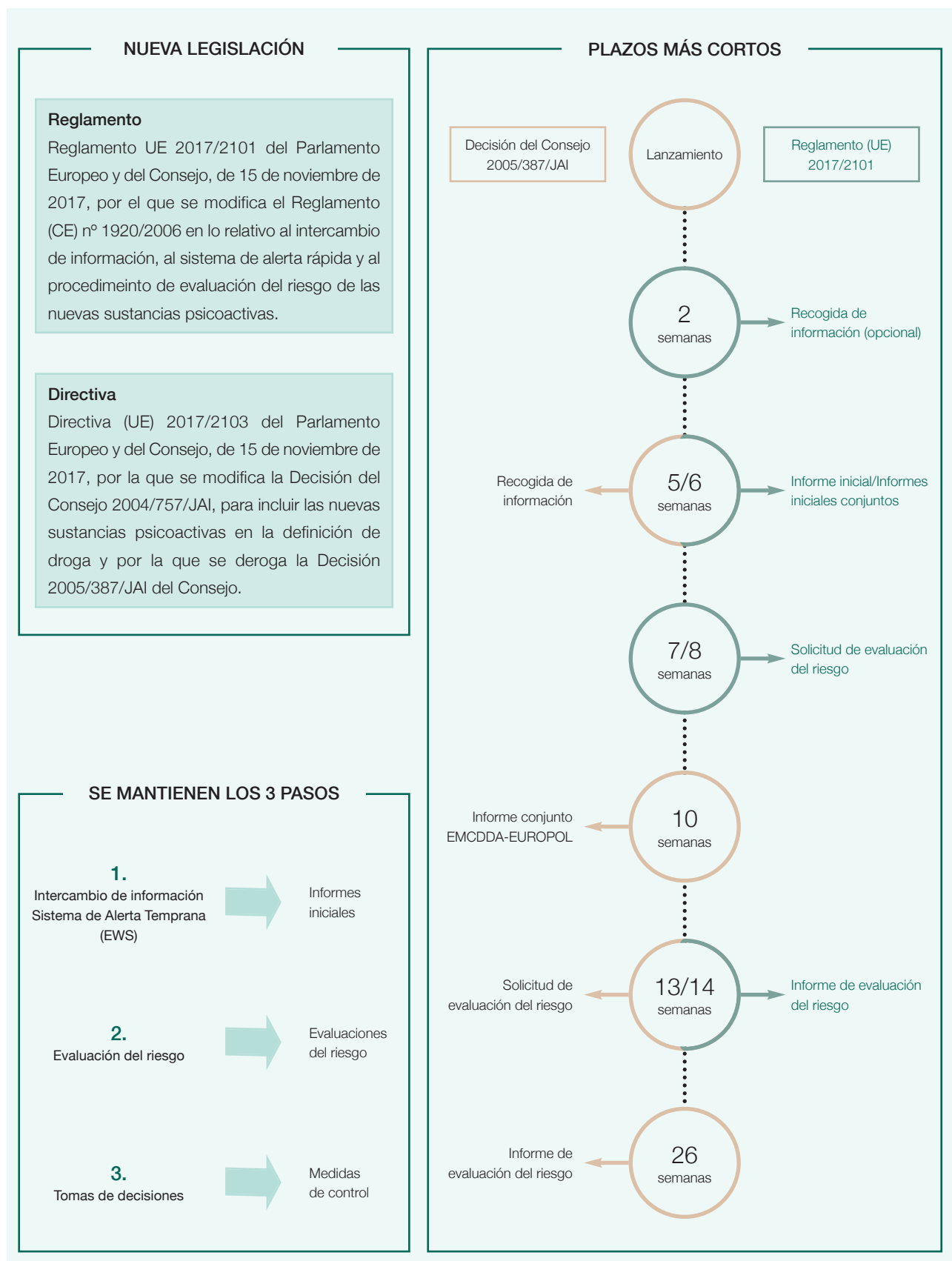
El listado de las medidas de control adoptadas hasta la fecha está disponible en la web del EMCDDA¹⁶.

15. Informes de evaluación de riesgo disponibles en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

16. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

Figura 3.1.1.

Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, en base al Reglamento UE 2017/2101 y la Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de noviembre de 2017.



FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de información del EMCDDA. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system>

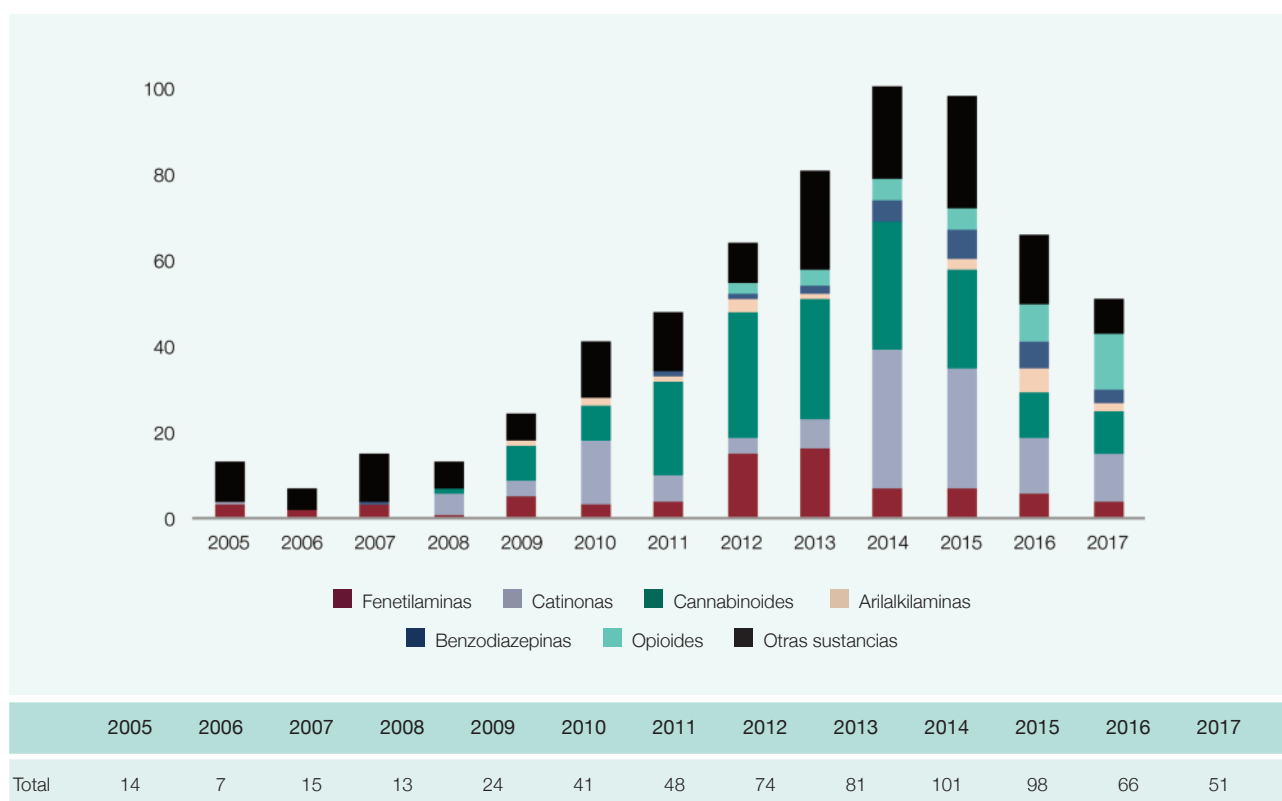
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

Desde el EMCCDA se publica¹⁷ información sobre las actividades del EWS y la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa. A continuación se resumen algunos de los datos más relevantes a partir del *Informe Europeo sobre Drogas 2018*¹⁸, en el que se reconoce que las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto cambiante para la política sobre drogas.

A finales de 2017, el EMCCDA vigilaba más de 670 nuevas sustancias psicoactivas identificadas en Europa. Se trata de 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 benzodiazepinas (ver figura 3.1.2).

Figura 3.1.2.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2017.



FUENTE: EMCCDA. European Drug Report 2018.

Casi el 70% de las nuevas sustancias identificadas por el Sistema de Alerta Temprana de la UE se ha detectado en los últimos cinco años. A lo largo de 2017 se notificaron por vez primera en Europa 51 de ellas. Se trata de una cifra inferior a la de cualquiera de los cinco años anteriores y representa un descenso con respecto a los niveles máximos alcanzados en 2014 y 2015 de aproximadamente 100 nuevas identificaciones al año. Las causas de tal descenso no están claras, pero puede deberse, en parte, a las medidas adoptadas por los gobiernos de Europa dirigidas a su prohibición, sobre todo a su venta libre. Pueden haber contribuido también las medidas de control y la actuación de los cuerpos y fuerzas de seguridad en China contra los laboratorios que las producen.

17. http://www.emccda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system_en

18. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2018
http://www.emccda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

El número de nuevas sustancias detectadas por primera vez cada año no es más que una de las medidas que utiliza el EMCDDA para tratar de conocer el conjunto del mercado. Por ejemplo, para ilustrar la complejidad de este mercado, más del 50% (369) de las nuevas sustancias que actualmente son objeto de vigilancia se siguieron detectando en el mercado de drogas europeo durante 2016.

En cuanto a los decomisos, y según los últimos datos disponibles correspondientes al año 2016, se han notificado casi 71.000 decomisos anuales de nuevas sustancias psicoactivas a través del Sistema de Alerta Temprana de la UE. Las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos representaron casi el 80% del total de decomisos y el 80% de la cantidad total de nuevas sustancias aprehendidas en 2016, año en el que se observó una disminución global de las cantidades incautadas con respecto al año anterior, aunque se registró aumento de las cantidades de catinonas sintéticas, benzodiazepinas y opioides sintéticos.

Nuevos opioides sintéticos

En total, se han detectado 38 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, trece de ellos por primera vez en 2017. Cabe destacar 28 derivados del fentanilo, diez de los cuales se notificaron por primera vez en 2017. A pesar de que actualmente no desempeñan un papel protagonista en el mercado de drogas europeo, los nuevos derivados del fentanilo son sustancias muy potentes que plantean una amenaza grave para y la salud pública e individual.

Los decomisos de estas sustancias han permitido identificar diversos formatos, sobre todo polvo, comprimidos y líquidos. En 2016 se incautaron cerca de 4,6 litros de opioides sintéticos, lo que supone un incremento con respecto a los 1,8 litros registrados el año anterior. Más del 70% de los 1.600 decomisos notificados en 2016 fueron derivados del fentanilo. Se identificaron derivados del fentanilo en más del 96% de los líquidos incautados. Preocupa, en este sentido, la aparición en el mercado de pulverizadores nasales con derivados del fentanilo, como el acríloilfentanilo, el furanilfentanilo, el 4-fluoroisobutirilfentanilo, el tetrahidrofuranilofentanilo y el carfentanilo. Los nuevos opioides sintéticos representaron el 2,3% del número de decomisos de nuevas sustancias psicoactivas en 2016, una cifra superior al 0,8% notificado en 2015.

Canabinoides sintéticos

Los cannabinoides sintéticos son sustancias que simulan los efectos del delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el responsable en gran medida de los efectos psicotrópicos del cannabis. Los productores europeos importan remesas a granel de polvo de cannabinoides y lo mezclan con material vegetal deshidratado. Estos productos se comercializan como sucedáneos legales del cannabis y se venden como “mezclas de hierba para fumar”. Los cannabinoides sintéticos siguen representando el mayor grupo de sustancias nuevas vigiladas por el EMCDDA y su naturaleza química es cada vez más variada: desde 2008 se han detectado 179, de ellos 10 notificados en 2017.

Los cannabinoides sintéticos fueron las nuevas sustancias psicoactivas aprehendidas con mayor frecuencia también en 2016, con algo más de 32.000 decomisos. Esto supone un aumento de casi 10.000 decomisos con respecto al año anterior y representa casi la mitad del número de decomisos de nuevas sustancias psicoactivas notificadas en 2016. Los cinco cannabinoides sintéticos que contribuyeron con un mayor número de decomisos en 2016 fueron MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 y AMB-FUBINACA.

Las incautaciones de cannabinoides sintéticos ascendieron a casi 1,5 toneladas de estas sustancias. Esto representa una caída significativa con respecto a las 2,5 toneladas incautadas en 2015. Las mezclas de hierbas representaron el 40% de las cantidades aprehendidas en 2016 y el polvo, casi el 13%.

La incautación de cannabinoides sintéticos en polvo, junto con la detección de instalaciones para su procesamiento en Europa, indica que los productos se envasaron en Europa. El polvo incautado, una vez procesado en “mezclas de hierba para fumar”, podría haber dado lugar a muchos millones de dosis. Los cannabinoides en polvo que se incautaron en mayor cantidad en 2016 fueron el derivado de AM-6527 5-fluoropentil (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) y AB-FUBINACA (7 kg).

Catinonas sintéticas

Las catinonas sintéticas están relacionadas químicamente con la catinona, un estimulante natural procedente de la planta llamada khat (*Catha edulis*). Sus efectos son parecidos a los de drogas estimulantes ilegales comunes como la anfetamina, la cocaína y la MDMA. Las catinonas sintéticas constituyen el segundo grupo de nuevas sustancias vigiladas por el EMCDDA: se ha detectado un total de 130, de ellas 12 por primera vez en 2017.

En 2016 representaron el segundo mayor número de decomisos de nuevas sustancias psicoactivas, más de 23.000, casi un tercio del total. Esto supone una ligera disminución con respecto a la cifra del año anterior. Las cinco catinonas que más se decomisaron en 2016 fueron alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinona y 3-MMC.

Las incautaciones de estas sustancias representaron casi 1,9 toneladas, por lo que las catinonas sintéticas fueron las nuevas sustancias psicoactivas aprehendidas en mayor cantidad en 2016. Las catinonas sintéticas se suelen encontrar en polvo. Las catinonas en polvo que se incautaron en mayor cantidad fueron 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) y mexedrona (50 kg).

Nuevas benzodiazepinas

El Sistema de Alerta Temprana del EMCDDA vigila actualmente 23 nuevas benzodiazepinas, tres de las cuales se detectaron por primera vez en Europa en 2017. Algunas de estas benzodiazepinas se venden como comprimidos, cápsulas y en polvo con sus propios nombres. En otros casos se trata de falsificaciones de medicamentos prescritos para la ansiedad, como el diazepam y el alprazolam, y se vendieron directamente en el mercado ilegal. Aunque el número de decomisos de benzodiazepinas disminuyó en 2016 con respecto a 2015, la cantidad incautada aumentó de forma significativa. Durante 2016, se incautaron más de medio millón de comprimidos de benzodiazepinas nuevas, como diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam y fonazepam, lo que supone un aumento de aproximadamente dos tercios con respecto a la cifra notificada en 2015.

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Normativa, objetivo y funcionamiento

Normativa

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea requirió que cada país miembro de la Unión Europea 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 Europol y así cumplir con los objetivos de la Decisión.

Puesto que no se trataba de una Directiva europea (que precisase transposición directa a la legislación nacional) sino de una Decisión del Consejo de la Unión Europea, el Gobierno Español no tuvo entonces necesidad de implementar nuevas reglamentaciones respecto a este tema ya que contaba con el marco legal genérico necesario para cumplir el mandato de la Decisión del Consejo de la Unión Europea.

Así, para instaurar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana, y con el fin de proporcionar a su actividad o funcionamiento la necesaria cobertura jurídica, se utilizaron en España tanto disposiciones normativas de carácter específico, en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas (aprobadas tras la suscripción y ratificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, y del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971), como también disposiciones normativas de carácter genérico, en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales), que ya estaban vigentes en su gran mayoría, por lo cual no fue necesario aprobar otras distintas, al entenderse que unas y otras disposiciones eran suficientes para el cumplimiento adecuado y eficaz tanto de las dos finalidades concretas al principio reseñadas como también de las propias finalidades del Sistema Español de Alerta Temprana.

La legislación específica referida estaba constituida por: la *Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas*; el *Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación*; y el *Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional*.

Y, entre la legislación genérica, cabe destacar: la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*; la *Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública*; la *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*; el *Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias*; la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Capítulo III. De los delitos contra la Salud Pública, artículo 359 y siguientes*; y el *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*.

Conviene poner de relieve que la iniciativa o la política legislativa, la regulación reglamentaria y la competencia ejecutiva (concesión de autorizaciones administrativas, el ejercicio de la potestad inspectora, el ejercicio de la potestad administrativa sancionadora, etc.) específicamente en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y psicotrópicas están atribuidas en España al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, adscrita al mismo), aunque otros Departamentos ministeriales (como ocurre con el Ministerio de Justicia o con el Ministerio del Interior) también puedan promover o llevar a cabo, en el ámbito propio de sus respectivas competencias (por ejemplo: en el ámbito de la legislación penal; o en el de la protección de la seguridad ciudadana), medidas o iniciativas (incluyendo las legislativas) que pueden afectar, o que afectan, a la regulación nacional, en su conjunto, de las sustancias antes indicadas.

Por ello, de acuerdo con sus propias competencias antes señaladas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (en la actualidad Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) impulsó, en su momento, la aprobación por el Gobierno del *Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional*, en consonancia con la *Ley 17/1967, de 8 de abril*. El objeto de este Real Decreto era el de establecer un procedimiento lo más ágil posible, mediante el cual una nueva sustancia natural o sintética, aunque no estuviera incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no hubiera adquirido tal consideración en el ámbito internacional, pudiera, sin embargo, ser considerada, desde el punto de vista legal y a todos los efectos (inclusive los penales) en territorio español, como “estupefaciente”; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a la medidas de fiscalización aplicables a todos los estupefacientes y a las normas penales que castigan su tráfico o contrabando ilegales.

Recientemente, tal y como se detalla en páginas anteriores de este mismo capítulo, a nivel europeo, la Decisión 2005/387/JAI fue sometida a un minucioso proceso de revisión con el fin de aumentar su operatividad y ha sido finalmente derogada por Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo, con lo que 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) 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.
- 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.

Objetivo

El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública.

La información resultante de este sistema debe aportar evidencias que sean de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional. Su funcionamiento ha permitido cumplir con la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea que requería que cada país miembro de la Unión Europea 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 Europol. En la actualidad, cumple con la nueva normativa vigente¹ recientemente aprobada en la Unión Europea.

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) 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)

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)

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

- Identificar las “nuevas sustancias” (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional (conocer el mercado de las drogas) y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.

Se entiende por “nuevas sustancias”, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas.

- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, secundarias al uso y abuso de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Éstas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, cambio en la vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, etc.

Funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, es la responsable del correcto funcionamiento del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y del cumplimiento de lo establecido por la nueva normativa vigente (Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 y Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017) en lo que se refiere a los Estados miembros, siendo el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones el responsable de la coordinación del SEAT.

La DGPNSD ha venido notificando al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea desde la creación del mismo, como parte de las actividades de notificación al EMCDDA y a partir, fundamentalmente, de la información procedente del Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), del Ministerio del Interior. El incremento de alertas y de aparición de “nuevas drogas” hizo preciso que cada vez se implicasen más actores y fue necesario crear una unidad con entidad propia, por lo que el 28 de marzo de 2012 fue constituido el SEAT.

El SEAT se configura como una red virtual, en la que todos sus componentes se encuentran interconectados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio bidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), elaborando un informe final que es reenviado a todos los componentes de la red, indicando las fuentes exactas de la información recopilada, si la alerta se considera finalizada o no y el procedimiento a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.). No obstante, es posible convocar reuniones presenciales de los componentes cuando se considere oportuno o la situación lo requiera.

La red del SEAT tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado, y a nivel autonómico. Además, el SEAT mantiene relaciones con instituciones europeas. Esta red incluye también otras entidades entre las que destacan las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), cuyas aportaciones resultan claves por desarrollar su labor en proximidad a los usuarios.

A continuación se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

El OEDA centraliza la recogida, análisis y difusión de la información.

Entre sus actividades se incluyen la elaboración y divulgación de boletines periódicos a toda la red SEAT con información sobre la detección de nuevas sustancias psicoactivas en España y en Europa, así como la difusión de alertas en la página web de la DGPNSD².

El OEDA es el interlocutor con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) a través del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), notificando las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana.

El Área de Inteligencia y Prospectiva es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y la detección de nuevas sustancias psicoactivas que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales, teniendo una implicación activa en el seguimiento del fenómeno. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, es decir, con las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

El CITCO es el interlocutor con la Oficina Europea de la Policía (Europol).

- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**: es un órgano adscrito al Ministerio de Justicia, que une a su misión específica de auxiliar a la Administración de Justicia, la de informar a la Administración Pública en general y difundir los conocimientos en materia de Ciencias Forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se contemplan dos áreas de trabajo diferenciadas, muestras biológicas (análisis de muestras procedentes de autopsias judiciales e individuos vivos) y muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicotropos, procedentes de la incautación de sustancias que son objeto de sanción como consecuencia de los delitos contra la Salud Pública (artículo 367 ter.1 Ley de Enjuiciamiento Criminal y artículo 374.1. 1ª Código Penal).
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y es el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Es responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con los consumidores de drogas con riesgo de contraer infección por VIH/sida o infección actual y, en especial, del grupo de consumidores de drogas por vía parenteral.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Es responsable de la investigación epidemiológica de problemas emergentes, la realización de evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, con potencial de difusión en la comunidad y de actividades relacionadas con la información sanitaria y las intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda, 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.
- **El Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, creado por Orden Ministerial 28/2011, es el órgano técnico superior en el ámbito toxicológico de las Fuerzas Armadas. Es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación, bien sean detectados por éste, por otras unidades militares pertenecientes a las Fuerzas Armadas o por otros organismos civiles que lo requieran. El ITOXDEF cuenta

2. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicotropos en muestras biológicas al personal militar, así como la investigación de drogas en muestras no biológicas procedentes de incautaciones.

Unidades Autonómicas y Locales

- **Planes Autonómicos de Drogas** que, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT, recibida desde la DGPNSD o desde cualquier otro punto de la red.

Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

Existen numerosos municipios en el territorio nacional que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias. En estos casos, la notificación se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica** en algunas Comunidades Autónomas, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las Comunidades/Ciudades Autónomas.** En algunos casos los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las Comunidades/Ciudades Autónomas. Los resultados son finalmente notificados al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Organizaciones no gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por organizaciones no gubernamentales (ONGs), institutos de investigación y otras entidades y que forman parte activa del SEAT, notificando a la DGPNSD todas aquellas incidencias que resulten de interés (modificaciones de los patrones de consumo, identificación de nuevas sustancias, resultados de los tests de composición y pureza de las sustancias a consumir por los usuarios, adulteraciones, etc.). Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT y cuya colaboración y contribuciones han resultado de mayor relevancia para impulsar y fortalecer la red virtual del SEAT se encuentran Energy Control³, Ai Laket⁴ y Cruz Roja Española⁵.

Organismos internacionales

Si bien, estrictamente, los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es importante que estén presentes en el esquema general dada la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está en conexión permanente con la Agencia Europea del Medicamento.

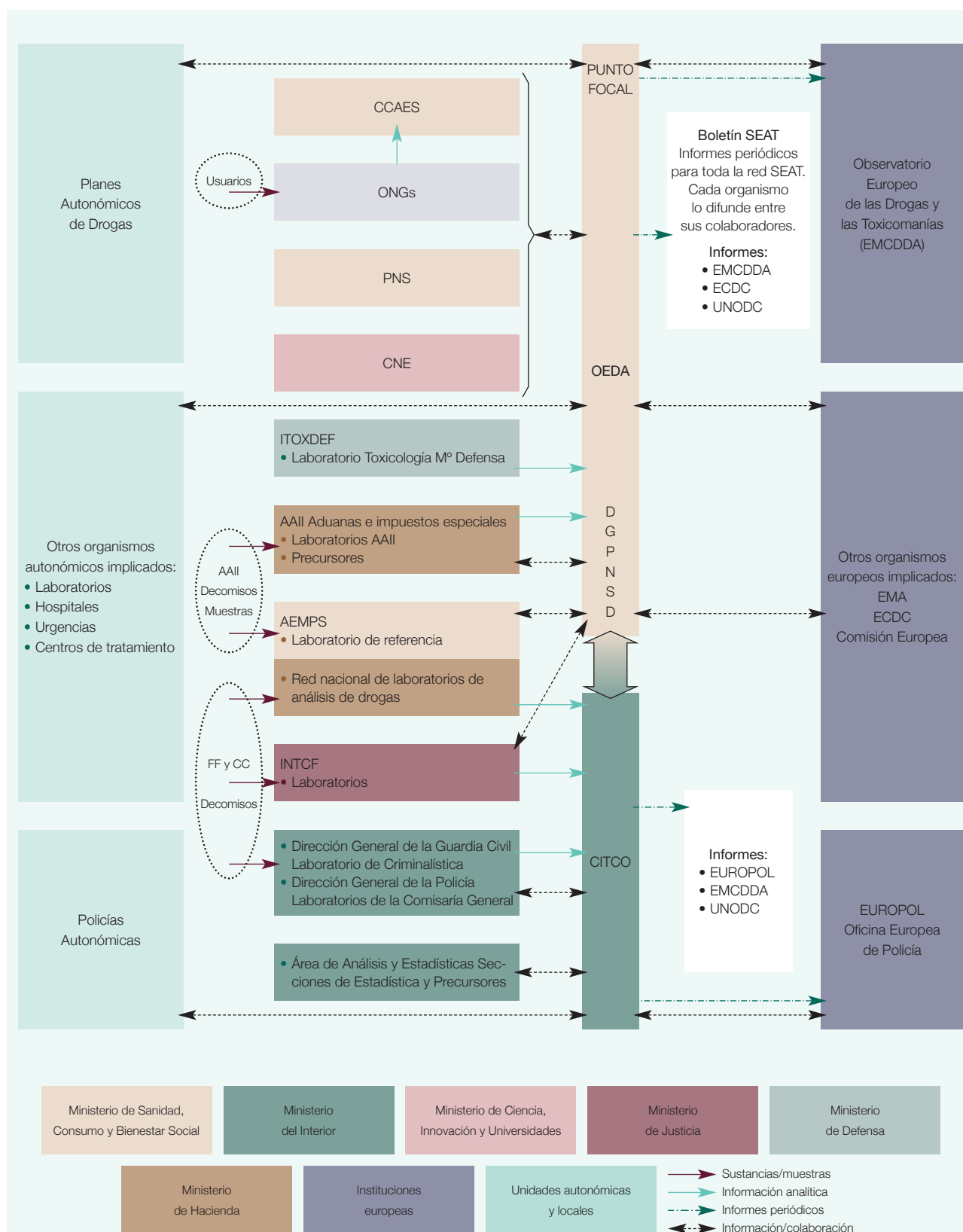
3. Energy Control: <http://energycontrol.org/>

4. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

5. Cruz Roja Española: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. CITCO: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. FF y CC: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. CCAES: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. CNE: Centro Nacional de Epidemiología. PNS: Plan Nacional del Sida. AAI: Aduanas e Impuestos Especiales. EMA: Agencia Europea de Medicamentos. ONGs: Organizaciones No Gubernamentales. EMCDDA: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. EUROPOL: Oficina Europea de Policía. UNODC: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ECDC: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD.

Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública⁶. En 2017 se detectaron en España 6 nuevas sustancias psicoactivas, de las que 1 pertenecía al grupo de las arilciclohexilaminas, 1 al grupo de los opioides, 2 al grupo de las triptaminas (indolalquilaminas) y 2 al grupo de cannabinoides.

En 2018 se han detectado en España 5 nuevas sustancias psicoactivas, que pertenecen al grupo de los opioides (1), al grupo de las catinonas (1), al grupo de plantas y extractos (1), al grupo de los cannabinoides (1) y al grupo de las triptaminas (indolalquilaminas) (1).

Tabla 3.2.1.

Esquema de actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NSP detectadas en España por primera vez y notificadas al EWS-UE	18	17	35	43	6	4
NSP detectadas en la Unión Europea + Noruega + Turquía por primera vez y comunicadas al SEAT	81	101	98	66	42	53
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	2	3	3	3	–	1
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al SEAT	–	16	17	15	2	3
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al EWS-UE y al SEAT	–	2	6	1	6	1

Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y en Europa y notificadas por el Punto Focal Español al Sistema de Alerta Temprana de la UE:

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α-Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Arilciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodiacepinas	Benzodiacepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-10-2014

6. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana.

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
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
AB-CHMINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	16-04-2015
4-HO-MET	3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1H-indol-4-ol	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
5-Meo-MIPT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
4-EEC	1-(4-ethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 4-ethylethcathinone	Catinonas	07-05-2015
2-MMC	1-(2-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 2-methylmethcathinone	Catinonas	07-05-2015
NM2AI	(N-methyl-2-aminoindane): 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine	Aminoindanos	08-05-2015
TMA-6	(Trimethoxyamphetamine): 2,4,6-trimethoxyamphetamine	Fenetilaminas	08-05-2015
MPA-Methiopropamine	1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane (hydrochloride) o MPA, 2-thienomethamphetamine, methiopropamine,	Arirquilaminas	08-05-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Ethynaphthylate**	(Ethyl 2-(naphthalen-2-yl)-2-(piperidin-2-yl)acetate (hydrochloride) o Ethynaphthylate	Piperidinas/Pirrolidinas	03-06-2015
α -PVT	α -Pyrrolidinopentiothiophenone o α -PVT	Arilalquilaminas	29-06-2015
5-MAPB	1-(benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine o 5-MAPB	Arilalquilaminas	29-06-2015
MDAI	6,7-dihydro-5H-cyclopenta(f)(1,3)benzodioxol-6-amine o 5,6-Methylenedioxy-2-aminoindane	Aminoindanos	29-06-2015
MDMB-CHMICA	(Methyl-2-(1-(cyclohexylmethyl)-1 H-indole-3-ylcarbonylamine)-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-dimethoxy benzeneethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
3-Meo-PCP	1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine o 3-Methoxyphencyclidine	Arilciclohexilaminas	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-dichloromethylphenidate	Piperidinas/Pirrolidinas	30-10-2015
4-AcO-DMT	4-acetoxy-N,N-dimethyltryptamine (maleate) o 4-AcO-DMT (maleate) o O-Acetylpsilocin (maleate);	Triptaminas (Indolalquilaminas)	07-12-2015
TH-PVP	2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one	Catinonas	07-12-2015
4'-cloro- α -PPP	1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)propan-1-one	Catinonas	25-01-2016
U-47700	3,4-dichloro-N-[2-(dimethylamino)cyclohexyl]-N-methylbenzamide)	Opioides	25-01-2016
EG-018	(naphthalen-1-yl)(9-pentyl-9H-carbazol-3-yl)methanone)	Cannabinoides	03-02-2016
5-BDPi	(1-(2,3-dihidro-1H-inden-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona)	Catinonas	07-03-2016
Khat	Catha edulis	Catinonas	07-03-2016
4MeTMP	4metil metilfenidato	Piperidinas/Pirrolidinas	07-03-2016
Dibutlona	(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

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-MeO PV9	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)octan-1-one, monohydrochloride	Catinonas	29-03-2016
1p-LSD	(N,N-diethyl-7-methyl-4-propanoyl-6,6a,8,9-tetrahydroindolo [4,3-fg]quinoline-9-carboxamide)	Otros	29-03-2016
BK-2CB	2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethan-1-one	Catinonas	29-03-2016
N-etil hexedrona	2-etilamino-1-fenilhexan-1-ona	Catinonas	27-05-2016
Flubromazolam	8-bromo-6-(2-fluorophenyl)-1-methyl-4H-[1,2,4]triazolo-[4,3a][1,4] benzodiazepine	Benzodiazepinas	06-07-2016
Diclacepam	7-chloro-5-(2-chlorophenyl)-1-methyl-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
Flubromazepam	7-bromo-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
2C-C	(4-chloro-2,5-dimethoxyphenethylamine)	Fenetilaminas	15-07-2016
ETH-LAD	(6aR,9R)-N,N-diethyl-7-ethyl-4,6,6a,7,8,9-hexahydroindolo-[4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Triptaminas (Indolalquilaminas)	15-07-2016
4-metil N-etil-norpentedrona	2-(ethylamino)-1-(4-methylphenyl)pentan-1-one	Catinonas	15-07-2016
ADB-CHMINACA	(N-[1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide o MAB-CHMINACA)	Cannabinoides	21-07-2016
Mexedrona	(3-methoxy-2-(methylamino)-1-(4-methylphenyl)propan-1-one (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
4-Cloro-alfa-PVP	(4-chloro-alpha-pyrrolidinovalerophenone (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
N-etil-norpentedrona	(2-(ethylamino)-1-phenyl-pentan-1-one) o también llamada alfa-etilaminopentiofenona	Catinonas	21-07-2016
4-CEC	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one 4-chloro-N-ethylcathinone, 1-p-chlorophenyl-2-ethylamino-propanone 4-chloroethcathinone	Catinonas	28-07-2016
4-EMC (4-Etilmetcatinona)	(RS)-2-methylamino-1-(4-ethylphenyl)propane-1-one	Catinonas	13-09-2016
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-Metilecatinona	(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

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
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	Cannabíoides	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	Cannabíoides	29-12-2016
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	methyl-[2-(1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimethylbutanoate]	Cannabíoides	01-12-2016
Descoloro-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	Cannabíoides	28-06-2017
MMB-2201/5F-AMB-PICA/I-AMB	Methyl (1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carbonyl)-L-valinate	Cannabíoides	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
lbogaína	12-methoxyboganine	Planta y extractos	24-09-2018
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabíoides	28-12-2018
EPT****	N-etil-N-propiltryptamina	Triptaminas (Indolalquilaminas)	28-12-2018

* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2014 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

** Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2015 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

*** Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2016 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

**** Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2018 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD.

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

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

- Orden SSI/1478/2014, de 1 de agosto, por la que se incluye la sustancia 4-metilanfetamina en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8521

- Orden SSI/806/2014, de 8 de mayo, por la que se incluye la sustancia 5-(2-aminopropil)indol (5-IT) en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación y por la que se transfiere el ácidogamma-hidroxibutírico (GHB) de la lista IV a la lista II del anexo I del citado Real Decreto: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5265. Además, en esta misma orden, el GHB fue transferido de la lista IV a la lista II del anexo I del citado Real Decreto.

En 2015, las nuevas sustancias psicoactivas 25I-NBOMe, MDPV y Metoxetamina fueron sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/1091/2015, de 2 de junio (Artículo 1), por la que se incluye la sustancia 4-yodo-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxibencil) fenetilamina (25I-NBOMe) en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/12/pdfs/BOE-A-2015-6496.pdf>
- Orden SSI/1091/2015, de 2 de junio (Artículo 2), por la que se incluyen las sustancias 3,4-metilendioxi-pirovalerona (MDPV) y 2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona (metoxetamina) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/12/pdfs/BOE-A-2015-6496.pdf>

Además, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 58º periodo de sesiones adoptó, entre otras, la Decisión 58/3 de 13 de marzo de 2015, en virtud de la cual la Comisión decidió incluir la sustancia AH-7921 en la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972. En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, a la sustancia AH-7921 le serán de aplicación las medidas de control y sanciones penales que le corresponden a las sustancias estupefacientes incluidas en la lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

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

- Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, por la que se incluye las sustancia 2-(4-bromo-2,5-dimetoxifenilo)-n-[(2-metoxifenil)metil] etanamina (25B-NBOMe o 2C-B-NBOMe) y la sustancia 2-(4-cloro-2,5-dimetoxifenilo)-n-[(2-metoxifenil) metil] etanamina (25C-NBOMe o 2C-C-NBOMe) en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.
- Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, por la que se incluyen las sustancias naftalen-1-ilo(1-pentilo-1h-indol-3-ilo) metanona (JWH-018), la sustancia 1-(5-fluoropentilo)-1h-indol-3-ilo-naftaleno-1-ilmetanona (AM-2201) y la sustancia (R,S)-1-(1,3-benzodioxol-5-ilo)-2-(metilamino)propano-1-ona (Metilona o beta-ceto-MDMA), en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

Además, también mediante la Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, la sustancia 1-bencilpiperazina (BZP) fue transferida de la lista IV a la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 59º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 59/4 y 59/5, ambas de 18 de marzo de 2016. Estas Decisiones establecen la inclusión de las sustancias α -pirolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR), respectivamente, en la Lista II del Convenio

sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas. Además la citada Comisión adoptó, en el mismo periodo de sesiones, la Decisión 59/7 de 18 de marzo de 2016, que establece la inclusión de la sustancia Fenazepam en la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas, en 2017, las nuevas sustancias psicoactivas α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP), para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) y Fenazepam han sido sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre, por la que se incluyen determinadas sustancias en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. <https://www.boe.es/boe/dias/2017/11/08/pdfs/BOE-A-2017-12842.pdf>

Así, el artículo 1 de la Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre establece la inclusión de las sustancias α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Se incluyen las sustancias α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación, las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

De la misma manera, el artículo 2 de la Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre establece la inclusión de la sustancia Fenazepam en la lista IV del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Se incluye la sustancia Fenazepam en la lista IV del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación, las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

Asimismo, la Comisión de Estupeficientes de las Naciones Unidas, en su 60º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 60/2 y 60/3, 60/4, 60/5, 60/6, 60/7, 60/8, 60/9, 60/10 y 60/11, todas de 16 de marzo de 2017. Estas Decisiones establecen la inclusión de las sustancias U-47700 y Butirfentanilo en la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre estupeficientes de las Naciones Unidas y la inclusión de 4-Metilecatinona (4-MEC), Etilona, Pentedrona, Etilfenidato, Metiopropamina (MPA), MDMB-CHMICA, 5F-APINACA (5F-AKB-48) y XLR-11 en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas, en 2018, las nuevas sustancias psicoactivas 4-Metilecatinona (4-MEC), Etilona, Pentedrona, Etilfenidato, Metiopropamina (MPA), MDMB-CHMICA, 5F-APINACA (5F-AKB-48) y XLR-11 han sido sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SCB/770/2018, de 12 de julio, por la que se incluyen nuevas sustancias en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

Así, en su artículo único, la Orden SCB/770/2018, de 12 de julio establece la inclusión de las sustancias 4-Metilecatinona (4-MEC), Etilona, Pentedrona, Etilfenidato, Metiopropamina (MPA), MDMB-CHMICA, 5F-APINACA (5F-AKB-48) y XLR-11 en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

Además, por lo que respecta a las medidas de control en el ámbito internacional, las evaluaciones de riesgo asociado a las sustancias Furanilfentanilo y Acrilolfentanilo que se llevaron a cabo por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de la Unión Europea (EU Early Warning System-EMCDDA) en 2017 tuvieron como resultado:

- Decisión del Consejo de la Unión Europea 2017/1774 de 25 de septiembre de 2017 por la que se somete a la N-(1-phenethylpiperidin-4-yl)-N-phenylacrylamide (Acriloilfentanilo) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea el 29 de septiembre de 2017.
- Decisión del Consejo de la Unión Europea 2017/2170 de 15 de noviembre de 2017 por la que se somete a la N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]furan-2-carboxamida (Furanilfentanilo) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea el 22 de noviembre de 2017.

De igual manera, otras sustancias como ADB-CHMINACA y CUMYL-4CN-BINACA (ambos pertenecientes al grupo de los cannabinoides sintéticos) o como Ciclopropilfentanilo y Metoxiacetilfentanilo (ambos pertenecientes al grupo de los opioides sintéticos) han sido también sometidos a evaluación en el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de la Unión Europea (EU Early Warning System-EMCDDA) en 2018, teniendo como resultado:

- Decisión del Consejo de la Unión Europea 2018/747 de 14 de mayo de 2018 por la que se somete a la N-(1-amino-3,3-dimetil-1-oxobutan-2-il)-1 (ciclohexilmetil)-1H-indazol-3-carboxamida (ADB-CHMINACA) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea el 22 de mayo de 2018.
- Decisión del Consejo de la Unión Europea 2018/748 de 14 de mayo de 2018 por la que se somete a la 1-(4-cianobutil)-N-(2-fenilpropan-2-il)-1H indazol-3- carboxamida (CUMIL-4CN-BINACA) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea el 22 de mayo de 2018.
- Decisión del Consejo de la Unión Europea 20187/1463 de 28 de septiembre de 2018 por la que se somete a la N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]ciclopropanocarboxamida (Ciclopropilfentanilo) y 2-metoxi-N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piperidina-4-il]acetamida (Metoxiacetilfentanilo) a medidas de control, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea el 1 de octubre de 2018.

Por último, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 61º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 61/1, 61/2 y 61/3, 61/4, 61/5, 61/6, 61/7, 61/8, 61/9, 61/10, 61/11 y 61/12, todas de 14 de marzo de 2018. Estas Decisiones establecen la inclusión de las sustancias Carfentanilo, Ocfentanilo, Acriloilfentanilo, 4 Fluoroisobutilfentanilo (4-FIBF, Pfbif) y Tetrahidrofuranil fentanilo (THF-F) en la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes de las Naciones Unidas (el Carfentanilo también a incluir en la Lista IV del citado Convenio), y la inclusión de AB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA (5F-ADB), AB-PINACA, UR-144, 5F-PB-22 y 4-Fluoroanfetamina (4-FA) en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

Hay que tener en cuenta que la transposición efectiva de las Decisiones del Consejo de la Unión Europea y de las Decisiones de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas no ha sido completada aún para la totalidad de sustancias que ya se encuentran sometidas a fiscalización en el ámbito internacional, estando a la espera de ser incluidas en la normativa nacional correspondiente (Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación). Las próximas ediciones de este informe aportarán información actualizada sobre este aspecto.



Oferta de drogas y medidas de control

4.1. Ventas de tabaco, 2005-2017

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 2017.

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 11.652,008 millones de euros de volumen de ventas de tabacos en 2017, el 86,9% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de participación viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 8,4% en 2017, 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, continúan siendo muy residuales, no superando en ningún momento de la serie de datos el 0,6% (tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.1.

Evolución de la cuantía por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2017.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	Variación 2017/2005 (%)	Variación 2017/2016 (%)
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	-1,18	-1,83
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	483,919	3,57	-2,49
Picadura liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	975,075	434,21	-2,56
Picadura pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	50,655	70,666	771,66	39,50
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	6,98	-1,75

* 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*, 2005-2017.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9	86,9
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2	4,2
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4	8,4
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Península y Baleares.

FUENTE: Tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (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 viene disminuyendo progresivamente desde 2011, siendo especialmente notorio el descenso que se produjo entre ese año y 2013.

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 las ventas han seguido descendiendo, pero muy moderadamente: -5,8% entre ese año y 2017 (figura 4.1.1 y tabla 4.1.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, siendo los más destacados los correspondientes a Andalucía (-58,03%), País Vasco (-54,90%), Baleares (-54,44%), Cataluña (-53,30%) y Comunidad Valenciana (-52,95%) si consideramos el periodo 2005-2017. En 2017 no se ha apreciado ningún incremento respecto al año anterior. Los mayores descensos en las ventas entre 2016 y 2017 se han observado en Castilla y León (-6,19%), Asturias (-6,09%), Navarra (-5,72%) y Extremadura (-5,14%) como se puede apreciar en la tabla 4.1.3.

Paralelamente al descenso de las ventas de cigarrillos, se ha venido produciendo un aumento de las ventas de cigarros puros que, moderado entre 2005 y 2009 (+5,3%), se incrementó de forma importante entre 2009 y 2013 (+97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se observa una mantenida reducción de las mismas: -8,8% entre 2013 y 2017 (figura 4.1.1). Es decir, a partir de 2013, las ventas de cigarros se mantienen más o menos estables, con una pequeña reducción.

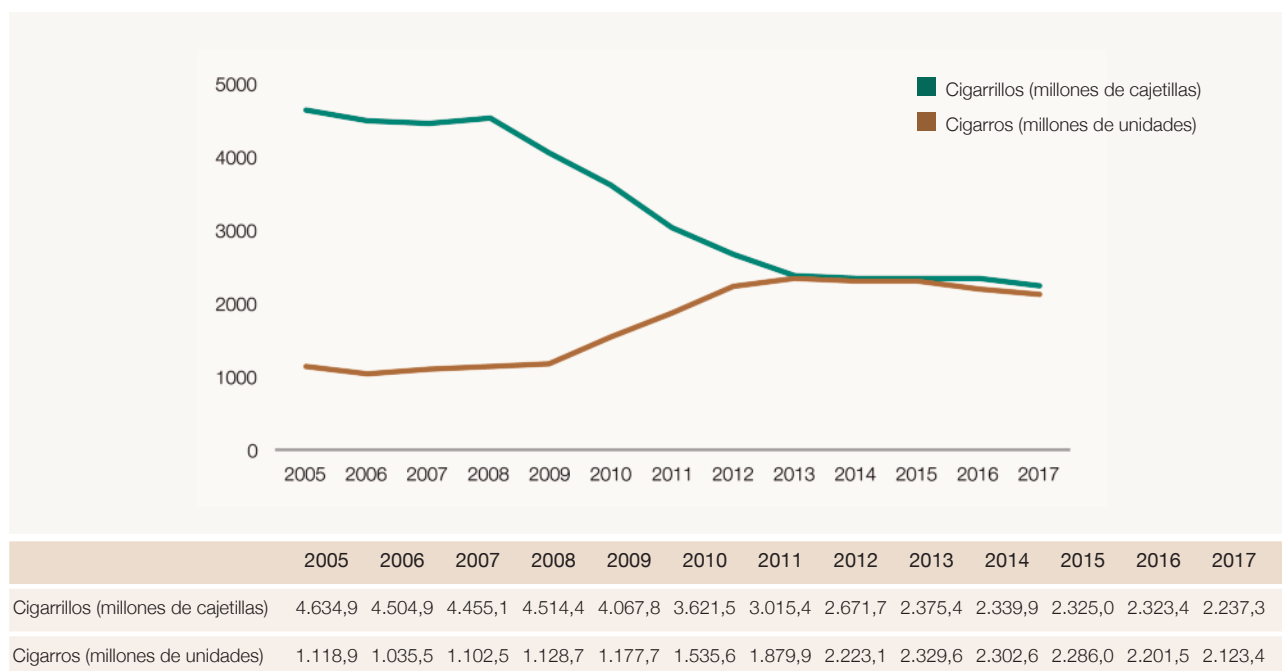
El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó también considerablemente entre 2008 y 2013 (+67,7%), pero también éstas comenzaron a descender a partir de 2013, siendo en 2017 menores en un 17,7% respecto a ese año 2013 (figura 4.1.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante entre 2008 y 2011, para posteriormente, y hasta 2013, descender un 62%, y volver a aumentar en el periodo 2013-2017 un 48,07%. Las ventas correspondientes a 2017 fueron superiores a las de 2016 en un 14,7% (figura 4.1.2).

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento que fue visible en todas las Comunidades Autónomas, dejó de ser tan evidente a partir de 2014. Los descensos en las ventas de cigarros puros y picadura de liar que se observan, al igual que en las de los cigarrillos, entre 2013 y 2017 (figuras 4.1.1 y 4.1.2) parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2017.



* Península y Baleares.

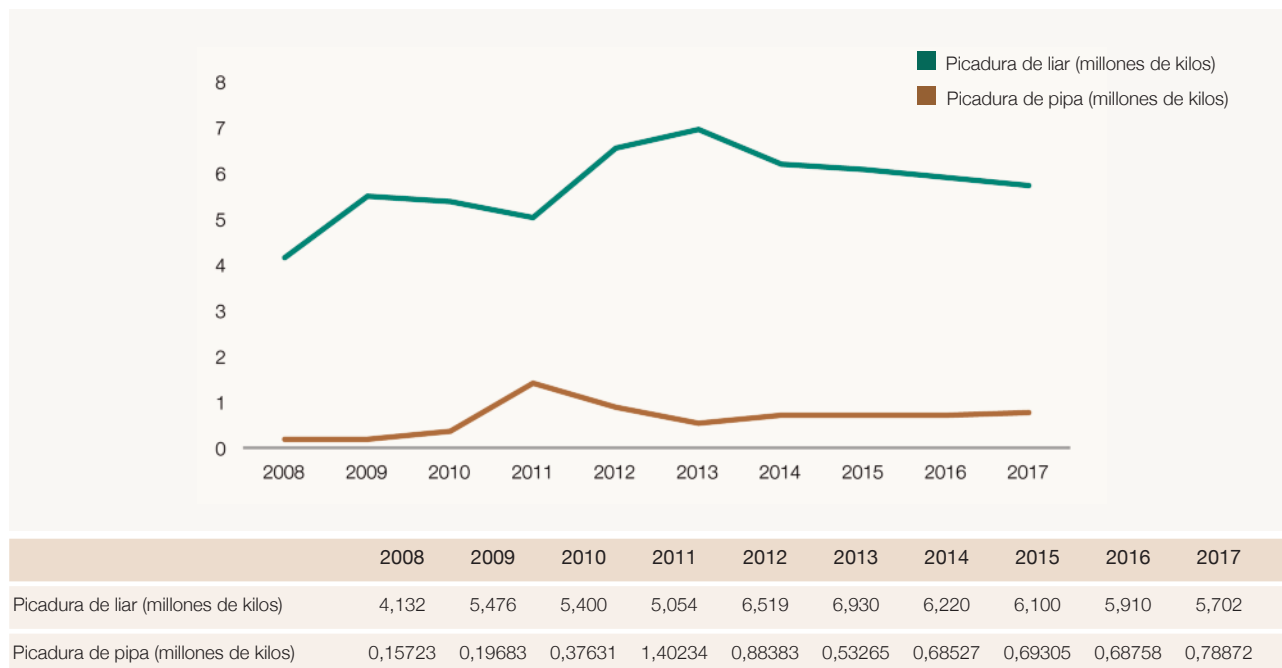
Variaciones ventas de cigarrillos: 2005-2008: -2,6%; 2009-2013: -41,6%; 2013-2017: -5,8%; 2016-2017: -3,7%.

Variaciones ventas de cigarros puros: 2005-2009: +5,3 %; 2009-2013: +97,8%; 2013-2017: -8,8%; 2016-2017: -3,5%.

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*, 2008-2017.



* Península y Baleares.

Variaciones picadura de liar: 2008-2013: +67,7%; 2013-2017: -17,7%; 2016-2017: -3,5%; 2008-2017: +37,9%.

Variaciones picadura de pipa: 2008-2010: +139,3%; 2011-2013: -62,01%; 2013-2017: +48,07%; 2016-2017: +14,7%; 2008-2017: +401,6%.

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*, 2005-2017.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	2017	Variación 2017/2005 (%)	Variación 2017/2016 (%)
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	118	-47,72	-6,19
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	54	-46,39	-6,09
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	46	-51,99	-5,72
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	54	-49,14	-5,14
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	115	-54,90	-4,96
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	31	-47,09	-4,42
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	126	-44,47	-4,40
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	101	-46,44	-3,92
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	354	-58,03	-3,91
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	16	-40,92	-3,72
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	71	-47,18	-3,67
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	79	-47,16	-3,61
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	290	-47,04	-3,42
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	415	-53,30	-3,17
Comunidad Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	278	-52,95	-2,10
Islas Baleares	196	179	143	107	87	88	91	89	-54,44	-1,40
Total	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	2.237	-51,73	-3,71

* 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, 1998-2017

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, 2005-2017.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Heroína (kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	256	253	524
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
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
Éxtasis (nº 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

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 2017.

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; y un tercer periodo a partir de 2006, año en el que se inicia una importante tendencia al descenso de las cantidades incautadas: en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008 y los 15.629 kg en 2016.

En el año 2017 se observa un incremento notable de las incautaciones de cocaína (40.960 kg) que rompe la tendencia descendente iniciada en el año 2013 y podría indicar el inicio de un cuarto periodo, aunque será necesario esperar a ver los volúmenes de incautaciones obtenidos en los próximos años para confirmarlo.

Figura 4.2.1.

Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2017.



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 2017 (figura 4.2.2) se pueden distinguir tres periodos, un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de 2004 y las 459,2 toneladas de 2006); y un tercer periodo, en el que, tras un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto a los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 toneladas en 2008), se ha caracterizado por su tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,2 toneladas).

A partir de 2013 las cantidades incautadas de esta sustancia han tendido a aumentar, pero muy moderadamente. En 2017 se incautaron 334,9 toneladas de hachís, lo que supone un incremento de tan sólo el 4,8% respecto de la cantidad incautada en 2013.

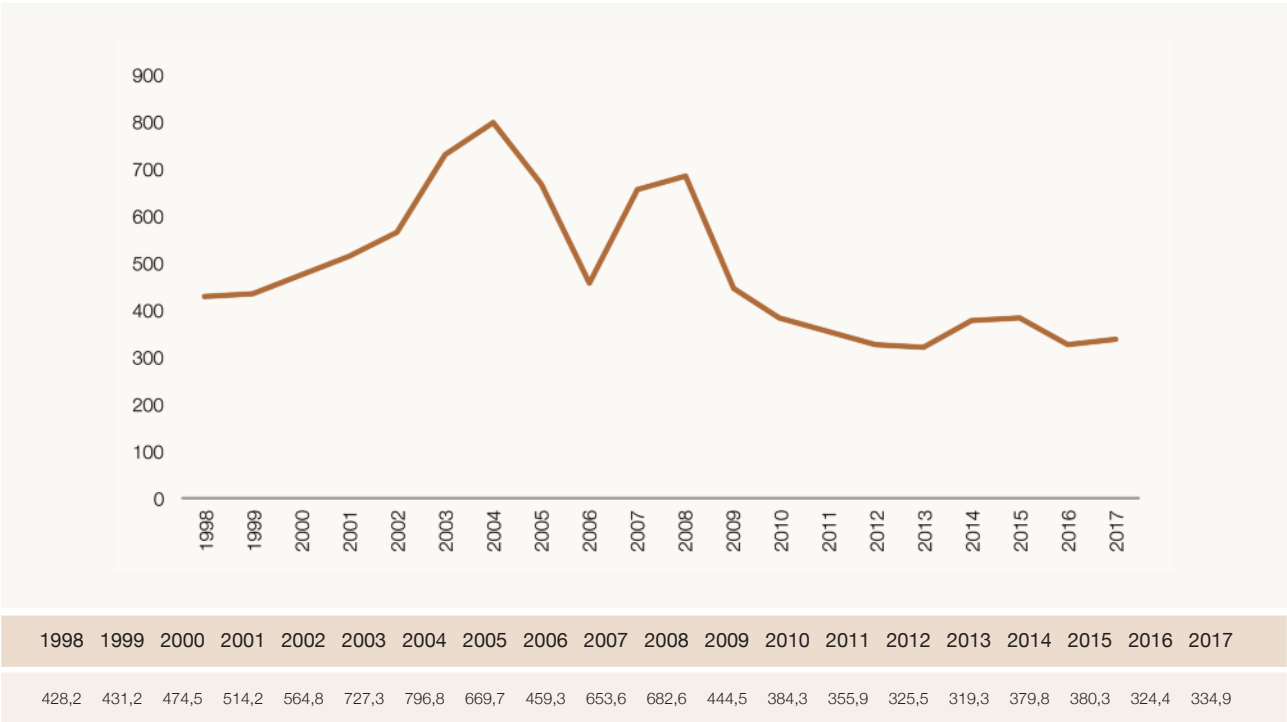
Heroína

La figura 4.2.3 presenta las cantidades de heroína incautadas entre 1998 y 2017. En este caso, se pueden también distinguir cuatro periodos. Entre 1998 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2006, sin embargo, volvieron a crecer, iniciándose una tendencia al alza hasta 2008 (548 kg), año a partir del cual se vuelve a apreciar una tendencia descendente en las cantidades incautadas que alcanza hasta 2016 (253 kg).

En 2017 se observa un incremento de las cantidades incautadas (524 kg) y podría indicar el inicio de un cuarto periodo, aunque será necesario esperar a ver los volúmenes de incautaciones obtenidos en los próximos años para confirmarlo.

Figura 4.2.2.

Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2017.



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 4.2.3.

Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2017.



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).

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2017, como queda de manifiesto en la figura 4.2.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2003 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.140, 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 2017 se incautó un número considerablemente mayor de pastillas (348.220), respecto a 2015; aunque esta cifra, al situarse por debajo de la correspondiente a 2014 (558.867), no parece ser predictiva de un cambio en la tendencia a la baja de las cantidades incautadas iniciada en 2003.

Figura 4.2.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2017.



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).

Si se observan las tendencias a lo largo del periodo considerado, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína, éxtasis) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2017

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 desde 2006 del precio del éxtasis, pasando de 9,9 euros la unidad a 11,41 euros en 2016, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000 (figura 4.3.1). En 2017 se observa un descenso del precio por unidad de éxtasis hasta los 10,56 euros, valor prácticamente igual al que presentaba en 2008 (10,57 euros).

Respecto al precio en el mercado ilícito de las otras sustancias consideradas, y tomando como indicador el precio del gramo, se ha ido incrementado el precio de la resina de hachís, que si en el año 2000 era de 3,87 euros en 2017 llegó a 6,04 euros; así también el de la grifa/marihuana, que en el mismo periodo ha pasado de 2,49 euros a 5,16 euros. Así mismo, ha ido aumentando el precio del gramo de anfetaminas en polvo (*speed*), aunque en menor proporción, pasando de 25,5 euros en el año 2000, a 26,86 euros en 2017 (figura 4.3.1). Por el contrario, el precio del gramo de heroína, desde el año 2000, muestra una tendencia descendente, de modo que el gramo de heroína, que en el año 2000 alcanzó un precio medio de 66,38 euros, se pudo adquirir en 2017 a 57,06 euros y sin embargo la cocaína, tras un periodo de descenso, presenta actualmente una tendencia creciente teniendo el gramo de cocaína en 2014 un precio medio de 57,57 euros, incrementándose dicho precio medio de cocaína en 2017 hasta 59,30 euros (figura 4.3.2).

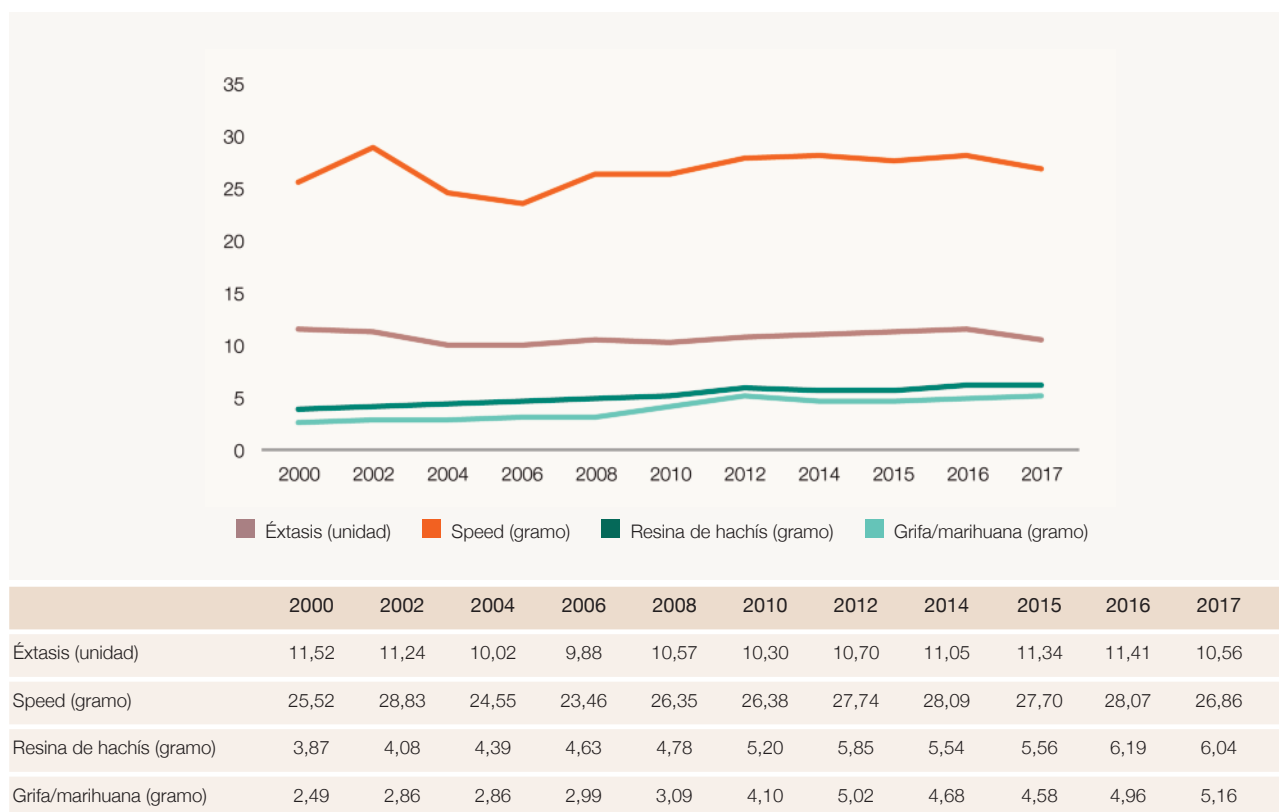
En relación a la pureza media de las drogas decomisadas, se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2017, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2017, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 39%, de los decomisos del nivel de gramo fue del 31,5% y de los de nivel de dosis del 22,5% y, para la cocaína, las cifras fueron, respectivamente, 67,5%, 43,5% y 35,5%.

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 67,5% en 2017; la del gramo, en ese mismo periodo, del 49,5% al 43,5%, y la de la dosis del 40,5% al 35,5%.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la heroína, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2010 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64% en 2000 al 45% en 2010 y, en menor medida, en el caso de la dosis que pasó del 25% al 21% y en el del gramo que pasó del 32% al 31,5%. A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis han mostrado tendencia a la estabilización, basculando entre el 21% y el 22,5%, en el caso de la dosis, y entre el 31% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33%). Sin embargo, la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kg) sigue descendiendo, situándose en 2017 en el 39%, esto es, 13,3 puntos porcentuales menor que en 2010 y 39 puntos porcentuales menor que la del año 2000 (tabla 4.3.1).

Figura 4.3.1.

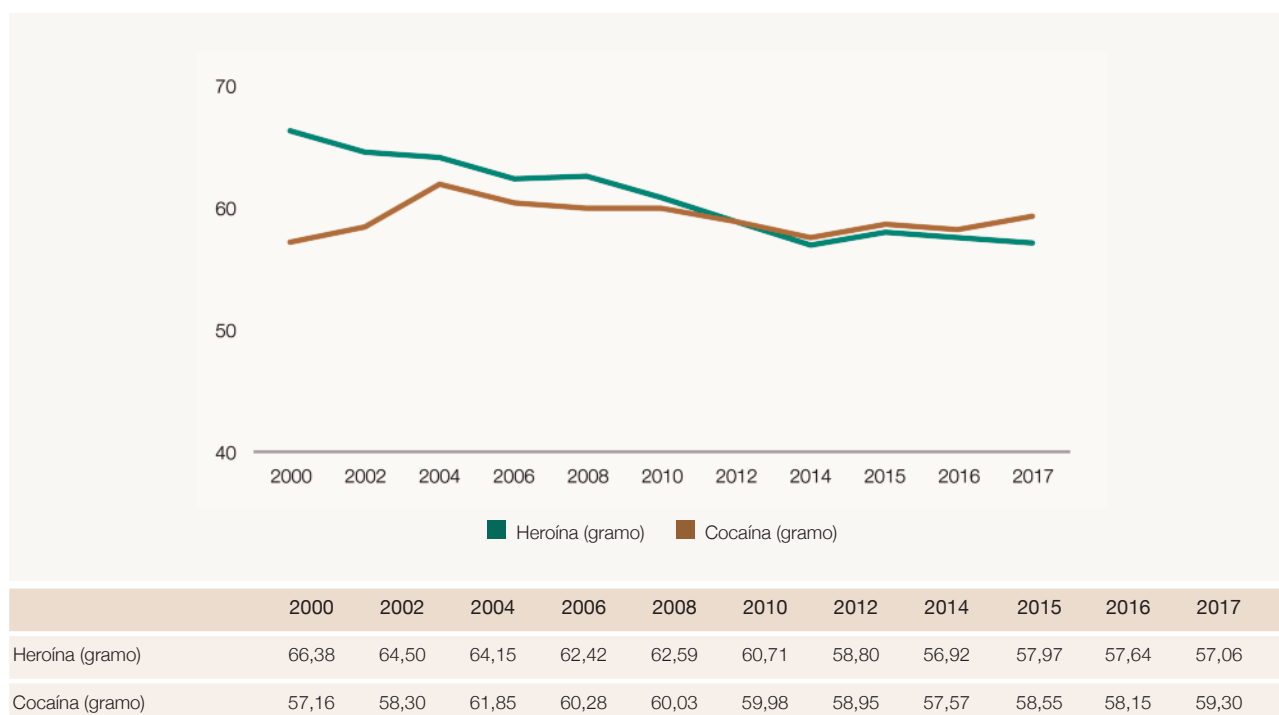
Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2017.



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 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2017.



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).

Tabla 4.3.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2017.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Heroína											
Dosis	25,0	26,0	22,5	22,0	22,5	21,0	21,0	21,0	21,5	21,5	22,5
Gramo	32,0	34,0	29,0	32,0	32,5	31,5	31,0	31,0	33,0	31,5	31,5
Kilogramo	64,0	53,0	49,0	47,5	46,0	45,0	41,5	39,0	43,0	39,5	39,0
Cocaína											
Dosis	45,0	43,0	42,0	46,0	40,5	36,5	35,0	33,0	33,5	33,5	35,5
Gramo	53,0	50,0	51,0	54,0	49,5	45,5	42,5	41,0	42,0	39,5	43,5
Kilogramo	74,0	71,0	75,0	73,0	72,0	71,0	67,0	63,0	65,5	64,0	67,5

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 2017, para heroína, la razón de pureza kg/dosis fue 1,73, la razón kg/gramo 1,24 y la razón gramo/dosis 1,40, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,90, 1,55 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 2000-2017, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kg/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,24 en 2017, así como la razón pureza kg/pureza dosis que ha pasado de 2,56 a 1,73. Por el contrario, la razón gramo/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,40 en el mismo periodo de tiempo (tabla 4.3.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución y que este cambio se ha producido entre los eslabones de kilogramo y gramo, pero no en el eslabón gramo/dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza kg/gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma. Algo parecido ha sucedido con la razón kg/dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/pureza dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable en torno al 1,2 (tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2017.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
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
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
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
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
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
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

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).

4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2017

En el año 2017 se registraron 20.422 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 21.180 en 2016. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 376.271 en 2017 frente a 392.900 en 2016.

Desde 2002, y al margen de las diferencias interanuales de variación de las cifras, se observa una tendencia de estabilización de las detenciones realizadas tras un periodo de crecimiento hasta el año 2012. La misma tendencia de estabilización iniciada en el año 2014 se observa en el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas (figuras 4.4.1 y 4.4.2 y tablas 4.4.1 y 4.4.2).

Como en años anteriores, en 2017 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (58% y 83%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (28%) (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 (85% y 94%, respectivamente).

Figura 4.4.1.

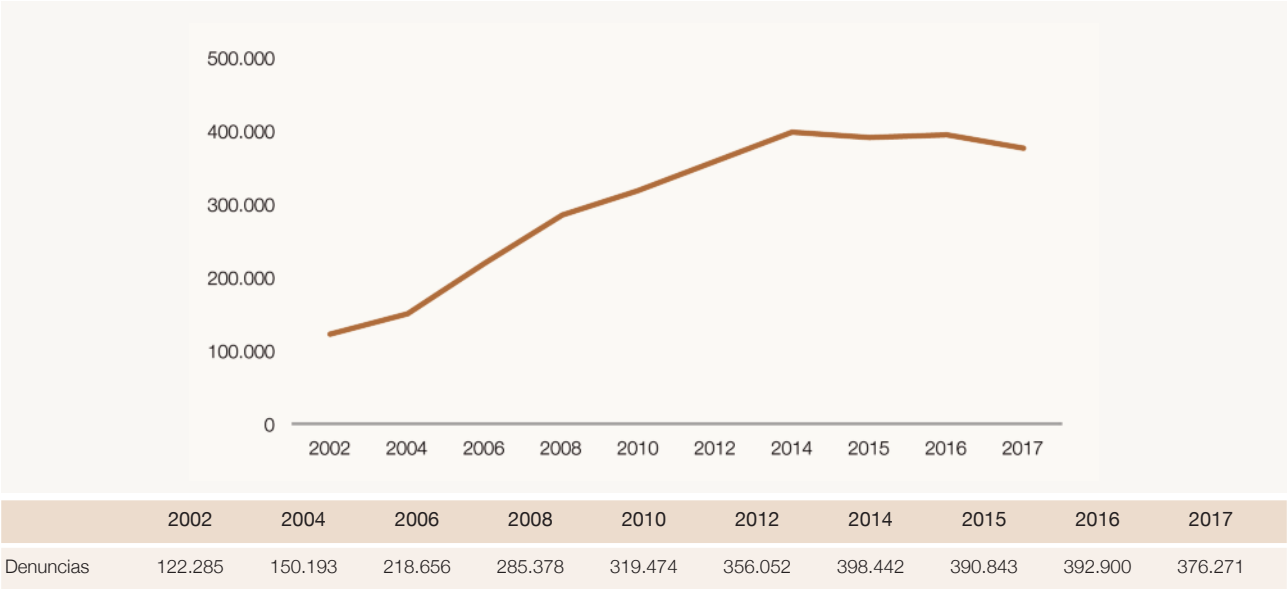
Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2017.



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 4.4.2.

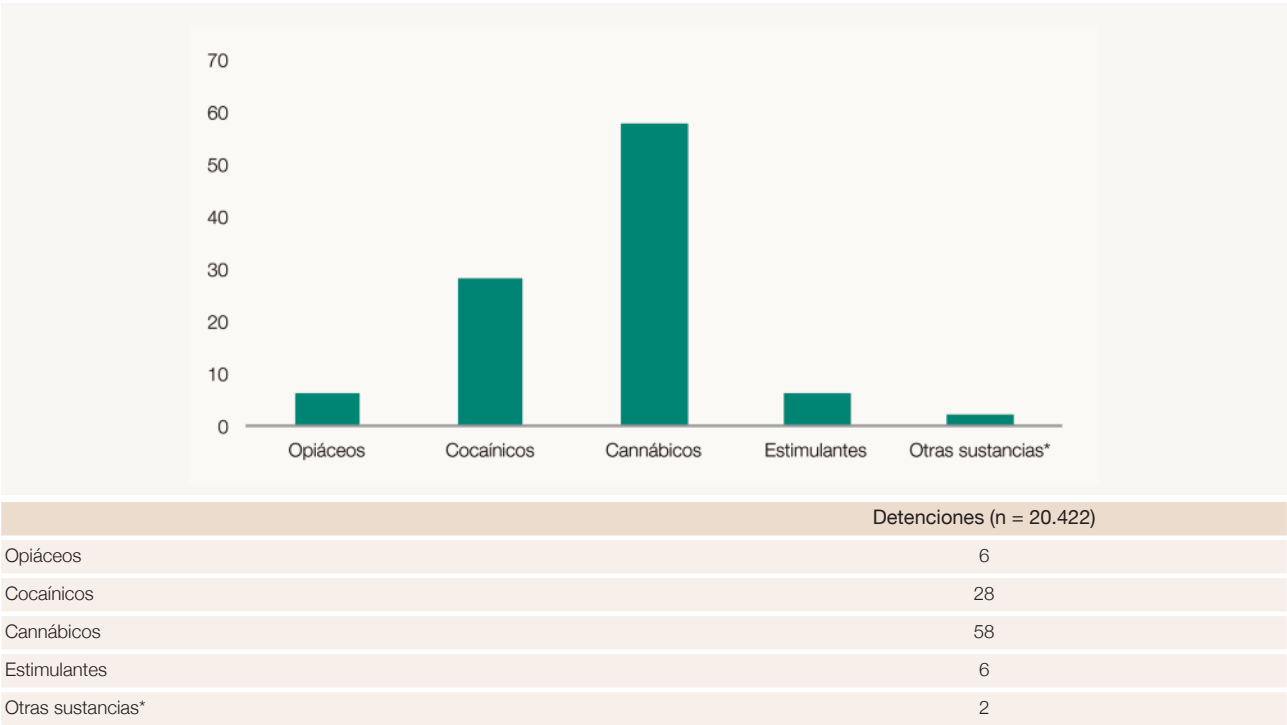
Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2002-2017.



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, 2017.



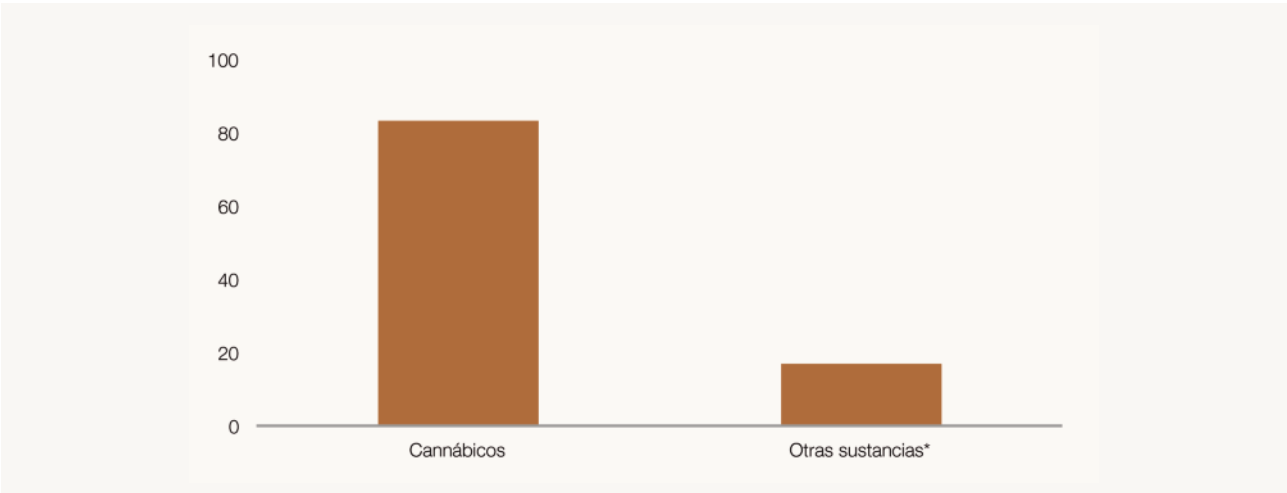
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

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, 2017.



Denuncias (n = 376.271)	
Cannábicos	83
Otras sustancias*	17

* 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, 2006-2017.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Total detenciones	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.421
Cannábicos	46	50	50	56	56	54	53	58
Cocaínicos	39	36	35	30	28	29	28	28
Opiáceos	6	7	7	5	7	7	7	6
Estimulantes tipo anfetamínico	6	5	5	4	6	7	7	6
Otras sustancias	3	3	3	4	3	3	5	2

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, 2006-2017.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017
Total denuncias	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271
Cannábicos	77	80	84	87	87	86	84	83
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras)	23	20	17	12	13	14	16	17

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, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

<http://www.mscbs.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

<http://www.pnsd.mscbs.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 ECONOMÍA Y EMPRESA

<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/en/about.html>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS
EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)
THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

REDUCING ALCOHOL RELATED HARMS (RARHA)

<http://www.rarha.eu/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm>