

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS

INFORME 2011



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

INFORME 2011
OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS

Situación y tendencias de los problemas de drogas en España



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



REDACCIÓN

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Elena ÁLVAREZ	Mercedes RUBIO
Begoña BRIME	Aurora RUIZ
Julia GONZÁLEZ	Rosario SENDINO
Noelia LLORENS	

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

Andalucía Fernando ARENAS	Castilla-La Mancha Miguel Ángel GARCÍA Carmen DE PEDRO	Murcia Ana Belén VILLAR Isabel CASCALES Juan Emilio URAN
Aragón Ana Isabel NAVARRO Milagros SOLER	Castilla y León Ana SÁNCHEZ Susana REDONDO	Navarra Miguel MARTÍNEZ
Asturias José Ramón de HEVIA Margarita EGUIAGARAY José Antonio GONZÁLEZ	Cataluña Josep M ^a SUELVES M. Teresa BRUGAL	País Vasco Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA Oskar LONGO
Baleares Joana ROVIRA Elena TEJERA Margarita CRESPI	Extremadura Antonia María VAS Juan Carlos MARTÍN	La Rioja Juan DEL POZO Ana GONZÁLEZ
Canarias Nicolás AMADOR Pilar Teresa DÍAZ	Galicia Bernardo SEOANE Jaime FRAGA	Comunidad Valenciana Francesc J. VERDÚ M ^a Lidón CALDUCH
Cantabria M Carmen DIEGO Inés RUIZ	Madrid Ana RUIZ Julio PÉREZ Luis Fernando PORTALES	Ceuta Miguel Angel MANCILLA
		Melilla Natalia MARTÍNEZ

AGRADECIMIENTOS

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

- Los coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.
- Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Educación y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Economía y Hacienda.
- Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.
- Eva SÁNCHEZ, por su ayuda en el tratamiento de textos y en la elaboración de tablas y figuras.
- Antonia DOMINGO-SALVANY. IMIM (Instituto de Investigación Hospital del Mar).

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

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08
Correo electrónico: cendocupnd@msssi.es
Internet: www.pnsd.msssi.gob.es



Edita y distribuye:

- © MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Centro de Publicaciones
- © SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 860-11-280-9

NIPO en línea: 860-11-278-0

Depósito legal: M-46378-2011

Diseño y maquetación: Quadro

U

na información veraz, bien estructurada, actualizada, periódica y continuada es la mejor herramienta para el correcto desarrollo de políticas en cualquier sector. Nos permite evaluar lo que se ha hecho y lo que falta por hacer, al tiempo que muestra la orientación a seguir en la planificación de las políticas a desarrollar, permitiendo las correcciones necesarias en el momento oportuno. Es decir, evaluar y diseñar políticas.

Eso es exactamente lo que recoge esta publicación: información sobre la situación real del consumo de drogas en nuestro país. Y eso es precisamente lo que nos va a permitir la modificación, continuación o puesta en marcha de medidas adecuadas para combatir con los medios óptimos la lacra social que supone el consumo de drogas y la drogadicción.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías nos ofrece, pues, una información relevante que debemos poner en valor como instrumento de planificación. Una información que proviene de las fuentes directas donde se genera, que son las Comunidades y Ciudades Autónomas, a las que resulta obligado agradecer su esfuerzo y su interés.

Una información que elabora el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, a partir de diversas fuentes de datos y que ya mantiene una serie continuada y regular en el tiempo que le dota de un valor extra por las posibilidades comparativas que ofrece.

Una información que resulta no sólo útil, sino imprescindible para todos los que, de una manera u otra, estamos comprometidos con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en relación a la drogadicción.

El informe actual contiene los datos correspondientes a la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) de 2009-2010, entre residentes en España de 15-64 años que, con referencia a las otras encuestas europeas, como debe ser para que sean útiles y comparativas, es una de las que presenta una mayor muestra y una de las series históricas más dilatadas, así como los datos procedentes de la *Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria* de 14 a 18 años (ESTUDES), de 2010.

Ambas encuestas, con resultados más generales y significativos, confirman que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y el cannabis la droga ilegal que presenta el consumo más elevado, que el policonsumo es un patrón que se generaliza entre los consumidores y en el que el alcohol participa en una mayoría significativa de casos, que se estabilizan los consumos de alcohol, heroína y cannabis, que el consumo de hipnosedantes es mayoritario entre mujeres y, como dato muy positivo, que, por primera vez, disminuye el consumo de cocaína así como la caída importante del consumo de tabaco a partir de la normativa aprobada de cara a la prevención del tabaquismo. También hay que destacar, por lo que supone de preocupación, el aumento de los consumos intensivos de alcohol (borracheras y atracones o *binge drinking*), especialmente entre menores de edad.

Este Informe también recoge los indicadores de problemas relacionados con las drogas, actualizados con los datos más recientes aportados por las comunidades autónomas, lo que resulta el complemento más interesante para los datos que aportan las encuestas.

Cabe destacar que por primera vez se incorpora a un documento de estas características un capítulo dedicado al Sistema de Alerta Temprana Español establecido a partir de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas, en conexión con la Red, a estos efectos establecida, de la Unión Europea y con el objeto de detectar la circulación de nuevas sustancias psicoactivas por el territorio de la Unión y el abordaje de su consumo y disponibilidad.

Esta publicación y la información que en ella se recoge se encuadran dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y en su primer Plan de Acción 2009-2012, que actualmente se encuentra en fase de una primera evaluación. También se enmarca en la política general de transparencia en cuanto a datos e información relevante y útil para administraciones, organizaciones o simplemente personas interesadas.

Confío en que para todos ellos esta publicación, que sólo es posible con el apoyo y la actitud positiva de todas las comunidades autónomas, será de interés y que redunde en una mejor atención a la drogadicción y a los drogodependientes y su entorno social. Con ello habrá cumplido su finalidad.

Nuria Espí de Navas
Delegada del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Índice

Presentación	4
Introducción	7
Capítulo 1. Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas	8
1.1. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2009	8
1.2. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2010	54
1.3. Evolución del consumo problemático de heroína y cocaína en España	126
Capítulo 2. Problemas relacionados con las drogas	131
2.1. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1991-2009	131
2.2. Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2009	158
2.3. Infecciones en consumidores de drogas	168
2.4. Indicador mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2009	179
Capítulo 3. Sistema de Alerta Temprana (Early Warning System-EWS)	192
3.1. El Sistema de Alerta Temprana en Europa	192
3.2. El Sistema de Alerta Temprana Español	198
Capítulo 4. Oferta de drogas. Medidas de control	202
4.1. Ventas de tabaco, 2000-2010	202
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2010	206
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2010	209
4.4. Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2010	212
Anexos	217
Índice de tablas	217
Índice de figuras	223
Información complementaria	230

Introducción

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

Las principales fuentes o métodos utilizados para elaborar el Informe del OEDT 2011 son: 1) la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2) la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 3) los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad, 4) los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas, y 5) los indicadores sobre control de la oferta de drogas.

EDADES y ESTUDES se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), contando la segunda con la estrecha colaboración de las comunidades autónomas. Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las comunidades autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos). En algunos casos, los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Finalmente, los indicadores de oferta y control de la oferta proceden del Ministerio del Interior, en el caso de las drogas ilegales, y del Ministerio de Economía y Hacienda en el caso del tabaco.

El presente Informe, que se ha estructurado de forma bastante parecida al Informe del OEDT 2009, contiene mucha información novedosa, incluyendo un resumen detallado de los resultados de EDADES 2009 y ESTUDES 2010, así como datos sobre los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad de 2008 y 2009. Por su parte, los datos de sida por infección por VIH en inyectadores de drogas se actualizan hasta 2009, y los indicadores de control de la oferta hasta 2010. Por último se incluye un capítulo que describe las características y el fundamento de los sistemas de alerta temprana sobre consumo de drogas en España y la Unión Europea.

1

Consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas

1.1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2009

Introducción

El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que se inició en 1995, y cuenta actualmente con resultados de ocho encuestas (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 y 2009). Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

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

En este informe se describen los objetivos, la metodología, y los principales resultados de la serie de encuestas realizadas hasta 2009.

Objetivos

El objetivo general de estas encuestas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

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

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

Metodología

En el cuestionario de la encuesta de 2009 se han introducido algunas modificaciones con el fin de converger en mayor medida hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

En todas las encuestas a partir de 1999 se mantuvieron las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas), lo que facilita la comparación directa entre las encuestas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

En cualquier caso, para la encuesta realizada en 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

■ Universo y marco muestral

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

■ Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años. Así, en 2009 fue de 20.109 personas; en 2007 la integraron 23.715, en 2005 fue de 27.934 y entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta.

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2009, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, algunas comunidades han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio. En 2009, por ejemplo, financiaron ampliaciones 3 comunidades (Baleares, Cantabria y La Rioja).

El tamaño de la muestra final por comunidades varió entre 196 encuestados en Ceuta y 2.109 en Andalucía, siendo la muestra superior a 2.000 en 4 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 6 comunidades (Tabla 1.1.1). La distribución por edad fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas.

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

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron *secciones censales* (2.011 en 2009), correspondientes a un cierto número de municipios (902 en 2009), de forma aleatoria con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de

10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.001 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.

- En la segunda etapa se seleccionaron *hogares*, siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona de 15-64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).
- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un *individuo* dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios *ad hoc* que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

Tabla 1.1.1. Distribución de la muestra por comunidad autónoma. España, 2009.

CC.AA.	PNSD	Ampliación	Realizadas	Error muestral
Andalucía	2.098	–	2.109	2,1
Aragón	828	–	846	3,4
Asturias	752	–	753	3,6
Baleares	767	338	1.111	2,9
Canarias	1.079	–	1.084	2,9
Cantabria	558	317	881	3,3
Castilla-La Mancha	1.029	–	1.033	3,0
Castilla y León	1.141	–	1.141	2,9
Cataluña	1.978	–	1.989	2,2
C. Valenciana	1.642	–	1.644	2,4
Extremadura	752	–	764	3,5
Galicia	1.202	–	1.202	2,8
Madrid	1.852	–	1.854	2,3
Murcia	883	–	910	3,2
Navarra	570	–	571	4,1
Pais Vasco	1.071	–	1.071	3,0
La Rioja	410	340	750	3,6
Ceuta	196	–	196	7,0
Melilla	190	–	200	6,9
Total	18.998		20.109	0,7

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

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

■ Cuestionario y trabajo de campo

Como se indicó, en 2007 y 2009 se introdujeron algunas modificaciones orientadas sobre todo a converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En el período 1997-2003 se utilizó el mismo cuestionario estándar, en 1995 uno bastante diferente, y en 2005 uno casi idéntico al de 1997-2003.

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

El cuestionario incluía preguntas de clasificación, sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. Ninguna de las preguntas del cuadernillo tenía filtros ni saltos (con el fin de facilitar la circulación entre las preguntas), y carecían de la opción no sabe/no contesta (con la intención de forzar la respuesta del encuestado). La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días de consumo en los últimos 30 días, y referido a los mismos 30 días la frecuencia de consumo de cada uno de los tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, aperitivos/vermut, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana y el número medio de vasos, copas o cañas de cada bebida que consumió cada día laborable y cada fin de semana conjunto (viernes+sábado+domingo) durante el período citado.

Las preguntas sobre consumo de hipnosedantes se plantearon separadamente para tranquilizantes o sedantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y para somníferos (pastillas para dormir), y se refirieron al consumo en general (sin diferenciar si fue con o sin receta médica), aunque después se exploró también el consumo sin receta médica en los últimos 12 meses con el fin de mantener la comparabilidad con el período 1997-2005. Finalmente, las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o crack, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, speed e inhalables volátiles) se refieren al consumo alguna vez en la vida, edad de inicio en el consumo, número de días de consumo en últimos 12 meses y en últimos 30 días.

En 2009 la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,1%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (22,0%), ausencia de todos los miembros del hogar (14,6%), negativas de la persona seleccionada (7,8%), ausencia de la persona seleccionada (5,5%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios y días distintos.

En EDADES 2009 el trabajo de campo se realizó entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre de 2009, y febrero-marzo de 2010. No se realizaron encuestas en enero, para evitar la influencia de la Navidad

en las preguntas sobre consumo durante los últimos 30 días. Por lo que respecta a la supervisión, un 27,2% de las entrevistas fueron supervisadas (un 21,9% de forma telefónica y un 5,3% personalmente con visita a los hogares).

■ Análisis

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

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población española de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por grupo de edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. En 2009 la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas fue muy baja.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de prevalencia de consumo en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días, indicadores de consumo habitual (prevalencia de consumo semanal en los últimos 12 meses, prevalencia de consumo durante más de 8 días en los últimos 30 días y prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días), indicadores de consumo problemático (prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 ó más en el caso de las mujeres, durante los últimos 30 días —*binge drinking*—).

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del 0,9%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 2,1% en Andalucía y un 7,0% en Ceuta. Para ser más precisos se tendría que tener en cuenta el diseño del muestreo realizado.

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

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

Resultados

Extensión del consumo de drogas

En 2009 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis y la cocaína en polvo, con prevalencias en los últimos 12 meses que sobrepasan el 2% (10,6% para cannabis, 2,6% para cocaína) y el éxtasis con una prevalencia de 0,8% en los últimos 12 meses. Los consumos de otras drogas de comercio ilegal presentaron prevalencia inferiores de consumo. La prevalencia de uso de tranquilizantes (5,5%) y somníferos (3,6%) con o sin receta médica en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis (Tablas 1.1.2 a 1.1.5).

Tabla 1.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88	94,2
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0
Somníferos	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

Tabla 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

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

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

Tabla 1.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	1,3
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	2,7	4,7	4,0
Somníferos	–	–	–	–	2,0	2,5	2,7
Hipnosedantes*	–	–	–	–	3,7	5,9	5,2

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

Tabla 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	2,6	2,3
Somníferos	–	–	–	–	–	1,1	1,4
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	3,1	2,7

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

■ Edad media de primer uso

En 2009, la edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, se mantuvo estable respecto a años anteriores, aunque varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron, por término medio, a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,5 años) y las bebidas alcohólicas (16,7 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,6 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tardíamente fueron los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), con 34,5 años. El uso del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 23 años (Tabla 1.1.6 y Figura 1.1.1).

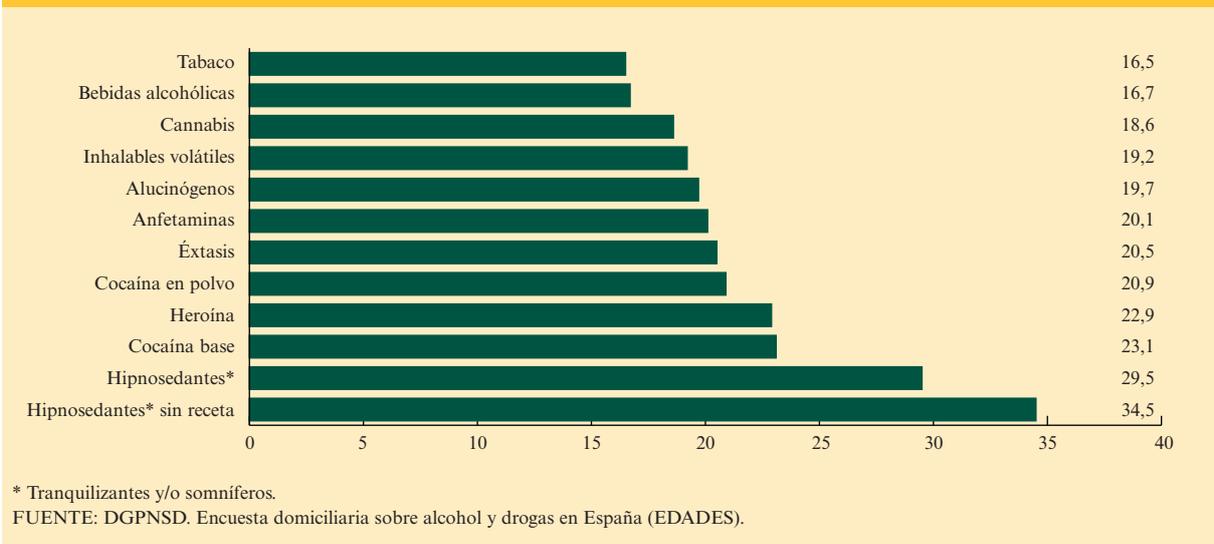
Tabla 1.1.6. Evolución de la edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2009.

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

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

Figura 1.1.1. Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población española de 15-64 años. España, 2009.



Diferencias en el uso de drogas por sexo

Excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), en 2009 en España la extensión del uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los hombres fue varias veces más elevada que en las mujeres (Tablas 1.1.7 y 1.1.8).

Tabla 1.1.7. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2009.

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

* Tranquilizantes y/o somníferos.

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

Tabla 1.1.8. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997-2009.

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

* Tranquilizantes y/o somníferos.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Refiriéndonos al consumo en los últimos 12 meses destacan las diferencias en el uso de cannabis (14,8% hombres y 6,2% mujeres) y de cocaína en polvo (4,2% en hombres y 1% en mujeres) (Tabla 1.1.7). En cuanto a las drogas de comercio legal, la prevalencia de consumo es también mayor entre los hombres. Por ejemplo, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 74% en hombres y de 52,2% en mujeres, y la de tabaco de 44,7% y 34%, respectivamente, en la población de 15-64 años (Tabla 1.1.8).

Sin embargo, existen algunos tipos o patrones de consumo para ciertas sustancias psicoactivas (consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de bebidas alcohólicas e intoxicaciones etílicas, por citar algún ejemplo) en los que las prevalencias de consumo en mujeres de determinados grupos de edad han venido aumentando considerablemente en los últimos tiempos, disminuyendo, de este modo, las diferencias de prevalencias de consumo entre hombres y mujeres e, incluso, invirtiendo la relación en algunos grupos de edad, como se verá más adelante.

■ Diferencias en el uso de drogas por edad

En 2009, los consumidores de sustancias psicoactivas fueron, excepto en el caso de los tranquilizantes o somníferos, predominantemente jóvenes de 15 a 34 años (Tablas 1.1.9 a 1.1.11), tanto para drogas legales como ilegales. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína en polvo y éxtasis fue de 19,4%, 4,3% y 1,8%, respectivamente, en el grupo de 15-34 años frente a 4,6%, 1,5% y 0,2% en el grupo de 35-64 años. Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo de 15-34 años que en el grupo de 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 80,1% y 45,3% entre los primeros y 77,7% y 41,1% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume alguna vez en la vida, en mayor proporción, tranquilizantes o somníferos (13,8% y 8% respectivamente) que el grupo 15-34 (7,1% y 4%).

Tabla 1.1.9. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

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

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

Tabla 1.1.10. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

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

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

Tabla 1.1.11. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2009.

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

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

■ Diferencias en el uso de drogas por comunidad autónoma

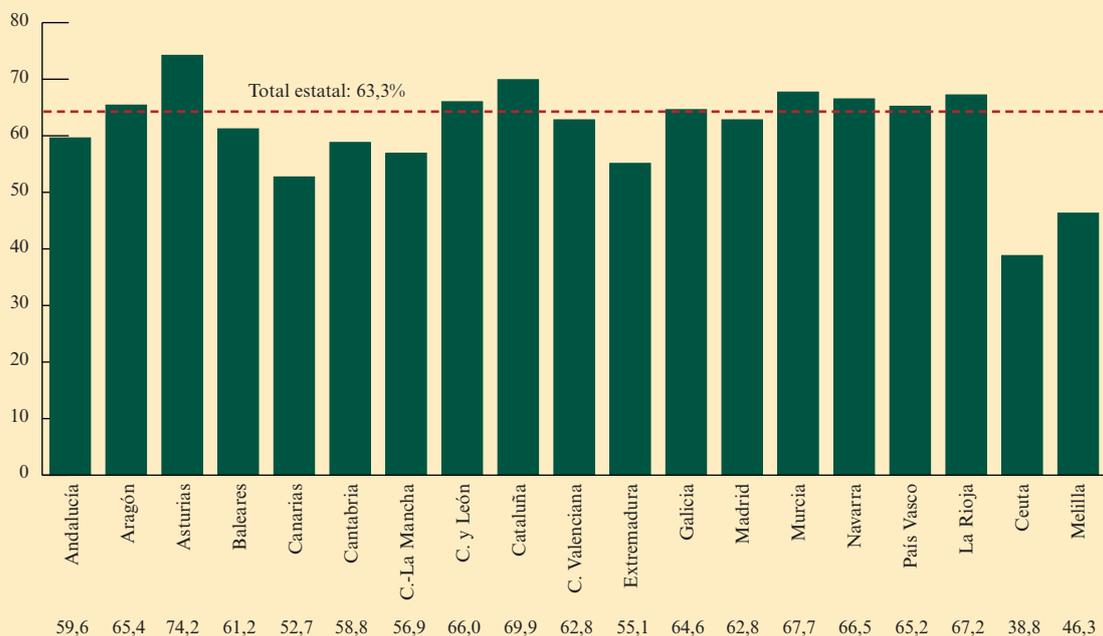
Los amplios intervalos de confianza de las estimaciones de prevalencia y el distinto tamaño de la muestra, en algunas comunidades autónomas, no permiten realizar análisis de las diferencias interautonómicas (como ya comentamos en el apartado de metodología) más allá de las drogas más extendidas, como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

La medida del consumo de alcohol es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe. Esto dificulta el recuerdo por parte del encuestado y la integración posterior de la información. Los problemas de medida están afectando seguramente a las diferencias entre comunidades, que de hecho varían según el indicador que se considere. Respecto a las prevalencias de consumo en las diferentes comunidades autónomas, las prevalencias más elevadas para el consumo en los últimos 30 días se encontraron en Asturias (74,2%), Cataluña (69,9%), Murcia (67,7%) y La Rioja (67,2%), y las más bajas en Ceuta (38,8%), Melilla (46,3%), Canarias (52,7%), Extremadura (55,1%) y, situándose el conjunto de España en el 63,3% (Figura 1.1.2).

Si analizamos el consumo diario de tabaco (Figura 1.1.3), no se aprecian diferencias tan marcadas como en el caso del alcohol, ya que el rango va del 39,4% (obtenido en Aragón), al 20,8% como valor más bajo (en Melilla).

Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, si nos centramos en la prevalencia en los últimos 30 días, se observa que hay importantes diferencias entre comunidades autónomas, con un rango que va desde el 3,0% en Melilla a 10,9% de la C. Valenciana, aunque la mayor parte de las comunidades se sitúan en la banda del 4,5-7,5% (Figura 1.1.4).

Figura 1.1.2. Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



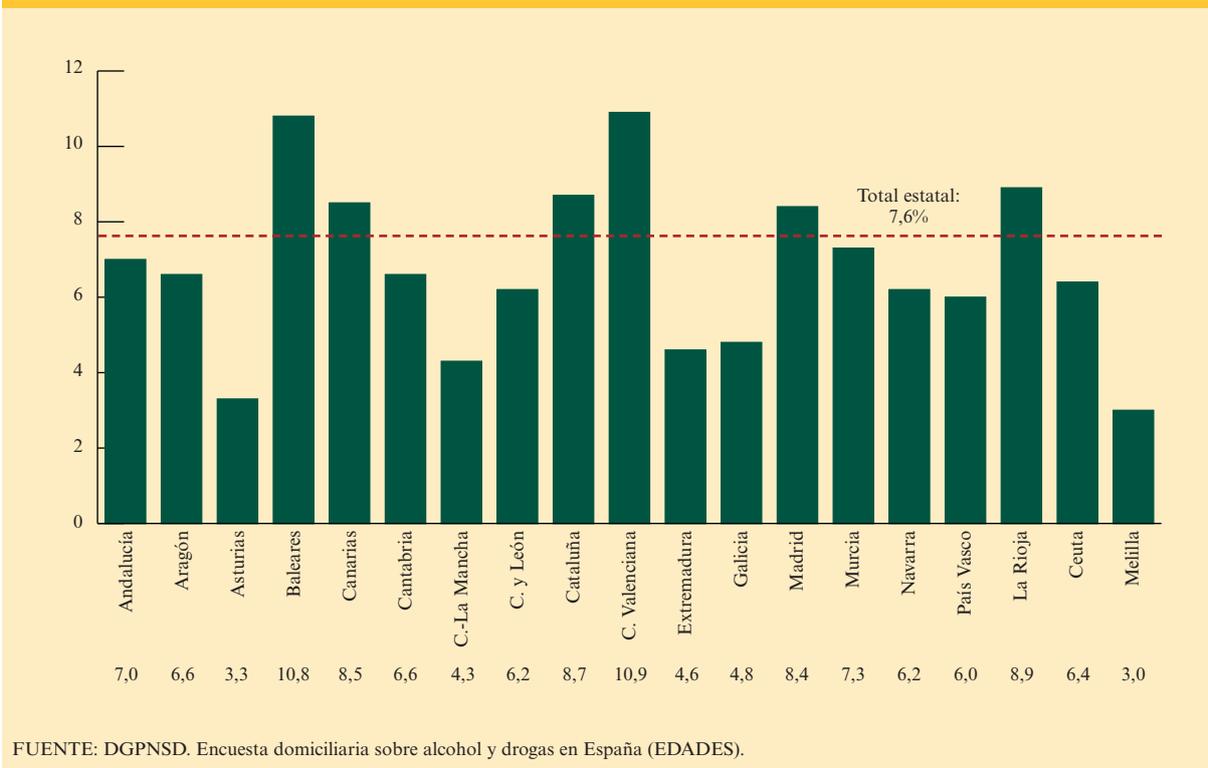
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.3. Prevalencias de consumo de tabaco diario entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



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

Figura 1.1.4. Prevalencias de consumo de cannabis en los último 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.



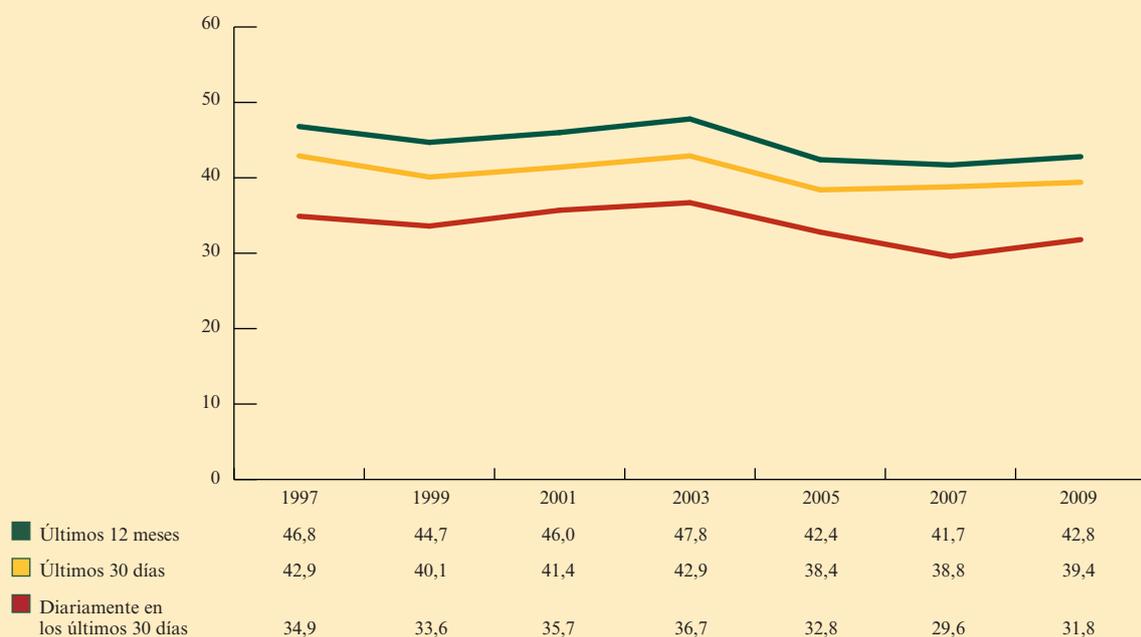
Se debe señalar que, aunque la muestra utilizada nos permite obtener resultados, con una precisión aceptable, para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por comunidad autónoma, existe un nivel sustancial de error aleatorio y de errores sistemáticos (en la recogida de datos) que obligan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

■ Tabaco

En 2009, un 42,8% de la población de 15-64 años residente en España ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses; un 39,4% durante los últimos 30 días y un 31,8% diariamente durante este periodo (Figura 1.1.5). Estas cifras indican una cierta estabilización del consumo durante el periodo 2005-2009, con niveles de consumo, en la actualidad, muy parecidos a los obtenidos inmediatamente antes de la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco en diciembre de 2005, pero inferiores a los niveles de consumo anteriores (1997-2003) al debate social que suscitó el proyecto de elaboración de la Ley del Tabaco en España.

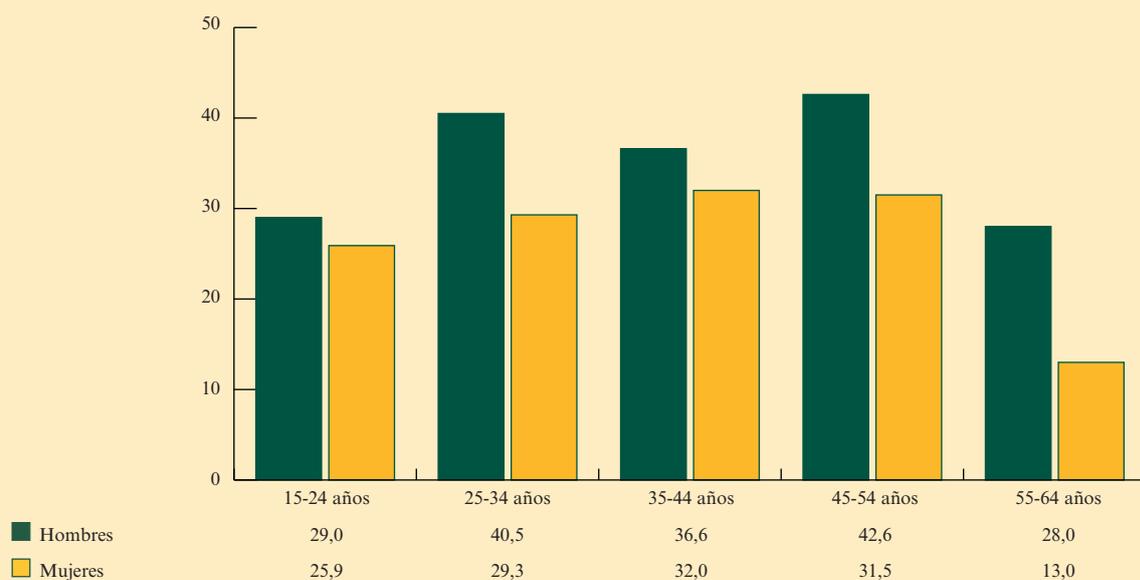
La prevalencia de consumo diario fue más alta en hombres que en mujeres (36,2% y 27,2%). Por grupos de edad la prevalencia más elevada la presentaron los varones de 45 a 54 años (42,6%), siendo las mujeres de 55 a 64 años las que presentaron las más bajas (13%). Entre los más jóvenes (15-24 años) las diferencias intersexuales fueron menores (29% hombres y 25,9% mujeres) (Figura 1.1.6). Entre los adolescentes de 15-18 años fumaban diariamente un 20,7% de los hombres y un 17,6% de las mujeres.

Figura 1.1.5. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



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

Figura 1.1.6. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.

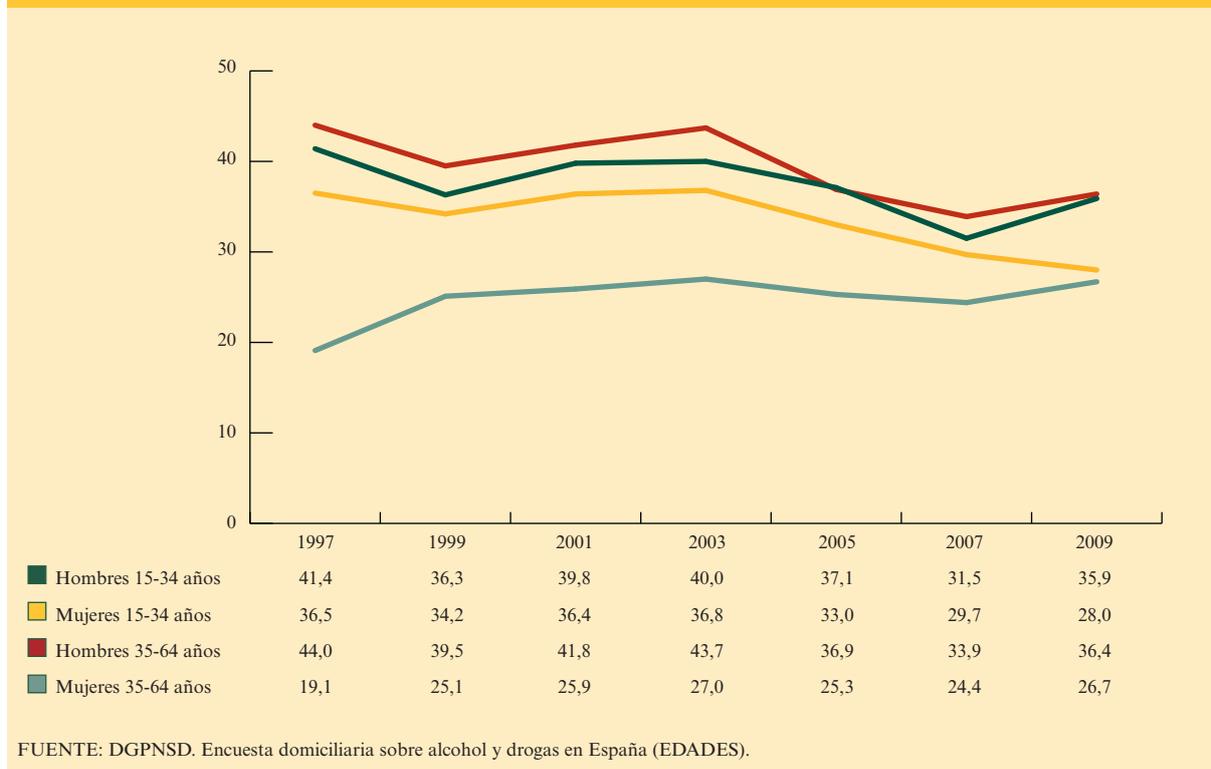


FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

El consumo medio diario de cigarrillos en el último mes fue de 15 cigarrillos entre los hombres y de 12,4 entre las mujeres. La edad media de inicio en el consumo en 2009 fue de 16,5 años, al igual que en 2007 y muy mantenida en el tiempo. No obstante, los hombres se inician a los 16 años mientras que las mujeres lo hacen un año después. La edad media de inicio en el consumo diario fue de 18,5 años.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo diario se había mantenido relativamente estabilizado. En el periodo comprendido entre 2003 y finales de 2007, la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y en ambos sexos, continuando la tendencia descendente para las mujeres entre 15 y 34 años y apreciándose ligeros aumentos en los distintos grupos de edad (Figura 1.1.7). En esta figura se observa, por primera vez, cómo las diferencias de prevalencias por grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres, disminuyen hasta casi desaparecer, hecho que nunca se había producido, en el caso de las mujeres, en el que el grupo de 15 a 34 años siempre había presentado prevalencias superiores de consumo diario de tabaco a las del grupo de 35 a 64 años.

Figura 1.1.7. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009.



■ Alcohol

La extensión del consumo de alcohol en la sociedad española es prácticamente universal. Así en 2009, el 94,2% de la población de 15 a 64 años lo había consumido alguna vez en su vida, el 78,7% admitió haberlo consumido durante el año anterior a ser encuestado, el 63,3% lo hizo alguna vez durante el mes previo a la encuesta aunque sólo un 11,0% lo consumió a diario durante este mismo periodo.

Por lo que respecta a las tendencias temporales, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas tanto de forma esporádica (alguna vez en la vida), como

habitual (último año) y reciente (en el último mes), que se quebró ligeramente en 2007 iniciando un descenso general de todos los indicadores y que parece haber repuntado ligeramente en 2009, salvo para la prevalencia de consumo diario que se mantiene estable con respecto a 2005. No obstante, las prevalencias obtenidas en 2009 (con la excepción de los consumos alguna vez en la vida) se mantienen en niveles muy similares a los obtenidos en anteriores ediciones de la encuesta (2005, 2003, 2001 y 1999) por lo que será preciso estar a la espera de nuevos datos que confirmen las tendencias.

Tabla 1.1.12. Evolución temporal de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Alguna vez en la vida	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2
Últimos 12 meses	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7
Últimos 30 días	–	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3
Diariamente en últimos 30 días	–	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0
Nunca	–	9,4	12,7	11,0	11,4	6,3	12,0	5,8

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

Con carácter general, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres para todos los indicadores de consumo considerados, aunque las diferencias relativas aumentan cuando se hace referencia a consumos más frecuentes o intensivos, con la excepción de las intoxicaciones etílicas (a las que nos referiremos posteriormente) en las que esta diferencia de prevalencia según sexo se hace apenas perceptible e incluso se invierte a favor de las mujeres en algunos grupos concretos de edad.

De este modo, los datos muestran que en 2009 el 96,0% de los hombres encuestados habían consumido alcohol alguna vez en la vida frente al 92,3% de las mujeres; el 84,4% de los hombres consumió alcohol durante el año anterior a la encuesta frente al 72,7% de las mujeres y el 74,0% de los hombres lo hizo durante el mes previo a ser encuestado frente al 52,2% de las mujeres. El cociente de prevalencias hombre/mujer fue de 1,04 para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, de 1,16 para la prevalencia de consumo anual, de 1,41 para la prevalencia de consumo mensual, de 3,3 para la prevalencia de consumo diario en el último mes, de 1,9 para la prevalencia anual de borracheras y de 2,4 para la prevalencia de consumos en atracón o *binge drinking* en el mes anterior a la encuesta. Es evidente que, en relación con los datos obtenidos en ediciones anteriores de esta misma encuesta, existe una tendencia general y progresiva, para todos los indicadores, a la disminución del cociente de las prevalencias de consumo hombres/mujeres, lo que pone de manifiesto la incorporación plena de las mujeres a los distintos patrones de consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en los grupos de menor edad.

Con respecto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia de consumo en el último año es superior en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años (80,1%) que en el de 35 a 64 años (77,7%) aunque la diferencia entre ambos grupos ha disminuido con respecto a ediciones anteriores. Por otra parte, a diferencia de lo ocurrido en ediciones previas de la encuesta, se observa que la prevalencia de consumo en el último mes fue ligeramente superior en la población de 35 a 64 años (63,3%) que en los jóvenes de 15-34 años (63,1%). De igual modo, la prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 35-64 años (25,4%) que en la de 15-34 (5,5%). Sin embargo, las diferencias a favor del

grupo de menor edad se hacen muy notables cuando se valoran los consumos de tipo intensivo como las borracheras (prevalencia anual de 35,2% en el grupo de 15-34 años frente a 15,0% en los de más edad) o los consumos en atracón (*binge drinking*) (21,7% en 15-34 años frente a 10,3% en población de más edad).

Al realizar una valoración más pormenorizada de los datos según los diferentes grupos de edad para cada tipo de indicador de consumo, se observa que para el consumo durante el último año son los jóvenes de 25 a 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo (80,5%). Con respecto al último mes, son los grupos de 25 a 34 (65,0%) años, 35 a 44 años (64,4%) y 45 a 64 años (64,7%) en los que se observan mayores prevalencias de consumo. Por último, es el grupo de 55 a 64 años (22,1%) el que muestra una mayor prevalencia de consumo diario, lo que confirma la extensión de patrón de consumo diario en comidas y cenas en grupos de mayor edad y el consumo más bien episódico de fin de semana en los más jóvenes, como se verá más adelante.

Tabla 1.1.13. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez	90,2	87,4	95,8	93,1	96,5	94,0	98,2	95,1	98,7	90,1
Últimos 12 meses	82,1	76,9	86,6	73,9	84,1	74,9	85,4	73,3	82,6	63,0
Últimos 30 días	65,2	55,1	76,7	52,6	75,1	53,2	76,2	53,0	74,5	46,3
Diariamente en los últimos 30 días	2,1	0,9	7,9	1,5	15,4	5,1	28,0	8,4	33,7	11,1
Nunca	9,8	12,6	4,2	6,9	3,5	6,0	1,8	4,9	1,3	9,9

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

La edad media de iniciación al consumo de alcohol fue, en 2009, de 16,7 años, prácticamente idéntica a la registrada en 2007, 2005, 2003, 2001, 1999 y 1997 (oscilando entre 16,7 años y 16,9 años). El primer contacto con las bebidas alcohólicas es algo más temprano en los hombres (15,9 años) que en las mujeres (17,6 años). Sin embargo, el análisis de los datos por grupo de edad y sexo muestra, además del adelanto de la edad de inicio a medida que desciende la edad del grupo considerado, un claro adelanto de la edad de inicio en el consumo de alcohol en las mujeres con respecto a los hombres, lo que demuestra la incorporación más temprana de las mujeres de las generaciones más recientes al consumo de alcohol.

La bebida alcohólica más consumida en día laborable fue la cerveza. Un 20,0% de los encuestados (15 a 64 años) reconoció beber cerveza algún día laborable de lunes a jueves, concentrándose este consumo en el grupo de mayor edad (22,4% para el grupo de 35 a 64 años frente a 16,5% en el grupo de 15 a 34 años). El consumo de cerveza en días laborables es más prevalente en hombres que en mujeres (29,3% frente a 10,5%) para la población general de 15 a 64 años.

El vino es la segunda bebida con mayor prevalencia de consumo diario en días laborables (16,1%) aunque esta cifra, al igual que en el caso de la cerveza, muestra un ligero descenso respecto a los valores de 2007 que forma parte de una tendencia general al descenso del consumo de bebidas alcohólicas en días laborables, frente a un aumento del consumo, en general, durante los fines de semana tanto para la población general de 15 a 64 años como para los grupos de 15 a 34 y de 35 a 64. En días laborables,

el consumo de bebidas alcohólicas es más prevalente en el grupo de 35 a 64 que en el de 15 a 34, salvo en el caso de los combinados y los licores de frutas. La mayor diferencia de prevalencia, a favor del grupo de mayor edad, se observa para el consumo de vino (22,5% en 35 a 64 años frente a 6,5% en 15 a 34 años).

En fin de semana, la bebida alcohólica más consumida es la cerveza, seguida del vino y, a no mucha distancia, los combinados/cubatas. En la Tabla 1.1.14 se observa claramente como el consumo de bebidas alcohólicas se concentra para la población general en el fin de semana (la proporción de los que consumen durante el fin de semana es el doble de la que consume los días laborables), aunque esta ratio aumenta en el caso del grupo de 15 a 34 años (3,1) frente al grupo de 35 a 64 años (1,7). Con respecto a 2007, en 2009 se ha producido un aumento de la proporción de consumidores de cerveza (37,5% a 41,3%) y de combinados/cubatas (21,9% a 24,4) en fin de semana en la población general, mientras que son menos en 2009 los pertenecientes a este grupo que consumen licores fuertes.

Tabla 1.1.14. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2009.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana
Vino/champán	16,1	27,9	6,5	16,4	22,5	35,6
Cerveza/sidra	20,0	41,3	16,5	41,5	22,4	41,2
Aperitivos/vermut	0,8	3,9	0,7	3,1	0,9	4,5
Combinados/cubatas	1,9	24,4	2,4	39,0	1,7	14,6
Licores de frutas	0,6	2,4	0,6	2,9	0,6	2,0
Licores fuertes	1,4	4,9	1,2	5,6	1,5	4,4
Cualquier bebida alcohólica	29,0	61,9	19,5	62,1	35,3	61,7

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

Por grupos de edad, las mayores prevalencias de consumo en fin de semana se observan en el grupo de 15 a 34 años para la cerveza (41,5%) y los combinados/cubatas (39,0%) y en el grupo de 35 a 64 años para la cerveza (41,2%) y el vino (35,6%).

En el grupo de 15 a 34 años se observa un ligero descenso de la prevalencia de consumo de todas las bebidas alcohólicas durante los días laborables y un discreto aumento del consumo en fines de semana. La prevalencia del consumo de combinados/cubatas en fines de semana ha pasado de 35,3% en 2007 a 39,0% en 2009 y la de cerveza/sidra ha aumentado un punto porcentual en el mismo periodo.

En el grupo de 35 a 64 años se observa, con respecto a 2007, un aumento de la prevalencia de consumo de cualquier bebida alcohólica en general durante el fin de semana que, sin embargo, no se corresponde con un descenso del consumo en días laborables de magnitud similar. Por tipos de bebidas alcohólicas, en este grupo han aumentado las prevalencias de consumo de cerveza/sidra tanto en días laborables como en fines de semana y la de combinados /cubatas en fines de semana y ha descendido la del consumo de licores de frutas tanto en días laborables como en fin de semana.

Los dos grupos grandes de edad comparten prevalencias muy similares para el consumo de cerveza/sidra durante el fin de semana (41,5% en 15 a 34 años frente a 41,2% en 35 a 64 años) y, sin embargo, dispares para el consumo de combinados/cubatas en fin de semana (39,0% frente a 14,6%) y el consumo de vino/champán en días laborables (6,5% frente a 22,5%).

Las prevalencias de consumo en población general de 15 a 64 años son siempre más elevadas para hombres que para mujeres, para cualquiera de los tipos de bebida considerada (observándose las mínimas en el caso de los licores de frutas) y tanto en días laborables (2,27) como en fines de semana (1,41).

En relación con las intoxicaciones etílicas, un 23,1% de la población de 15 a 64 años se había emborrachado alguna vez durante el último año (un 18,4% menos de 10 veces al año y un 4,7% lo hizo 10 o más veces durante el año) (Figura 1.1.8). La prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres (30,0%) que entre las mujeres (15,5%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (35,2%) que entre los mayores de esa edad (15,0%). Así pues, con respecto a 2007, se ha producido un aumento en la proporción de consumidores que se emborrachan de casi 4 puntos porcentuales y, aunque no ha variado mucho la razón hombre/mujer (en torno a 2 tanto en 2007 como en 2009), sí ha disminuido la razón de las prevalencias por grupo de edad (15 a 34 años/35 a 64 años), pasando de alrededor de 4 en 2007 a 3 en 2009, lo que significa una aproximación entre estos dos grupos etarios en cuanto a este tipo de consumo intensivo.

En cuanto a la evolución temporal de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad la Figura 1.1.9 muestra cómo, desde 2007, se ha invertido la tendencia descendente en hombres (15 a 34 años y 35 a 64 años) y se ha producido un ascenso en las cifras correspondientes a mujeres de 35 a 64 años que venían descendiendo desde 2003 y se confirma claramente la tendencia ascendente que venían mostrando las mujeres jóvenes desde 2001.

Figura 1.1.8. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.

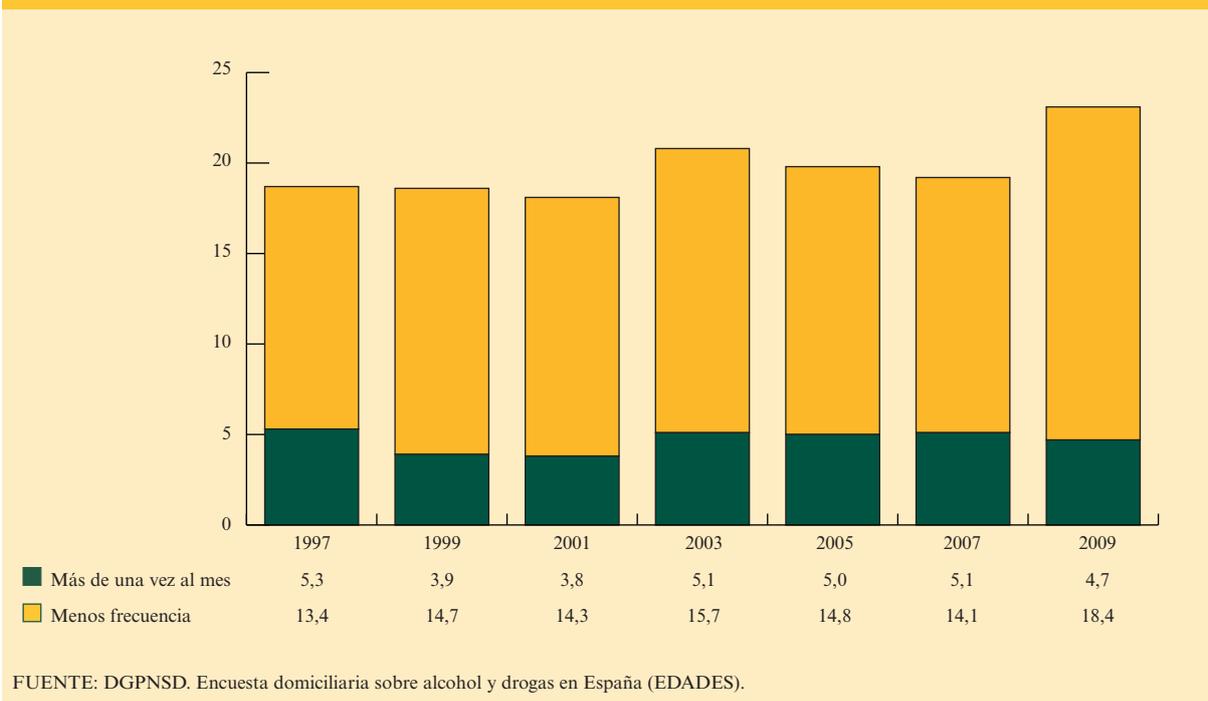
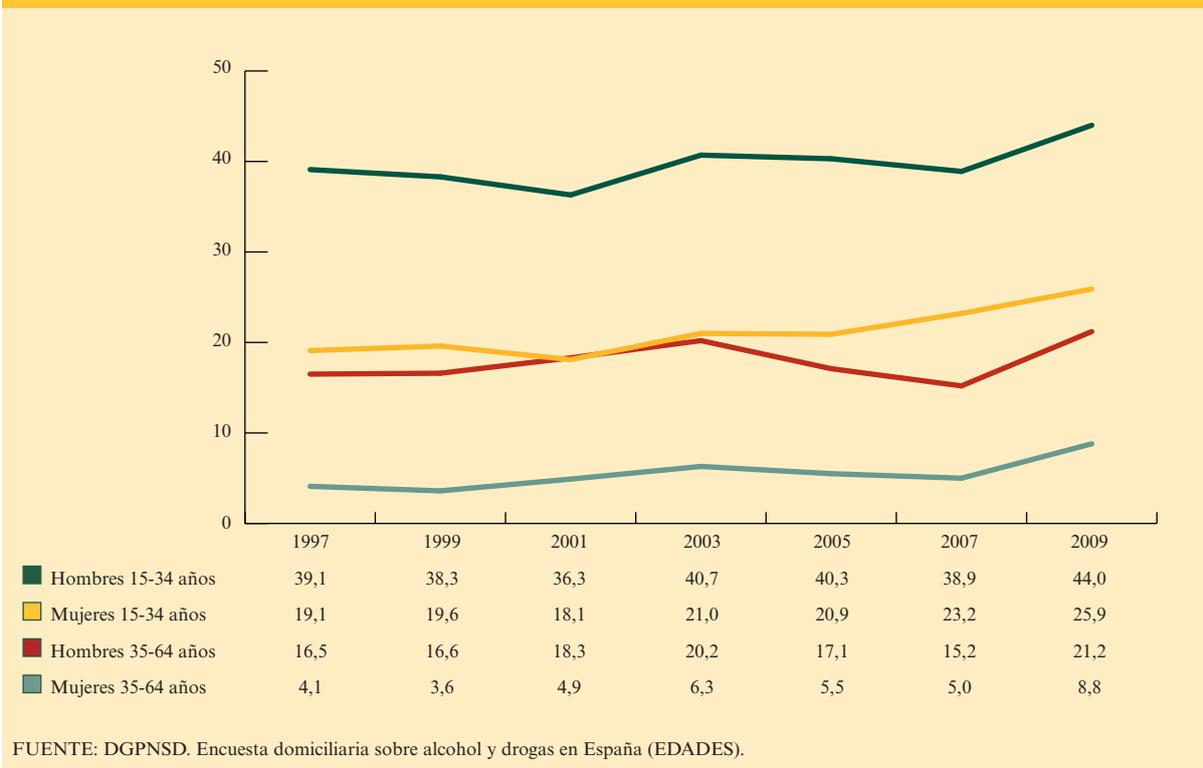


Figura 1.1.9. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones étlicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009.



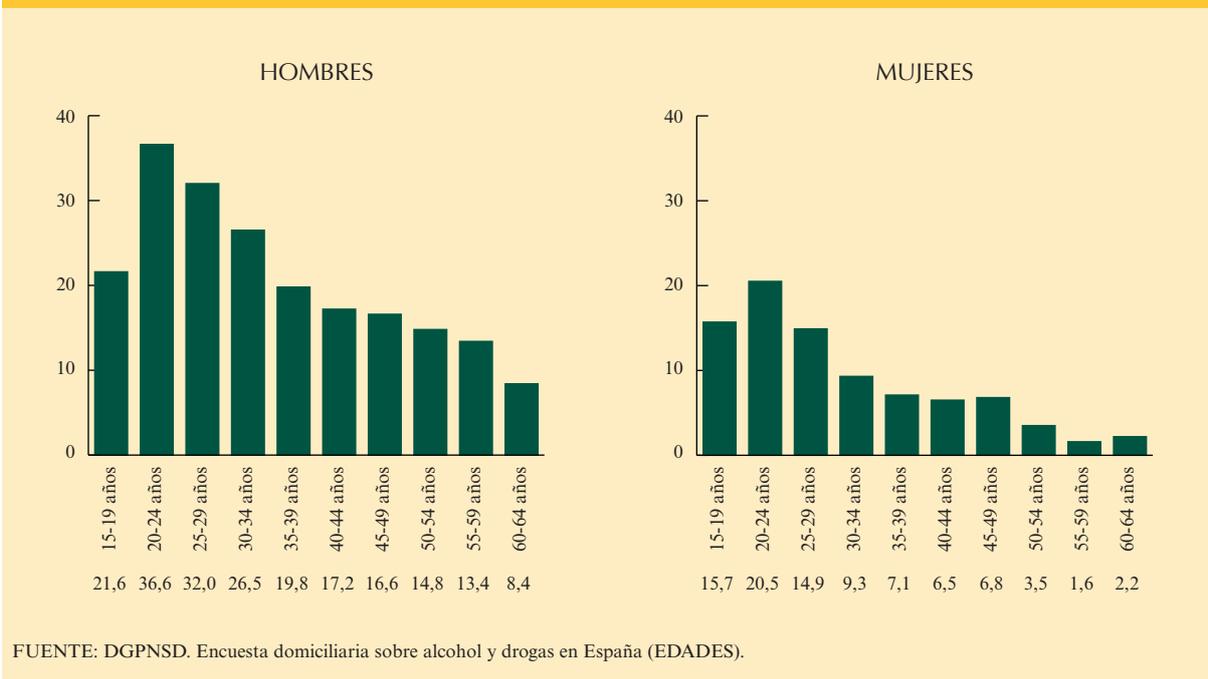
Abundando en los datos obtenidos con respecto a los consumos de bebidas alcohólicas de tipo intensivo, la proporción de bebedores de riesgo en 2009 en la población de 15 a 64 años fue del 4,4%, cifra ligeramente superior a la obtenida en 2007 (3,4%) pero inferior a las obtenidas en las ediciones de 2005, 2003 y 2001. Se consideran “bebedores de riesgo” los hombres que, por término medio, consumen 50 cc de alcohol puro al día o más y las mujeres que consumen 30 cc o más.

Debe destacarse que es en el grupo de edad de 15 a 24 años en el que se obtienen las mayores prevalencias (5,5%), aunque con poca diferencia con respecto al resto de grupos de edad, y que es este mismo grupo de edad el único en que se observa una cifra mayor de prevalencia en mujeres (6,1%) que en hombres (5,0%).

Las prevalencias para hombres y mujeres se equiparan si consideramos el grupo de edad de 15 a 34 años y se hacen mayores en hombres en la población de mayor edad (35 a 64 años). Estos datos contrastan con la idea, tradicionalmente aceptada, de que las prevalencias de consumo de las sustancias psicoactivas, son mucho mayores en varones y más cuanto más intensos o frecuentes sean los consumos. Por otra parte son superponibles con el intervalo de edad en el que se obtienen mayores prevalencias de *binge drinking* en mujeres, como se detalla posteriormente en este apartado, y con la tendencia ascendente de las prevalencias de intoxicaciones étlicas en mujeres jóvenes (15 a 34 años) que comenzó a observarse en 2007 y que se ha confirmado en 2009.

Por último, con respecto al consumo en atracón o *binge drinking*, la proporción de consumidores de alcohol que realizó consumo en la población de 15 a 64 años alcanzó en 2009 el 14,9% (21,0% en hombres y 8,6% en mujeres), lo que supone un aumento de más de 2 puntos porcentuales con respecto a las cifras obtenidas en 2007. La razón hombres/mujeres, sin embargo, no muestra apenas cambios en este indicador de consumo intensivo para el grupo de edad de 15 a 64 años (2,7 en 2007 a 2,4 en 2009).

Figura 1.1.10. Proporción de consumidores de alcohol en atracón (binge drinking) según grupo de edad y sexo (porcentaje) en la población de 15-64 años. España, 2009.



Si en lugar de considerar la población general de 15 a 64 años, se estudia la prevalencia de este tipo de consumo en aquellos que, habiendo consumido en los últimos 30 días, admiten haber realizado consumo en atracón alguna vez durante este periodo, la cifra alcanza el 23,8% (28,7% en hombres y 16,7% en mujeres) y la razón hombres/mujeres disminuye hasta 1,7 puntos.

Considerando la población de 15 a 64 años se observa que entre los hombres, por grupos de edad, es el grupo de 20 a 29 años donde se identifica una mayor proporción de consumidores en atracón alguna vez durante los últimos 30 días. Para todos los grupos de edad, la mayor proporción de consumidores en atracón lo son entre 1 y 5 días al mes. Este patrón podría identificarse con consumos episódicos durante los fines de semana (*binge drinking* episódico).

Entre las mujeres para todos los grupos de edad y todos los rangos de frecuencia, los porcentajes son inferiores a los de los varones y descienden a medida que aumenta la edad de las encuestadas. La mayor proporción de mujeres que admite haber practicado *binge drinking* alguna vez en los 30 días previos a la encuesta se localiza en el grupo de edad de 15 a 24 (17,9%) a pesar de que un 82,1% niega haberlo hecho.

■ Cannabis

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en España y la que ha experimentado un mayor incremento en su prevalencia desde el año 2007. Un 32,1% de la población afirma haberla probado alguna vez en la vida, un 10,6% lo hizo en el último año, un 7,6% en el último mes y un 2% a diario durante el último mes. A pesar de que se ha alcanzado la mayor prevalencia de consumo experimental (alguna vez en la vida) desde que se inició el registro, las prevalencias del resto de indicadores registrados se mantienen relativamente estables desde el 2003.

El consumo está bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres, en todos los grupos de edad y para todos los periodos de consumo.

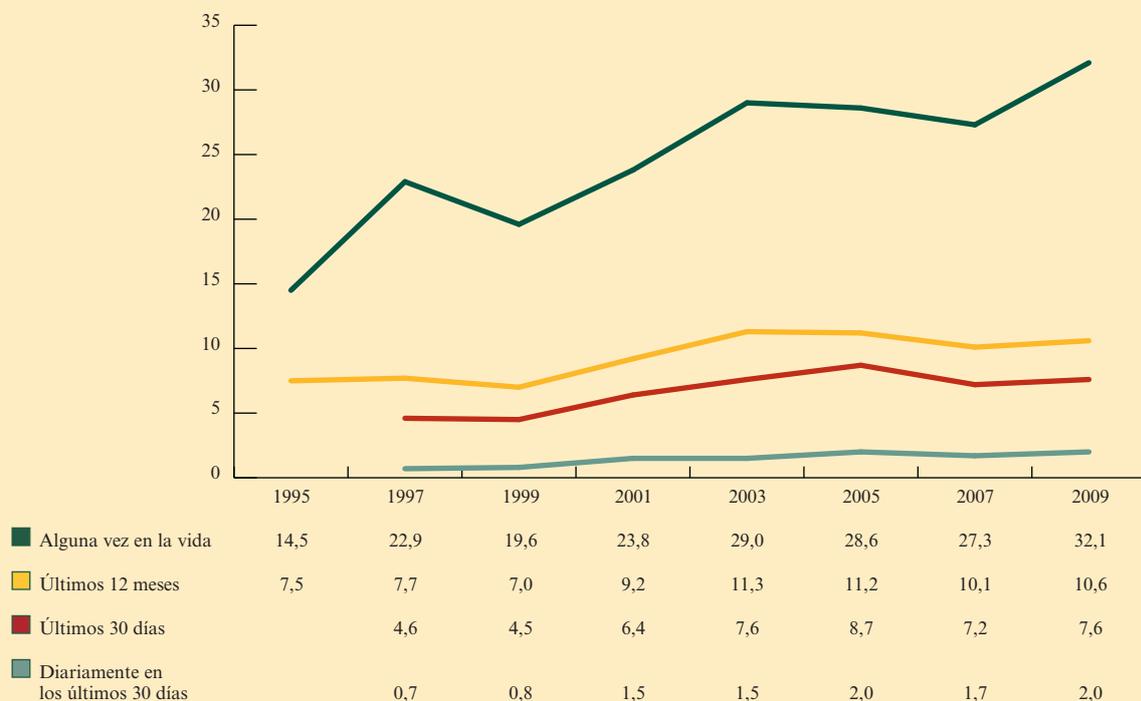
Las diferencias intersexuales relativas en el consumo de cannabis son muy elevadas tanto para el consumo en el último año (14,8% hombres y 6,2% mujeres), como para el consumo mensual (11% hombres y 4% mujeres) y diario (3,2% hombres y 0,9% mujeres).

Las mayores proporciones de consumidores de cannabis se encuentran en el grupo de los más jóvenes (15-24 años), sobre todo entre los hombres (Figuras 1.1.12 y 1.1.13).

La edad media de inicio en el consumo de cannabis fue de 18,6 años, que es muy similar a la edad de años anteriores (18,6 en 2007 y 18,3 años en 2005).

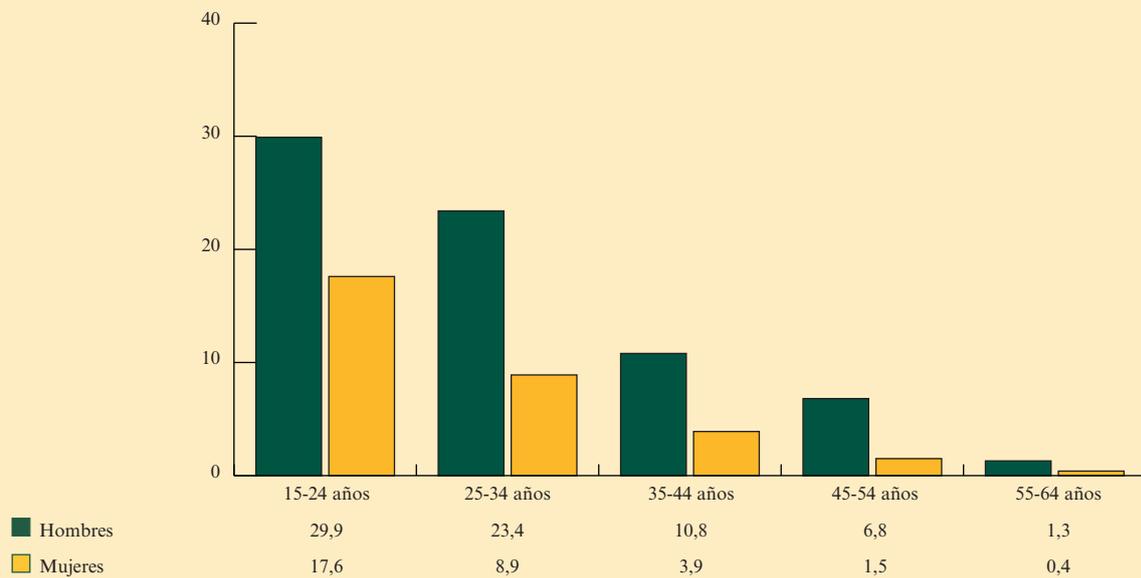
La continuidad en el consumo de cannabis no es elevada. En 2009, alrededor de un tercio de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la había consumido también en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una cuarta parte la había consumido en los últimos 30 días. Como se puede apreciar observando el paralelismo de las cifras de prevalencia en los distintos periodos, la continuidad en el consumo se ha mantenido relativamente estable a partir de 1997 (Tabla 1.1.15).

Figura 1.1.11. Evolución de las prevalencias de consumo de cannabis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



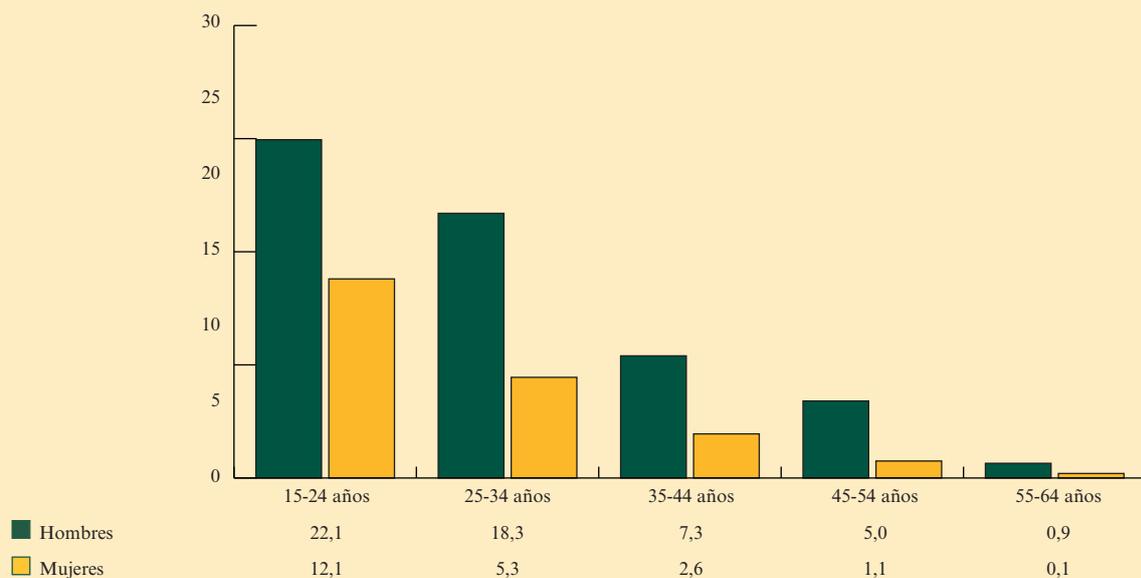
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



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

Figura 1.1.13. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



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

Tabla 1.1.15. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población española de 15-64 años. España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,1	7,6
B/A	0,52	0,34	0,36	0,39	0,39	0,39	0,37	0,33
C/A		0,20	0,23	0,27	0,26	0,30	0,26	0,24

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

■ Cocaína

La cocaína es la segunda sustancia psicoactiva ilegal de mayor prevalencia de consumo en España: el 10,2% de la población residente de 15-64 años la ha probado alguna vez en la vida, el 2,6% lo ha hecho en el último año y un 1,2% en el último mes (Figura 1.1.14).

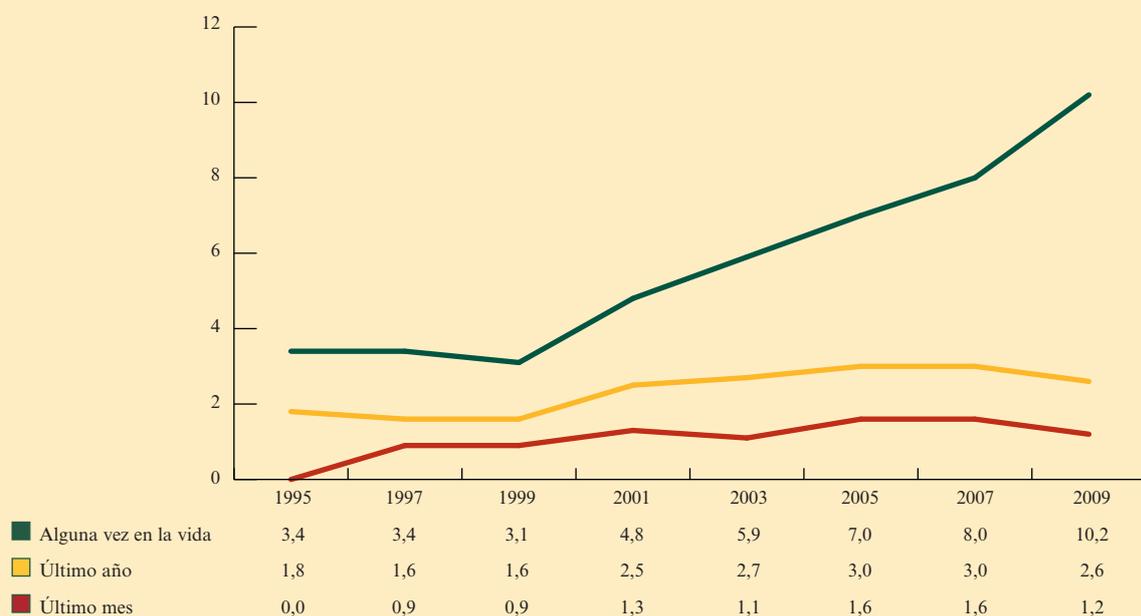
En relación a las tendencias temporales, la prevalencia de cocaína en polvo mostró un aumento desde 1995 a 2005, pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses, de 1,8% a 3,0% respectivamente y estabilizándose en torno a esta cifra. Desde entonces, ha mostrado un descenso hasta alcanzar el 2,6%.

La Figura 1.1.14 muestra claramente el incremento del consumo de cocaína desde 1999 hasta 2005 para todos los indicadores utilizados. En 2005, España ocupaba los primeros puestos del *ranking* mundial de países consumidores de cocaína junto con otros países de nuestro entorno como Reino Unido, Italia y Estados Unidos, que también mostraron un aumento considerable del consumo de cocaína durante ese periodo. Sin embargo, debe precisarse que España partía de prevalencias de consumo más elevadas con respecto al resto por lo que, en realidad, no hubo un incremento tan llamativo del consumo sino, más bien, una agudización de un problema que ya existía en 1995.

A partir de 2007 y, coincidiendo con la puesta en marcha del *Programa de Actuación frente a la Cocaína 2007-2010*, se observa la quiebra de la tendencia al alza del consumo y la estabilización de aquellas cifras de prevalencia que se refieren a los consumos más problemáticos (en torno al 3% para el consumo en el último año y en 1,6% para el consumo en el último mes) y un descenso en 2009 (2,6% para el consumo en el último año y 1,2% para el consumo en el último mes). Para la confirmación de esta tendencia descendente habrá de esperarse a futuras ediciones de la encuesta.

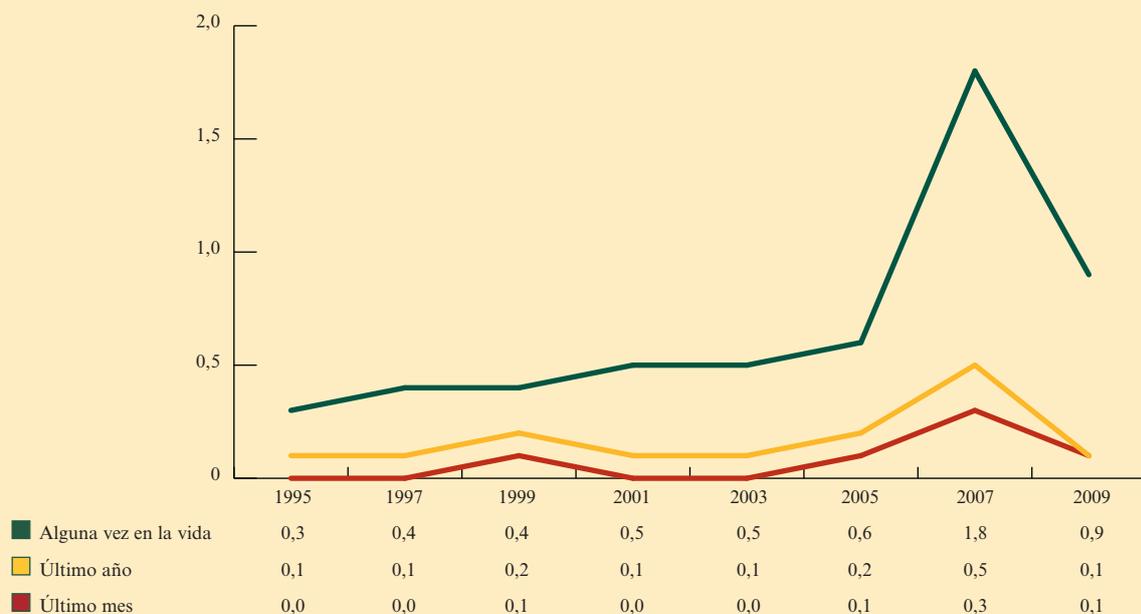
El consumo de cocaína base (crack) muestra un panorama similar. Aun contando con la menor prevalencia de consumo, la evolución temporal muestra un ascenso progresivo desde 1995 a 2007, año en que esta tendencia se invierte, mostrando un claro descenso en 2009 y pasando la proporción de consumidores en los últimos 12 meses de 0,5% a 0,1% (Figura 1.1.15).

Figura 1.1.14. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína polvo en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



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

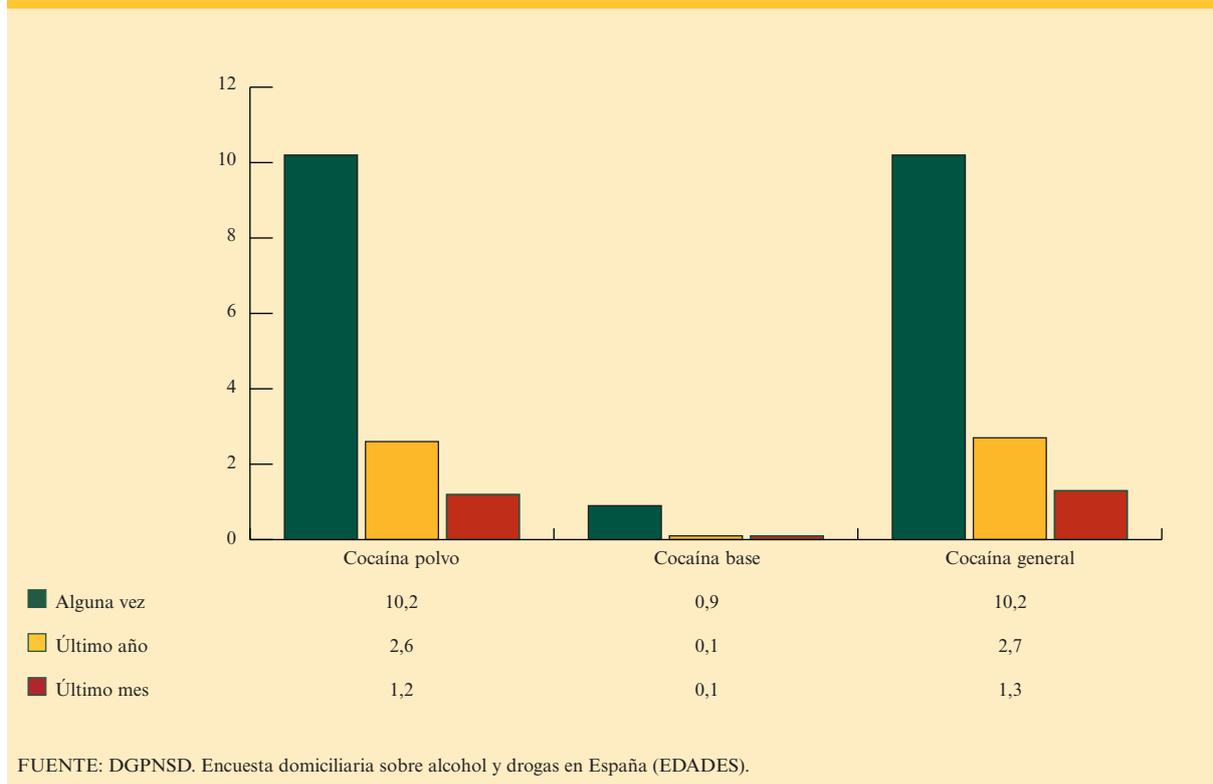
Figura 1.1.15. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína base en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



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

Como puede observarse en la Figura 1.1.16, la cocaína se consume mayoritariamente en polvo, siendo la prevalencia de consumo de cocaína base o crack muy baja.

Figura 1.1.16. Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009.

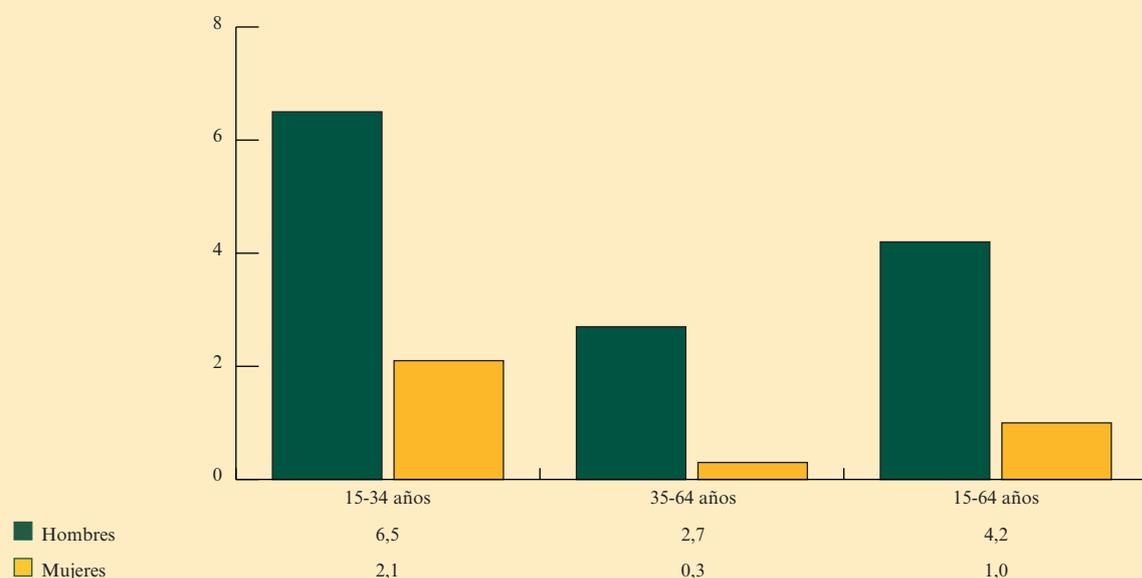


Las prevalencias de consumo de cocaína son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres. En concreto, la prevalencia de consumo de cocaína en el último año fue significativamente más elevada entre hombres (4,2%) que entre mujeres (1%). Las proporciones más altas de consumidores se encuentran entre los hombres de 15-34 años de edad (6,5%) frente a las mujeres (2,1%) (Figura 1.1.17).

La edad media de primer consumo de esta sustancia se mantiene estable en los 20,9 años para la cocaína en polvo, situándose en 23,1 años para la cocaína base, habiendo aumentado en 1,8 años respecto a la registrada en 2007 que fue de 21,3 años.

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2009, alrededor de una cuarta parte de los que habían probado esta droga alguna vez en la vida la habían consumido en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una séptima parte la habían consumido en los últimos 30 días. Como se puede apreciar, observando las cifras de prevalencia en los distintos periodos, la continuidad en el consumo ha disminuido notablemente en los últimos años (Tabla 1.1.16).

Figura 1.1.17. Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



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

Tabla 1.1.16. Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población española de 15-64 años. España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2
B/A	0,47	0,52	0,52	0,46	0,43	0,37	0,26
C/A	0,29	0,27	0,19	0,23	0,20	0,15	0,13

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

■ Éxtasis

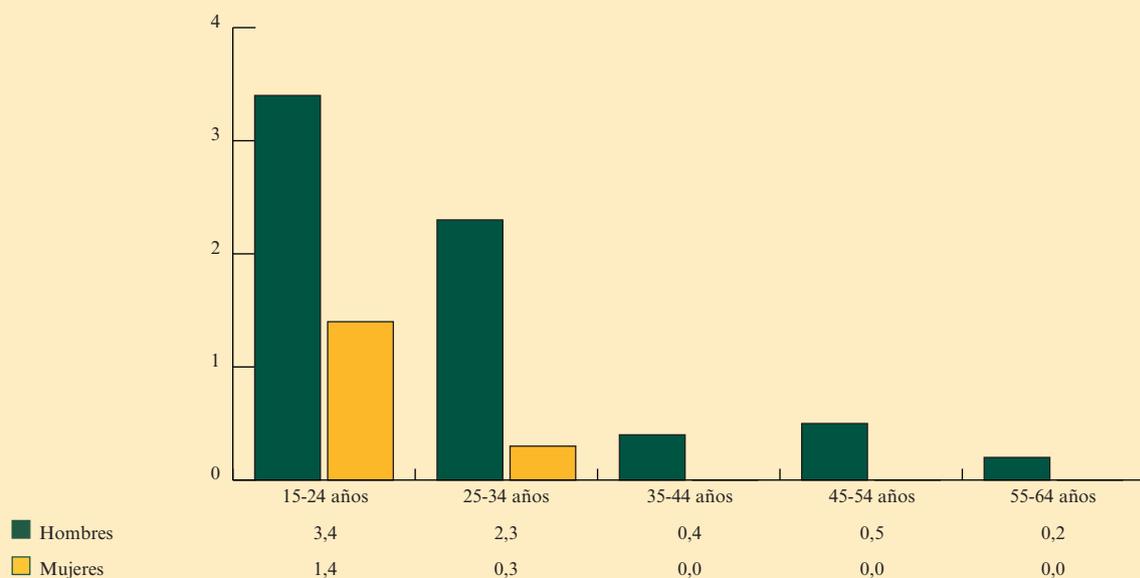
Un 4,9% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez en la vida, un 0,8% lo ha consumido en el último año y un 0,4% en el último mes.

La prevalencia de consumo durante el último año fue mayor entre los hombres (1,4%) que entre las mujeres (0,3%), y entre la población de 15-34 años (1,8%) que entre la de mayor edad (0,2%). Las prevalencias de consumo más elevadas se encuentran entre los hombres de 15-24 años (Figura 1.1.18).

Se trata de una droga de consumo muy esporádico. De hecho, no se recogen en la muestra consumidores diarios. La edad media de primer consumo fue de 20,5 años, cifra superior a la edad media de inicio de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, alucinógenos o anfetaminas.

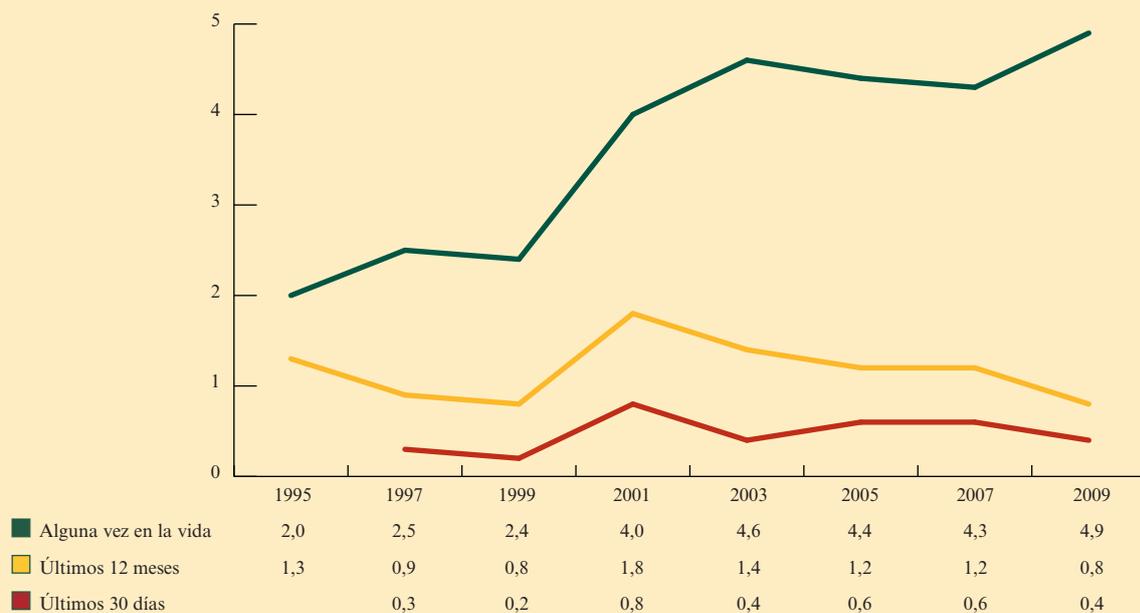
Por lo que respecta a la evolución del consumo, se aprecia una estabilización de los consumos habitual y reciente a partir de 2003, aunque se mantiene la tendencia la alza del consumo experimental desde 1999 (Figura 1.1.19). En general, se trata de una sustancia que se consume principalmente de forma experimental. Los consumidores son, mayoritariamente, hombres y jóvenes.

Figura 1.1.18. Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



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

Figura 1.1.19. Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



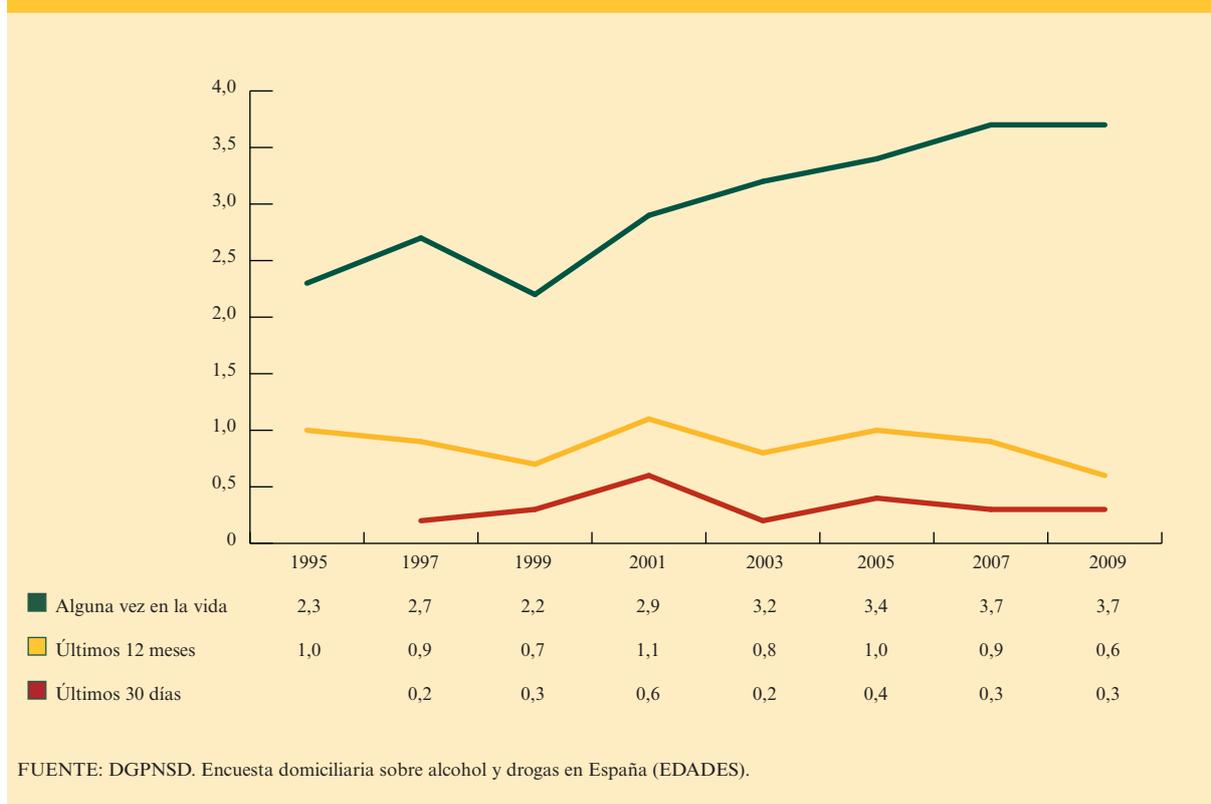
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

■ Anfetaminas

Este grupo de sustancias se conocen con el nombre de *speed*, anfetaminas, anfetás, metanfetaminas, *ice* o cristal. En 2009 un 3,7% de la población de 15-64 años había probado las anfetaminas alguna vez, un 0,6% las había consumido en el último año y un 0,3% en el último mes.

Aunque la baja prevalencia de consumo de esta sustancia haga que sus valores estén expuestos a alta variabilidad frente a mínimos cambios en su valor, las tendencias temporales durante los últimos 12 meses nos permiten informar que su consumo parece bastante estabilizado aunque, desde el año 2005, puede apreciarse una tendencia al descenso (Figura 1.1.20).

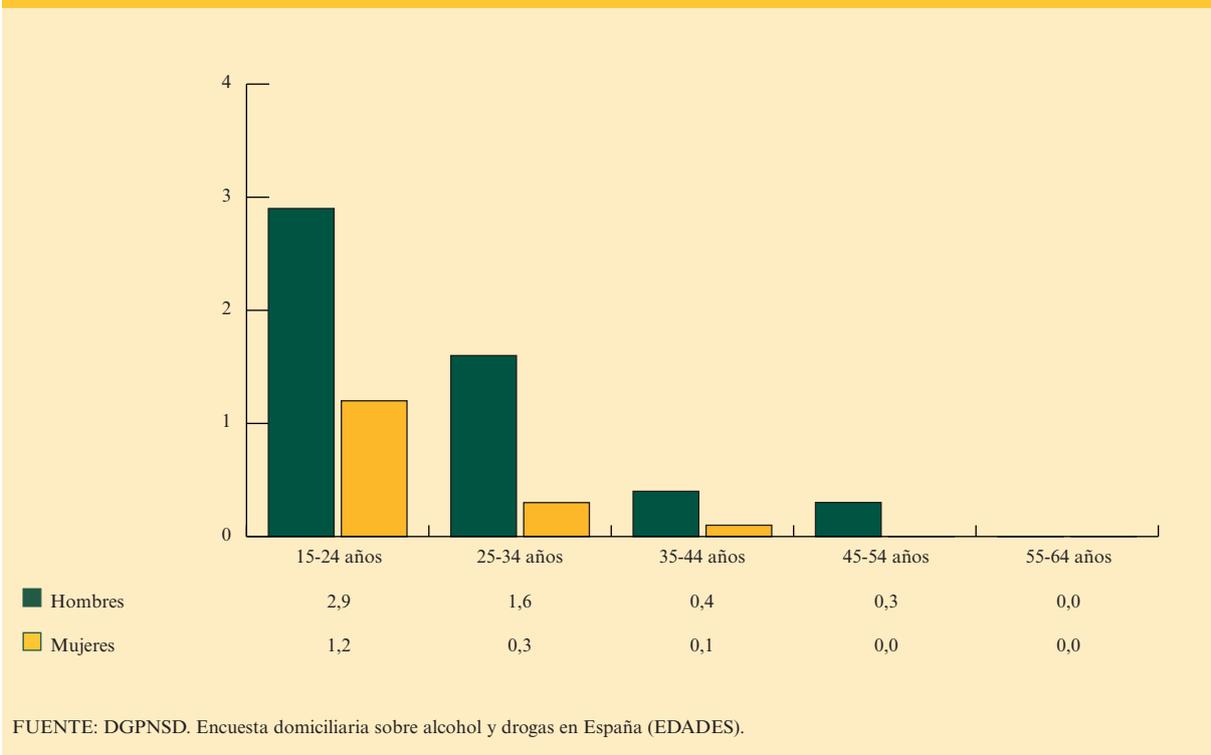
Figura 1.1.20. Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



Como en los casos anteriores, el consumo está bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años (Figura 1.1.21).

La edad media de primer consumo fue de 20,1 años.

Figura 1.1.21. Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



■ Tranquilizantes y/o somníferos (hipnosedantes)

La encuesta EDADES considera, por una parte, los hipnosedantes en general, sin establecer diferencias sobre si son prescritos (con receta) o consumidos sin receta y, por otra, recoge datos sobre el consumo de hipnosedantes sin receta. El consumo de hipnosedantes con o sin receta sólo se registra desde 2005 por lo que no es fácil establecer tendencias temporales de consumo.

Hipnosedantes (con o sin receta)

El consumo de hipnosedantes (en general) se obtiene sumando el consumo de tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) y/o somníferos (pastillas para dormir). Parece más apropiado considerar el grupo de hipnosedantes en general ya que, las definiciones utilizadas en la encuesta, al no especificar el grupo farmacológico concreto al que pertenecen las pastillas sino el efecto buscado por el consumidor (calmar la ansiedad o inducir el sueño), haya tenido como resultado que los encuestados hayan incluido somníferos en el grupo de tranquilizantes y viceversa.

En 2009, el 13,4% de la población española de 15 a 64 años admitió haber consumido hipnosedantes alguna vez en la vida (11,0% tranquilizantes y 6,3% somníferos), mostrando, como viene ocurriendo en anteriores ediciones de la encuesta, una prevalencia mayor en mujeres (17,7%) que en hombres (9,9%) (Tabla 1.1.19).

Con respecto al consumo en el último año, la prevalencia de consumo de hipnosedantes alcanza el 7,1% (9,3% entre las mujeres y 4,6% entre los hombres), siendo el grupo de edad de 55 a 64 años el que mayores prevalencias muestra (11%). El análisis por grupos de edad confirma claramente mayores prevalencias de consumo en mujeres, con mayores diferencias de consumo respecto a los hombres en el intervalo de 35 a 64 (prevalencia global 9,1% y ratio mujer/hombre 2,1) en comparación con el grupo de 15 a 34 años (prevalencia global 4,0% y ratio mujer/hombre 1,7).

En cuanto al consumo durante los 30 días previos a la encuesta, la prevalencia de consumo de hipnosedantes es del 5,2% (7% entre las mujeres y 3,2% entre los hombres), alcanzando de nuevo niveles máximos en el grupo de edad de 55 a 64 años (10,2%). Las diferencias de prevalencia de consumo entre mujeres y hombres se mantienen también en similares proporciones a las obtenidas para el consumo en el último año en los grupos de edad de 15 a 34 (1,8) y de 35 a 64 años (2,2) a favor, como siempre, de las mujeres.

Por último, el 2,7% de la población reconoce consumir hipnosedantes a diario (4% en mujeres y 1,5% en hombres), siendo el grupo de edad de 55 a 64 años el que muestra una mayor prevalencia de consumo (6,8%). En este caso, las diferencias de consumo se mantienen, también, a favor de las mujeres, en todos los grupos de edad considerados, como para el resto de los indicadores valorados.

Tabla 1.1.17. Evolución de las prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta (porcentajes). España, 2005-2009.

	2005	2007	2009
Alguna vez	8,7	15,4	13,4
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2
Diariamente	–	3,1	2,7

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

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes se sitúa en 34,5 años (34,3 años para el caso de los tranquilizantes y 35,6 años para los somníferos).

En relación con la evolución temporal mostrada por este indicador, se observa una disminución de la proporción de consumidores con respecto a la edición de 2007, tanto para el consumo alguna vez en la vida como en el último año, último mes y a diario, aunque permanece por encima de las cifras obtenidas en 2005.

Hipnosedantes sin receta

Como es lógico, las prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta se mantienen en niveles muy inferiores a las de consumo de hipnosedantes con o sin receta. La encuesta sólo registra el consumo para el último año.

En 2009, el 1,9% de la población española de 15 a 64 años consumió hipnosedantes sin receta médica en el último año (1,6% tranquilizantes y 1,1% somníferos). Estos consumos representan un incremento de las cifras obtenidas para 2007 (1,3%, 0,9% y 0,7% respectivamente).

Las mayores prevalencias de consumo se obtienen, a diferencia de lo que observamos para el consumo de hipnosedantes con o sin receta, en el grupo de 35 a 44 años (2,2% para los hipnosedantes considerados globalmente), en el de 25 a 34 años (1,8% para los tranquilizantes) y, de nuevo, en el de 35 a 44 años (1,3% para los somníferos).

Tabla 1.1.18. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2003-2009.

	2003	2005	2007	2009
Último año	3,1	1,2	1,3	1,9

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

Tabla 1.1.19. Prevalencias de consumo de hipnosedantes con y sin receta según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	GLOBAL	HOMBRE	MUJER	15-34 AÑOS			35-64 AÑOS		
				Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes con o sin receta									
Alguna vez	13,4	9,9	17,7	8,8	7,0	10,8	16,5	12,0	21,0
Últimos 12 meses	7,1	4,6	9,3	4,0	3,0	5,2	9,1	5,7	12,5
Últimos 30 días	5,2	3,2	7,0	2,4	1,7	3,2	7,0	4,4	9,7
Tranquilizantes con o sin receta									
Alguna vez	11,0	8,0	14,2	7,1	5,3	8,9	13,8	9,9	17,7
Últimos 12 meses	5,5	3,4	7,6	3,1	2,0	4,3	7,1	4,4	9,8
Últimos 30 días	4,0	2,4	5,7	1,8	1,2	2,5	5,5	3,2	7,7
Somníferos con o sin receta									
Alguna vez	6,3	4,8	7,9	4,0	3,2	4,7	8,0	5,9	10,1
Últimos 12 meses	3,6	2,6	4,6	1,9	1,7	2,2	4,7	3,3	6,2
Últimos 30 días	2,7	1,9	3,5	1,2	0,9	1,5	3,7	2,5	4,8

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

Tabla 1.1.20. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2009.

	GLOBAL	HOMBRE	MUJER	15-34 AÑOS			35-64 AÑOS		
				Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes sin receta	1,9	1,9	1,9	1,8	2,1	1,5	1,9	1,7	2,1
Tranquilizantes sin receta	1,6	1,5	1,7	1,6	1,9	1,4	1,5	1,2	1,9
Somníferos sin receta	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	0,8	1,1	1,1	1,2

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

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes sin receta es de 29,5 años (28,8 tranquilizantes y 30,6 somníferos).

No se observan diferencias, en cuanto al sexo, en las prevalencias de consumo globales para toda la población (1,9% tanto entre hombres como entre mujeres) pero el consumo es ligeramente más prevalente entre las mujeres en el caso de los tranquilizantes (1,7 frente a 1,5) y, al contrario, es más prevalente entre los hombres (1,1% frente a 1,0%) en el caso de los somníferos, aunque con mínimas diferencias.

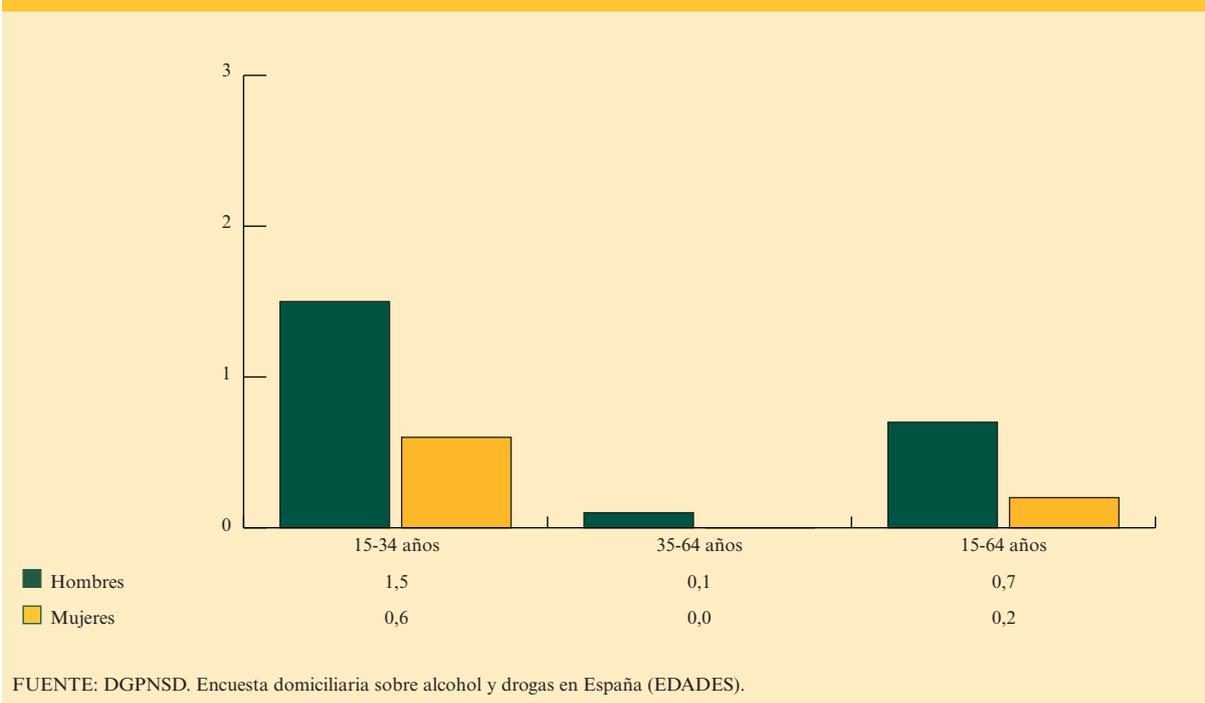
El análisis de los consumos por grupos de edad y sexo permite observar una clara presencia de los hombres del grupo de 15 a 34 años en el consumo de hipnosedantes sin receta que no se observa en los hipnosedantes con receta.

Con respecto a la evolución temporal, a pesar de que parece confirmarse un discreto ascenso de la proporción de consumidores de hipnosedantes sin receta desde 2005, las cifras siguen aún muy por debajo de las de 2003. Es posible que la introducción de preguntas nuevas sobre el consumo de hipnosedantes con o sin receta pueda haber influido a los encuestados a la hora de responder.

■ Alucinógenos

En 2009, un 3,7% de la población de 15-64 años había probado alucinógenos alguna vez, un 0,5% los había consumido el último año y un 0,2% el último mes. Como en los casos anteriores, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue más elevada en los hombres (0,7%) que en las mujeres (0,2%) y en el grupo de 15-34 años (1,1%) que en el de 35-64 años (0,1%). En la Figura 1.1.22 puede apreciarse que la mayor proporción de consumidores de alucinógenos se encuentra entre los hombres de 15-34 años.

Figura 1.1.22. Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009.



La edad media de inicio en el consumo fue de 19,7 años. La tendencia del consumo en los últimos años se ha mantenido relativamente estable (prevalencia de consumo en los últimos 12 meses: 0,6% en 1999 y 0,5% en 2009).

■ Otras drogas psicoactivas

Las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de inhalables volátiles y heroína fueron más bajas que las de las sustancias mencionadas anteriormente, alcanzando cifras de 0,6% para ambas sustancias. Por su parte, las prevalencias de consumo durante el último año se situaron en torno al 0,1%. Hay que tener en cuenta, no obstante, que las encuestas poblacionales tienen bastantes limitaciones para estimar la prevalencia y las tendencias de consumo de estas sustancias, por su dificultad para incluir a los consumidores más problemáticos.

En cuanto a la edad media de primer consumo, fue de 19,2 en el caso de los inhalables volátiles y de 22,9 para la heroína.

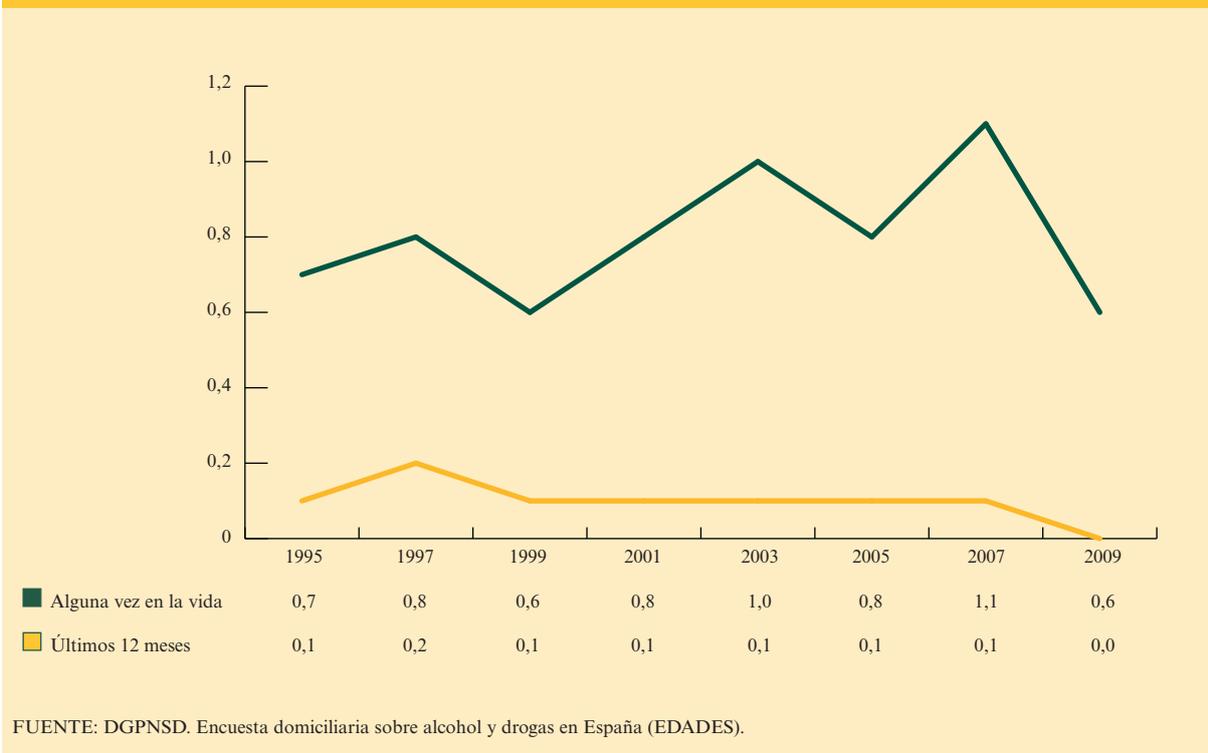
Finalmente, por lo que respecta a las tendencias del consumo, en el caso de la heroína se aprecia una tendencia al descenso de la experimentación con esta sustancia desde el año 2003 (Figura 1.1.23).

Figura 1.1.23. Evolución de las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



En el caso de los inhalables volátiles se aprecia también una tendencia descendente en el consumo experimental en los últimos años (Figura 1.1.24).

Figura 1.1.24. Evolución de las prevalencias de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.



■ Inyección de drogas

Nuevamente hay que decir que este tipo de encuestas no son un método muy adecuado para estimar la extensión del fenómeno de la inyección de drogas. No obstante, se sabe por otros indicadores que es un fenómeno en regresión. Los resultados de esta encuesta indican que en 2009 un 0,2% de la población española de 15-64 años se había inyectado alguna vez en su vida heroína o cocaína (0,5% de los hombres y 0,1% de las mujeres), encontrándose la máxima prevalencia en el grupo 45-54 años (0,3%).

■ Policonsumo de drogas

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente en el escenario del consumo de sustancias psicoactivas en España.

El análisis del número de las sustancias consumidas por los encuestados que reconocen haber consumido alguna de las sustancias por las que se pregunta, pone de manifiesto que la mitad de los consumidores, aproximadamente, consume sólo una sustancia y el resto realiza policonsumo de 2 ó más sustancias. Durante el último año el 49,3% de la población que ha declarado consumir alguna de las sustancias consideradas ha tomado dos o más de ellas, porcentaje que se reduce a un 43,0% si se toma en consideración el consumo durante el último mes.

Tabla 1.1.21. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (porcentajes). España, 2009.

	Último año	Últimos 30 días
Una sola sustancia	50,6	57,0
Dos sustancias	34,8	33,7
Tres sustancias	10,5	7,4
Cuatro sustancias	2,7	1,3
Cinco o más sustancias	1,3	0,6

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

En función del consumo en el último año, el análisis del número y tipo de sustancias consumidas permite obtener datos interesantes sobre los perfiles de consumo. Se observa que el alcohol está presente en la mayoría de los policonsumidores (valores superiores al 90%) (Tabla 1.1.23).

Tabla 1.1.22. Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009.

	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	95,7	96,0	98,6	99,1
Tabaco	89,0	91,2	96,9	97,2
Cannabis/marihuana	4,8	69,0	76,6	95,2
Éxtasis/drogas de diseño	0,0	0,6	5,1	58,4
Tranquilizantes/sedantes	6,3	22,3	32,6	29,4
Somníferos	3,7	14,3	29,8	26,1
Cocaína en polvo	0,4	5,6	51,1	72,4
Base/cocaína base	0,0	0,1	1,1	7,3
Speed/anfetaminas	0,0	0,2	3,8	47,3
Alucinógenos	0,0	0,3	4,3	30,3
Heroína	0,0	0,4	0,0	3,6
Inhalables	0,0	0,0	0,1	2,2

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

Finalmente, el estudio del consumo cruzado de las diferentes sustancias durante el último año ofrece información específica de las prevalencias con que cada consumidor de una sustancia psicoactiva consume el resto de sustancias en este periodo, lo que facilita la asociación de diferentes grupos de drogas para cada tipo de consumidor (Tabla 1.1.23). El análisis exhaustivo de esta tabla permitirá detectar patrones específicos de consumo, información de gran utilidad para el diseño de intervenciones adaptadas a la realidad cambiante del consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 1.1.23. Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009.

	Alcohol	Tabaco	Cannabis/marihuana	Éxtasis	Tranquilizantes/sedantes	Somníferos	Hipnosedantes	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína general	Speed/anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables
Alcohol	100,0	85,8	94,6	98,2	70,0	72,2	72,2	97,5	94,1	97,6	99,5	97,2	87,8	100,0
Tabaco	46,9	100,0	86,3	89,1	52,3	47,8	50,8	88,6	88,1	88,3	95,3	91,1	87,8	94,7
Inhalables	0,0	0,1	0,2	2,2	0,2	0,0	0,1	0,7	0,0	0,7	2,9	3,9	0,0	100,0
Speed/anfetaminas	0,8	1,4	5,2	45,0	1,6	1,7	1,4	15,7	22,7	15,7	100,0	52,2	0,0	66,4
Alucinógenos	0,6	1,0	4,2	26,4	1,5	1,3	1,2	9,5	11,6	9,6	38,4	100,0	8,5	66,3
Heroína	0,1	0,2	0,3	2,6	0,4	0,7	0,3	1,2	6,7	1,2	0,0	1,4	100,0	0,0
Tranquilizantes/sedantes	4,9	6,7	5,8	10,4	100,0	53,8	76,6	7,8	17,4	8,1	13,9	16,8	30,7	35,0
Somníferos	3,3	4,0	4,8	8,8	35,5	100,0	50,6	6,8	8,8	6,9	9,6	10,0	30,7	0,0
Hipnosedantes	6,6	8,5	8,1	14,1	100,0	100,0	100,0	10,8	17,4	11,0	15,8	17,8	30,7	35,0
Cannabis/marihuana	12,8	21,3	100,0	91,8	11,2	13,9	11,9	77,6	85,5	77,7	85,6	94,5	44,1	81,1
Éxtasis/drogas de síntesis	1,1	1,7	7,3	100,0	1,6	2,0	1,7	21,3	11,2	20,8	58,6	46,8	27,0	65,2
Cocaína en polvo	3,3	5,4	19,2	66,2	3,7	4,9	3,9	100,0	62,0	98,2	63,3	52,4	37,8	61,8
Base/cocaína base	0,2	0,3	1,0	1,7	0,4	0,3	0,3	3,0	100,0	4,7	4,4	3,1	10,7	0,0
Cocaína general	3,3	5,5	19,5	66,2	3,9	5,0	4,1	100,0	100,0	100,0	64,5	54,0	39,0	61,8

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

■ Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

La percepción de riesgo ante distintas conductas frente al uso/abuso del consumo de drogas por parte de la población puede interpretarse como una herramienta de defensa pues una mayor sensación de riesgo puede ser un factor de protección frente al consumo y viceversa.

De todos los tipos de consumo considerados, la población de 15-64 años de edad encuentra que las conductas más peligrosas son el consumo habitual (semanal o de mayor frecuencia) de heroína, cocaína y éxtasis, percepción que viene manteniéndose año tras año. Las situaciones consideradas de menor riesgo son el consumo de 5/6 copas los fines de semana y consumir tranquilizantes/somníferos o hachís alguna vez. Del mismo modo, resulta relativamente baja la percepción de riesgo percibida por los encuestados para los consumos de éxtasis y cocaína alguna vez y para el consumo habitual de tranquilizantes, todos ellos con un porcentaje por debajo del 80%.

La evolución positiva más importante desde 1997 a 2009 se observa al valorar la percepción de riesgo asociado a “fumar un paquete de tabaco diario”, que ha aumentado 9,7 puntos porcentuales. La percepción de riesgo asociada a “consumir 5-6 cañas/copas a diario” ha aumentado 2,2 puntos y la

de “consumir cocaína alguna vez” se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales durante el mismo periodo. Para otras conductas, el riesgo percibido o se mantiene (“consumir heroína habitualmente”) o disminuye, como ocurre en el caso de “consumir hachís alguna vez” que ha descendido 6,2 puntos porcentuales, y “consumir tranquilizantes/somníferos habitualmente” o “consumir hachís habitualmente” cuyos porcentajes asociados de riesgo percibido descienden 1,7 puntos y 2,4 puntos porcentuales, respectivamente. Las cifras de percepción de riesgo asociado al consumo de cannabis, junto con las prevalencias de consumo registradas para esta sustancia, apuntan a una “normalización” de su consumo.

Tabla 1.1.24. Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2009.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Diferencia 2009-2007	Diferencia 1997-2009
Consumir heroína habitualmente	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	99,4	99,4	0,0	0,0
Consumir heroína alguna vez	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7	97,5	-1,2	-0,1
Consumir cocaína habitualmente	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	98,9	99,0	+0,1	+0,5
Consumir cocaína alguna vez	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8	94,6	-1,2	+1,1
Probar cocaína una dos veces	–	–	–	–	–	–	77,4	–	–
Consumir éxtasis habitualmente	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	98,3	98,3	0,0	-0,3
Consumir éxtasis alguna vez	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	-1,4	+1,9
Probar éxtasis 1 ó 2 veces	–	–	–	–	–	–	76,7	–	–
Consumir alucinógenos habitualmente	99,1	99,4	98,5	99,1	99,2	97,4	–	–	–
Consumir alucinógenos alguna vez	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	–	96,1	–	+0,1
Consumir tranquil./somníferos habitualmente	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	0,0	-1,7
Consumir tranquil./somníferos alguna vez	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	-2,1	-0,3
Consumir hachís habitualmente	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	-1,4	-2,4
Consumir hachís alguna vez	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	-5,8	-6,2
Probar cocaína base 1 ó 2 veces	–	–	–	–	–	–	95,7	–	–
Consumir 5-6 cañas/copas a diario	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2	91,4	+2,2	+2,2
Consumir 5-6 cañas/copas fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45,0	-1,6	-0,6
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	+2,3	+9,7

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

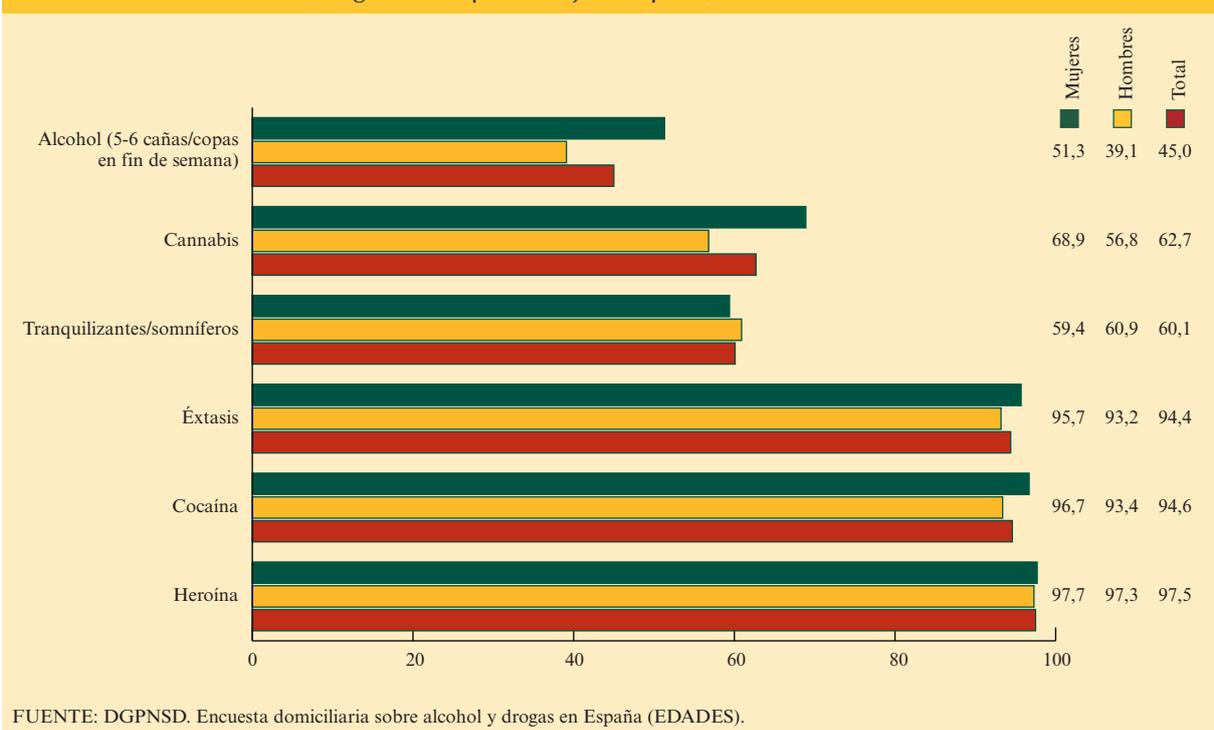
Entre 2007 y 2009 aumenta o se mantiene la percepción de riesgo asociada al “consumo habitual” de casi todas las sustancias excepto para “consumo habitual de hachís” (-1,4 puntos) y se aprecia un descenso para el “consumo alguna vez” de cannabis (-5,8), tranquilizantes/somníferos (-2,1), éxtasis (-1,4) y heroína y cocaína (-1,2 puntos), lo que indica una disminución reciente del riesgo asociado a los consumos de tipo experimental en general.

Figura 1.1.25. Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2009.



Como se observa en la Figura 1.1.26, las mujeres muestran una mayor percepción de riesgo asociada al consumo para todas las sustancias con la excepción de los tranquilizantes/somníferos, cuyas cifras de percepción de riesgo son más elevadas en los hombres.

Figura 1.1.26. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma esporádica (1 vez al mes o menos), según sexo (porcentajes). España, 2009.



En función de la edad, se observan diferencias en la percepción de riesgo asociado al consumo de las diferentes sustancias. Así, el grupo de mayor edad muestra la percepción de riesgo más baja para el consumo esporádico de tranquilizantes/somníferos y los más jóvenes, por su parte, valoran como menos peligroso el consumo esporádico de cannabis.

Figura 1.1.27. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma habitual (1 vez a la semana o más), según edad (porcentajes). España, 2009.



■ Disponibilidad de drogas percibida

Con carácter general, la población española considera que es fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. En 2009 para tres sustancias de comercio ilegal (cannabis, cocaína y éxtasis) más del 50% de la población consideró que eran de fácil o muy fácil disponibilidad en 24 horas. El grupo de 25 a 34 años es el que manifiesta tener más facilidad de acceso, siendo el de mayor edad (55 a 64 años), el que manifiesta tener más problemas para conseguir las diferentes sustancias.

En España, se considera que la sustancia ilegal más fácil de obtener en 24 horas es el cannabis (un 69,6% de ciudadanos percibe que es fácil o muy fácil) y la que tiene menor accesibilidad es la heroína (44,7%). La cocaína, el éxtasis y el LSD se posicionan en un tramo de percepción de riesgo intermedio (56,7%, 51,9% y 48,7% respectivamente).

La disponibilidad percibida ha aumentado, para las cinco drogas principales de comercio ilegal, durante el periodo de 1995 a 2009. El cannabis es la sustancia que mayor incremento ha mostrado (19,2 puntos porcentuales) y la heroína es para la que se ha registrado un aumento menor (7,7 puntos porcentuales) (Tabla 1.1.25).

Tabla 1.1.25. Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2009.

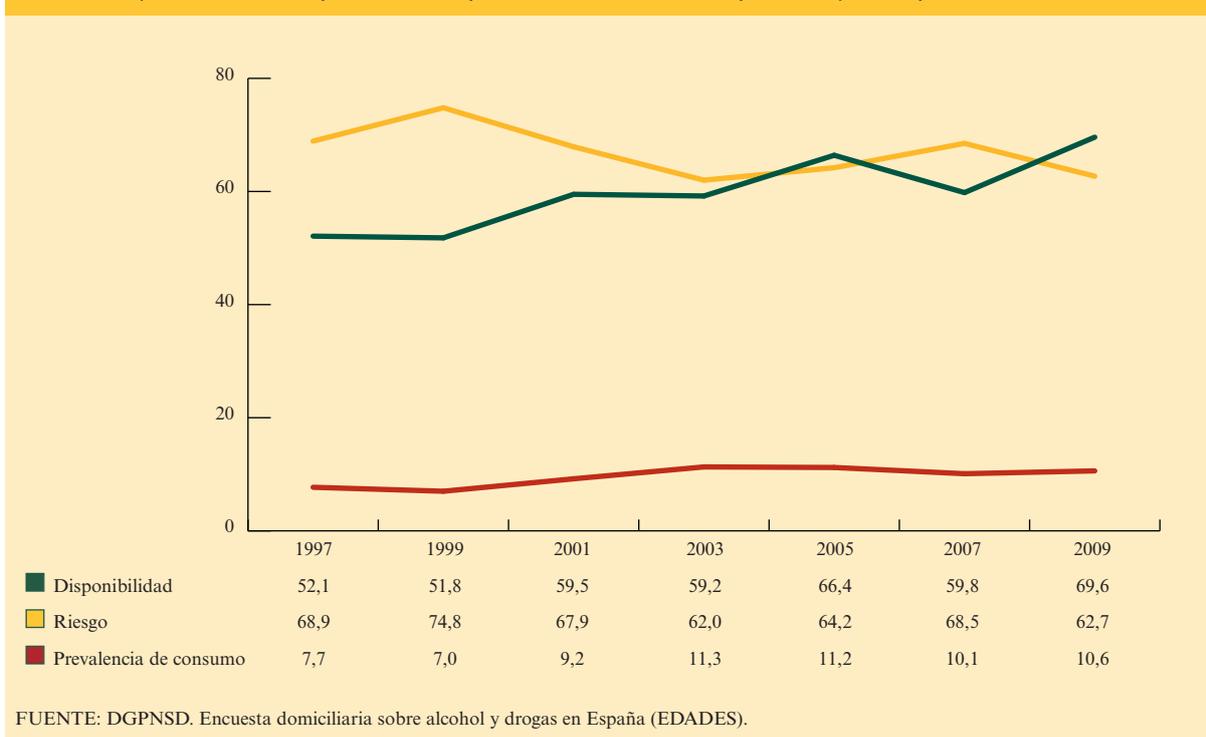
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2009-2007	1995-2009
Hachís/marihuana	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	+9,8	+19,2
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	+7,1	+10,8
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	+7,8	+17,2
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	+5,2	+7,7
LSD	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8	40,2	48,7	+8,5	+11,6

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

Si establecemos una correlación entre prevalencia de consumo, percepción de riesgo asociado al consumo y disponibilidad de drogas percibida, se pueden obtener algunas indicaciones que nos aproximen a las tendencias del consumo.

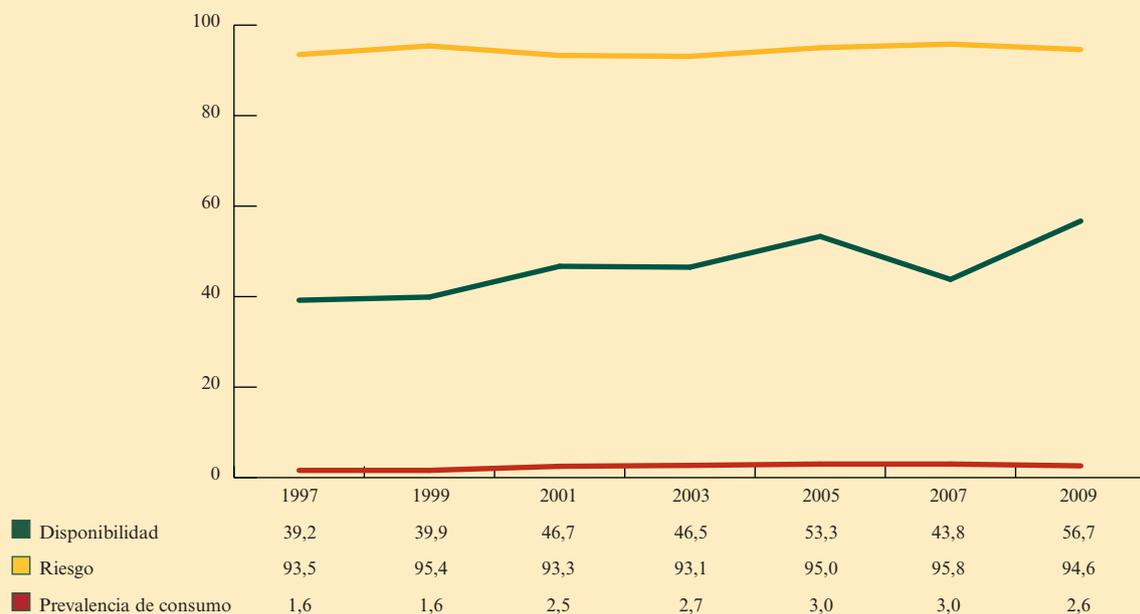
Al revisar la evolución de estas tres variables para el cannabis, la cocaína y el éxtasis, nos encontramos que, para el cannabis (Figura 1.1.28), en 2009 disminuye la percepción del riesgo y aumentan la disponibilidad y la prevalencia de consumo. En el caso de la cocaína (Figura 1.1.29), disminuye la prevalencia de consumo después de varios años al alza y seguida de una estabilización, se mantiene la percepción de riesgo y aumenta la disponibilidad percibida. Con respecto al éxtasis, la Figura 1.1.30 muestra una situación similar a la de la cocaína, es decir, disminuye la prevalencia de consumo, se mantiene la percepción del riesgo en cifras similares a las de los últimos años y aumenta la disponibilidad percibida.

Figura 1.1.28. Evolución de la prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



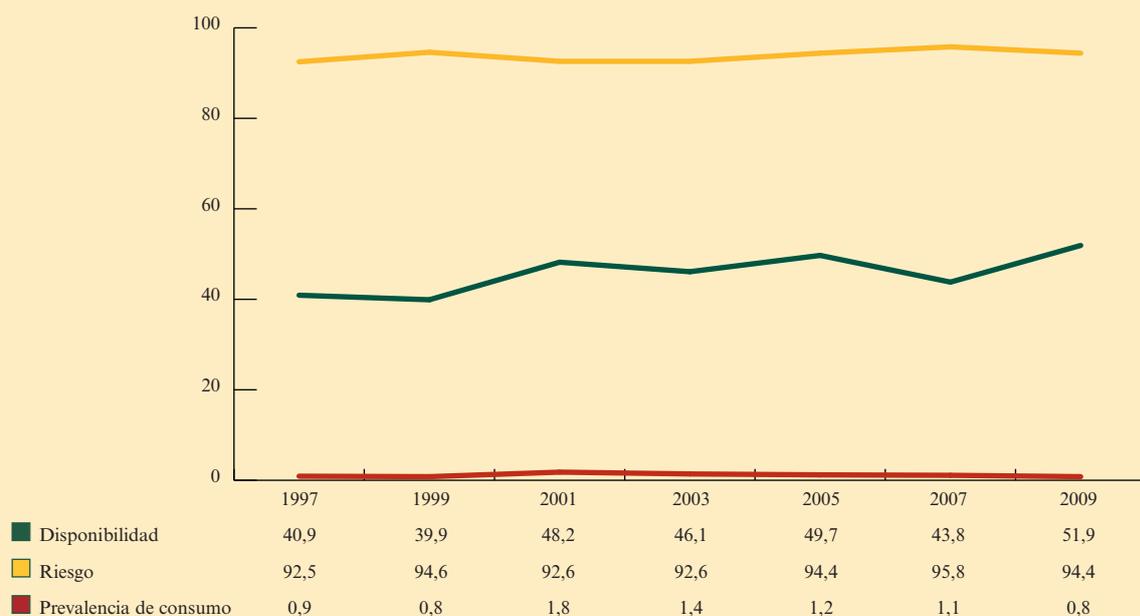
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.29. Evolución de la prevalencia de uso de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



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

Figura 1.1.30. Evolución de la prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009.



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

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

En 2009, casi la mitad de la población de 15 a 64 años (48,9%) consideró que el problema de las drogas ilegales era “muy importante” en su lugar de residencia (barrio o pueblo). Esta cifra es muy similar a la obtenida en 2007. De la mitad restante, el 30,7% consideró que el consumo de drogas ilegales constituye un problema “algo importante” y el 20,4% restante no le concedió ninguna importancia (Tabla 1.1.26).

La evolución temporal del parámetro informa de que hay un sentir mantenido sobre la importancia del problema de las drogas, tanto para la categoría inferior de “nada importante” como para la superior de “muy importante”. Sin embargo, la ausencia de cambio en la opinión general con respecto al consumo de drogas durante el periodo 1997-2009 contrasta con el enorme cambio que se ha producido en el escenario del consumo de drogas tanto en términos de visibilidad social, tipo de problemática asociada, mejora de la seguridad ciudadana y diferentes perfiles de consumo (consumos asociados a la marginación han sido sustituidos por consumos integrados socialmente y en entornos recreativos, etc.).

De todas las situaciones vinculadas al uso problemático de drogas por las que se preguntó en la encuesta, las consideradas por la población española en 2009 como las más frecuentes y visibles en su entorno residencial fueron las personas esnifando drogas por la nariz (10,4%) y la existencia de vendedores que ofrecen drogas (13,5%). Las de menor visibilidad fueron la existencia de personas inyectándose droga (2,9%) y encontrar jeringuillas en el suelo (3,8%) (Tabla 1.1.27 y Figura 1.1.31).

Tabla 1.1.26. Evolución de la importancia concedida por la población española de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes). España, 1997-2009.

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

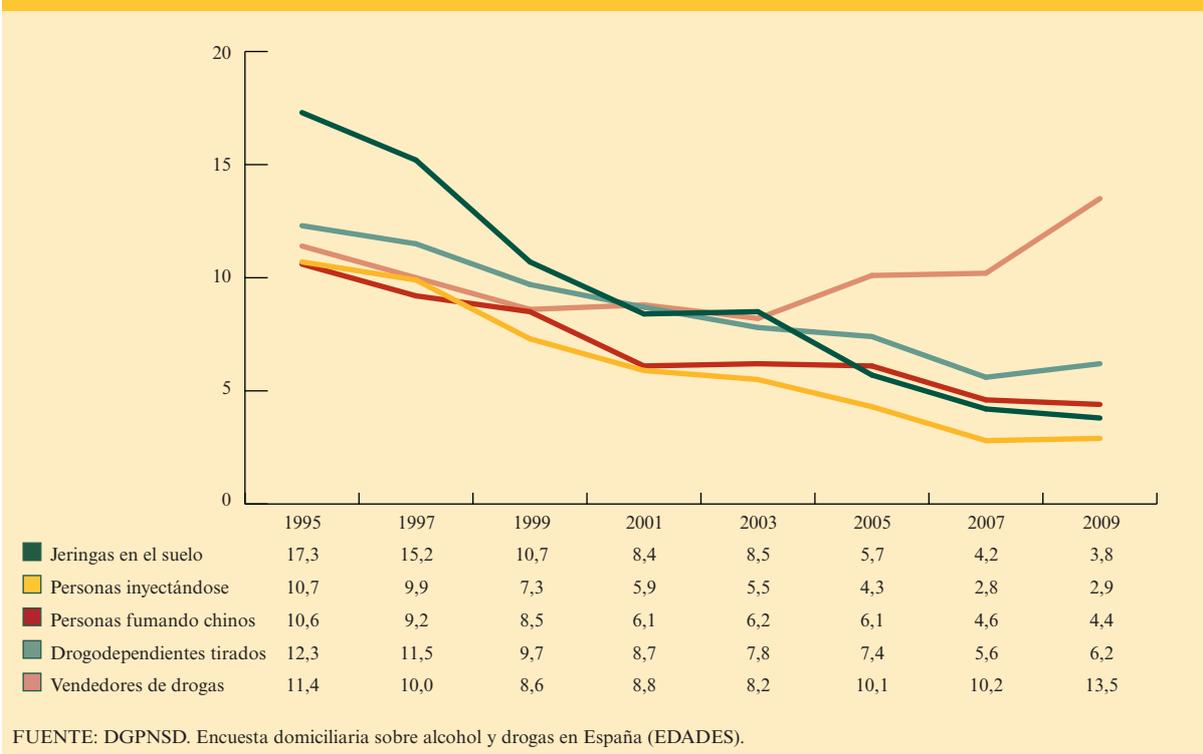
FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.27. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009.

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

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

Figura 1.1.31. Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población española de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009.



Para todas las situaciones planteadas en la encuesta, la evolución temporal ha resultado claramente favorable. La visibilidad del fenómeno del consumo de drogas (medido por situaciones concretas) ha disminuido significativamente desde 1995. Esta disminución se ha confirmado en la última encuesta EDADES, salvo para la existencia de “vendedores que ofrecen droga” que ha aumentado 3,3 puntos porcentuales desde 2007 y 4,7 desde 2001. Estos resultados contrastan, como se ha mencionado al comienzo de este apartado, con la ausencia de cambio significativo en la opinión de la población con respecto a la importancia concedida, con carácter general, al problema del consumo de drogas.

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

La educación en las escuelas viene siendo la medida de intervención más valorada por la población de 15-64 años para resolver el problema de las drogas. La segunda medida mejor considerada es el tratamiento voluntario de los consumidores (disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos) y, en tercer lugar, el control policial y aduanero.

Los ciudadanos españoles confieren escasa valoración a la legalización de las drogas tanto como medida global para todas las drogas, que es la peor considerada de todas (15,6%), como cuando se valora como medida concreta con respecto a algunas sustancias como el cannabis (29,6%). No obstante, a pesar de que la legalización de todas las drogas ha recibido una menor valoración por los encuestados con respecto a la obtenida en 2007, la legalización del cannabis ha mejorado su valoración entre 2007 y 2009 en 6,2 puntos aunque sigue ocupando la misma posición entre las medidas a valorar.

Las campañas publicitarias han sido valoradas como efectivas por el 77% de los encuestados en 2009 aunque esta medida ha mostrado un descenso de 1,4 puntos porcentuales con respecto a 2007 en cuan-

to a importancia, cediendo su posición habitual a la medida consistente en la promulgación de leyes más estrictas frente a las drogas.

En términos generales, la población española considera como medidas más eficaces las de formación/información, la accesibilidad al tratamiento y las de control policial y administrativo.

Tabla 1.1.28. Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7
Administración médica de metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8
Tratamientos obligatorios	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2
Administración médica de heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6

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

Figura 1.1.32. Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2009.



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

1.2. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES), 1994-2010

Introducción

En 2010 se ha realizado una nueva encuesta ESTUDES, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación.

Objetivos

El objetivo general de esta encuesta es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, enfocadas sobre todo al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

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

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

Metodología

■ Resumen de la metodología de la encuesta ESTUDES 2010

Ámbito poblacional: Jóvenes de 14 a 18 años que cursan estudios de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España.

Ámbito geográfico: Se realiza en todo el ámbito nacional.

Ámbito temporal: El periodo de recogida de información ha sido desde el 4 de noviembre al 19 de diciembre de 2010 y desde el 15 de febrero al 23 de marzo de 2011.

Tipo de muestreo: Muestreo bietápico por conglomerados. Selección aleatoria de centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. Inclusión en la muestra de todos los estudiantes de las aulas seleccionadas.

Tamaño de la muestra: Se seleccionan 857 centros educativos y 1.730 aulas. La muestra final es de 31.967 alumnos.

Recogida de información: Cuestionario anónimo autoadministrado que se cumplimenta por escrito (papel y lápiz) durante una clase (45-60 minutos). Incluye las mismas preguntas que en años anteriores (características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas) y se añaden dos módulos específicos (uno con preguntas sobre “nuevas sustancias” y otro con tres escalas sobre “consumo problemático de cannabis”).

■ Población de referencia y marco muestral

La población de referencia son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. La proporción de jóvenes de 14-18 años que cursó este tipo de enseñanzas en España se sitúa a lo largo de toda la serie de las encuestas en torno al 80%.

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

En la Tabla 1.2.1 se presenta la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (1994-2010).

■ Muestra

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

La selección de los centros educativos se ha realizado a partir de listados de las Consejerías de Educación. Para seleccionar los mismos, se estratificó previamente el marco muestral según comunidad autónoma (17 estratos, más dos estratos correspondientes a Ceuta y Melilla a partir de 1996) y titularidad jurídica (dos estratos: centro educativos públicos y privados). A partir de 2000, todos los centros educativos de cada estrato tuvieron la misma probabilidad de estar en la muestra independientemente de su tamaño (Tabla 1.2.2).

La selección de aulas se hizo con probabilidad igual entre el conjunto de aulas del centro educativo. Por razones logísticas se decidió seleccionar dos aulas en cada centro educativo.

En la encuesta 2010 se ha estudiado una muestra de 31.967 alumnos, 857 centros y 1.730 aulas (Tabla 1.2.3). Para garantizar una mínima precisión de las estimaciones por comunidad autónoma se estableció un número mínimo de encuestas válidas en cada una de ellas. Algunas comunidades autónomas,

interesadas en obtener información específica para su territorio con un margen de error estadístico menor, han realizado ampliaciones de la muestra inicial prevista. Se trata de las comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja, Madrid y Melilla.

La proporción de alumnos matriculados que no acudieron a clase el día y hora de la encuesta (ausentes), se situó entre el 9% y el 17,1% en las distintas encuestas. En 2010 fue de un 10,9%.

Tabla 1.2.1. Evolución de la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CCAA									
Andalucía	471.794	462.498	439.486	402.840	361.512	363.862	326.571	304.858	350.592
Aragón	69.699	64.548	58.208	49.597	45.599	44.849	40.860	38.581	44.414
Asturias	73.467	67.094	59.379	48.271	42.232	39.752	33.888	28.534	32.598
Baleares	39.271	37.441	36.613	34.923	34.408	34.804	31.333	30.164	33.985
Canarias	113.256	110.955	111.340	96.577	87.248	85.592	74.244	68.929	78.902
Cantabria	36.909	34.734	31.164	26.253	23.666	22.473	19.609	17.583	20.366
Castilla y León	160.256	151.635	137.270	117.058	105.092	102.177	89.776	78.471	88.990
C.-La Mancha	90.837	89.425	85.693	79.729	77.727	78.397	73.297	69.538	79.848
Cataluña	384.125	354.024	310.815	262.519	248.490	248.973	236.139	234.395	264.590
C. Valenciana	251.506	234.037	215.858	190.873	178.801	177.602	160.648	154.174	176.955
Extremadura	57.224	59.242	58.622	54.160	51.426	50.791	46.757	41.203	45.254
Galicia	182.834	176.703	163.396	134.929	113.916	112.125	94.564	82.464	95.485
Madrid	347.417	322.791	292.702	251.754	229.324	231.045	207.926	191.834	224.210
Murcia	73.929	71.706	66.423	60.005	55.246	56.305	51.755	49.721	57.769
Navarra	32.758	30.589	26.977	22.174	21.103	20.626	19.640	19.061	22.096
País Vasco	151.581	136.827	112.596	90.058	82.048	78.790	67.592	63.000	72.145
Rioja	17.809	16.224	14.249	11.940	10.928	10.723	9.755	9.080	10.567
Ceuta	3.379	3.565	3.724	3.611	3.303	3.433	2.797	2.680	3.224
Melilla	2.961	3.136	3.455	3.197	3.244	2.970	2.791	2.890	6.099
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
Privada	649.184	658.094	601.886	577.880	549.325	523.768	496.036	482.570	553.421
Tipo de estudios									
ESO	237.115	515.206	886.542	953.021	935.678	937.280	891.860	845.306	828.331
Bachillerato	1.510.024	1.261.877	927.249	724.972	614.796	600.389	576.960	520.541	608.428
F. Profesional	813.873	650.091	414.179	262.475	224.839	227.620	121.122	121.313	271.330
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
FUENTE: Ministerio de Educación.									

Tabla 1.2.2. Evolución de la distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1996-2010.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CCAA								
Andalucía	2.075	1.976	2.372	2.552	2.464	2.750	6.143	3.724
Aragón*	941	775	671	2.185	1.757	1.764	785	1.377
Asturias*	875	765	661	744	584	1.737	627	1.155
Baleares*	661	679	602	1.762	1.795	622	599	1.203
Canarias	859	966	739	960	835	2.079	1.398	1.815
Cantabria*	575	722	1.244	1.169	1.478	1.376	352	906
Castilla y León	1.120	1.093	919	1.140	983	1.107	1.697	1.865
Castilla-La Mancha	982	943	1.749	2.501	860	984	1.359	1.818
Cataluña	1.881	1.681	1.552	1.885	2.831	2.177	4.628	3.415
Comunidad Valenciana*	1.466	1.395	2.287	1.685	1.362	1.657	3.119	2.727
Extremadura	659	718	443	796	1.693	777	807	1.370
Galicia*	1.436	1.333	1.170	2.108	1.245	2.244	1.799	1.945
Madrid*	1.979	1.853	2.929	3.308	3.033	3.055	3.904	3.056
Murcia	818	813	727	1.394	1.468	1.601	998	1.551
Navarra	659	553	627	530	600	570	361	960
País Vasco	1.104	1.021	852	806	990	884	1.316	1.726
Rioja*	651	570	462	457	975	525	190	647
Ceuta	128	30	323	130	140	289	46	325
Melilla*	97	199	121	464	428	256	57	382
Titularidad del centro educativo								
Pública	13.716	12.766	10.421	14.445	14.889	13.050	20.720	22.081
Privada	5.250	5.319	10.029	12.131	10.632	13.404	9.463	9.886
Tipo de estudios								
ESO	5.129	9.560	13.664	14.400	14.415	15.983	15.671	17.816
Bachillerato	10.495	7.312	5.869	10.733	9.468	8.468	10.348	11.683
Formación Profesional	3.342	1.213	917	1.443	1.638	2.003	4.164	2.468
TOTAL	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183	31.967

* Han ampliado muestra en el año 2010.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.3. Evolución de la distribución de las aulas y centro educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia (números absolutos). España, 1994-2010.

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

* Han ampliado muestra en el año 2010.

** Corresponden a Ceuta y Melilla.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Cuestionario y trabajo de campo

Se utiliza un cuestionario estandarizado y anónimo, parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos.

En 2010 se ha mantenido el módulo de preguntas básico, incluido en todos los años previos y se han introducido dos módulos específicos: uno sobre “nuevas sustancias” y otro sobre “consumo problemático de cannabis”.

- Módulo básico: incluye preguntas sobre características sociodemográficas, uso de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, aspectos relacionados con el ocio, disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información recibida sobre drogas, consumo de drogas por parte de amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas.
- Módulo específico sobre el consumo de “nuevas sustancias”: incorpora preguntas sobre consumo, percepción de riesgo y disponibilidad de algunas sustancias emergentes, entre las que se incluyen Ketamina, *Spice*, piperazinas, mefedrona, Nexus, metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals* y *legal highs*.
- Módulo sobre consumo problemático de cannabis: en colaboración con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, se ha incorporado una serie de preguntas para evaluar determinadas escalas de estudio frente al consumo de cannabis. Se incluyeron 3 escalas para comparar su eficacia en la evaluación del consumo problemático de cannabis y proceder a su validación: la escala CAST *Cannabis Abuse Screening Test* (6 ítems), la escala SDS *Severity of Dependence Scale* (5 ítems) y el M-CIDI *Composite International Diagnostic Interview* (16 ítems).

Se tienen en cuenta las peculiaridades lingüísticas de las distintas comunidades autónomas, utilizándose versiones del cuestionario en castellano, gallego, vasco, catalán y valenciano.

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

Todas las encuestas, salvo la de 2004 que se hizo en primavera, se han realizado en otoño (generalmente en noviembre y diciembre), y en varios centros en febrero del año siguiente.

La colaboración de los centros educativos en general es buena. En 2010 la proporción de centros sustituidos fue de 14,4%, pero apenas se recibieron negativas de centros para colaborar, debiéndose las sustituciones en la mayoría de los casos a problemas de fechas por exámenes o a la proximidad de las vacaciones. Por otra parte, el grado de colaboración de los directores, jefes de estudios y docentes de los centros fue excelente en todas las encuestas. La proporción de estudiantes que se negó a cumplir el cuestionario fue irrelevante, así como los cuestionarios eliminados por estar en blanco.

Análisis

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

Conviene resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para estimar las prevalencias de consumo de drogas en el conjunto de España, pero no en las comu-

nidades autónomas. Por lo tanto, salvo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, las prevalencias estimadas para las comunidades autónomas tienen unos intervalos de confianza demasiado amplios, sobre todo en las comunidades con menos población, lo que significa que están muy afectadas por el azar y, al representar las series temporales, pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

Como nota metodológica conviene señalar que los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos.

Resultados

■ Extensión del consumo de drogas

En 2010 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 75,1% ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 39,8% ha probado el tabaco y un 33% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido en los 30 días previos a la entrevista, es de 63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis.

El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína...) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días).

Una mención aparte merece el consumo de tranquilizantes. La proporción de estudiantes que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente.

Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína. Estas dos últimas sustancias son por otra parte las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años (Tabla 1.2.4).

■ Edad media de inicio en el consumo

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2010, las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen la heroína, los tranquilizantes o pastillas para dormir y el cannabis (14,4, 14,4 y 14,7 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las sustancias que se empezaron a consumir a una edad más tardía (14,9, 15,3, 15,4 y 15,5 años, respectivamente). En general, se observa una tendencia estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las drogas (Tabla 1.2.5).

■ Diferencias en el consumo por edad

La proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad. Para alcohol, tabaco y cannabis, el mayor incremento del consumo se produce entre los 14 y los 16 años. Para los psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) el mayor incremento del consumo se produce entre los 16 y los 18 años (Tabla 1.2.6).

Tabla 1.2.4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida									
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1
Hipnosedantes*							12,6	17,3	18,0
Hipnosedantes sin**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3
GHB								1,1	1,2
Prevalencia de consumo en los 12 últimos meses									
Tabaco							34,0	38,1	32,4
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6
Hipnosedantes*							7,4	10,1	9,8
Hipnosedantes sin**	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2
GHB								0,8	0,7
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días									
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63
Hipnosedantes*							3,6	5,1	5,2
Hipnosedantes sin**	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,1	1,0
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,2	0,9
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8
GHB								0,5	0,5
Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días									
	21,6	23,7	23,1	23,0	21,0	21,5	14,8	14,8	12,3

*Tranquilizantes y/o somníferos.

** Tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.5. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.6. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 12 meses, según la edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	16 años	18 años
Alcohol	48,0	80,3	86,4
Tabaco	17,5	36,9	43,8
Hipnosedantes	8,0	10,5	14,8
Hipnosedantes sin receta	4,2	6,0	7,6
Cannabis	10,5	30,6	40,1
Cocaína	1,2	2,6	5,0
Éxtasis	0,9	1,9	2,9
Anfetaminas	0,6	1,6	3,8
Alucinógenos	1,0	2,2	4,2
Heroína	0,6	0,8	0,9
Inhalables volátiles	1,1	1,5	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Diferencias intersexuales en el consumo de drogas

La extensión del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. Los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir sucede lo contrario. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de cualquier droga de comercio ilegal es mayor en los varones que en las mujeres (Tabla 1.2.7).

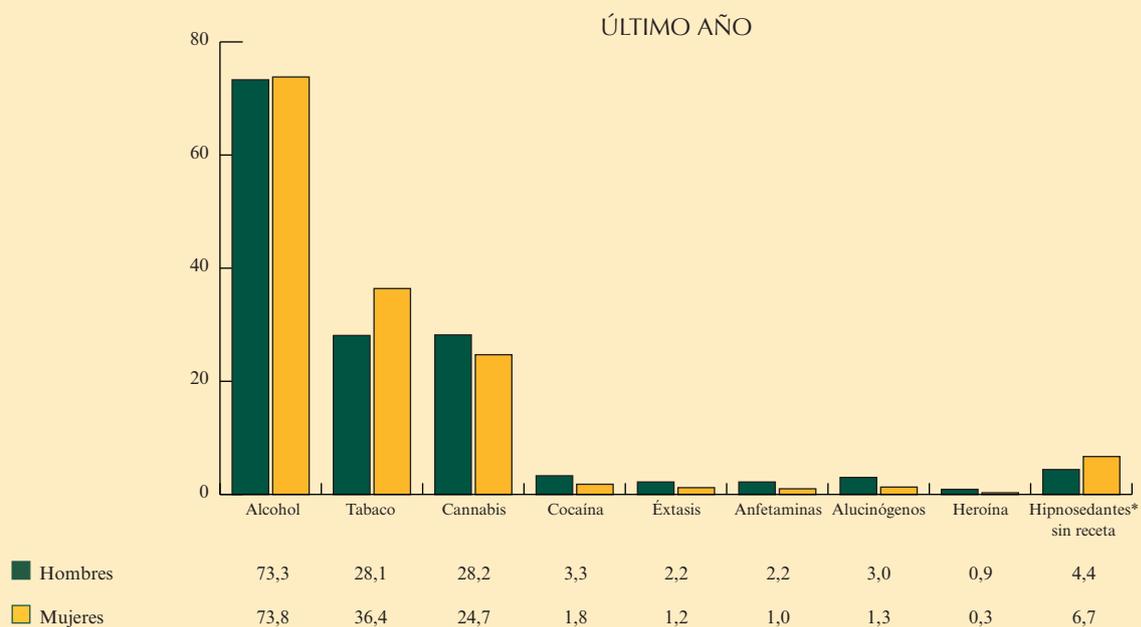
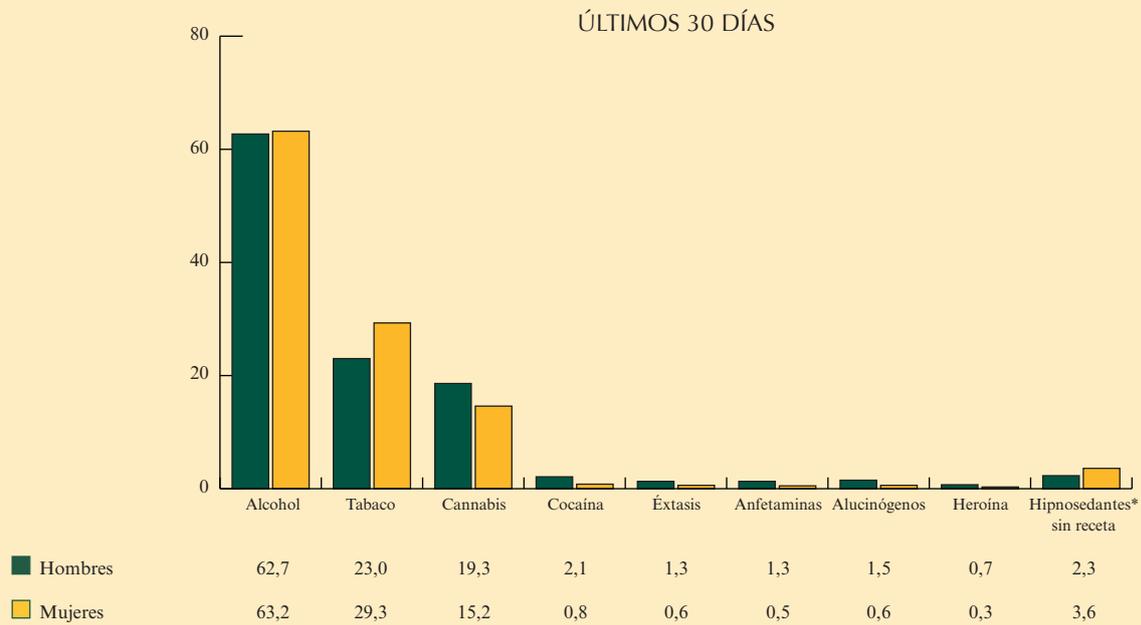
Tabla 1.2.7. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Consumo alguna vez en la vida																			
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8	
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	
Hipnos.*															14,2	20,4	13,3	20,2	
Hipnos. sin**	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	
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	
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	
Alucinóg.	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	
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	
Cocaína	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	
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	
I.volátiles	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7	
GHB															1,6	0,7	1,5	0,8	
Consumo en los 12 últimos meses																			
Tabaco																36,0	40,1	28,1	36,4
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	
Hipnos.*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	8,1	12,1	7,0	11,9	
Hipnos. sin**															4,6	6,8	4,4	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	
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	
Alucinóg.	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	
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	
Cocaína	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	
Heroína	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	
I.volátiles	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8	
GHB															1,2	0,4	1,0	0,5	
Consumo en los últimos 30 días																			
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	
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	
Hipnos.*															4,0	6,1	3,5	6,2	
Hipnos. sin**	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	
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	
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	
Alucinóg.	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	
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	
Cocaína	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	
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	
I.volátiles	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5	
GHB															0,8	0,3	0,8	0,3	

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.1. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días y en el último año, según sexo (porcentajes). España, 2010.



* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Diferencias en el consumo de drogas por comunidad autónoma

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

En 2010 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que fumaban tabaco diariamente, variando las cifras entre 3,1% en Ceuta y 17,7% en Aragón (12,3% para el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de fumadores diarios significativamente superior a la estatal eran Aragón y País Vasco, mientras que las que tenían una proporción inferior eran: Ceuta, Melilla, Canarias y Baleares (Tabla 1.2.8).

Tabla 1.2.8. Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%) (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario en los últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	35,0	33,4	36,6	28,3	26,7	29,9	23,4	21,83	25,03	11,0	9,4	12,6
Aragón	1.377	47,7	45,1	50,3	41,3	38,7	43,9	33,1	30,51	35,71	17,7	15,1	20,3
Asturias	1.155	37,4	34,5	40,3	30,1	27,2	33,0	25,1	22,17	27,97	12,3	9,4	15,2
Baleares	1.203	40,8	38,0	43,6	32,8	30,0	35,6	24,0	21,24	26,84	8,0	5,2	10,8
Canarias	1.815	31,5	29,2	33,8	22,9	20,6	25,2	17,2	14,93	19,53	5,0	2,7	7,3
Cantabria	906	41,9	38,8	45,0	34,0	30,9	37,1	28,4	25,25	31,45	12,9	9,8	16,0
Castilla y León	1.865	41,7	39,4	44,0	33,8	31,5	36,1	28,4	26,14	30,74	14,3	12,0	16,6
C.-La Mancha	1.818	45,6	43,3	47,9	36,3	34,0	38,6	29,2	26,86	31,46	14,2	11,9	16,5
Cataluña	3.415	45,4	43,7	47,1	36,4	34,7	38,1	29,2	27,46	30,86	13,9	12,2	15,6
C.Valenciana	2.727	41,3	39,4	43,2	34,1	32,2	36,0	27,4	25,54	29,34	13,6	11,7	15,5
Extremadura	1.370	40,8	38,2	43,4	33,0	30,4	35,6	28,8	26,19	31,39	13,7	11,1	16,3
Galicia	1.945	40,3	38,1	42,5	32,7	30,5	34,9	26,4	24,24	28,64	12,0	9,8	14,2
Madrid	3.056	41,5	39,7	43,3	34,2	32,4	36,0	27,2	25,40	29,00	12,1	10,3	13,9
Murcia	1.551	34,7	32,2	37,2	27,5	25,0	30,0	22,2	19,72	24,72	10,5	8,0	13,0
Navarra	960	40,6	37,5	43,7	34,1	31,0	37,2	26,8	23,74	29,94	12,7	9,6	15,8
País Vasco	1.726	38,9	36,6	41,2	33,1	30,8	35,4	28,5	26,18	30,78	16,2	13,9	18,5
La Rioja	647	43,0	39,3	46,7	36,1	32,4	39,8	28,4	24,71	32,11	13,5	9,8	17,2
Ceuta	325	12,0	6,8	17,2	9,6	4,4	14,8	9,3	4,06	14,46	3,1	0,0	8,3
Melilla	382	21,6	16,7	26,5	17,1	12,2	22,0	14,0	9,13	18,93	5,1	0,2	10,0
TOTAL	31.967	39,8	39,3	40,3	32,4	31,9	32,9	26,2	25,70	26,70	12,3	11,8	12,8

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 12,2% en Ceuta y 73,3% en Castilla y León (63,0% en el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de bebedores significativamente superior a la estatal fueron: Castilla y León, La Rioja, Aragón, Asturias, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla, Canarias, Murcia y Madrid (Tabla 1.2.9).

Tabla 1.2.9. Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	73,9	72,3	75,5	72,6	71,0	74,2	62,7	61,14	64,34
Aragón	1.377	82,7	80,1	85,3	82,3	79,7	84,9	71,3	68,67	73,87
Asturias	1.155	78,0	75,1	80,9	77,1	74,2	80,0	71,2	68,28	74,08
Baleares	1.203	76,6	73,8	79,4	75,4	72,6	78,2	61,6	58,81	64,41
Canarias	1.815	70,8	68,5	73,1	67,8	65,5	70,1	54,4	52,11	56,71
Cantabria	906	78,1	75,0	81,2	77,1	74,0	80,2	69,7	66,59	72,79
Castilla y León	1.865	83,4	81,1	85,7	82,5	80,2	84,8	73,3	71,05	75,65
Castilla-La Mancha	1.818	79,0	76,7	81,3	77,5	75,2	79,8	67,7	65,43	70,03
Cataluña	3.415	74,9	73,2	76,6	73,7	72,0	75,4	61,2	59,50	62,90
C. Valenciana	2.727	78,4	76,5	80,3	77,1	75,2	79,0	64,8	62,86	66,66
Extremadura	1.370	73,8	71,2	76,4	70,8	68,2	73,4	62,6	60,04	65,24
Galicia	1.945	72,5	70,3	74,7	71,5	69,3	73,7	62,5	60,26	64,66
Madrid	3.056	73,2	71,4	75,0	71,4	69,6	73,2	58,7	56,92	60,52
Murcia	1.551	68,3	65,8	70,8	66,1	63,6	68,6	58,5	55,96	60,96
Navarra	960	83,3	80,2	86,4	80,2	77,1	83,3	67,0	63,92	70,12
País Vasco	1.726	78,2	75,9	80,5	76,7	74,4	79,0	64,9	62,58	67,18
La Rioja	647	80,2	76,5	83,9	79,5	75,8	83,2	72,9	69,18	76,58
Ceuta	325	22,3	17,1	27,5	19,9	14,7	25,1	12,2	7,02	17,42
Melilla	382	35,4	30,5	40,3	33,3	28,4	38,2	27,8	22,88	32,68
TOTAL	31.967	75,1	74,6	75,6	73,6	73,1	74,1	63,0	62,50	63,50

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días varía entre el 4% en Ceuta y el 42,2% en Castilla y León (35,6% en el conjunto de España). Las comunidades con mayor prevalencia fueron Castilla y León, Aragón, La Rioja y País Vasco, y las comunidades con menor prevalencia Melilla, Ceuta, Canarias y Murcia (Tabla 1.2.10).

Tabla 1.2.10. Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	57,7	56,1	59,3	52,1	50,5	53,7	38,0	36,37	39,57
Aragón	1.377	68,4	65,8	71,0	62,3	59,7	64,9	40,0	37,40	42,60
Asturias	1.155	60,3	57,4	63,2	53,5	50,6	56,4	35,9	33,03	38,83
Baleares	1.203	59,3	56,5	62,1	53,2	50,4	56,0	34,3	31,53	37,13
Canarias	1.815	49,6	47,3	51,9	44,5	42,2	46,8	28,8	26,51	31,11
Cantabria	906	61,2	58,1	64,3	54,7	51,6	57,8	37,8	34,73	40,93
Castilla y León	1.865	68,6	66,3	70,9	62,6	60,3	64,9	42,2	39,95	44,55
Castilla-La Mancha	1.818	64,5	62,2	66,8	56,7	54,4	59,0	38,7	36,37	40,97
Cataluña	3.415	59,7	58,0	61,4	54,5	52,8	56,2	34,4	32,73	36,13
C. Valenciana	2.727	61,9	60,0	63,8	56,1	54,2	58,0	37,2	35,26	39,06
Extremadura	1.370	56,2	53,6	58,8	50,6	48,0	53,2	33,1	30,55	35,75
Galicia	1.945	55,9	53,7	58,1	49,3	47,1	51,5	33,5	31,33	35,73
Madrid	3.056	57,1	55,3	58,9	52,0	50,2	53,8	35,3	33,50	37,10
Murcia	1.551	50,4	47,9	52,9	44,5	42,0	47,0	30,9	28,37	33,37
Navarra	960	66,3	63,2	69,4	60,9	57,8	64,0	38,8	35,71	41,91
País Vasco	1.726	62,1	59,8	64,4	54,6	52,3	56,9	39,6	37,29	41,89
La Rioja	647	64,4	60,7	68,1	60,2	56,5	63,9	39,8	36,13	43,53
Ceuta	325	11,8	6,6	17,0	6,5	1,3	11,7	4,0	-1,21	9,19
Melilla	382	22,3	17,4	27,2	18,5	13,6	23,4	11,4	6,51	16,31
TOTAL	31.967	58,8	58,3	59,3	52,9	52,4	53,4	35,6	35,10	36,10

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

También se aprecian diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre un 6,1% en Ceuta y un 22,8% en País Vasco (17,2% en el conjunto de España). Las comunidades con una mayor proporción de consumidores fueron: País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana y Cataluña, y aquellas con menor proporción, Ceuta, Melilla, Canarias, Andalucía, Asturias y Extremadura (Tabla 1.2.11).

Tabla 1.2.11. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010.

CCAA	Muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.	Prevalencia	LC 95% inf.	LC 95% sup.
Andalucía	3.724	26,2	24,6	27,8	20,3	18,7	21,9	13,7	12,13	15,33
Aragón	1.377	41,5	38,9	44,1	34,0	31,4	36,6	21,7	19,10	24,30
Asturias	1.155	29,3	26,4	32,2	22,9	20,0	25,8	13,7	10,79	16,59
Baleares	1.203	36,1	33,3	38,9	29,8	27,0	32,6	19,7	16,88	22,48
Canarias	1.815	27,8	25,5	30,1	20,1	17,8	22,4	12,2	9,87	14,47
Cantabria	906	34,0	30,9	37,1	26,8	23,7	29,9	16,5	13,36	19,56
Castilla y León	1.865	31,8	29,5	34,1	25,0	22,7	27,3	15,1	12,82	17,42
Castilla-La Mancha	1.818	34,4	32,1	36,7	28,0	25,7	30,3	18,1	15,77	20,37
Cataluña	3.415	39,0	37,3	40,7	32,2	30,5	33,9	21,3	19,60	23,00
C. Valenciana	2.727	38,9	37,0	40,8	32,4	30,5	34,3	21,6	19,73	23,53
Extremadura	1.370	28,8	26,2	31,4	22,5	19,9	25,1	14,0	11,36	16,56
Galicia	1.945	32,0	29,8	34,2	24,9	22,7	27,1	16,7	14,53	18,93
Madrid	3.056	35,3	33,5	37,1	28,0	26,2	29,8	17,5	15,72	19,32
Murcia	1.551	24,3	21,8	26,8	18,6	16,1	21,1	12,8	10,26	15,26
Navarra	960	38,4	35,3	41,5	31,4	28,3	34,5	18,7	15,60	21,80
País Vasco	1.726	37,0	34,7	39,3	30,2	27,9	32,5	22,8	20,45	25,05
La Rioja	647	35,1	31,4	38,8	30,4	26,7	34,1	20,2	16,46	23,86
Ceuta	325	11,1	5,9	16,3	10,0	4,8	15,2	6,1	0,93	11,33
Melilla	382	13,4	8,5	18,3	10,1	5,2	15,0	6,3	1,38	11,18
TOTAL	31.967	33,0	32,5	33,5	26,4	25,9	26,9	17,2	16,70	17,70

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de tabaco

El tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida por los estudiantes de Secundaria en España. El 39,8% ha fumado alguna vez en su vida y el 26,2% lo ha consumido en los últimos 30 días. Las prevalencias de consumo de tabaco diario han descendido en comparación con las obtenidas en 2008, tanto en las chicas como en los chicos. Se debe destacar que son las cifras más bajas de consumo desde el inicio de la serie en 1994. El consumo en los últimos 12 meses es más prevalente entre las chicas (36,4%) que entre los chicos (28,1%), tendencia ya iniciada en años anteriores, si bien ellos fuman mayor número de cigarrillos que las chicas (el 11,7% de los chicos reconoce fumar más de 10 cigarrillos al día frente al 7,6% de la chicas).

Es una de las sustancias cuya edad de inicio en el consumo es más precoz (13,5 años de media), sólo superada por los inhalables volátiles y, aunque la edad se mantiene bastante estabilizada, se ha retrasado ligeramente (0,2) respecto de la edición anterior de la encuesta en 2008.

El consumo aumenta significativamente con la edad para ambos sexos, pasando del 12,3% en los consumidores de 14 años al 40,0% en los de 18 años, para el indicador de consumo en los últimos 30 días.

Los datos de 2010 indican un descenso importante del consumo de tabaco que, aunque iniciado en 2004, había mostrado una tendencia a la estabilización en 2008. Es factible pensar que las medidas normativas a este respecto, adoptadas en España en los últimos años, hayan tenido un impacto positivo sobre el consumo de tabaco en la población.

El 48,3% de los estudiantes encuestados informa de haber visto fumar a profesores dentro del centro educativo en diferentes ocasiones y el 72,6% afirma haber visto fumar a otros estudiantes.

Figura 1.2.2. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2010.

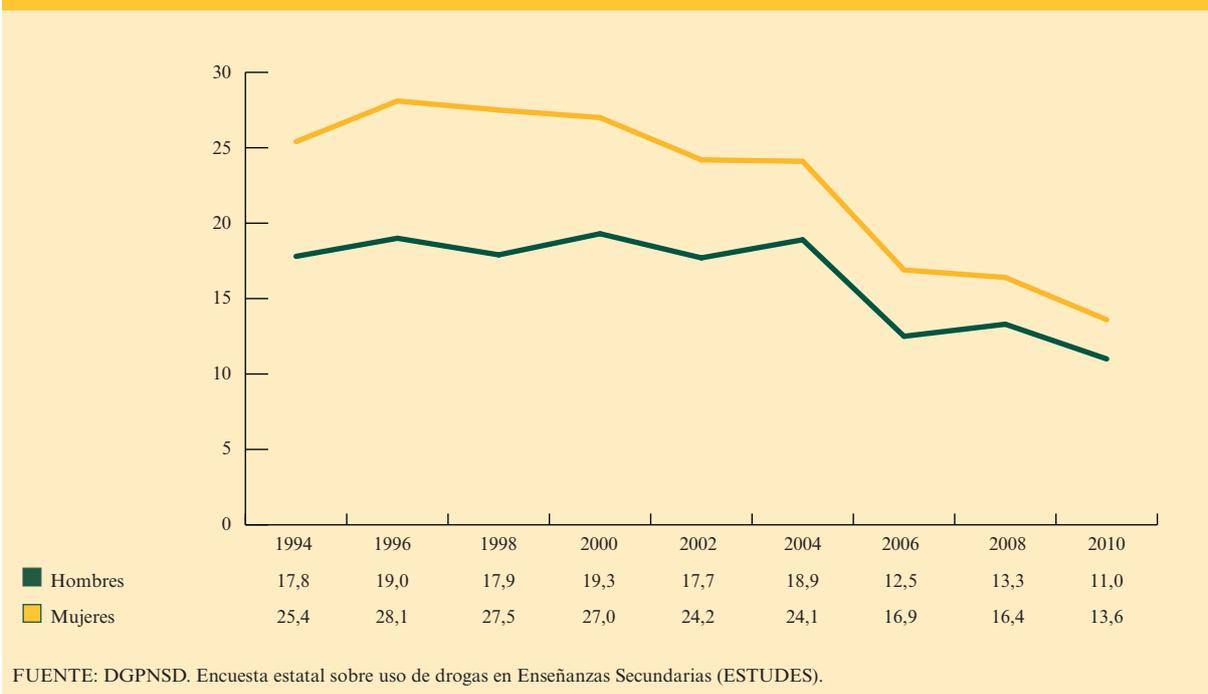


Tabla 1.2.12. Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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																	
Prevalencia consumo tabaco alguna vez en la vida	56,0 65,1 58,9 69,4 57,4 68,5 57,1 66,7 54,6 64,7 56,6 54,1 42,0 49,8 42,2 47,0 35,6 43,8																	
Edad media de inicio del consumo de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	13,7 14,1 13,1 13,5 13,0 13,4 12,9 13,2 13,0 13,1 13,1 13,2 13,0 13,1 13,2 13,4 13,5 13,5																	
Prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días	26,0 36,3 26,2 38,1 25,5 37,6 27,3 37,1 25,0 33,4 25,1 32,4 24,8 30,6 30,9 33,8 23,0 29,3																	
Prevalencia de consumo diario de tabaco	17,8 25,4 19,0 28,1 17,9 27,5 19,3 27,0 17,7 24,2 18,9 24,1 12,5 16,9 13,3 16,4 11,0 13,6																	
Edad media de inicio en el consumo diario de tabaco en fumadores actuales y exfumadores (años)	– – 14,5 14,6 14,6 14,5 14,4 14,3 14,4 14,3 14,5 14,4 14,3 14,2 14,3 14,3 14,4 14,3																	
Nº cigarrillos diarios consumidos diariamente																		
1-5	37,7 47,3 41,8 50,3 43,8 49,5 44,4 49,0 44,7 46,5 41,6 44,5 61,9 63,0 56,1 58,3 65,0 68,5																	
6-10	33,8 36,8 33,9 34,8 35,2 34,9 34,8 35,2 33,5 36,0 35,7 35,5 22,7 27,2 28,0 30,1 23,3 23,9																	
>10	28,5 15,9 24,3 14,8 20,9 15,6 20,8 15,8 21,8 17,5 22,7 20,0 15,3 9,8 15,9 11,6 11,7 7,6																	
Nº medio de cigarrillos diarios	9,1 7,2 8,3 6,9 7,9 7,0 7,6 6,8 7,8 7,3 8,1 7,5 5,8 5,3 5,1 5,0 5,7 4,8																	
Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.																		
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).																		

La gran mayoría de los estudiantes que fuma se había planteado dejar de fumar en alguna ocasión (65,9%), aunque sólo el 22,5% de ellos reconoció haberlo intentado. La intención de dejar de fumar es similar en chicas (63,4%) y chicos (63,7%). No obstante, el porcentaje de quienes lo intentaron realmente es superior entre las chicas que entre los chicos (43,4 % frente al 37,8%).

En la actualidad, un 67,7 % de los estudiantes que fuman están pensando seriamente en dejar de fumar (el 40,1% en los próximos 30 días y el 27,6 % en los próximos 6 meses).

A casi la mitad de los estudiantes (48,1%) les molesta bastante o mucho que se fume en lugares cerrados cuando ellos están presentes. La mitad de los jóvenes encuestados (50%) conviven con personas que fuman diariamente.

■ Consumo de bebidas alcohólicas

En 2010, al igual que en ediciones anteriores de la encuesta ESTUDES, el alcohol es la sustancia psicoactiva cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 75,1% lo había probado alguna vez, el 73,6% lo había consumido en los últimos 12 meses y el 63% en los últimos 30 días (Tabla 1.2.13). Sin embargo, con respecto a 2008, se constata un descenso de la prevalencia de consumo para el indicador “alguna vez en la vida” (6,1 puntos porcentuales) y un ascenso de las prevalencia de consumo “últimos 12 meses” (0,7 puntos porcentuales) y “últimos 30 días” (4,5 puntos porcentuales).

Este ligero ascenso de la proporción de consumidores actuales de alcohol (alguna vez en los últimos 30 días) supone una ligera inversión de la tendencia descendente observada para este indicador desde 2004 pero, en líneas generales, se mantiene la tendencia global al descenso de la extensión del consumo de alcohol que se observa para los tres indicadores temporales en este grupo de población desde 1994 y se puede afirmar que la extensión del consumo de alcohol se mantiene bastante estable (Figura 1.2.3).

No obstante, es importante destacar que existe también un porcentaje considerable de estudiantes de 14 a 18 años que se declaran abstemios en 2010 (3 de cada 10 aproximadamente) y que su número se ha visto aumentado con respecto a ediciones anteriores (2 de cada 10 aproximadamente en 1994).

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en este grupo de población es ligeramente más elevada en las mujeres que en los hombres para los tres indicadores temporales (Tabla 1.2.13.) y aumenta con la edad de los encuestados. Así, el porcentaje de estudiantes de 14 años que admitió haber consumido alcohol en los últimos 30 días fue del 38,1% frente al 77,1% de los que tenían 18 años (Tabla 1.2.14).

Tabla 1.2.13. Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2010.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.14. Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
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
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
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
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
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	63,3
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
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

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La edad media de inicio al consumo de bebidas alcohólicas en 2010 fue de 13,7 años, cifra muy similar a la obtenida en ediciones anteriores de ESTUDES. No se observan tampoco variaciones con respecto a la edad media de inicio al consumo semanal que, en 2010, fue de 14,7 años.

En relación con los patrones de consumo intensivo, la encuesta ESTUDES 2010 incluye preguntas sobre prevalencia de intoxicaciones etílicas y *binge drinking*, entendiéndose por éste el consumo de cinco o más vasos o copas en un intervalo aproximado de dos horas.

En 2010, el 58,8% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52,9% lo hizo en los últimos 12 meses y el 35,6% en los últimos 30 días. La prevalencia de borracheras se incrementa a medida que aumenta la edad, para los tres indicadores temporales y, mientras que el 16,0% de los jóvenes de 14 años reconoció haberse emborrachado alguna vez en los 30 días previos a la realización de la encuesta, este porcentaje ascendió al 52,8% entre los jóvenes de 18 años. Es importante destacar el hecho de que, para los indicadores temporales alguna vez en la vida y último año, las prevalencias de borracheras son ligeramente mayores en chicas que en chicos. No ocurre así con la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días, que continúa siendo superior entre los chicos (Tabla 1.2.15).

Al desagregar por sexo y edad, se constata que las chicas muestran mayores prevalencias a los 14, 15 y 16 años y es sólo a los 17 y 18 años cuando se observan cifras de prevalencia algo mayores en los chicos (Tabla 1.2.16).

Por otro lado, si se toma como referencia el grupo de estudiantes de 14 a 18 años que admitió haber realizado consumo de bebidas alcohólicas en el mes previo a la realización de la encuesta, la prevalen-

cia de intoxicaciones etílicas asciende al 50,3%, lo que significa que casi uno de cada dos estudiantes de 14 a 18 años que consumieron bebidas alcohólicas en ese periodo temporal se emborrachó en alguna ocasión durante el mismo periodo. Esta cifra es similar a la obtenida en 2008 (49,6%) (Figura 1.2.4).

Figura 1.2.3. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días) (porcentajes) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.

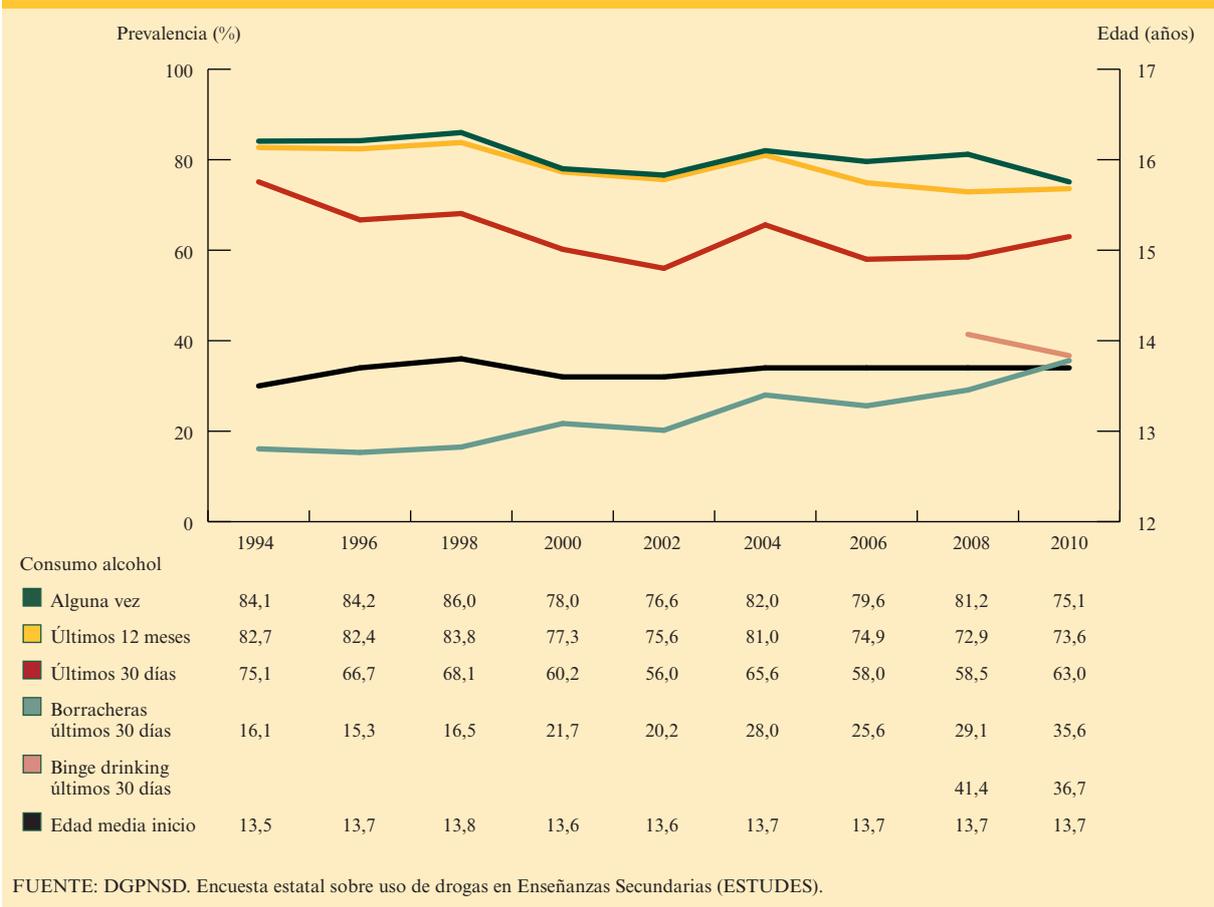


Tabla 1.2.15. Evolución de las prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008-2010.

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

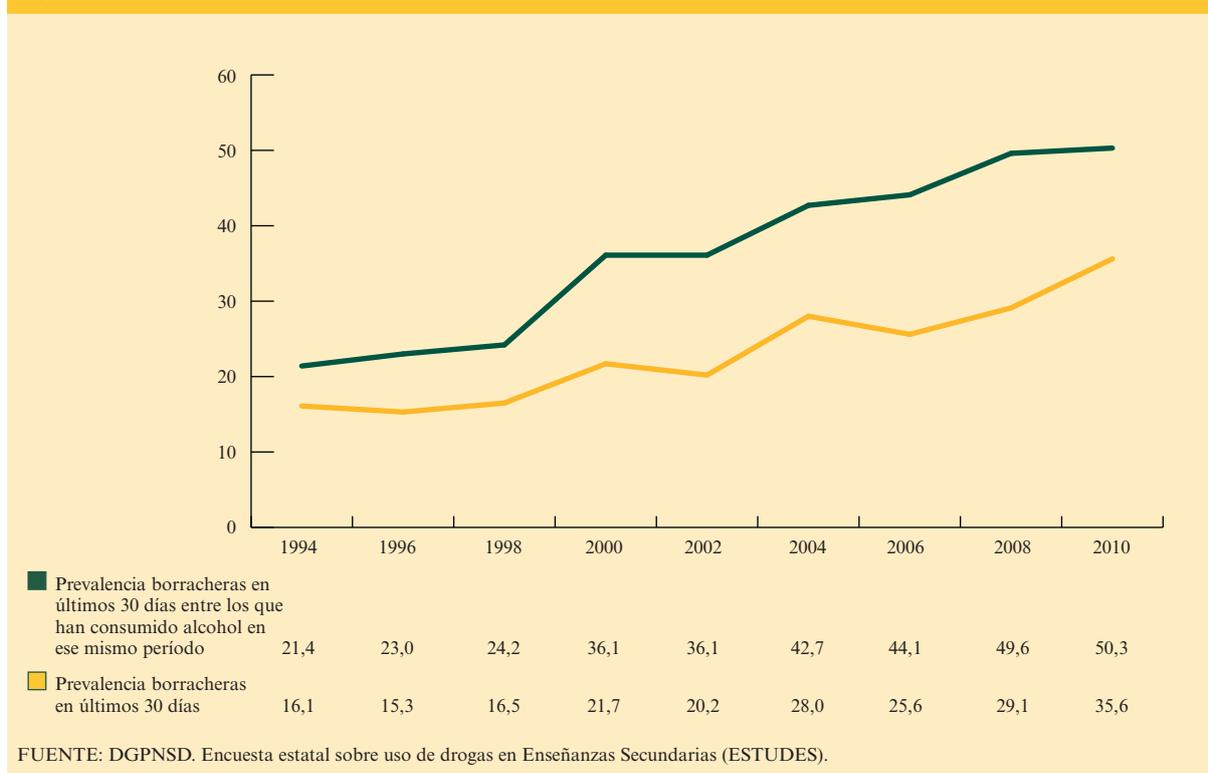
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.16. Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad simultáneamente (porcentajes). España, 2010.

	Hombres					Mujeres				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
Borracheras alguna vez	25,8	50,8	63,8	76,6	79,2	29,5	53,5	68,4	77,0	75,9
Borracheras últimos 12 meses	22,3	46,5	57,5	69,2	71,4	26,6	48,0	61,9	69,0	67,8
Borracheras últimos 30 días	14,5	33,3	38,0	48,6	55,2	17,3	30,7	39,6	44,7	49,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.4. Evolución de la prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años y entre aquellos que han consumido alcohol en ese mismo período (últimos 30 días). España, 1994-2010.



Con respecto al *binge drinking*, en 2010, el 36,7% de los estudiantes de 14 a 18 años (38,9% chicos y 34,5% chicas) reconoció haber consumido 5 ó más copas/vasos en un intervalo aproximado de dos horas durante el mes previo a ser encuestado. Ello significa que, aproximadamente, un tercio de los estudiantes de 14 a 18 años han realizado *binge drinking* en el último mes. Las cifras de esta última edición suponen una disminución de 4,7 puntos porcentuales con respecto a las obtenidas en 2008 (41,4%).

Del mismo modo que se especificaba para el indicador “borracheras en los últimos 30 días”, si se toman como referencia aquellos que consumieron bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la realización de la encuesta, la prevalencia de *binge drinking* en este grupo asciende al 66,5% (70,7% de los chicos y 62,6% de las chicas). En este caso las cifras son muy similares a las obtenidas en 2008: 66,4% (71,8% de los chicos y 61,2% de las chicas) (Tabla 1.2.17).

Tabla 1.2.17. Evolución de la prevalencia de *binge drinking* o consumo en atracón (porcentajes). España, 2008-2010.

	2008	2010
Prevalencia de <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años que han consumido en el mismo periodo	64,4	66,5
Prevalencia de <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años	41,4	36,7

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En este último grupo, al igual que ocurre para el indicador borracheras, las prevalencias de *binge drinking* en los últimos 30 días aumentan conforme avanza la edad (57,1% a los 14 años; 64,9% a los 15; 65,1% a los 16; 70,6% a los 17 años y 74,9% a los 18 años). Sin embargo, para este indicador, se obtienen prevalencias mayores en chicos, por lo general. El hecho de que las mujeres muestren mayores prevalencias de borracheras que los hombres y se registren en ellos cifras más elevadas de prevalencia de *binge drinking*, siendo ambos patrones de consumo de tipo intensivo, podría ser debido a diferentes causas (subjetividad o falta de adecuación de las preguntas utilizadas para valorar estos indicadores, etc.), cuya discusión excede los objetivos de este informe pero que, desde luego, hace necesario un análisis más profundo del tema.

Entre los jóvenes que realizaron *binge drinking* en el último mes en 2010, el 32,8% lo realizó 4 días o más durante los últimos 30 días.

En 2010, los estudiantes consumieron alcohol sobre todo en bares o pubs (66,3% de los consumidores en los últimos 30 días), en espacios abiertos, como calles, plazas o parques (64,1%) o en discotecas (57,5%). Con respecto a los lugares donde los estudiantes consiguieron, con más frecuencia, bebidas alcohólicas fueron bares o pubs (52,1%), discotecas (43,5%) y supermercados (49,3%).

El consumo se concentra, como viene siendo habitual, durante el fin de semana: 71,4% de los y las jóvenes consumieron alcohol alguna vez durante el viernes, sábado y/o domingo (en los últimos 30 días) frente al 27,1% que consumió alcohol alguna vez en días laborables de lunes a jueves (durante el mismo periodo). En el fin de semana, la prevalencia de consumo es ligeramente mayor en las chicas, en particular en el caso de los combinados y los licores de frutas. En cambio, durante los días laborables, la prevalencia de consumo es superior en los chicos, para todos los tipos de bebida considerados.

Los combinados/cubatas son la bebida preferida por la mayoría (76%) de los consumidores de fin de semana, seguidos de la cerveza (45,3%). Durante los días laborables, esta situación se invierte y la cerveza es la bebida alcohólica preferida por el 20,7% de los consumidores, seguida de los combinados/cubatas (15,5%).

Generalizando para el total de la población de 14 a 18 años, obtenemos los resultados que se muestran en la Tabla 1.2.18.

Entre las conductas/comportamientos de riesgo asociadas al consumo de bebidas alcohólicas se encuentra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol. En 2010 un 21,3% de los estudiantes de 14-18 años reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol, observándose un descenso de 3,3 puntos porcentuales con respecto a 2008 (24,6%). Esta cifra aumenta con la edad y alcanza el 31,9% entre los y las estudiantes de 18 años (34,5% en 2008).

Además, en 2010, el 7,3% (11,5% chicos y 3,3% chicas) de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol (frente al 9,5% en 2008), cifra que ascendía a un 12,8% en los estudiantes de 18 años (12,5% en 2008).

Tabla 1.2.18. 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, 1996-2010.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Consumo en días laborables								
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días								
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3	5,8	5,2
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8	15,0	13,7
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0	4,1	3,6
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4	10,6	10,2
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5	5,5	5,3
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6	6,6	5,3
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días								
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2	0,4	0,4
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8	1,7	1,4
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5	0,4
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4	1,2	1,1
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,7	0,3
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2	0,6	0,5
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
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9	28,6	30,0
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3	8,4	9,4
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6	54,0	50,3
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0	25,1	18,3
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6	20,8	23,7
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días								
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5	4,6	6,9
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6	13,4	16,5
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5	2,9	4,8
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8	28,1	25,4
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5	9,3	8,3
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8	5,5	5,2

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de hipnosedantes (tranquilizantes o pastillas para dormir)

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

En 2010, el 18,0% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) alguna vez en la vida, el 9,8% lo había hecho en el último año y el 5,2% lo hizo en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior, con cifras de 10,4%, 5,6% y 3,0% respectivamente (Tabla 1.2.19). Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo (tanto si es por prescripción médica como si se considera el consumo sin receta) está más extendido entre las chicas que entre los chicos (Tabla 1.2.19).

Tabla 1.2.19. Características generales del consumo de hipnosedantes* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
Prevalencia uso hipnosedantes con/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
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3
Edad media al inicio del consumo de hipnosedantes (años)	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,6	14,3	13,3	14,2
Sin																	13,7	14,4
Prevalencia uso de hipnosedantes sin receta últimos 12 meses	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7
Prevalencia uso hipnosedantes sin receta en últimos 30 días	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6
Frecuencia uso hipnosedantes sin receta en últimos 30 días																		
Nunca	98,1	96,7	98,5	97,1	98,5	97,0	98,3	96,6	98,3	96,9	98,2	97,0	98,0	97,1	95,9	93,8	97,7	96,3
1 a 2 días	1,3	2,1	1,1	1,9	1,0	2,1	1,0	2,2	1,1	2,0	1,0	2,0	1,2	2,0	2,2	3,6	1,2	2,2
3 a 5 días	0,3	0,7	0,2	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,3	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,8	1,2	0,6	0,9
6 a 9 días	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2
10 a 19 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3

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

* “Tranquilizantes y/o somníferos, con/sin receta médica o sin receta médica, según se especifique.”

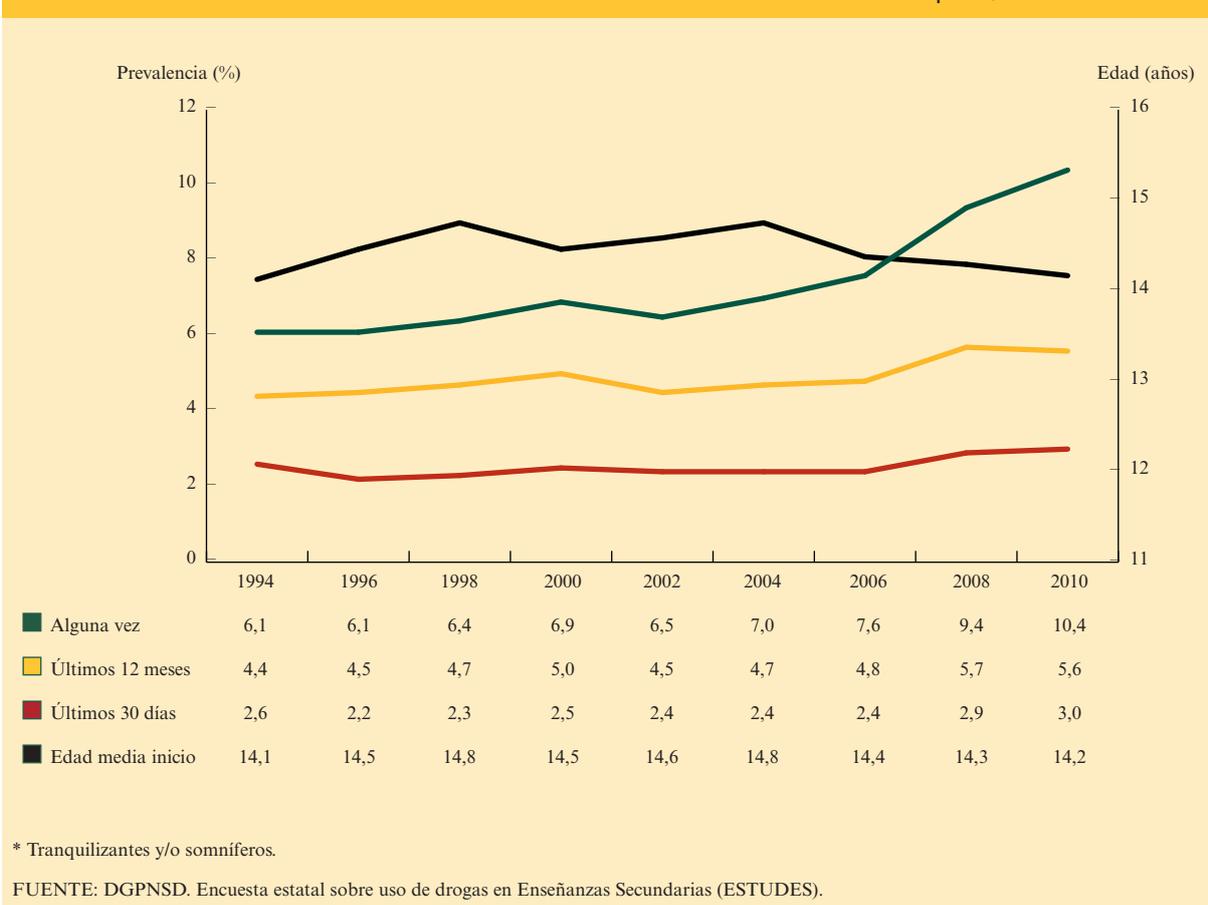
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La edad media en que los estudiantes comienzan a consumir tranquilizantes o pastillas para dormir (con o sin receta médica) fue de 13,8 años (13,3 para los chicos y 14,2 para las chicas). La edad media de inicio en el consumo para los tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta fue ligeramente superior (14,2) y, de nuevo, algo más precoz en chicos (13,7 para los chicos y 14,4 para las chicas). La frecuencia de consumo era esporádica: más de la mitad de los que habían consumido tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta alguna vez en los últimos 30 días, lo habían hecho sólo uno o dos días durante este periodo.

Las prevalencias de consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (ya sea con/sin receta médica o sin receta médica) aumentan progresivamente con la edad, tanto en chicas como en chicos. Así, por ejemplo, con respecto al consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir con/sin receta, la prevalencia de consumo en el último año en chicas alcanzó el 20,9% a los 18 años frente al 9,5% en las de 14 años. Para los chicos, estas cifras fueron del 9,8% a los 18 años frente al 6,2% a los 14 años.

En cuanto a la evolución observada con respecto a años anteriores, la Figura 1.2.5 muestra una estabilización de la extensión del consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta en 2010, en niveles muy similares a los obtenidos en ESTUDES 2008. Este último año, supuso el inicio de una tendencia ascendente con respecto a los consumos correspondientes al periodo 1994-2006 en que se habían mantenido bastante estables. La edad media de inicio continúa rondando los 14 años de edad, como en anteriores ediciones. Esta evolución es similar para ambos sexos (Tabla 1.2.19).

Figura 1.2.5. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta* (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



■ Consumo de cannabis

Las preguntas del cuestionario de la encuesta ESTUDES 2010 que hacen referencia al consumo de cannabis incluyen otras denominaciones tales como "hachís", "marihuana", "hierba", "chocolate", "porro", "costo" y "aceite de hachís".

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2010, el 33% lo había consumido alguna vez en la vida, el 26,4 % en el último año y el 17,2 % en los últimos 30 días.

Se confirma, por tanto, la tendencia descendente de la extensión del consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años que se inició a partir de 2004. Aunque las cifras parecieron estabilizarse en 2008, en esta edición de ESTUDES 2010, los tres indicadores temporales (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días) muestran cifras más bajas. Durante los últimos 6 años (2004-2010) las prevalencias de consumo de cannabis han descendido aproximadamente 9 puntos porcentuales (de 42,7% a 33%; de 36,6% a 26,4% y de 25,1% a 17,2% para los indicadores alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, respectivamente) y se sitúan, en 2010, en niveles muy similares a los obtenidos en 1998 (29,5%, 25,7% y 17,2%) (Figura 1.2.6).

La prevalencia de consumo diario es de un 3% (4,3% en chicos y 1,8% en chicas).

El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana (con la excepción de los inhalables volátiles). Tal y como se observa en la Figura 1.2.6, la edad de inicio del consumo de cannabis en este grupo etario (14 a 18 años) se ha mantenido estable (14,7 años) en los últimos años y es similar en ambos sexos.

Figura 1.2.6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y la edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.

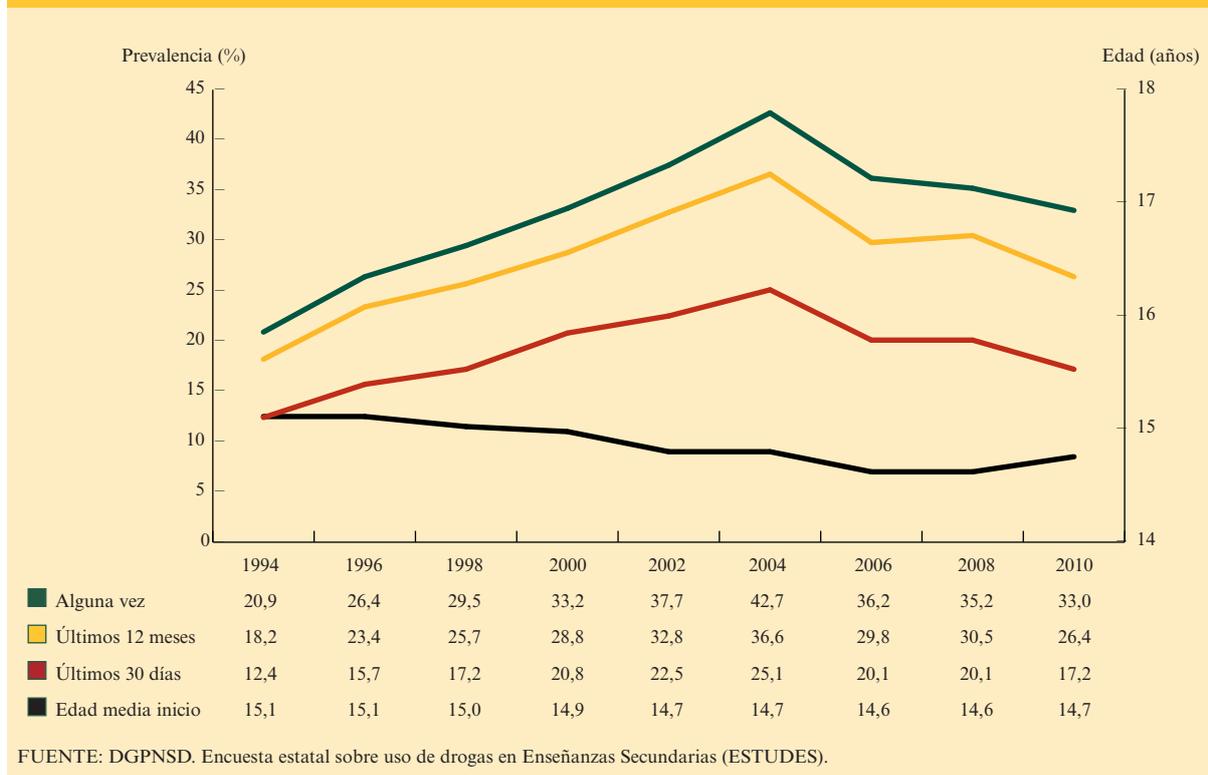
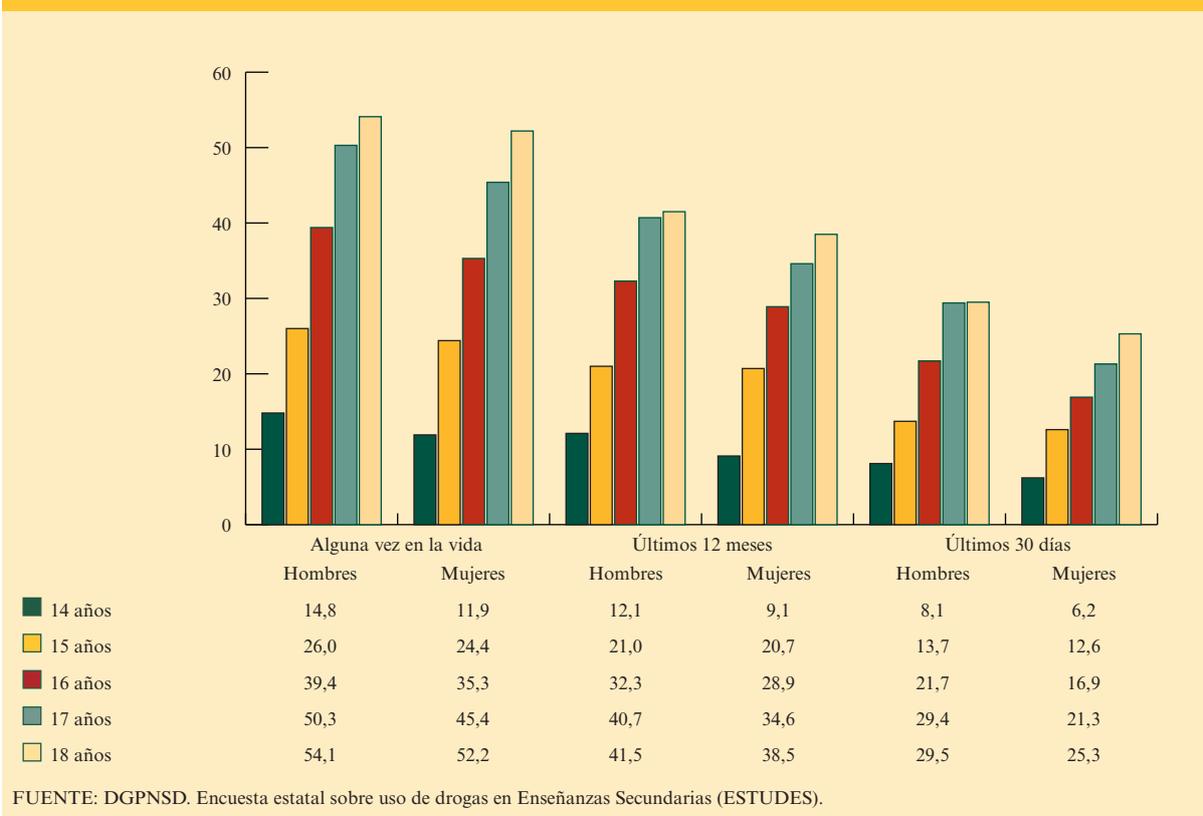


Figura 1.2.7. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2010.



Al igual que en ediciones anteriores de la encuesta, el consumo muestra mayor extensión en los chicos que en las chicas, para los tres indicadores temporales considerados (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), si bien esta diferencia a favor de los chicos no es tan acusada como ocurre con el consumo de otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, etc.). En 2010, se observa una disminución de la brecha entre la extensión de los consumos en los chicos y en las chicas con respecto a los resultados obtenidos en años anteriores que, sin embargo, sigue siendo evidente en los consumos de mayor intensidad o frecuencia, en los que la extensión es considerablemente mayor en los chicos.

Para los tres indicadores considerados, las prevalencias de consumo son mayores a medida que aumenta la edad de los encuestados tanto para chicos como para chicas. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y lo 15 años (Figura 1.2.7).

En 2010, a los 18 años, un tercio de los estudiantes consumidores de cannabis lo había consumido en el último mes y, de éstos, un 38,9% lo había hecho más de 10 días durante ese período.

Por último, en 2010 y, a pesar de los descensos de las prevalencias de consumo, no se aprecian variaciones significativas de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años, con respecto a otras ediciones de la encuesta.

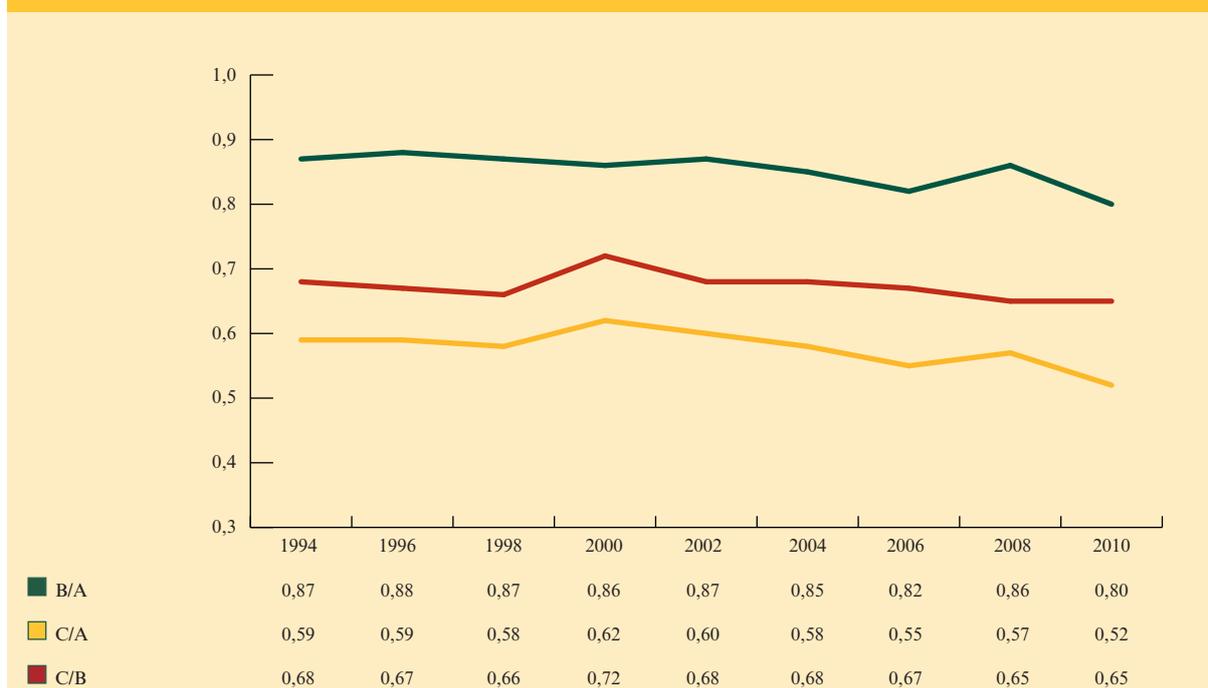
La continuidad en el consumo de cannabis en este grupo de población es elevada, sobre todo si la comparamos con las cifras que se obtienen en la población general (15 a 64 años) y se debe, en parte, a que los intervalos temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días) están muy próximos o casi se solapan a esta edad, en que el historial de consumo es corto. En 2010, el 80% de los estudiantes de 14 a 18 años que habían probado esta droga alguna vez en la vida, la había consumido también en los últimos 12 meses (B/A) y, aproximadamente, la mitad la consumieron también en los últimos 30 días (C/A) (Figura 1.2.8 y Tabla 1.2.21).

Tabla 1.2.20. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según frecuencia de consumo, edad y sexo (%). España, 2010.

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más
Total	82,5	4,3	2,5	2,0	1,8	1,8	2,0	3,0
Sexo								
Hombres	80,3	4,2	2,7	1,9	2,0	2,2	2,5	4,3
Mujeres	84,7	4,4	2,4	2,0	1,7	1,4	1,6	1,8
Edad								
14 años	92,8	2,3	1,4	0,7	0,7	0,7	0,5	0,9
15 años	86,6	3,8	2,2	1,7	1,2	1,3	1,4	1,7
16 años	80,4	5,0	2,9	2,4	2,2	1,9	2,1	3,1
17 años	74,4	5,9	3,1	2,4	2,7	2,8	3,5	5,2
18 años	71,9	4,3	3,7	3,1	3,2	2,8	3,8	7,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.8. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



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

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

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.21. Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.22. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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																	
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1
Edad media de inicio del consumo de cannabis (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8
Prevalencia de consumo de cannabis en últimos 12 meses	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3
Frecuencia de consumo de cannabis en últimos 30 días																		
Nunca	84,9	90,2	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7
1 a 2 días	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8
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
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
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
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

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

ESTUDES incluyó en su edición de 2010 un módulo para explorar los consumos de nuevas drogas, una de las cuales se encuentra relacionada con el cannabis. Se trata del *Spice* que, entre otras sustancias, contiene cannabinoides sintéticos que producen efectos similares a los del cannabis. Hasta el momento actual, la venta, adquisición y consumo de este tipo de productos es legal. El estudio de esta sustancia mostró que, en España, el 70,4% de los que habían consumido *Spice* alguna vez en la vida, habían consumido también cannabis en el último mes. Este porcentaje es similar a los obtenidos por otros países europeos.

Para estimar qué proporción de consumidores de cannabis realizan consumos que, por sus características, frecuencia, o efectos sobre su salud o sus actividades diarias, pudieran ser considerados como problemáticos, la encuesta ESTUDES 2010, ha incluido varias escalas de medida de consumo problemático con el fin de valorar cuál de ellas identifica más eficazmente los consumos problemáticos de cannabis y poder así validarlas. La inclusión de estas escalas forma parte de un estudio en diferentes países de la Unión Europea, promovido y coordinado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), cuyos resultados serán publicados próximamente.

■ Consumo de cocaína

La cocaína es, después del cannabis y de los hipnosedantes, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. Un 3,9% la ha probado alguna vez en la vida, un 2,6% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 1,5% en el último mes. Estos datos corresponden al conjunto de clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo) y cocaína base aunque los estudiantes de Secundaria en España consumen mayoritariamente cocaína en polvo: el 3,2% alguna vez en la vida; el 2% en el último año y el 1,2% en los 30 días anteriores a ser encuestados.

La extensión del consumo de cocaína es mayor en los chicos que en las chicas, tanto si nos referimos a la cocaína en polvo como a la cocaína en forma de base y para los tres indicadores temporales de consumo. El consumo aumenta con la edad en ambos sexos, siendo a partir de los 16 años cuando se registra un aumento de la prevalencia del consumo que alcanza sus valores más elevados a los 17 y 18 años.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 14,9 años en 2010, adelantándose 4 décimas con respecto a la cifra obtenida en 2008. El consumo de cocaína base se inicia algo antes (14,6 años) que el de cocaína en polvo (15,4 años).

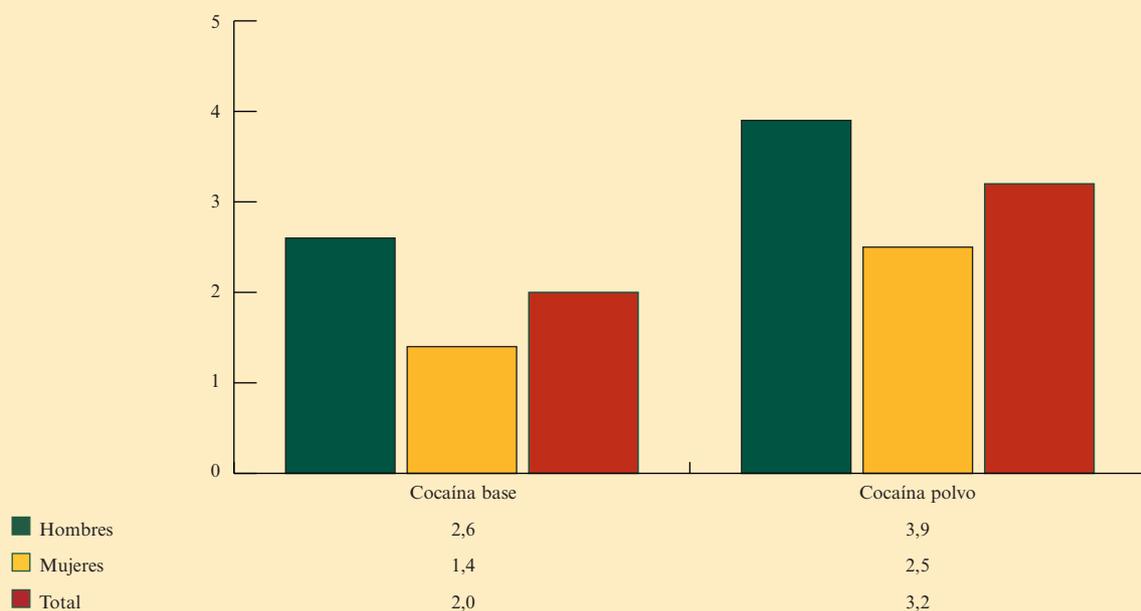
Tabla 1.2.23. Características generales del consumo de cocaína (general) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0
Edad media al inicio del consumo de cocaína (años)	15,7	15,5	15,9	15,9	15,9	15,7	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7	15,4	15,4	15,3	15,2	14,7	15,0
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 12 meses	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 30 días	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8
Frecuencia de consumo de cocaína en últimos 30 días																		
Nunca	98,6	99,3	97,9	98,8	96,8	98,2	96,6	98,5	96,3	97,2	94,9	97,4	96,9	98,4	97,2	98,3	98,2	99,3
1 a 2 días	0,9	0,4	1,5	0,8	1,8	1,0	2,5	1,1	2,3	2,1	3,1	1,7	1,6	1,0	1,3	0,6	0,8	0,4
3 a 5 días	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,2	0,9	0,5	1,0	0,5	0,7	0,3	0,7	0,3	0,3	0,0
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
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
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

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

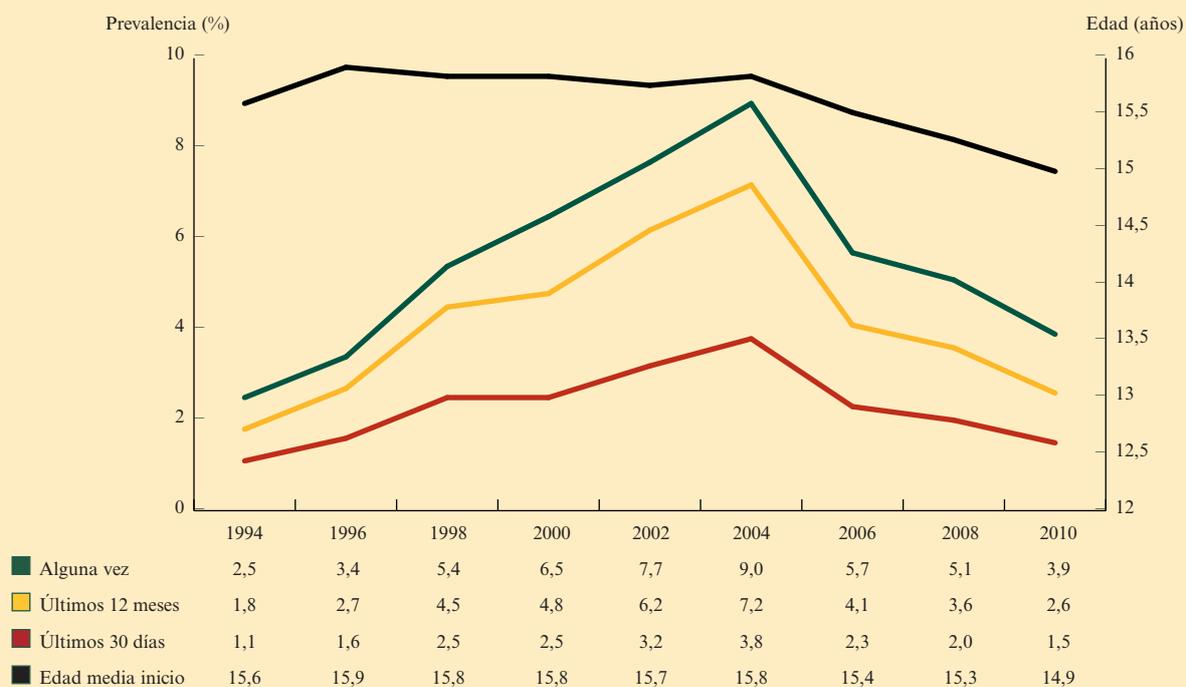
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.9. Prevalencia de consumo de cocaína (base y polvo) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.10. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (general) (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Estos datos nos informan de un descenso importante del consumo de cocaína en 2010 entre los estudiantes de 14 a 18 años, consolidando la tendencia iniciada en 2006. Este descenso se ha producido en ambos sexos y para todas las edades, sobre todo en los 17 y 18 años en los que, por otra parte, vienen registrándose los consumos más elevados.

■ Consumo de éxtasis

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

En 2010 un 2,5% de los estudiantes de Secundaria había probado esta sustancia alguna vez en la vida, un 1,7% lo había consumido en el último año y un 1,0% en el último mes. Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2002 para todas las frecuencias de consumo y tanto en chicos como en chicas. Las cifras en esta ocasión son las más bajas encontradas desde el comienzo de las encuestas.

Como en otras sustancias ilegales, la extensión del consumo es mayor entre los chicos que entre las chicas, si bien el descenso del consumo en 2010 es más acusado entre los chicos que entre las chicas. En los últimos 30 días, el porcentaje de chicos que han consumido éxtasis es del 1,3% frente al 0,6% de chicas. Al igual que ocurre con otras drogas, se trata de un consumo fundamentalmente de carácter esporádico. De forma similar a lo que sucede con los alucinógenos, el consumo de éxtasis está fuertemente vinculado a la edad, siendo considerablemente más prevalente entre los estudiantes de 17 y 18 años de edad. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 15,3 años, muy próxima a la de anfetaminas y alucinógenos.

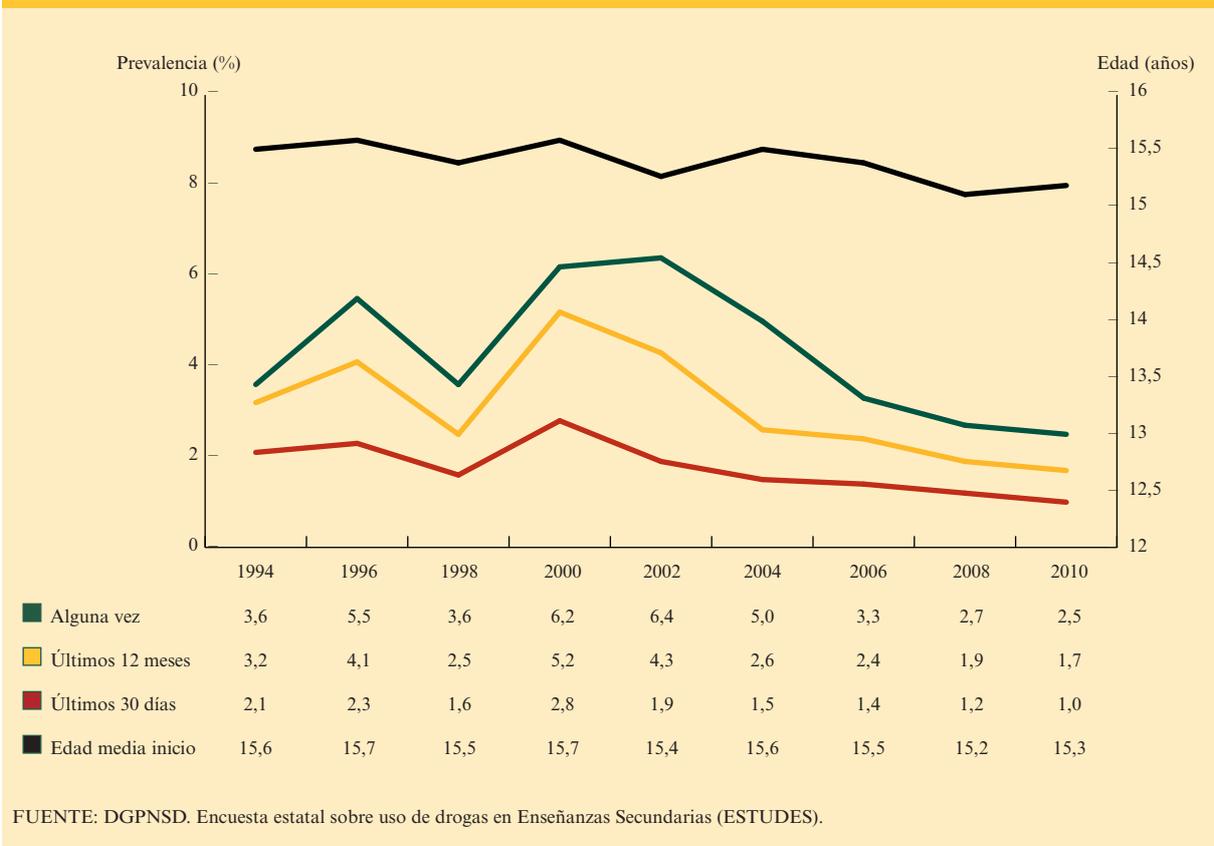
Tabla 1.2.24. Características generales del consumo de éxtasis* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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																	
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida	4,7 2,5 6,1 4,8 4,0 3,2 7,6 4,8 7,0 5,8 6,0 3,9 4,2 2,5 3,5 2,0 3,2 1,9																	
Edad media al inicio del consumo de éxtasis (años)	15,7 15,5 15,6 15,7 15,5 15,5 15,9 15,4 15,4 15,3 15,7 15,4 15,4 15,5 15,2 15,2 15,2 15,4																	
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 12 meses	4,2 2,2 4,8 3,5 2,9 2,1 6,4 3,9 4,7 3,8 3,3 1,9 3,2 1,7 2,6 1,3 2,2 1,2																	
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días	2,9 1,4 2,8 1,9 1,9 1,3 3,8 1,7 2,1 1,6 1,9 1,0 2,1 0,7 1,5 0,6 1,3 0,6																	
Frecuencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días																		
Nunca	97,1	98,6	97,2	98,1	98,1	98,7	96,2	98,3	97,9	98,4	98,1	99,0	97,8	99,3	98,4	99,4	98,6	99,4
1 a 2 días	1,6	1,0	1,3	1,2	1,0	0,6	2,2	1,3	1,6	1,1	1,0	0,7	1,4	0,4	0,8	0,4	0,8	0,3
3 a 5 días	0,6	0,2	0,7	0,4	0,3	0,3	1,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
6 a 9 días	0,4	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
*Éxtasis u otras drogas de síntesis.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.11. Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



Consumo de anfetaminas

En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de “speed”, “anfetaminas”, “anfetas”, “metanfetamina” y “ice”.

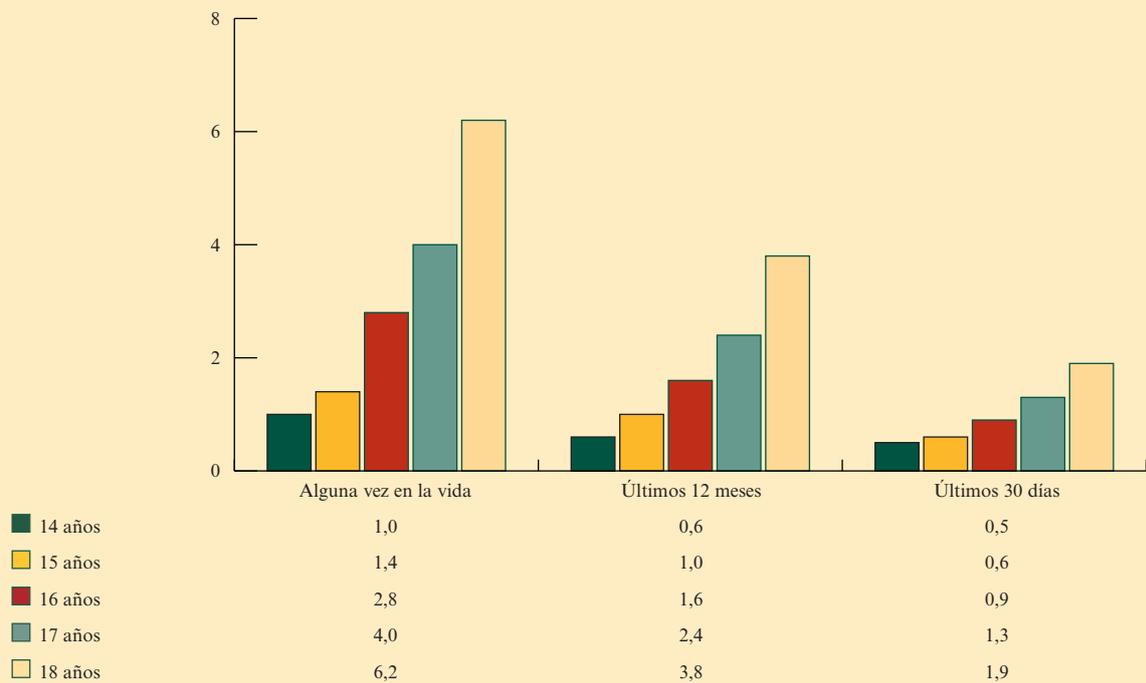
En 2010 se mantienen las similitudes del consumo de estos psicoestimulantes con el consumo de éxtasis, ya apuntadas en ediciones anteriores de la encuesta. El 2,6% de los estudiantes de 14 a 18 años las había probado alguna vez en la vida, el 1,6% las había consumido en el último año y un 0,9% lo hizo en el último mes.

La prevalencia de consumo sigue siendo más elevada entre los chicos que entre las chicas y se incrementa con la edad, alcanzando los valores más altos a los 17 y 18 años. Se trata de un consumo más bien de tipo esporádico (Figura 1.2.12).

La edad de inicio en el consumo se sitúa en los 15,5 años, similar en ambos sexos y sin apenas variaciones con respecto a ediciones anteriores de la encuesta.

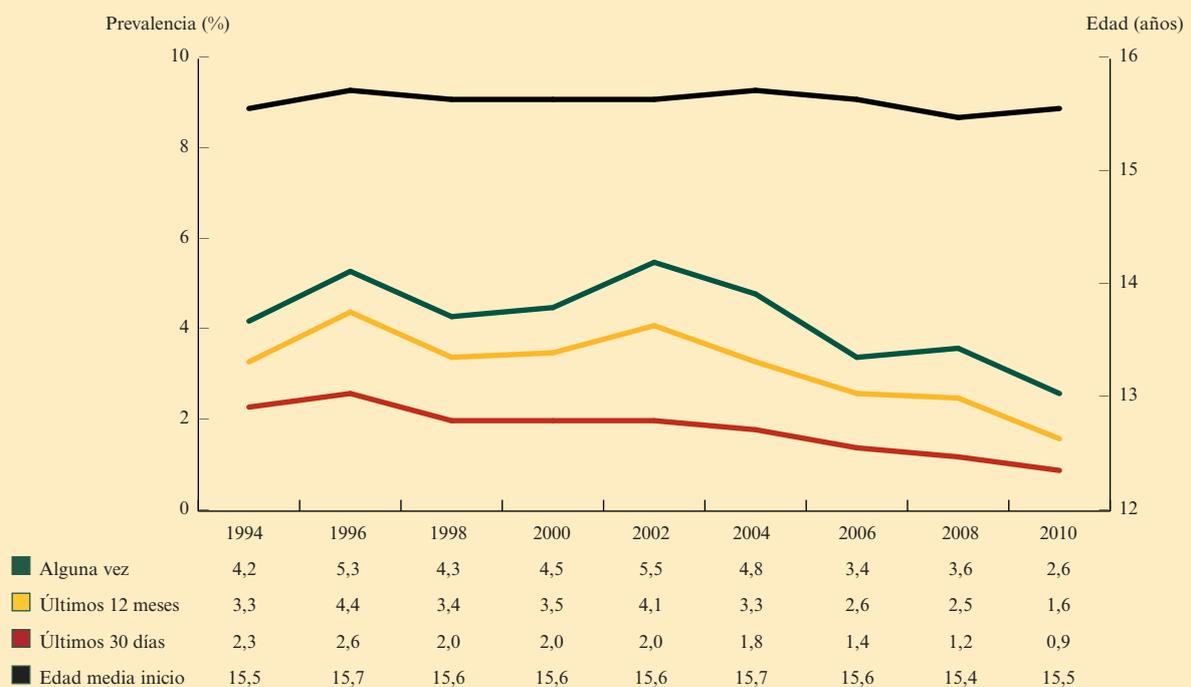
En 2010, la extensión del consumo de anfetaminas mantiene la tendencia descendente iniciada en 2004 (Figura 1.2.13). Este descenso se produce en los tres indicadores temporales y es más acusada entre los chicos.

Figura 1.2.12. Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.13. Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.25. Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,6	2,8	3,4	1,8
Edad media al inicio del consumo de anfetaminas (años)	15,5	15,4	15,7	15,7	15,7	15,5	15,7	15,3	15,6	15,5	15,8	15,6	15,6	15,5	15,4	15,4	15,5	15,6
Prevalencia de consumo de anfetaminas en últimos 12 meses	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,0	1,9	2,2	1,0
Prevalencia de consumo de anfetaminas en últimos 30 días	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,7	0,7	1,3	0,5
Frecuencia de consumo de anfetaminas en últimos 30 días																		
Nunca	44,8	49,8	51,8	52,0	51,1	53,1	55,1	59,1	57,9	66,8	97,3	99,0	98,0	99,0	97,4	99,2	98,6	99,5
1 a 2 días	32,7	33,6	31,5	29,0	29,5	29,9	31,6	27,4	30,1	23,6	1,3	0,6	1,0	0,6	0,8	0,4	0,6	0,3
3 a 5 días	10,6	8,9	8,8	12,5	8,4	8,9	7,0	9,7	5,9	6,1	0,6	0,2	0,4	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1
6 a 9 días	7,0	3,7	5,5	4,5	5,3	3,9	0,9	1,9	3,7	2,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
10 a 19 días	3,1	2,3	0,7	0,7	2,8	1,8	4,3	0,5	1,3	1,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	1,8	1,6	1,8	1,3	2,9	2,4	1,1	1,3	1,0	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de heroína

En el cuestionario se hace referencia al consumo de heroína como tal y, además, con los términos de “caballo” y “jaco”. La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años (con la excepción de varias de las sustancias incluidas en el módulo de nuevas drogas del que se habla en otro apartado de este informe).

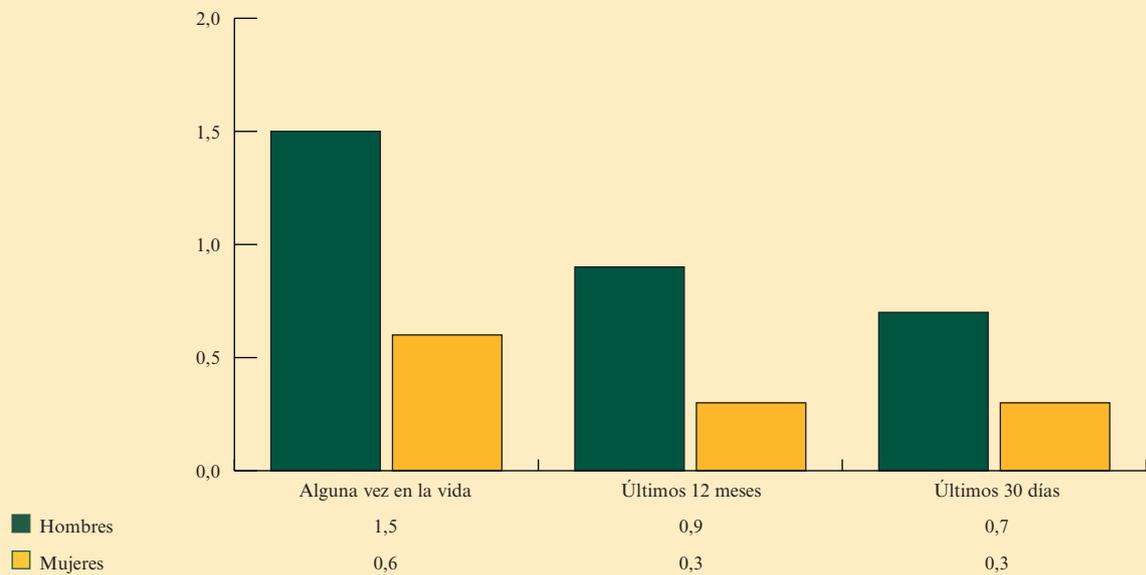
En 2010, el 1% la había probado alguna vez en la vida, el 0,6% la había consumido en el último año y un 0,5% durante el mes previo a la encuesta. El porcentaje de consumidores entre los chicos fue superior al observado en el grupo de las chicas, obteniendo prevalencias de consumo muy bajas: 0,6% (alguna vez en la vida), 0,3% (último año) y 0,3% (último mes), frente al 1,5%, 0,9% y 0,7% respectivamente en los chicos (Figura 1.2.14).

Respecto a las diferencias de consumo por edad, los 18 años es la edad en la que la extensión del consumo es mayor, si bien los valores son muy próximos a los que se observan a los 16 años de edad. (Figura 1.2.15).

La edad media de inicio en el consumo es de 14,4 años, ligeramente más tardía que la registrada en 2008 (14,3 años). Los chicos inician el consumo (14,2) algo antes que las chicas (14,7). La edad de inicio en el consumo de heroína sigue siendo más tardía que las edades de inicio en el consumo de otras drogas (cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) y es muy similar a la de inicio del consumo de cannabis (14,7 años).

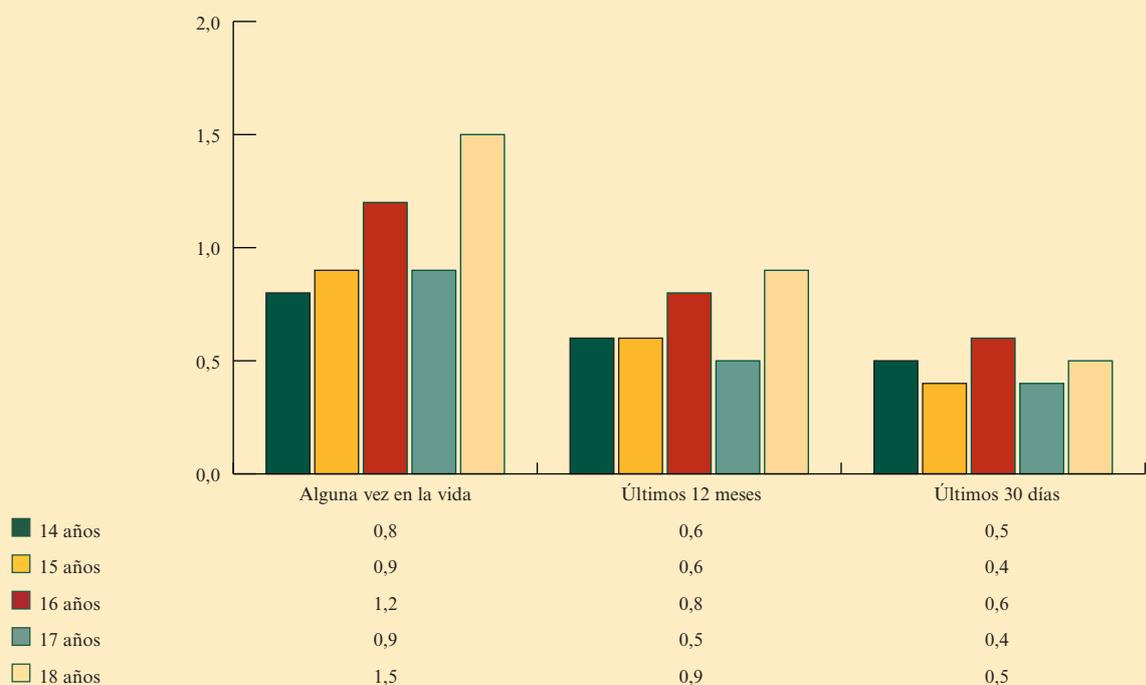
En 2010, se aprecia un pequeño aumento del consumo experimental de heroína tanto entre chicos como entre chicas y descienden las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los chicos. Las prevalencias de consumo de las chicas están estabilizadas (Figura 1.2.16).

Figura 1.2.14. Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.15. Prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.16. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010.

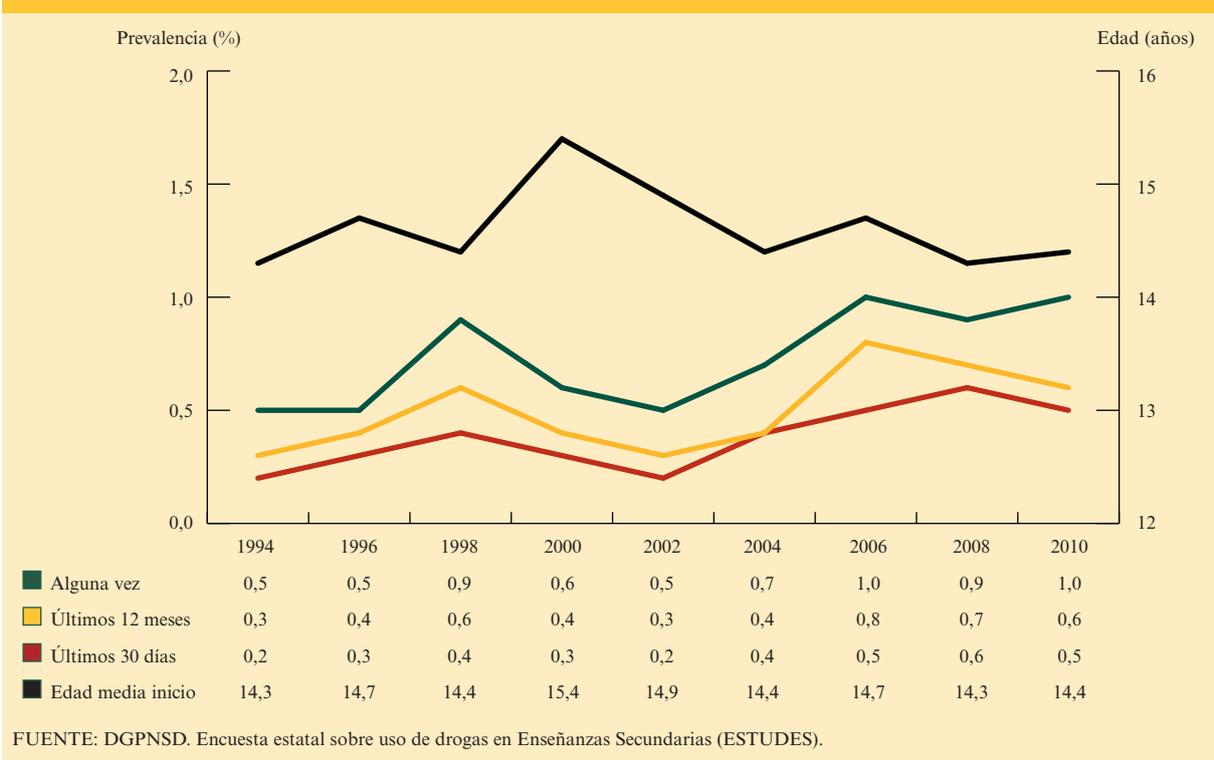


Tabla 1.2.26. Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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																	
Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4	1,5	0,6
Edad media al inicio del consumo de heroína (años)	14,4	14,1	14,6	15,1	14,0	15,1	15,5	15,1	14,9	14,8	14,2	15,0	14,5	14,7	14,3	14,2	14,2	14,7
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 12 meses	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 30 días	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,9	0,3	0,7	0,3
Frecuencia de consumo de heroína en últimos 30 días																		
Nunca	99,6	99,9	99,6	99,9	99,4	99,8	99,5	99,9	99,7	99,8	99,3	99,9	99,0	99,8	98,4	99,5	99,3	99,7
1 a 2 días	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1
3 a 5 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
6 a 9 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
10 a 19 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de inhalables volátiles

El cuestionario incluye expresamente bajo esta denominación los términos “cola”, “pegamento”, “disolvente”, “poppers”, “nitritos” y “gasolina”.

Entre los estudiantes de Secundaria, se mantiene la tendencia descendente del consumo iniciada en 2002. En 2010, el 2,3 % de ellos los había probado alguna vez en la vida, el 1,2% los había consumido en el último año y el 0,8 % en el último mes.

El consumo es mayoritariamente masculino, de tipo esporádico, apreciándose pocas diferencias de consumo según la edad y siendo el grupo de los 16 años el de mayor prevalencia de consumo (Figura 1.2.17).

La edad de inicio en el 2010 se sitúa en los 13,2 años, convirtiéndose en la droga de inicio más precoz, anterior incluso a la del tabaco.

Figura 1.2.17. Prevalencia de consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.



Tabla 1.2.27. Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles alguna vez en la vida	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,2	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7
Edad media al inicio del consumo de sustancias volátiles (años)	13,8	12,4	13,9	13,3	13,7	13,0	14,0	13,7	14,3	14,2	13,9	14,1	13,8	13,4	13,6	14,2	13,1	13,2
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 12 meses	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,7	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8
Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 30 días	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5
Frecuencia de consumo de sustancias volátiles en últimos 30 días																		
Nunca	98,5	99,2	98,5	99,0	97,8	98,5	98,2	98,9	98,5	99,2	98,4	99,3	98,2	99,4	97,7	99,1	98,8	99,5
1 a 2 días	0,8	0,5	0,9	0,8	1,1	1,0	1,3	0,7	1,0	0,5	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,3	0,6	0,2
3 a 5 días	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Consumo de alucinógenos

En el cuestionario se hace referencia al consumo de alucinógenos incluyendo en ellos una serie de sustancias como “LSD”, “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, “ketamina”, “special-K”, “ketolar” e “imalgene”.

En 2010, un 3,5% de los estudiantes de Secundaria los había probado alguna vez en la vida, el 2,1% lo había hecho en el último año y el 1% en los últimos 30 días. Es importante destacar la caída de las prevalencias de consumo para todas las frecuencias de consumo siendo los de esta edición de la encuesta ESTUDES los valores más bajos obtenidos desde 1994. La extensión del consumo entre los chicos es más del doble que entre las chicas.

La edad es un factor determinante al igual que para otras sustancias y es llamativa la diferencia de las cifras de prevalencia a medida que aumenta la edad (Figura 1.2.18).

La edad media de inicio se sitúa en los 15,4 años, siendo similar en ambos sexos. La edad de inicio se mantiene estable desde el 2006.

Figura 1.2.18. Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010.

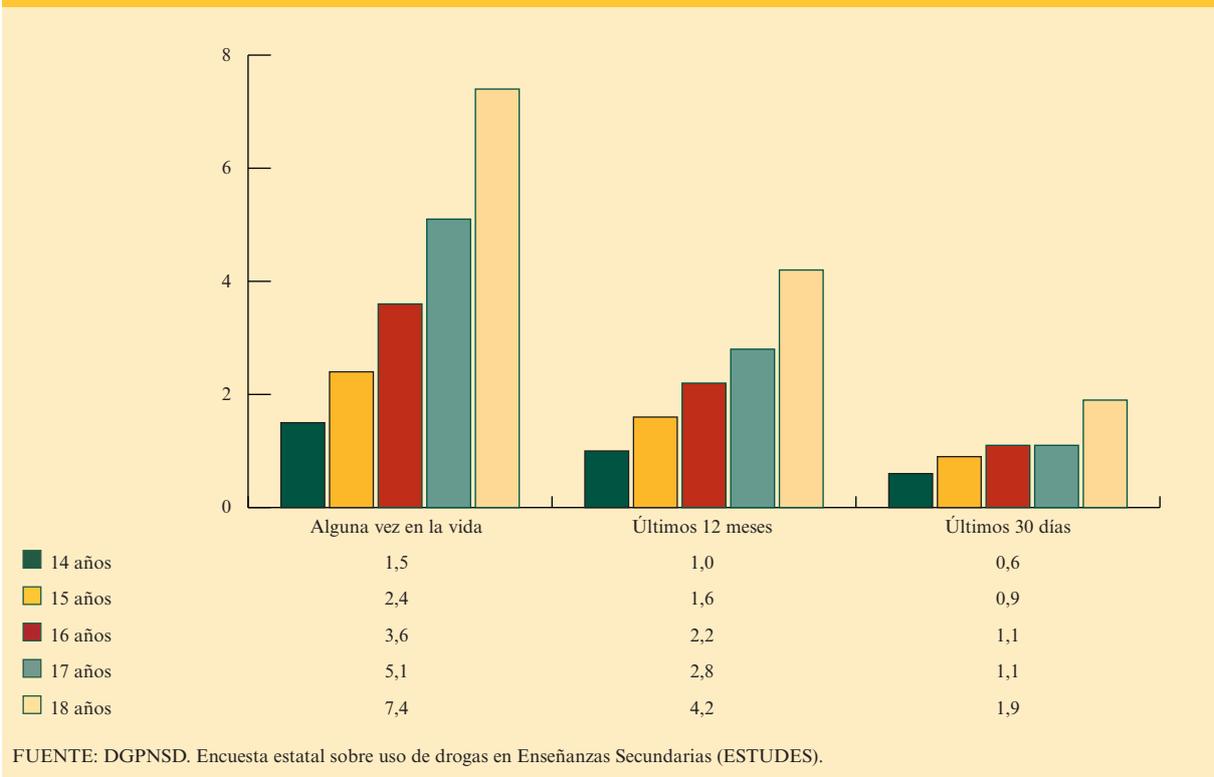


Tabla 1.2.28. Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	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
Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4
Edad media al inicio del consumo de alucinógenos (años)	15,4	15,4	15,6	15,6	15,5	15,4	15,6	15,3	15,6	15,4	15,8	15,7	15,5	15,5	15,4	15,2	15,3	15,4
Prevalencia de consumo de alucinógenos en últimos 12 meses	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3
Prevalencia de consumo de alucinógenos en últimos 30 días	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6
Frecuencia de consumo de alucinógenos en últimos 30 días																		
Nunca	96,4	98,3	96,2	98,1	97,4	98,5	97,4	98,7	98,2	99,3	97,7	99,3	97,9	99,2	97,4	98,9	98,5	99,4
1 a 2 días	2,4	1,2	2,3	1,4	1,7	1,1	1,7	1,1	1,3	0,6	1,5	0,5	1,2	0,5	1,0	0,4	0,8	0,4
3 a 5 días	0,7	0,3	0,9	0,2	0,5	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0
6 a 9 días	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0
10 a 19 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Policonsumo

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente en el escenario del consumo de sustancias psicoactivas en España, tanto en la población general de 15 a 64 años como entre los estudiantes de 14 a 18 años.

La Organización Mundial de la Salud define el término “policonsumo” como el consumo de más de una sustancia o tipo de sustancias, simultáneo o no, que produce dependencia de, al menos una de ellas. Definir el tipo de consumos que pueden ser incluidos bajo el término “policonsumo” resulta, en general, complicado pero lo es aún más en un grupo poblacional concreto como es el de los estudiantes de 14 a 18 años, debido a que a esta edad, la mayoría de los consumos se producen durante los momentos de ocio (fiestas y fines de semana) y tienen carácter más bien episódico, por lo que el riesgo de dependencia, aunque existe, es menor que cuando se realizan consumos más continuados.

En cualquier caso, el policonsumo busca potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas o, simplemente, experimentar nuevas sensaciones. Con independencia de su finalidad, aumenta claramente los riesgos y los problemas sanitarios y sociales asociados al consumo y dificulta su tratamiento. Por ello, conocer el policonsumo e identificar patrones específicos de consumo permite orientar el diseño de intervenciones adecuadas a la realidad cambiante del consumo de sustancias psicoactivas.

El análisis del número de las sustancias consumidas por aquellos encuestados que reconocen haber consumido alguna de las sustancias por las que se pregunta en ESTUDES 2010 pone de manifiesto que, a pesar de que el 31,3% de los estudiantes de 14 a 18 años consumió sólo una sustancia durante el año anterior a la realización de la encuesta, el 39,4% realizó policonsumo de dos o más sustancias. Este porcentaje se reduce al 29,3% si se considera el consumo durante el último mes. Se consideran sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) e ilegales (cannabis, cocaína, GHB, éxtasis, *speed*-anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles; no se incluyen “nuevas sustancias”) (Tabla 1.2.29).

Del mismo modo, es importante destacar que el 29,3% de los jóvenes de 14 a 18 no ha consumido ninguna sustancia en el último año.

Tabla 1.2.29. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.

	Último año	Últimos 30 días
Una sola sustancia	31,3	33,5
Dos sustancias	16,6	15,3
Tres sustancias	16,4	11,2
Cuatro sustancias	3,9	1,5
Cinco o más sustancias	2,5	1,3

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Si se establece diferenciación entre el consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) y el de ilegales, se observa que:

- El 56% de los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido alguna sustancia (legal o ilegal) en los 12 últimos meses consume sólo sustancias legales, mientras que sólo el 3,5% de los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido alguna sustancia en los 12 últimos meses, consume únicamente sustancias ilegales. Por tanto, el 40,5% de los estudiantes de 14 a 18 años que consumieron alguna sustancia en los últimos 12 meses consumió ambos tipos de drogas (legales e ilegales).
- A su vez, entre los que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 39,5% consume además una o más sustancias ilegales y, entre los que consumen tabaco (durante el mismo periodo), el 64,3% consume además una o más sustancias ilegales, asociándose principalmente al consumo de cannabis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la prevalencia de consumo de alcohol es mucho más elevada que la del consumo de tabaco y ello hace que parezca que el consumo de alcohol se asocia al policonsumo de otras sustancias en un menor número de estudiantes de 14 a 18 años que en el caso del tabaco, pero no es así.
- Entre los que consumen sólo sustancias ilegales (se excluyen hipnosedantes sin receta médica), el 67,5% consume sólo una sustancia, el 25,2% dos sustancias, el 4,7% tres sustancias y el 2,7% cuatro o más sustancias.

El análisis de las combinaciones de sustancias consumidas (en función del consumo en el último año de una sustancia determinada) permite obtener información interesante sobre los diferentes patrones del policonsumo (Tabla 1.2.30):

- El alcohol está presente en la mayoría de los policonsumidores (valores superiores al 80% en todas las sustancias).
- Entre los que consumen tres sustancias, las sustancias que aparecen con mayor frecuencia son el alcohol, el tabaco y el cannabis (por este orden de frecuencias).
- Entre los que consumen cuatro sustancias, las sustancias que aparecen con mayor frecuencia son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína en polvo (por este orden de frecuencias).
- Las sustancias tipo psicoestimulantes (éxtasis, anfetaminas) y también los alucinógenos presentan altos porcentajes de consumo de otras sustancias, lo que puede hacer pensar que son sustancias de consumo ocasional, “añadidas” como consumos secundarios o complementarios a otras sustancias y no como sustancias principales, es decir, se consumen cuando ya se consumen otras sustancias.
- Los hipnosedantes ocupan el tercer puesto en prevalencia de consumo cuando se consideran consumos independientes pero pierden importancia en cuanto aparecen otras sustancias.

En un intento por analizar el fenómeno del policonsumo con algo más de profundidad, se revisan aquí algunos factores que podrían influir en la mayor o menor extensión de este patrón de consumo de sustancias:

1. Sexo: Los datos obtenidos en ESTUDES 2010 muestran que no hay diferencias para el policonsumo en función del sexo, y las pequeñas variaciones que se encuentran apuntan hacia un mayor número de sustancias legales consumidas por las chicas mientras que los chicos las superan en número de sustancias ilegales consumidas, a partir de dos o más ilegales.

Es conocido el hecho de que las mujeres muestran mayores prevalencias de consumo de drogas legales que de ilegales, que muchos atribuyen a la tendencia a evitar la transgresión de las normas en las mujeres. De hecho, las últimas ediciones de las encuestas ESTUDES (14 a 18 años) y EDADES (15

a 64 años) han puesto de manifiesto una progresiva incorporación de las mujeres a los consumos de drogas, preferentemente legales, alcanzando prevalencias de consumo incluso superiores a las de los hombres. Es más, los datos más recientes sitúan la extensión de ciertas patrones de consumo intensivo o de riesgo (emborracharse o fumar a diario) en las mujeres por encima de los valores obtenidos para los hombres, cuando tradicionalmente, los hombres consumían drogas (legales e ilegales) en mayor proporción que las mujeres, con mayor intensidad y con mayor frecuencia. Actualmente, esta brecha a favor de los hombres sólo se mantiene en los consumos de drogas ilegales y habrá que poner atención a los resultados de futuras ediciones de las encuestas para identificar las posibles nuevas tendencias.

Tabla 1.2.30. Relación de consumos de diferentes sustancias (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (porcentajes). Porcentaje de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna). España, 2010.

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Éxtasis	Alucinógenos	Speed	Cocaína base	Cocaína polvo	Cocaína (B/P)	Heroína	I. volátiles	GHB	Tranquilizantes	Tranquil. sin
Tabaco	100,0	97,5	63,3	4,1	5,0	3,8	3,0	5,6	6,4	1,4	2,3	1,5	13,7	9,0
Alcohol	46,1	100,0	38,5	2,4	3,0	2,3	1,8	3,2	3,7	0,9	1,6	1,0	10,9	6,8
Cannabis	77,7	98,7	100,0	5,7	7,1	5,4	4,5	7,8	8,9	2,2	3,3	2,4	15,1	10,1
Éxtasis	79,9	98,5	90,7	100,0	57,3	53,6	37,7	60,8	66,0	26,6	24,0	32,9	36,4	31,6
Alucinógenos	78,1	98,4	88,7	45,5	100,0	41,1	31,3	46,2	49,2	22,5	21,7	23,1	35,4	27,5
Speed	78,7	98,7	89,6	56,6	54,5	100,0	36,0	64,0	67,2	24,1	24,6	28,3	34,9	28,9
Cocaína base	76,1	97,9	93,2	49,8	52,1	45,1	100,0	73,6	100,0	36,2	29,2	34,2	41,7	38,6
Cocaína polvo	83,1	98,5	92,7	45,8	43,8	45,7	41,9	100,0	100,0	21,4	17,6	23,5	34,0	29,1
Cocaína (B/P)	81,9	98,4	92,2	43,2	40,6	41,7	49,5	86,9	100,0	20,1	16,9	21,2	32,9	28,0
Heroína	72,5	97,5	90,3	69,2	73,7	59,4	71,2	73,8	79,9	100,0	50,0	58,8	58,5	51,0
I. volátiles	61,4	94,7	71,9	32,7	37,2	31,8	30,1	31,8	35,3	26,2	100,0	27,0	42,0	34,7
GHB	69,4	95,9	88,9	78,5	69,4	64,1	61,8	74,6	77,5	54,0	47,4	100,0	55,9	48,2
Tranquilizantes	46,7	82,8	42,0	6,4	7,9	5,8	5,6	8,0	8,9	4,0	5,4	4,1	100,0	51,6
Tranquiliz. sin	52,1	85,9	47,9	9,5	10,4	8,2	8,8	11,6	12,8	5,9	7,6	6,0	87,6	100,0

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

2. Edad: En términos generales, en el grupo de edad de 14 a 18 años, los consumos de sustancias psicoactivas (y también el policonsumo) aumentan con la edad, tanto para los chicos como para las chicas. Parece lógico pensar que los estudiantes de mayor edad disponen de mayor poder adquisitivo, mayor actividad social y mayor autonomía personal (hora de llegada a casa, etc.) y ello aumenta las oportunidades y posibilidades de consumir una o más sustancias (Tabla 1.2.31).

Tabla 1.2.31. Distribución del número de sustancias (legales e ilegales) consumidas entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Una sola sustancia	58,7	50,3	42,1	37,3	34,1
Dos sustancias	22,1	23,0	23,7	24,1	24,4
Tres sustancias	14,1	20,2	25,2	27,1	27,4
Cuatro sustancias	2,8	4,0	5,8	7,3	8,0
Cinco o más sustancias	2,3	2,5	3,2	4,2	6,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

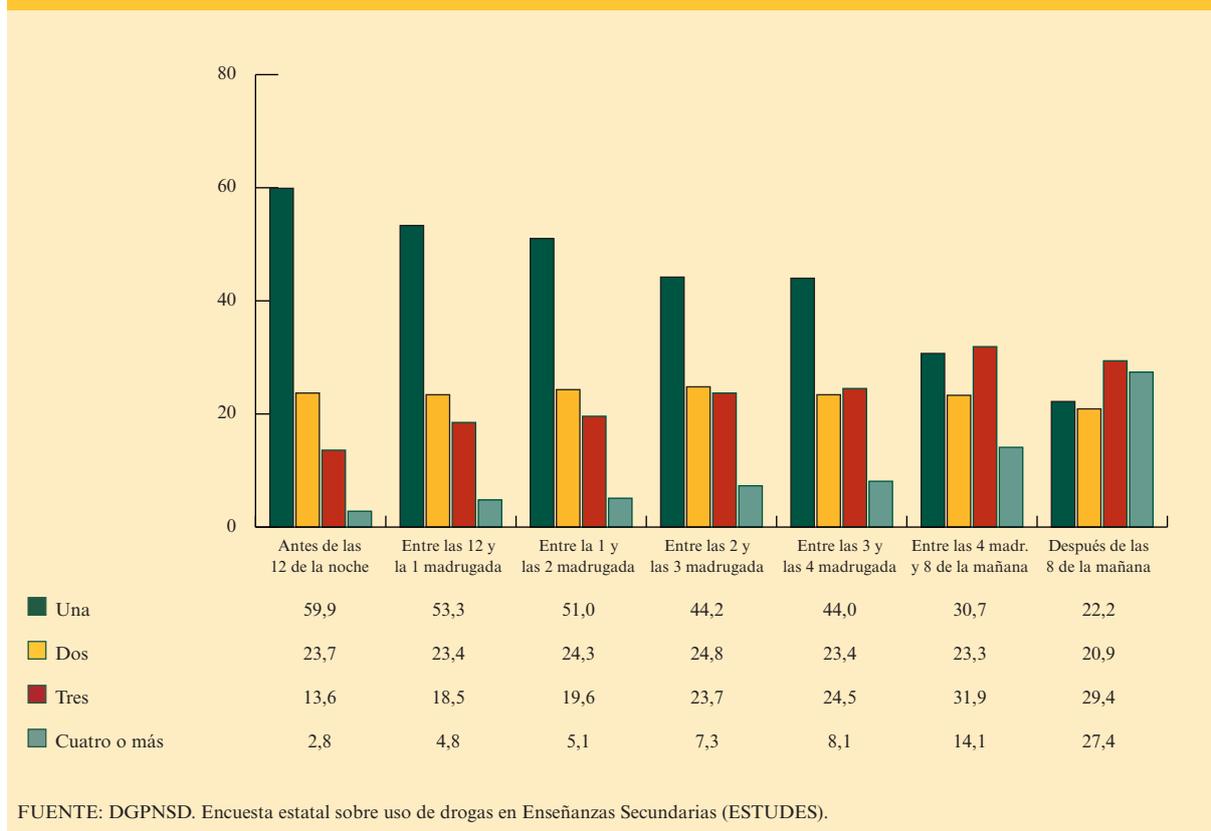
3. Consumo de alcohol: Existe evidencia científica abundante de que el consumo de alcohol, sobre todo en edades tempranas y con patrones de consumo intensivo (*binge drinking* e intoxicaciones étlicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas. Independientemente de la coexistencia de otros factores como la edad, el sexo, el poder adquisitivo, etc., los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES así lo confirman:

- En 2010, el 41,2% de los que consumieron alcohol durante los 30 días previos a la realización de la encuesta, consumió alguna droga ilegal durante el mismo periodo, frente al 9,2% de los que se declararon abstemios.
- El aumento de las prevalencias de policonsumo entre aquellos que realizaron consumos intensivos de alcohol se hace aún más evidente:
 - Entre los que se han emborrachado en el último año, el consumo de drogas ilegales se registra en el 50,9% mientras que sólo el 6,8% de los que no se han emborrachado reconoce consumir sustancias ilegales. Si tomamos como referencia los 30 días previos a ser encuestado, el 56,6% de los que se emborracharon consumieron, al menos, una droga ilegal, frente al 15,5% de los que consumieron alcohol pero no se emborracharon.
 - El 50,1% de los que realizaron *binge drinking* en los 30 días previos a la realización de la encuesta consumieron, al menos, una droga ilegal, frente al 25,5% de los que consumieron alcohol pero no hicieron *binge drinking*.

4. Hora de llegada a casa: Tal y como se ha mencionado anteriormente y, aunque existen otros factores a considerar, la hora de regreso a casa tiene una relación clara con el número y tipo de sustancias consumidas y con la intensidad de su consumo. En general, el uso de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas u otras con efectos similares) tienen como finalidad aumentar la resistencia física, dis-

minuir el cansancio y somnolencia propio de jornadas tan prolongadas, contrarrestar los efectos de otras drogas con efectos depresores (como el alcohol) o ser fuente de nuevas actividades o sensaciones en las etapas finales de las jornadas de fiesta. A este respecto, como se puede observar en la Figura 1.2.19, a medida que se retrasa la hora de vuelta a casa, aumenta el número de jóvenes que consume un mayor número de sustancias.

Figura 1.2.19. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010.



Por último, los resultados de los cruces de datos correspondientes al policonsumo de sustancias psicoactivas con otras variables recogidas en la encuesta ESTUDES como el absentismo escolar, el fracaso escolar (medido como número de cursos repetidos), la frecuencia de salidas nocturnas, la cuantía de asignación económica semanal, la participación en peleas, etc. se presenta como un área con enormes posibilidades de desarrollo aunque requiere un estudio más exhaustivo que controle otras variables intermedias y que va más allá del objeto de este informe.

Consumo de alcohol y cannabis

En los últimos 12 meses, un 22,9% de los jóvenes encuestados consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cannabis en alguna ocasión, un 2% menos que en 2008. Este consumo es más prevalente entre los chicos (24,8%) y entre los de mayor edad, pasando de un 9,1% en los jóvenes de 14 años a un 35,9% entre el alumnado de 18 años (Tabla 1.2.32).

Tabla 1.2.32. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cannabis según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010.

	2008	2010
Total	24,9	22,9
Sexo		
Hombres	28	24,8
Mujeres	21,8	21,0
Edad		
14 años	11,4	9,1
15 años	21,0	17,3
16 años	27,3	26,2
17 años	33,2	33,4
18 años	38,1	35,9

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de alcohol y cocaína

En los 12 meses anteriores a la encuesta, un 3% del alumnado consumió conjuntamente (en un intervalo menor o igual a dos horas) alcohol y cocaína, registrándose un descenso de 1,1% con respecto a 2008. La prevalencia del consumo es mayor entre los hombres y, como en el caso de cannabis y alcohol, aumenta con la edad.

Tabla 1.2.33. Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cocaína según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Consumo de tabaco y cannabis

El cuestionario de ESTUDES no incluye preguntas que exploren el consumo conjunto de tabaco y cannabis como sí es el caso de alcohol y cannabis, y de alcohol y cocaína, que se acaban de analizar en los apartados anteriores. Sin embargo, el análisis de las prevalencias de consumo ofrece algunos datos interesantes.

El 63,3% de los consumidores de tabaco en los últimos doce meses ha consumido cannabis alguna vez en el mismo periodo. Por otra parte, entre los que han consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, el 77,7% ha consumido tabaco. Del mismo modo, el 54,5% de los que han consumido cannabis en los últimos 30 días es consumidor diario de tabaco y el 62% de los fumadores diarios consume cannabis. Esto conlleva implicaciones para la salud, debido a que los efectos de una de las sustancias

pueden aumentar los riesgos asociados a la segunda, y al revés. Esta circunstancia y los datos sobre la existencia de una percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco (fumar un paquete de tabaco diario) que, en ESTUDES 2010, superó en más de 20 puntos porcentuales a la percepción de riesgo asociada al consumo habitual de cannabis (que es una droga ilegal), invitan cuanto menos a reflexionar.

■ Riesgo percibido ante el consumo de drogas

La serie de encuestas ESTUDES viene incluyendo preguntas relacionadas con los problemas que, a juicio de los estudiantes, puede ocasionar el consumo de las diferentes sustancias. Estas preguntas permiten sondear el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de las prevalencias de consumo. A medida que aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, la extensión o la intensidad del consumo tiende a disminuir. Inversamente, el aumento de la extensión y/o intensidad del consumo de una droga suele corresponderse con una disminución del riesgo percibido en relación con ese tipo de consumo determinado. Por ello, se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas).

En 2010, las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han asociado a un menor riesgo son: tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar hipnosedantes (tranquilizantes o pastillas para dormir) esporádicamente (una vez al mes o menos frecuentemente). Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo han sido el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, cocaína y éxtasis (Figura 1.2.20). No obstante, también se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de heroína, cocaína y éxtasis.

Figura 1.2.20. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede ocasionar bastantes o muchos problemas (porcentaje). España, 2008-2010.

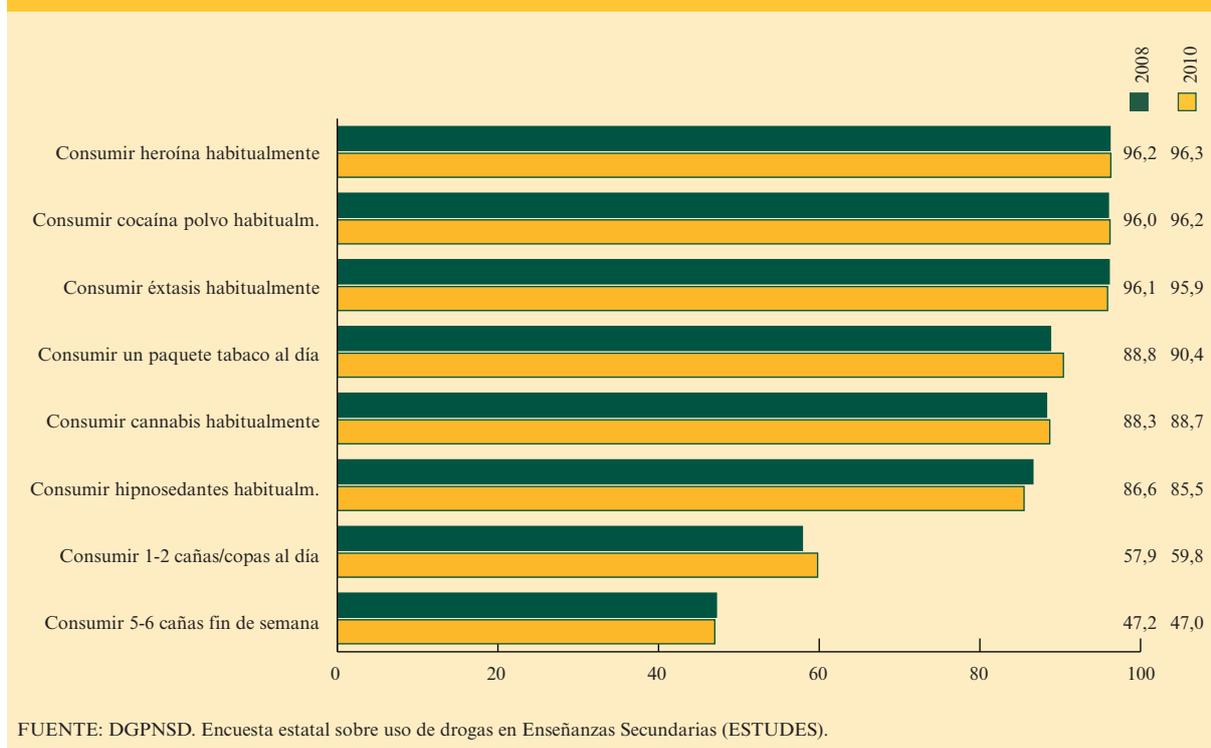


Tabla 1.2.34. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo. España, 1994-2010.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.416	10.495	9.174	9.738	8.509	9.503	9.949	10.477	12.795	13.781	12.568	12.953	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372
Porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas																		
Fumar un paquete de tabaco diario	74,7	79,1	72,8	77,4	75,7	79,9	75,1	79,5	76,7	80,8	78,2	82,3	84,9	89,3	86,5	91,0	88,9	91,7
Beber alcohol en fin de semana	39,8	47,7	40,6	49,4	40,3	48,7	41,5	48,3	41,1	48,1	36,8	45,7	48,7	53,6	45,1	49,2	44,2	49,5
Consumir alcohol (una o dos cañas/copas) a diario	46,3	54,6	43,7	52,9	41,7	49,4	39,4	48,4	38,7	47,9	36,8	45,7	52,3	61,9	52,7	62,9	56,7	62,6
Fumar cannabis habitualmente	89,8	93,9	84,9	90,2	82,4	88,8	79,4	86,1	77,5	85,4	81,1	86,2	85,7	91,7	84,5	91,8	85,5	91,6
Tomar tranquilizantes/somníferos habitualmente	89,9	91,3	87,8	89,4	87,5	89,2	86,9	87,9	88,3	89,1	89,8	89,6	86,1	88,6	84,6	88,4	83,8	87,0
Consumir éxtasis habitualmente	96,6	97,9	96,2	97,9	96,3	97,5	95,0	95,9	96,4	97,1	97,1	97,3	95,8	98,0	94,1	97,8	94,6	97,1
Consumir cocaína habitualmente	98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1	95,6	97,9	94,0	97,8	95,0	97,3
Consumir heroína habitualmente	98,4	99,3	97,4	98,8	97,5	98,7	97,6	98,8	98,4	98,8	98,5	99,1	95,8	98,1	94,3	98,0	95,0	97,5

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
 “Habitualmente”: una vez por semana o más frecuentemente.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La percepción del riesgo asociado al consumo diario de tabaco (un paquete al día) supera, por primera vez en la serie histórica iniciada en 1994, la barrera del 90% (90,4%), consolidando así el ascenso que se inició en 2002 y apoyando la eficacia de las medidas de sensibilización social realizadas (Figura 1.2.21).

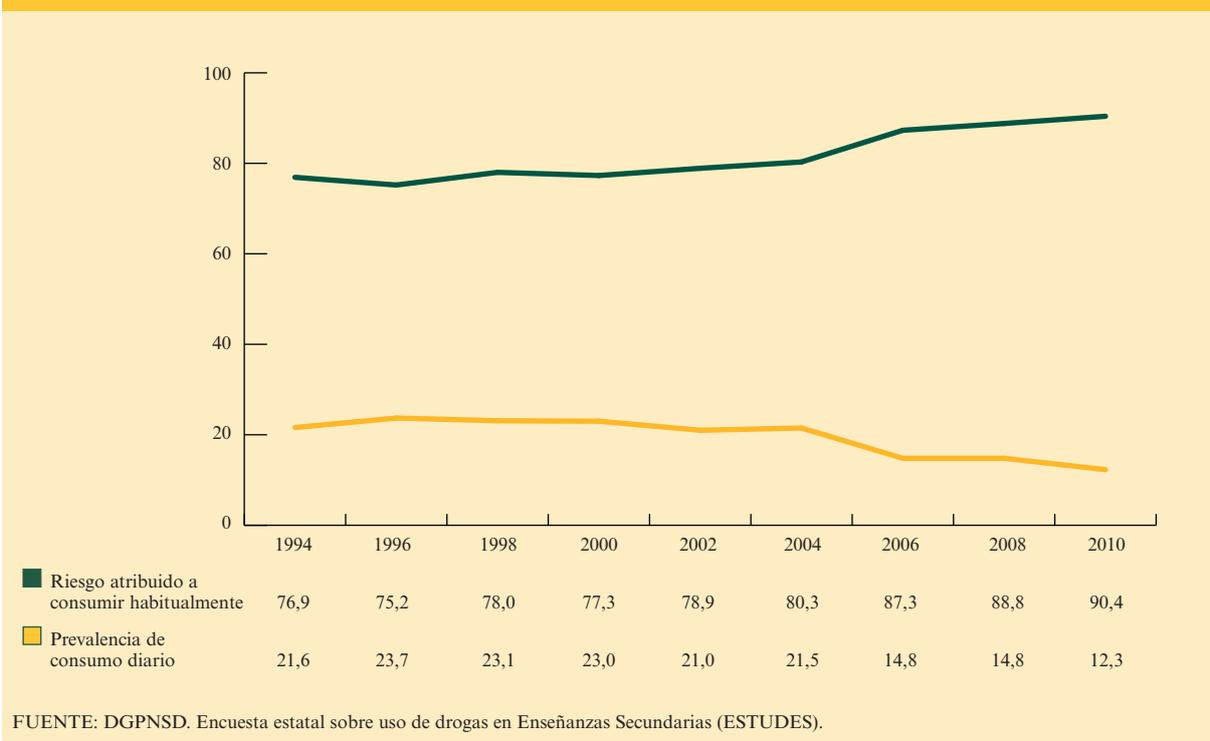
La Figura 1.2.21 refleja esta evolución y la de la prevalencia de consumo de tabaco diario, mostrando una imagen claramente especular en la que las mayores prevalencias de consumo se corresponden con las cifras más bajas de percepción de riesgo.

Con respecto a las diferencias sexuales, se aprecia que en 2010 y, al igual que ha ocurrido en años anteriores, las chicas tienen una percepción de riesgo superior a los chicos para el consumo habitual de cualquiera de las sustancias (Tabla 1.2.34). Sin embargo, ocurre lo contrario para los consumos de tipo esporádico, para los que los chicos muestran mayor percepción de riesgo que las chicas (con la excepción del cannabis).

Con carácter general, la edad es un factor inversamente proporcional a la percepción del riesgo. A medida que aumenta la edad, disminuye la percepción de riesgo (Tabla 1.2.35).

Por lo que respecta a la evolución de las tendencias temporales, se observa (Figura 1.2.22 y Tabla 1.2.36) un aumento marcado del riesgo percibido ante el consumo habitual de tabaco (fumar diariamente) al que ya se ha hecho referencia anteriormente y del consumo de alcohol diario durante el

Figura 1.2.21. Evolución de la prevalencia de consumo y el riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco (un paquete al día) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



periodo 1994-2010. Las cifras de riesgo percibido ante el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis se mantienen en niveles elevados (más del 95% de estudiantes de 14 a 18 años consideran que su consumo habitual puede ocasionar bastantes o muchos problemas) aunque han descendido ligeramente con respecto a los obtenidos a mediados de los años noventa en que el consumo de drogas producía, debido sobre todo a la epidemia de consumo de heroína, bastante más alarma social que en la actualidad. La percepción de riesgo ante el consumo habitual de los hipnosedantes ha descendido ligeramente en el periodo 1994-2010, aunque se mantiene bastante estable desde 2006 y en cifras por encima del 85%.

Además, la Figura 1.2.22 y la Tabla 1.2.36 muestran cómo las menores percepciones de riesgo corresponden a las conductas relacionadas con el consumo de alcohol (tanto diario como de fin de semana), que es la sustancia psicoactiva con mayores prevalencias de consumo en ambos sexos y para todas las edades consideradas.

La percepción de riesgo ante el consumo habitual de cannabis descendió 10 puntos porcentuales durante el periodo 1994-2002 (desde 91,9% hasta 81,7%), coincidiendo con un aumento de las prevalencias de consumo hasta 2004 y, a partir de entonces, se ha observado una recuperación del indicador hasta cifras cercanas al 90% (88,7% en 2010) que, sin embargo, sorprende que sean inferiores a las obtenidas para el consumo habitual de tabaco (90,4%), siendo el cannabis una droga ilegal. Ello significa que, en 2010, el porcentaje de estudiantes que considera que fumar cannabis habitualmente puede entrañar problemas es menor que el de aquellos que consideran que fumar tabaco puede ocasionar problemas similares.

En el caso del cannabis, la tendencia descendente del consumo observada recientemente coexiste con una cierta estabilidad de los niveles de percepción el riesgo aunque este descenso de los consumos puede haber sido modulado por el aumento registrado de la disponibilidad percibida (Figura 1.2.23).

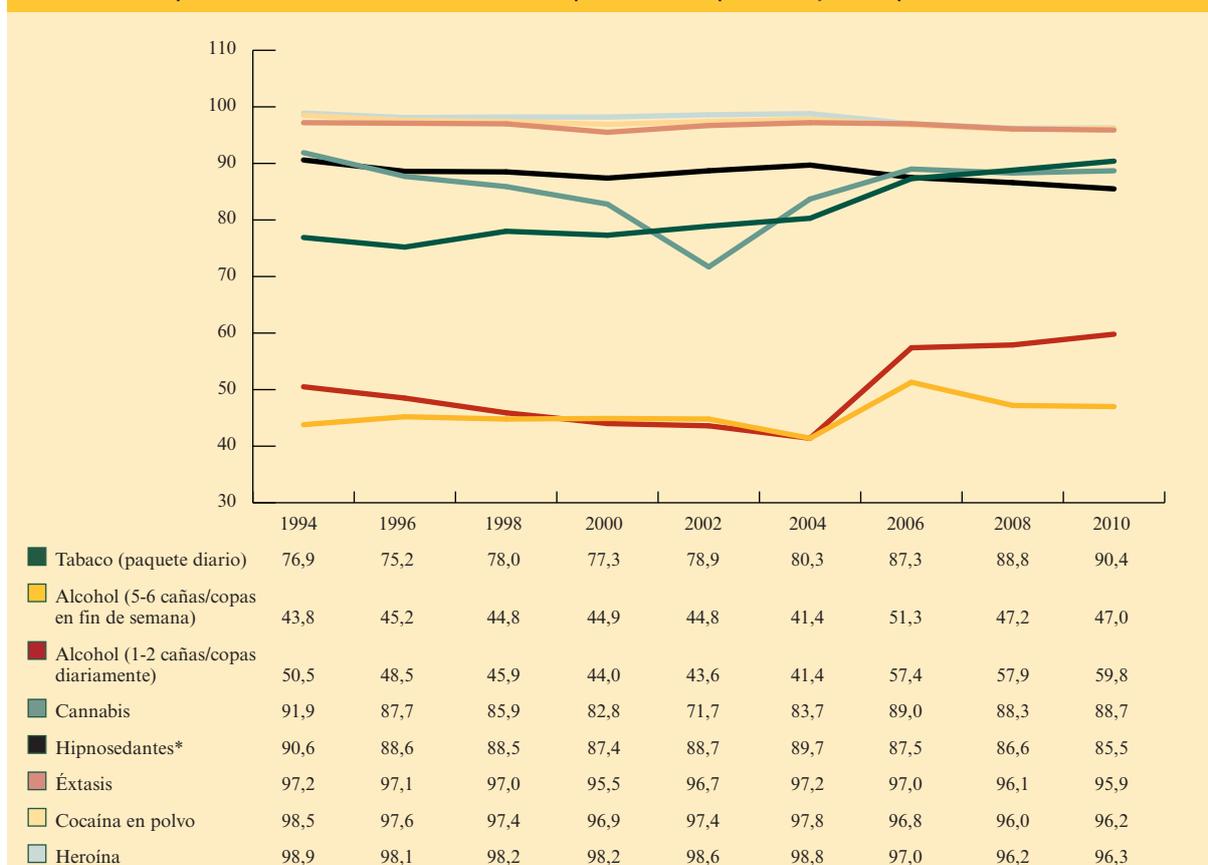
Tabla 1.2.35. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2010.

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	14	15	16	17	18	
Tabaco (un paquete diario)	88,9	91,7	90,4	90,5	90,3	90,9	88,8	90,4
Alcohol (5 ó 6 cañas fin de semana)	44,2	49,5	57,9	47,5	44,6	41,4	43,4	47,0
Alcohol (1 ó 2 cañas cada día)	56,7	62,6	61,3	60,8	58,6	58,8	59,9	59,8
Cannabis	85,5	91,6	92,5	90,2	87,6	86,3	85,2	88,7
Hipnosedantes*	83,8	87,0	84,6	85,0	84,3	87,8	87,6	85,5
Éxtasis	94,6	97,1	95,5	95,8	95,7	96,4	96,7	95,9
Cocaína (polvo)	95,0	97,3	95,7	96,2	95,9	96,4	97,5	96,2
Heroína	95,0	97,5	95,4	96,2	96,4	96,6	97,5	96,3

* Tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.22. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010.



* Tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

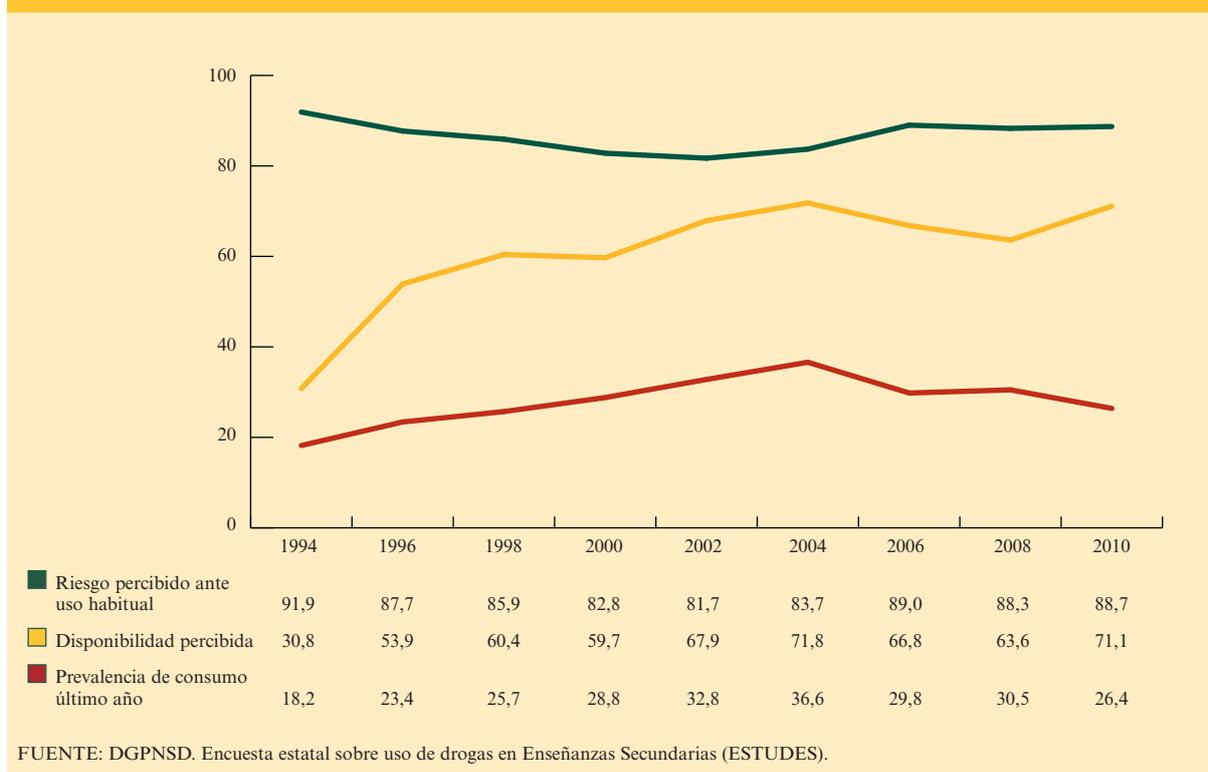
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.36. Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Tabaco (un paquete diario)	76,9	75,2	78	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4
Alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin de semana)	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,4	51,3	47,2	47,0
Alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	50,5	48,5	45,9	44	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8
Cannabis	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89	88,3	88,7
Tranquilizantes	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5
Éxtasis	97,2	97,1	97	95,5	96,7	97,2	97	96,1	95,9
Cocaína (polvo)	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96	96,2
Heroína	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97	96,2	96,3

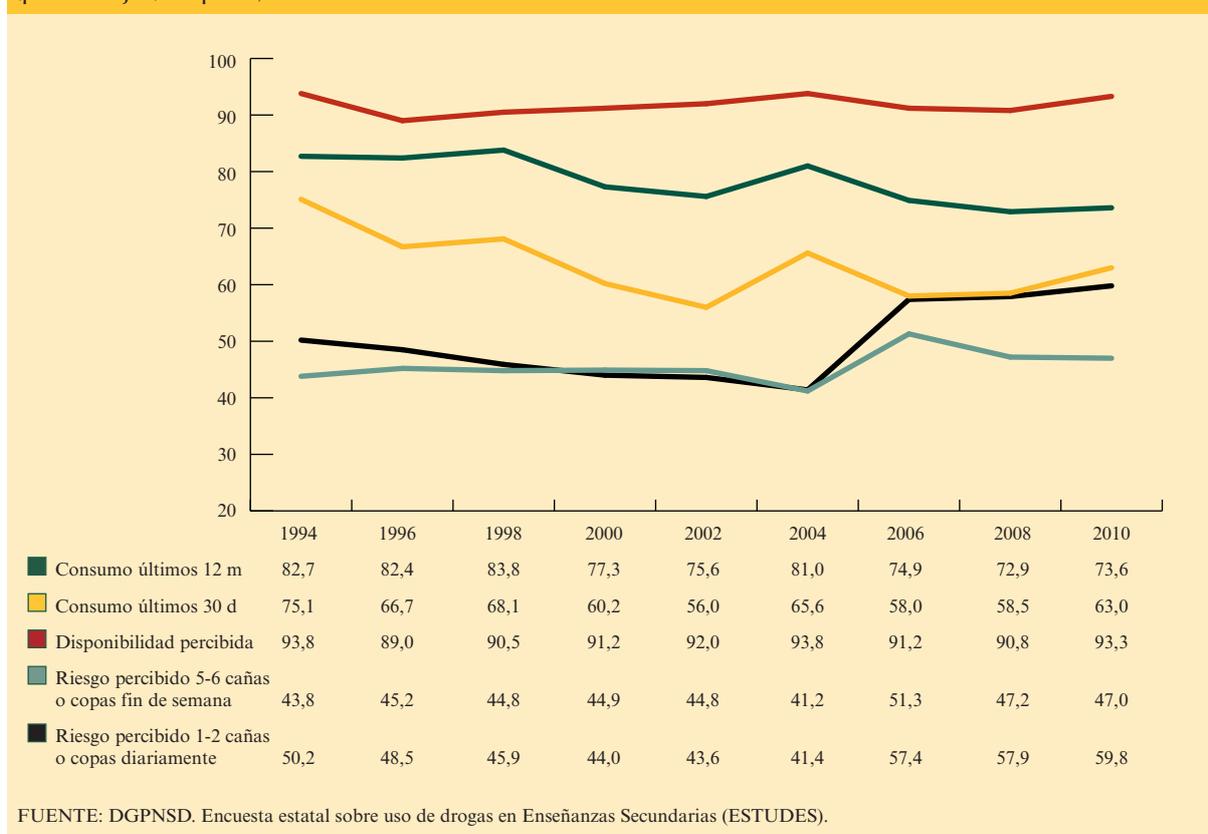
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.23. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



Por último, la percepción de riesgo para el consumo de alcohol merece una consideración especial en tanto es la sustancia con una mayor extensión de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años. Las conductas referidas al consumo de alcohol, ya sea diario (1 ó 2 cañas/copas) o de fin de semana (5 ó 6 cañas/copas) son las consideradas como menos peligrosas por este grupo de población, a mucha distancia de los consumos del resto de drogas y, aunque la percepción de riesgo de ambas ha aumentado algunos puntos desde el inicio de la serie en 1994, el consumo se mantiene relativamente estable (consumo fin de semana) o incluso apunta un ligero ascenso (consumo diario) (Figura 1.2.24). Observando estos resultados, no parece que los esfuerzos de sensibilización con respecto al consumo de alcohol dirigidos a este grupo de edad hayan podido, por el momento, contrarrestar los que reciben, mayoritariamente en sentido opuesto, de la sociedad en general.

Figura 1.2.24. Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



■ Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

El grado de facilidad/dificultad que los estudiantes perciben para conseguir u obtener las distintas drogas es lo que se denomina disponibilidad percibida y es otro de los factores que aparece relacionado con las prevalencias de consumo. Las sustancias que, a juicio de los estudiantes, les parecen más disponibles suelen ser las más consumidas y aquéllas que se perciben como más difíciles de conseguir, suelen mostrar prevalencias de consumo más bajas. Algunos ejemplos son el alcohol y el tabaco que, siendo de circulación y consumo legal para los adultos, son las sustancias consumidas por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, para las que (con la excepción de los de 18 años) serían ilegales.

Se trata en realidad de una información relacionada con la percepción de la oferta de drogas que resulta de gran interés. El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan

que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil. En 2010, las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles siguen siendo las de comercio legal y el cannabis: el 93,3% de los estudiantes encuestados pensaba que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisiera, el 71,1% cannabis y el 64% hipnosedantes (tranquilizantes o somníferos). ESTUDES 2010 registra un aumento, para todas las sustancias, de la proporción de estudiantes que considera fácil o muy fácil conseguirlas (Figura 1.2.25 y Tabla 1.2.37).

Figura 1.2.25. Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 2006-2010.

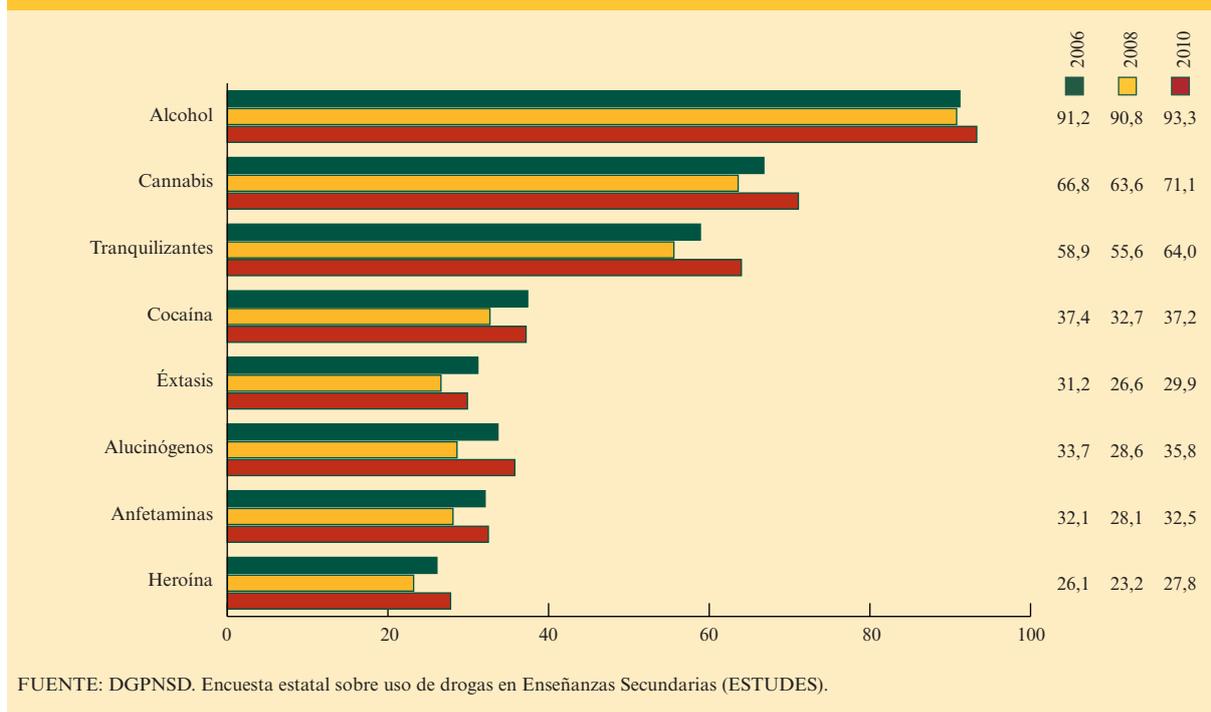


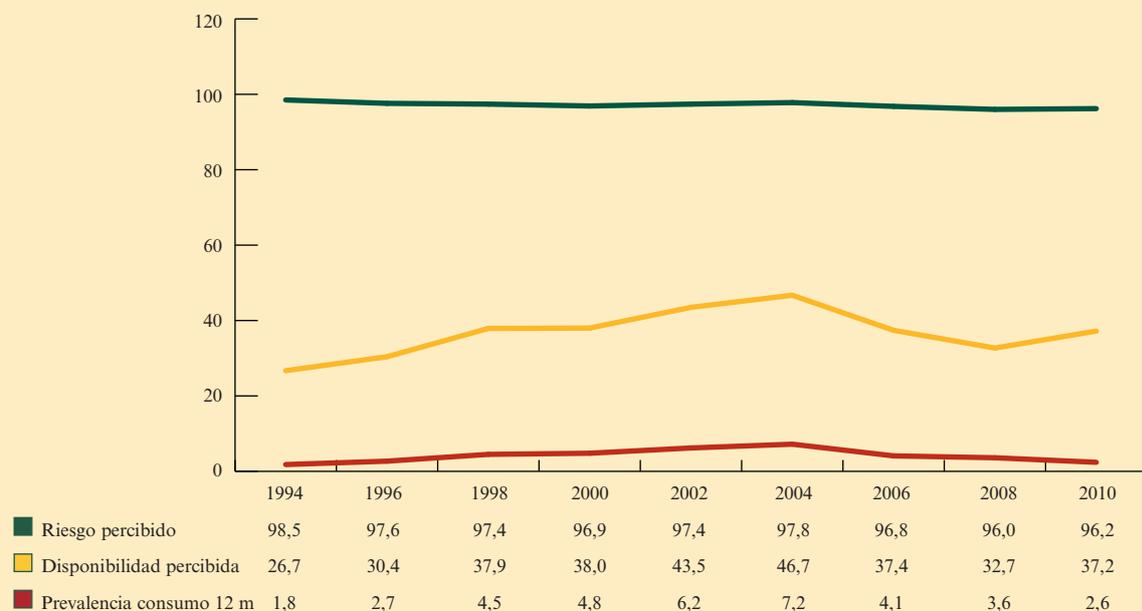
Tabla 1.2.37. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 1994-2010.

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

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

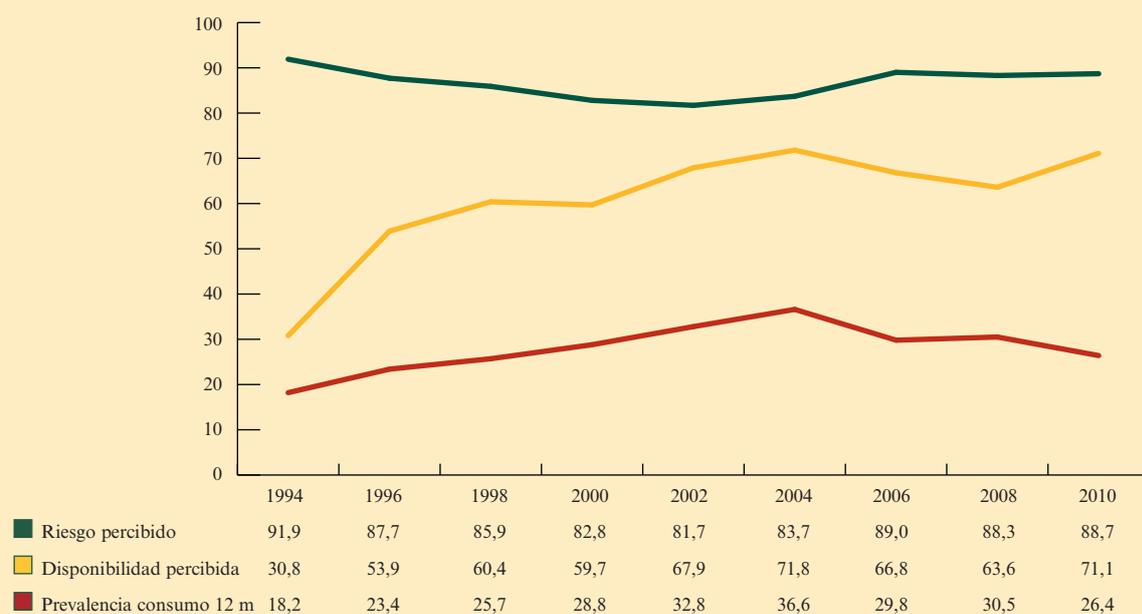
Se incluyen, a continuación, gráficas de comparación de la evolución de los indicadores de prevalencia, riesgo percibido y disponibilidad percibida para la cocaína y el cannabis.

Figura 1.2.26. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cocaína en polvo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



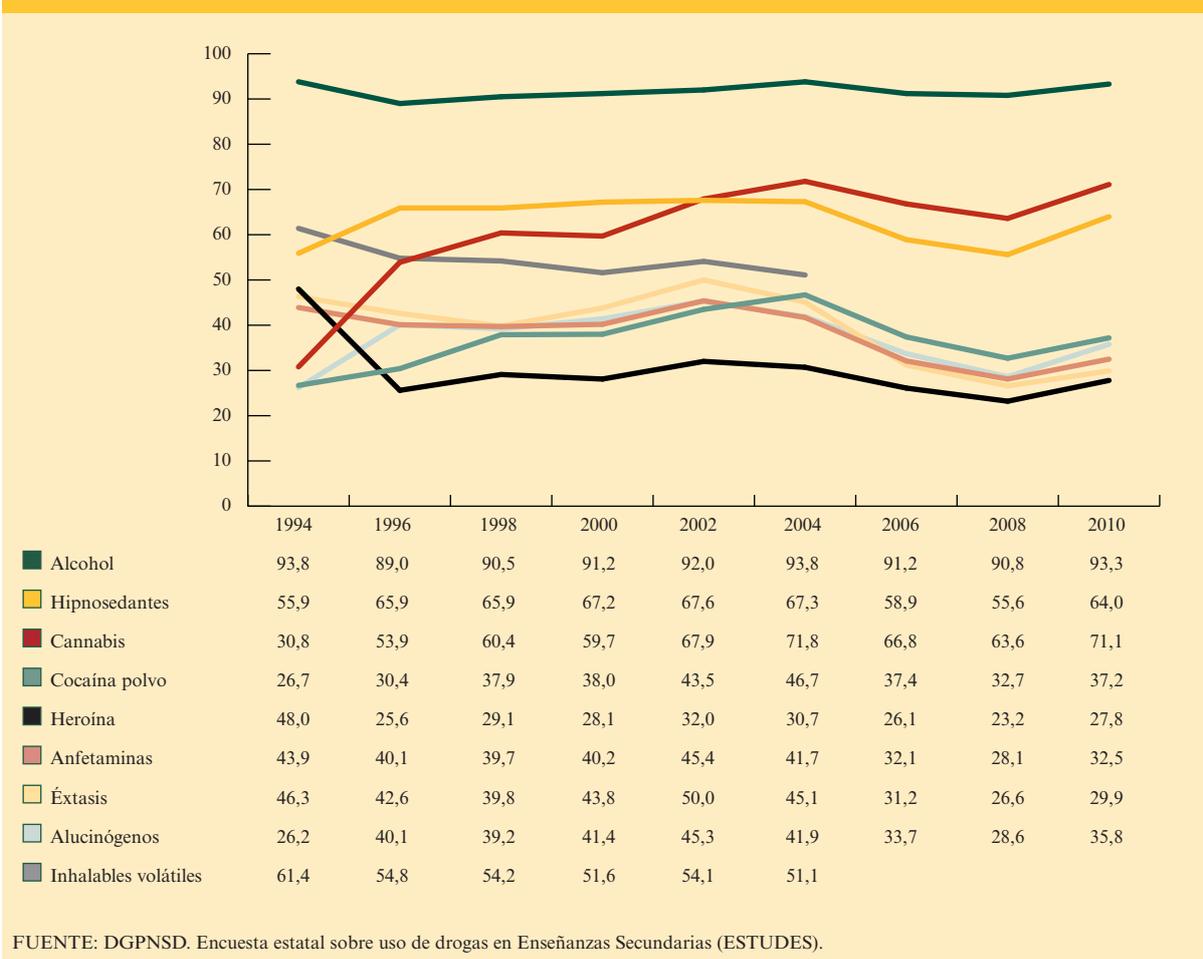
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.27. Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.28. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010.



Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad de diferentes sustancias psicoactivas percibida durante el periodo 1994-2010, la Figura 1.2.28 muestra:

- Niveles elevados y bastantes estables por lo que respecta al alcohol, aunque los encuestados sean, mayoritariamente menores y no puedan, en teoría, acceder a esta sustancia.
- Tendencia claramente ascendente de la disponibilidad percibida de cannabis que ha pasado del 30,8% en 1994 al 71,1% en 2010.
- Evolución ascendente de la disponibilidad percibida de cocaína en polvo de 1994 (26,7%) a 2004 (46,7%) y descenso, desde entonces hasta alcanzar el 37,2% en 2010, mostrando niveles próximos a los de 1998.
- La heroína se mantiene desde 1996 (al finalizar la epidemia de consumo) en niveles bajos de disponibilidad y muestra una tendencia estable. Es, en opinión de los estudiantes, la droga menos accesible.
- Éxtasis y anfetaminas muestran tendencias similares. Globalmente, ha disminuido la disponibilidad percibida para ambos grupos de drogas en alrededor de 10 puntos porcentuales, lo que significa que los estudiantes las consideran menos accesibles en 2010 que en 1994. Alcanzaron cifras máximas de accesibilidad en 2002 e iniciaron tendencias descendentes hasta 2008 aunque en 2010 se registre un ligero aumento de disponibilidad.

- Los alucinógenos iniciaron la serie como un grupo de sustancias poco accesible (aproximadamente, sólo uno de cada cuatro estudiantes encuestados opinaba que era fácil o muy fácil conseguirlos), pero las cifras ascendieron en años posteriores hasta alcanzar en 2002 el 45,3% de disponibilidad percibida (casi uno de cada dos estudiantes encuestados opinaba que era fácil o muy fácil hacerse con sustancias alucinógenas para consumir). A partir de este año se inició una tendencia descendente hasta obtener las cifras actuales (35,8%).

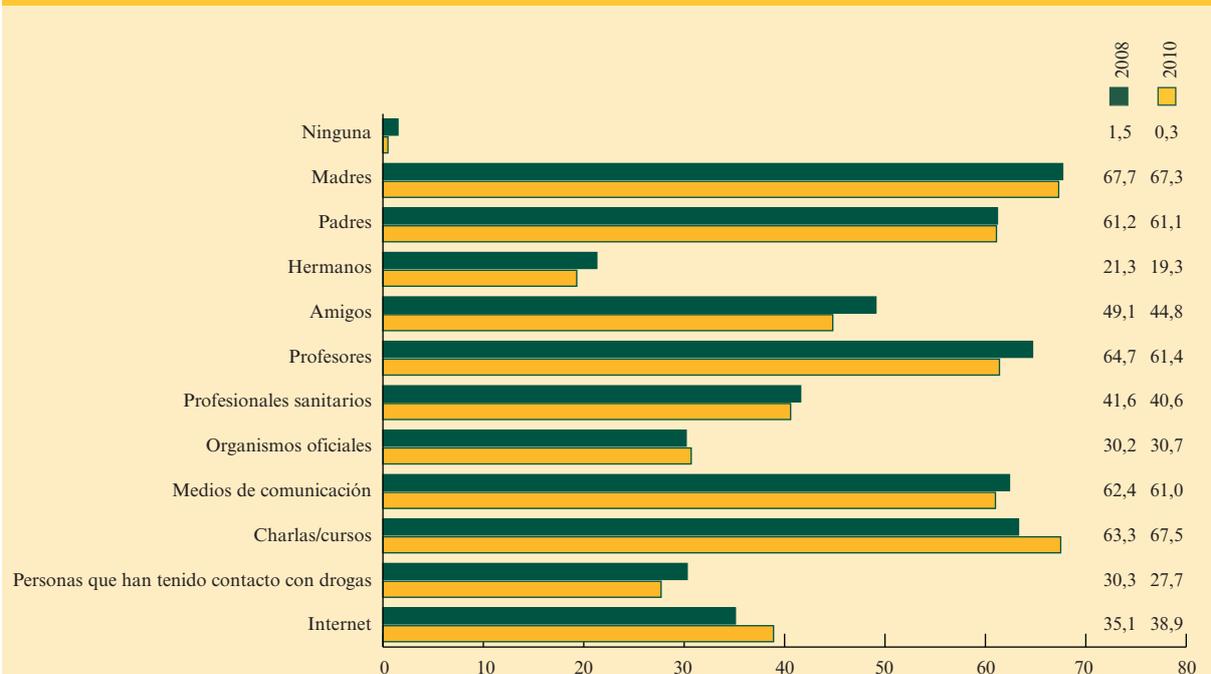
■ Información sobre drogas recibida

En 2010, una amplia mayoría de los estudiantes (77,2%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, frente al 22,8% que se considera informado a medias o mal informado. No obstante, ha disminuido ligeramente el porcentaje de los estudiantes que dicen sentirse suficiente o perfectamente informados con respecto a 2008 (85,7%) y 2006 (86,5%) y sigue aumentando, desde 2006, el número de los que no se consideran informados adecuadamente (13,4% en 2006, 14,4% en 2008 y 22,8% en 2010).

Con respecto a las diferencias por sexo, los hombres declaran en mayor porcentaje que las mujeres las percepciones extremas, es decir, perfectamente informado y mal informado. Por otro lado, a medida que aumenta la edad de los encuestados, también lo hace la percepción de sentirse “perfectamente informados”.

Las vías por las que una mayor proporción de los estudiantes reciben información son las madres y padres, las charlas y cursos, los profesores y los medios de comunicación (Figura 1.2.29). Internet y las charlas y cursos han sido, en 2010, las únicas vías que han visto incrementado, con respecto a 2008, el porcentaje de estudiantes que admite haberlas utilizado para recibir información.

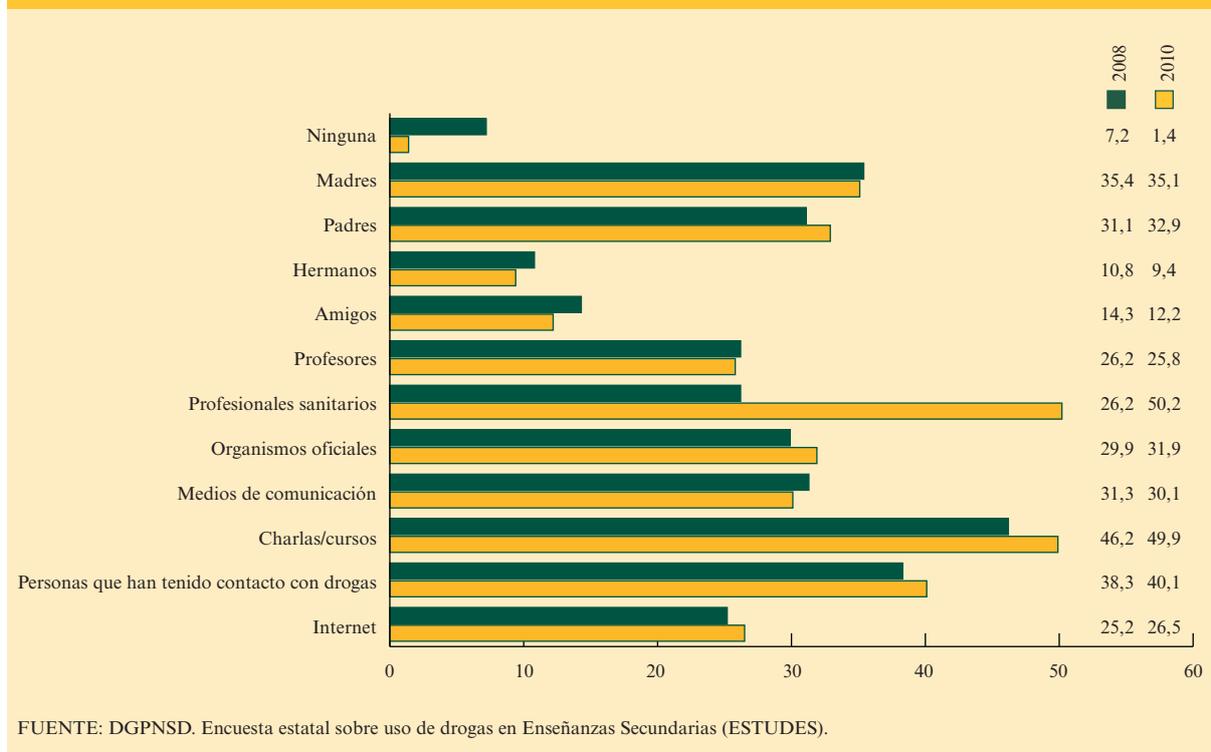
Figura 1.2.29. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información sobre drogas por alguna de las vías mencionadas (porcentajes). España, 2008-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En cuanto a las preferencias de los estudiantes sobre cuáles son las vías más apropiadas para recibir información sobre drogas, las opciones preferidas por una mayor proporción de estudiantes, en 2010, son los profesionales sanitarios (que muestra un notable incremento con respecto a 2008), las charlas y cursos, las personas que han tenido contacto con las drogas e Internet. Llama ciertamente la atención que sólo el 12,2% de los estudiantes consideren a sus amigos como una fuente fiable a través de la cual les gustaría recibir información sobre drogas (aunque, de hecho, el 44,8% reconoció haberla recibido a través de esa vía en 2010) y que sólo 1 de cada 4 estudiantes (26,5%) mencione Internet como una vía deseable a través de la que poder informarse sobre drogas (aunque, de hecho, el 38,9% la haya utilizado, en 2010, con este fin). Asimismo, es mínima (1,4%), la proporción de estudiantes que no considera apropiada ninguna de las vías de información propuestas (Figura 1.2.30).

Figura 1.2.30. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que considera las siguientes vías como las más indicadas para recibir información (porcentajes). España, 2008-2010.



Entorno personal y social de los escolares: consumo de drogas en el grupo de iguales

El consumo de drogas entre los estudiantes se realiza habitualmente en el contexto del ocio y en grupo. El cuestionario ESTUDES pregunta a los estudiantes sobre qué proporción de los amigos y amigas con los que salen y comparten su tiempo de ocio creen ellos que han consumido las diferentes sustancias psicoactivas que se les proponen, durante los 30 días anteriores a la realización de la encuesta. En 2010, el 58,5% declara que todos o la mayoría de sus amigos consumió alcohol durante ese periodo, resultando ser la sustancia más consumida; el 34,6% para el caso del tabaco y el 12,2% cree que lo mismo para el consumo de cannabis (Figura 1.2.31).

En relación con las diferencias por sexo, las cifras obtenidas muestran cómo las mujeres perciben mayor proporción de consumidores de tabaco y alcohol en su entorno en comparación con los chicos para estas dos sustancias, mientras que los chicos perciben una mayor proporción de consumidores de drogas ilegales en su entorno, en comparación con las chicas (Tabla 1.2.38).

Figura 1.2.31. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que opina que TODOS o la MAYORÍA de sus amigos han consumido las siguientes drogas en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2006, 2008 y 2010.

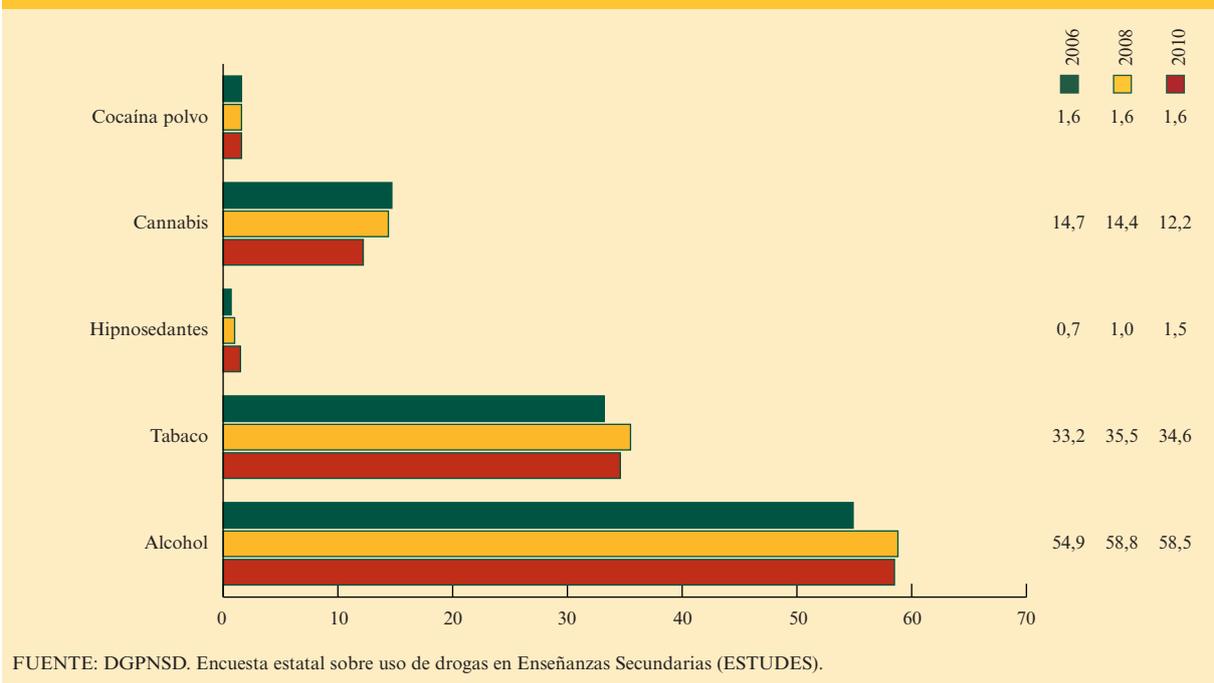


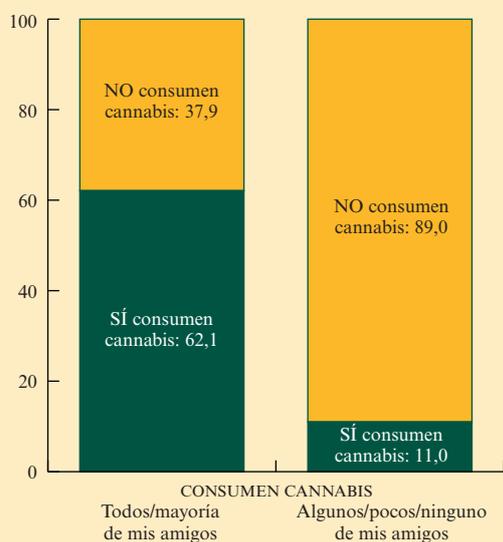
Tabla 1.2.38. Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que opinan que TODOS O LA MAYORIA de sus amigos han consumido las siguientes sustancias en los últimos 30 días según sexo (porcentajes). España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Tabaco	32,9	36,2	34,6
Bebidas alcohólicas	57,3	59,6	58,5
Tranquilizantes	1,8	1,2	1,5
Cannabis	13,8	10,5	12,2
Cocaína (polvo)	1,9	1,4	1,6
Heroína	1,6	1,0	1,3
Speed	2,0	1,2	1,5
Éxtasis	1,7	1,1	1,4
Alucinógenos	1,9	1,1	1,5
Inhalables volátiles	1,5	0,9	1,2

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

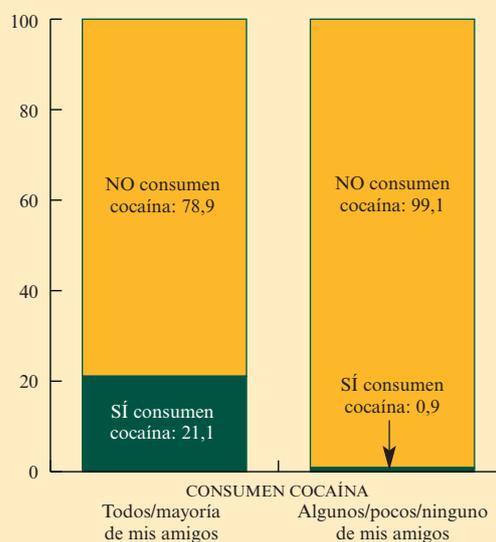
Por otra parte, el consumo en el grupo de iguales es uno de los factores más relacionados con el consumo de drogas entre estudiantes. Como se puede observar en las figuras 1.2.32, 1.2.33, 1.2.34 y 1.2.35, las prevalencias de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas (tanto legales como ilegales) entre aquellos estudiantes que tienen la percepción de que todos o la mayoría de sus amigos consumen esas mismas sustancias son muy superiores a las que se registran entre los que tienen la percepción de que tan sólo unos pocos o ninguno de sus amigos las consumen. No obstante, la magnitud de la relación existente está también condicionada por la mayor o menor prevalencia de consumo de cada una de las sustancias consideradas en este grupo de población.

Figura 1.2.32. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



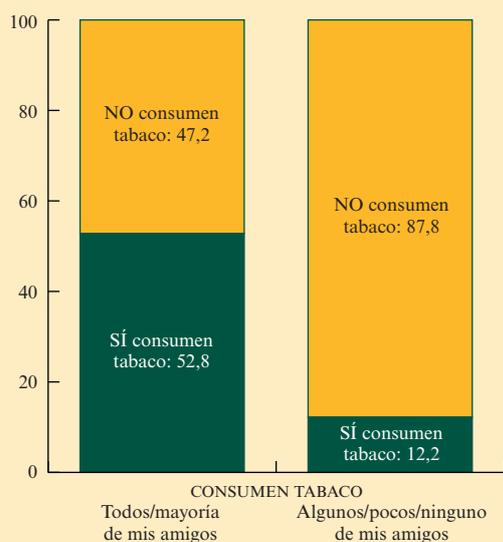
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.33. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



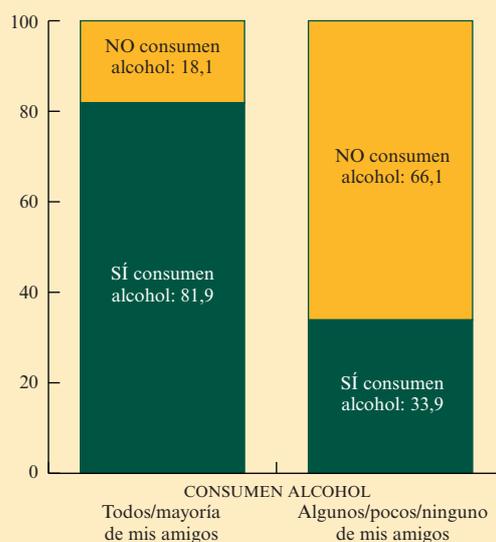
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.34. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.35. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

■ Frecuencia de salidas nocturnas y horario de regreso a casa

Tal y como se ha apuntado anteriormente, el consumo de drogas entre estudiantes se realiza principalmente en tiempo y lugares de ocio. Sobre la mayor o menor prevalencia de consumo de drogas tiene influencia el tipo de ocio que se realiza.

El cuestionario de ESTUDES incluye preguntas sobre la frecuencia de salidas nocturnas durante los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta y el horario de regreso a casa de los estudiantes en la última noche de fin de semana en que salieron a divertirse. Estos factores y la percepción de consumo en el grupo de iguales de los encuestados, al igual que ocurrió en ediciones anteriores, aparecen asociados con las prevalencias de consumo.

Horario de regreso a casa en salidas nocturnas y consumo de drogas

Aunque existen otros factores a considerar, la hora de regreso a casa está relacionada con el número y tipo de sustancias consumidas y con la intensidad de su consumo. En general, el uso de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas u otras con efectos similares) tiene como finalidad aumentar la resistencia física, disminuir el cansancio y somnolencia propio de jornadas tan prolongadas, contrarrestar los efectos de otras drogas con efectos depresores (como el alcohol) o ser fuente de nuevas actividades o sensaciones en las etapas finales de las jornadas de fiesta.

En 2010 el 16,5% de los estudiantes llegó a su casa la última noche que salió (fin de semana) antes de las 12 de la noche, el 58,8% lo hizo entre las 12 y las 4 de la madrugada y el 24,7% restante llegó después de las 4 de la madrugada.

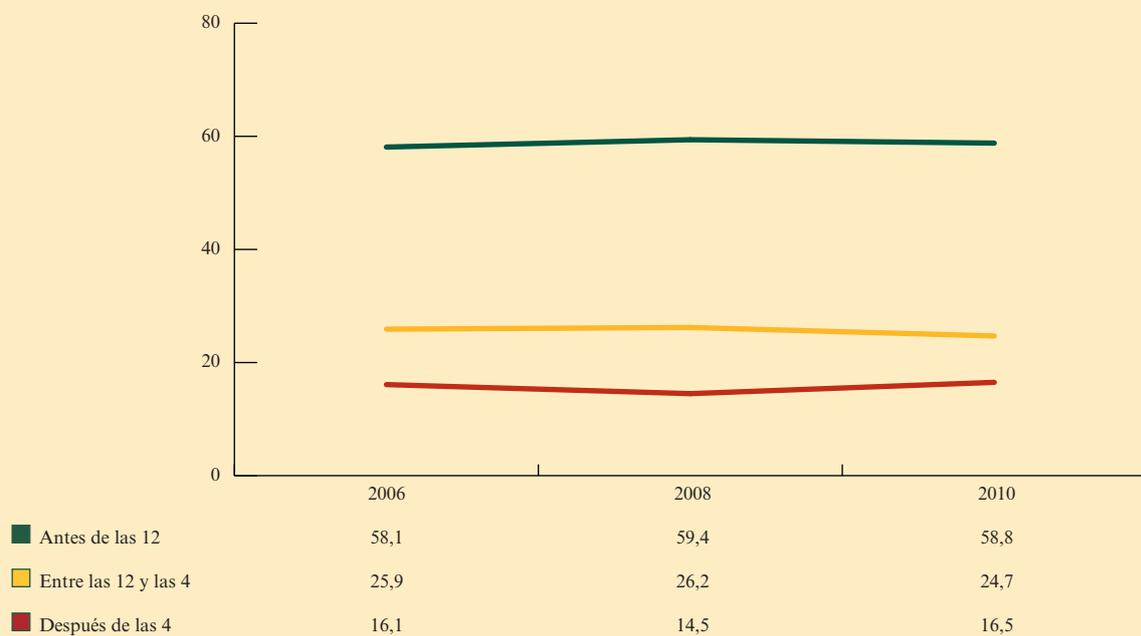
Con respecto a ediciones anteriores de la encuesta ESTUDES, se registra un aumento del porcentaje de chicos y chicas que regresa a casa antes de las 12 y una disminución de los que llegan después de esta hora (Figura 1.2.36).

Por sexos, la Tabla 1.2.39 muestra que las chicas continúan llegando a casa ligeramente más temprano que los chicos cuando salen por la noche, aunque se registran proporciones similares en ambos sexos e incluso mayores en las chicas entre las tres de la madrugada y las ocho de la mañana. En cuanto a los resultados desagregados por edad, se observa, como es habitual, que a mayor edad, la hora de regreso a casa es más tardía (Tabla 1.2.40).

La hora de regreso tiene una relación directa con la edad. Los de 14 años son los que en mayor porcentaje regresan antes de las 12 horas (el 36,3% frente al 3,0% de los de 18 años) en tanto los de 18 años son los que regresan a partir de las 4 de la mañana en mayor número (el 56,9% frente al 6,3% de 14 años).

El análisis de los datos obtenidos en ESTUDES 2010 apunta claramente a la existencia de una relación ente la hora de vuelta a casa, la prevalencia de consumo de cada una de las sustancias psicoactivas consumidas por los estudiantes y, también, del número de sustancias que consumen (policonsumo).

Figura 1.2.36. Evolución de la hora de regreso a casa la última salida del fin de semana en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006-2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.39. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por sexo. España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Antes de las 12 de la noche	15,6	17,4	16,5
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	16,2	16,6	16,4
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	14,2	13,4	13,8
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	13,4	12,7	13,0
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	15,5	15,7	15,6
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	18,9	20,2	19,6
Después de las 8 de la mañana	6,1	4,1	5,1

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

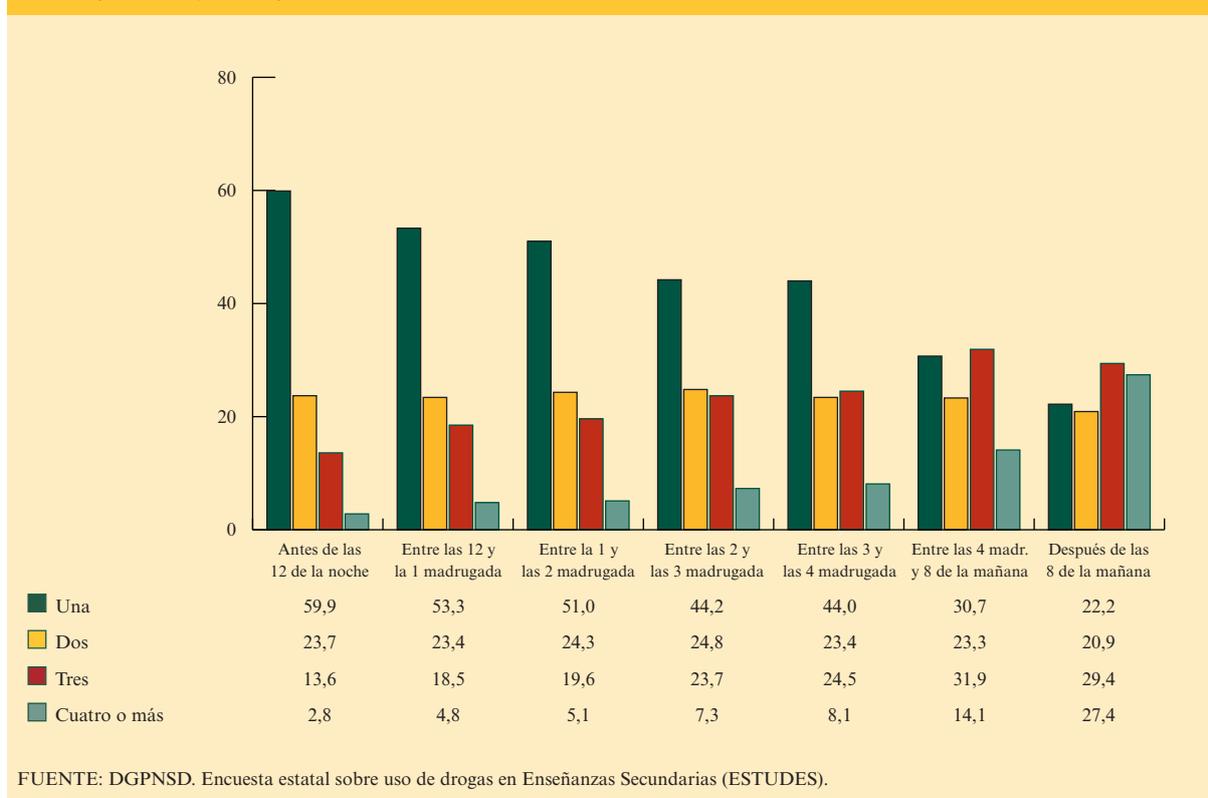
Tabla 1.2.40. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por edad. España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	36,3	22,4	11,8	5,8	3,0
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	26,4	21,3	14,9	9,0	6,0
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	14,7	16,3	15,3	10,9	6,1
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	9,8	12,8	15,6	13,5	9,8
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	6,5	14,6	18,2	19,3	18,2
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	4,4	9,0	19,4	34,2	45,4
Después de las 8 de la mañana	1,9	3,6	4,7	7,3	11,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En la Figura 1.2.37 se puede observar cómo a medida que se retrasa la hora de vuelta a casa, aumenta la proporción de jóvenes que consume un mayor número de sustancias.

Figura 1.2.37. Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La Tabla 1.2.41 refleja la distribución de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales en estudiantes de 14 a 18 años, desagregada por tramos de edad.

Tabla 1.2.41. Prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales* en el último año según hora de regreso a casa, según edad. España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	32,7	44,1	44,6	36,6	45,0
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	43,5	54,7	59,8	58,5	53,2
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	53,1	67,1	69,1	66,2	81,6
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	57,5	70,7	81,1	78,6	67,3
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	66,4	84,6	83,3	81,7	79,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	72,0	85,4	90,1	91,8	91,3
Después de las 8 de la mañana	73,1	84,0	85,9	91,5	96,3

* Sustancias legales: tabaco, alcohol e hipnosedantes. Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles. No se incluyen las sustancias valoradas en el módulo de nuevas sustancias de ESTUDES 2010.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Además, como se muestra en la Figura 1.2.38, las drogas ilegales van adquiriendo un mayor protagonismo a medida que avanza la noche. Entre los jóvenes que vuelven a casa en cada una de las franjas horarias, la presencia de consumo de drogas ilegales es mayor entre los que vuelven más tarde.

Asimismo, la Figura 1.2.39 muestra que la mayoría de los estudiantes que consumen sólo drogas legales regresa a casa tras una jornada de fiesta antes de las 4 de la madrugada (77%) mientras que sólo el 57% de los estudiantes que consumen drogas legales e ilegales (ambas) llega antes de esta hora. El 76,2% de los que no consumen drogas de ningún tipo llegan a antes de las 2 de la madrugada.

Figura 1.2.38. Consumo de sustancias ilegales (Sí/No) en función de la hora de regreso a casa en la última salida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.

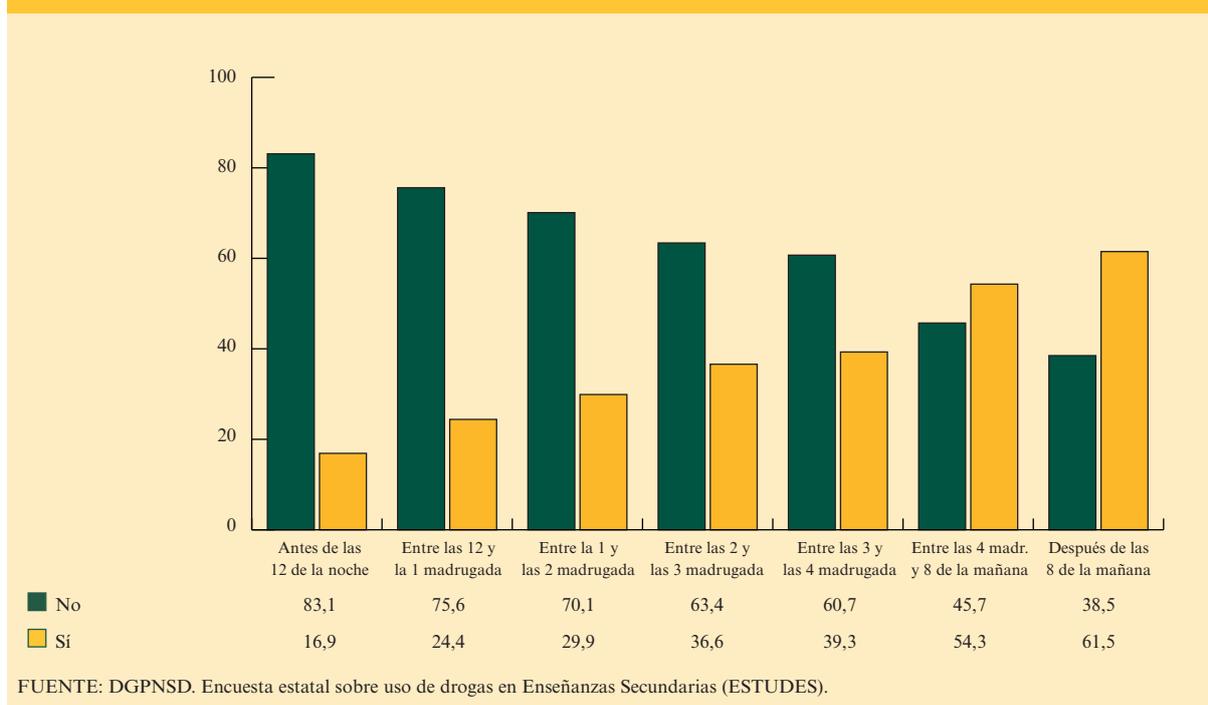
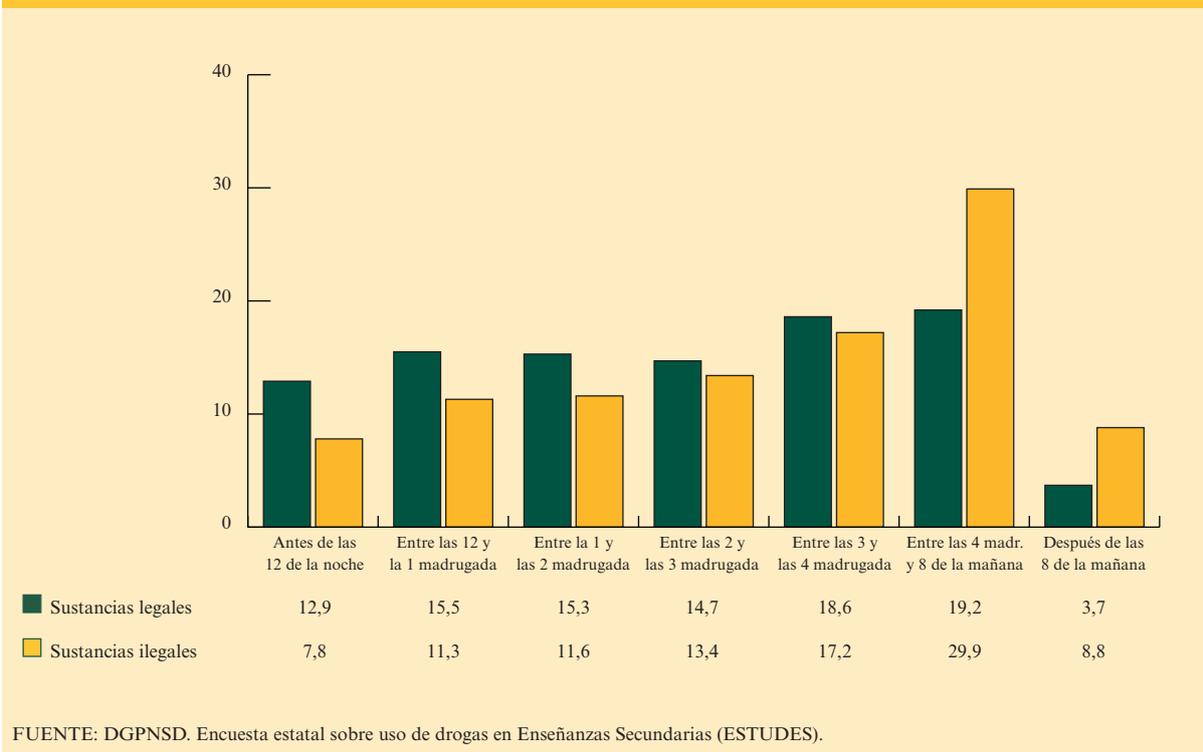


Figura 1.2.39. Hora de regreso a casa en función del tipo de sustancia consumida (sólo legales o sólo ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.



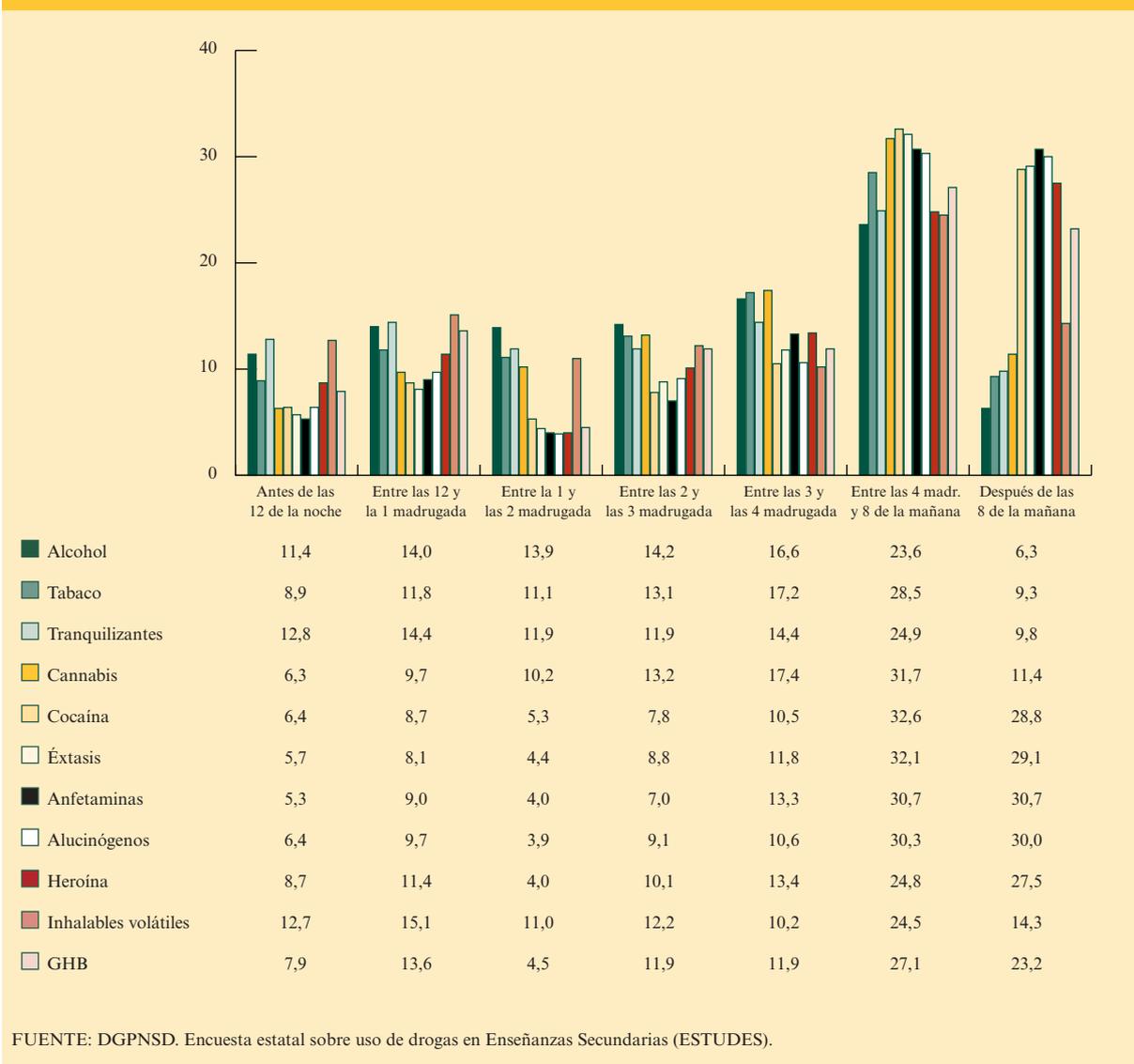
La Figura 1.2.39 sitúa las 4 de la mañana como una hora clave para el cambio en el tipo de consumo de sustancias. Aquellos que consumen sólo drogas legales regresan progresivamente a sus casas a horas más tempranas que los que consumen sólo drogas ilegales.

Con respecto a la influencia de los patrones intensivos de consumo de alcohol sobre el consumo de otras drogas, es interesante comprobar que la hora a la que con más frecuencia regresan a casa los que realizaron *binge drinking* en el último mes fue las 4 de la madrugada frente a los que consumieron alcohol pero no hicieron *binge drinking*, que regresaron, mayoritariamente, entre las 12 y la 1 de la madrugada.

En la Figura 1.2.40, se observa la variación de prevalencias de consumo de las diferentes drogas legales e ilegales según los chicos y chicas regresen a sus casas tras las salidas nocturnas en una franja horaria u otra. Así, entre aquellos que regresan entre las 4 y las 8, se registra mayor proporción de consumidores de cocaína (32,6%) que entre los que regresan antes de la 12 de la noche (6,4%). Sin embargo, apenas se aprecian diferencias entre la proporción de consumidores de inhalables volátiles entre los que regresan entre las 12 y la 1 (15,1%) y los que regresan entre las 3 y las 4 (10,2%).

No obstante, debe tenerse en cuenta que ello no significa que los estudiantes que consumen cocaína y regresan a casa entre las 4 y las 8 hayan consumido esta sustancia durante esa franja horaria ni que hayan consumido con mayor intensidad sino que, simplemente, entre los que llegan a estas horas, hay una mayor probabilidad de encontrar consumidores de cocaína que en el grupo de los que llegan antes de la 1 de la madrugada.

Figura 1.2.40. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días de las diferentes drogas legales e ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que regresan a casa en las diferentes franjas horarias. España, 2010.



Frecuencia de salidas nocturnas

En 2010, el 49% de los estudiantes salía al menos una vez a la semana. Esta proporción variaba según la edad, siendo el 37,4% a los 14 años y el 58,8% a los 18 años.

En general, a medida que aumenta la edad, se incrementa también la proporción de estudiantes que realizan un mayor número de salidas nocturnas (Tabla 1.2.42).

En cuanto a las diferencias intersexuales, se registra entre los chicos un mayor número de salidas mensuales que entre las chicas (Tabla 1.2.43). Asimismo, el porcentaje de jóvenes que no sale por las noches se viene manteniendo estable en las últimas ediciones de ESTUDES y, en 2010, alcanza el 11,8%.

El análisis de los datos sobre la frecuencia de salidas nocturnas y la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas muestra claramente cómo la prevalencia de consumo de drogas ilegales aumenta a medida que se incrementa el número de salidas nocturnas mensuales (Figura 1.2.41, 1.2.42 y 1.2.43). A su vez, también es evidente una relación entre la frecuencia de salidas nocturnas y el consumo de drogas legales como tabaco y alcohol (Figuras 1.2.44 y 1.2.45). En la Figura 1.2.45, correspondiente al alcohol, se hace muy evidente cómo la prevalencia de consumo de esta sustancia es la que menos diferencias muestra con respecto a la frecuencia de salidas nocturnas. El alcohol es la sustancia con mayor extensión de consumo en este grupo de población y aunque sí se observan notables diferencias de prevalencia entre los estudiantes que no salen por la noche (15,4%) o salen menos de una noche al mes (39,9%) y el resto de los que salen, el intervalo en el que se sitúan las prevalencias de los que salen una, dos, tres, cuatro o más noches al mes no es muy amplio (entre el 67,4% y 75,7% consumen alcohol). Es decir, para el consumo de alcohol, no se observan grandes diferencias de prevalencia entre los que salen una noche al mes y los que salen 4 ó más noches al mes.

Tabla 1.2.42. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por edad (porcentajes). España, 2010.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	Total
Nunca	23,1	13,8	8,3	5,9	6,0	11,8
Menos de una noche al mes	16,4	14,2	12,4	9,6	8,4	12,7
De 1 a 3 noches al mes	23,1	25,9	27,8	27,8	26,8	26,3
1 noche a la semana	15,3	16,6	20,3	21,5	18,3	18,5
2 noches a la semana	15,4	21,8	22,3	26,4	29,8	22,2
3-4 noches a la semana	3,7	4,5	5,3	5,0	5,4	4,7
Más de 4 noches a la semana	3,1	3,3	3,7	3,9	5,3	3,6

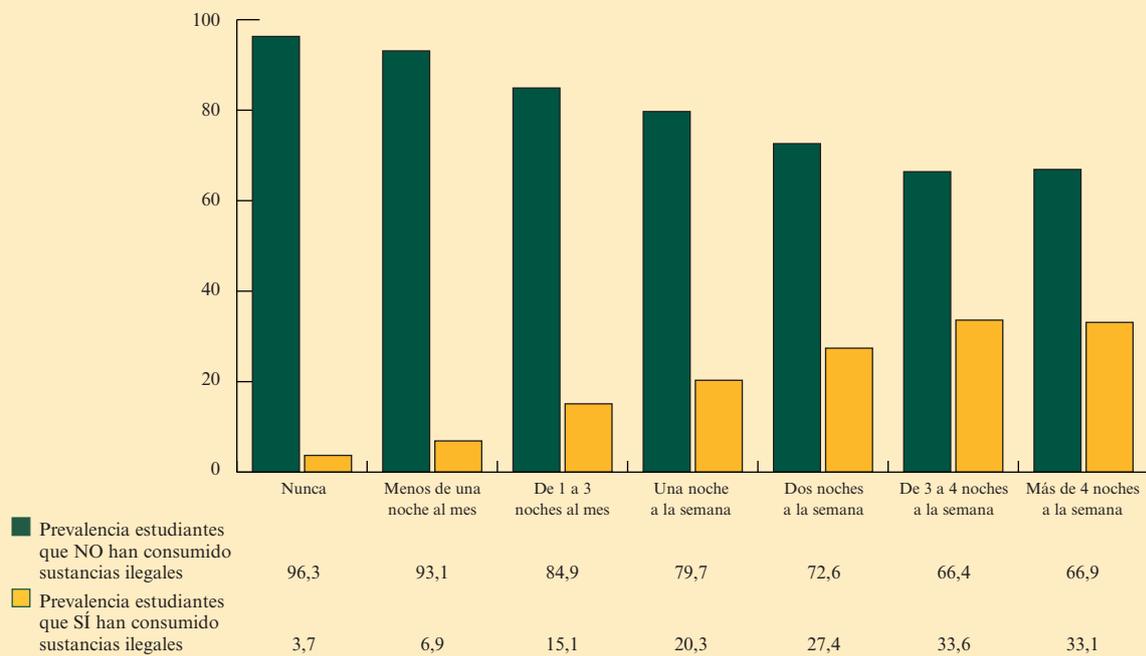
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.2.43. Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por sexo (porcentajes). España, 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Nunca	10,9	12,7	11,8
Menos de una noche al mes	11,6	13,9	12,7
De 1 a 3 noches al mes	25,5	27,1	26,3
1 noche a la semana	18,8	18,2	18,5
2 noches a la semana	24,3	20,3	22,2
3-4 noches a la semana	5,1	4,4	4,7
Más de 4 noches a la semana	3,8	3,4	3,6

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

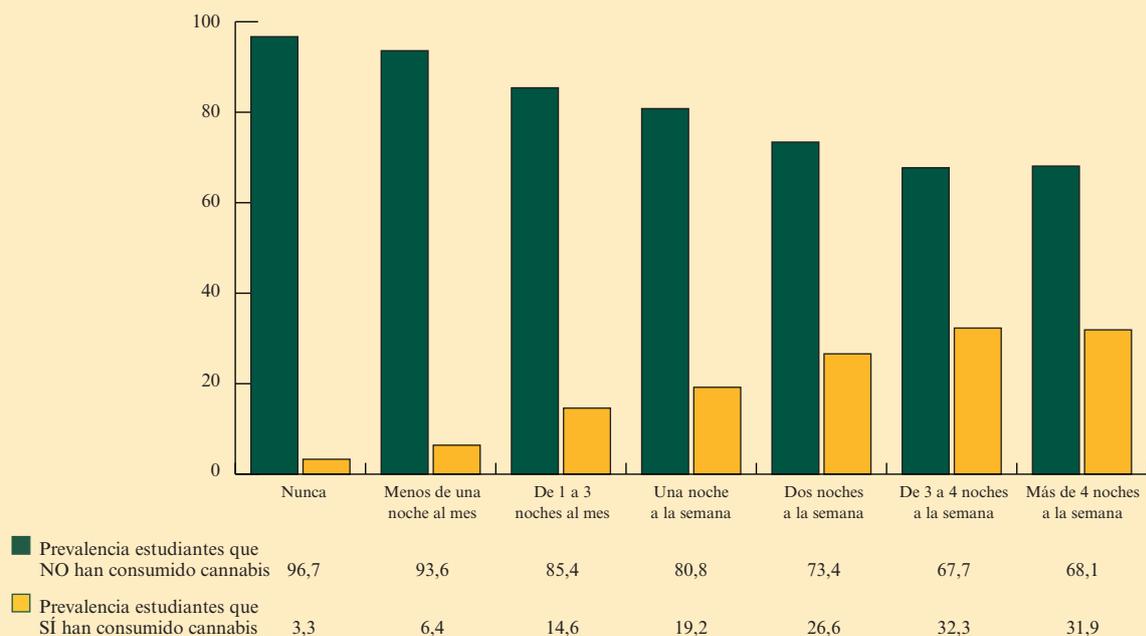
Figura 1.2.41. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



* Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles. No se incluyen las incluidas en el módulo de nuevas sustancias.

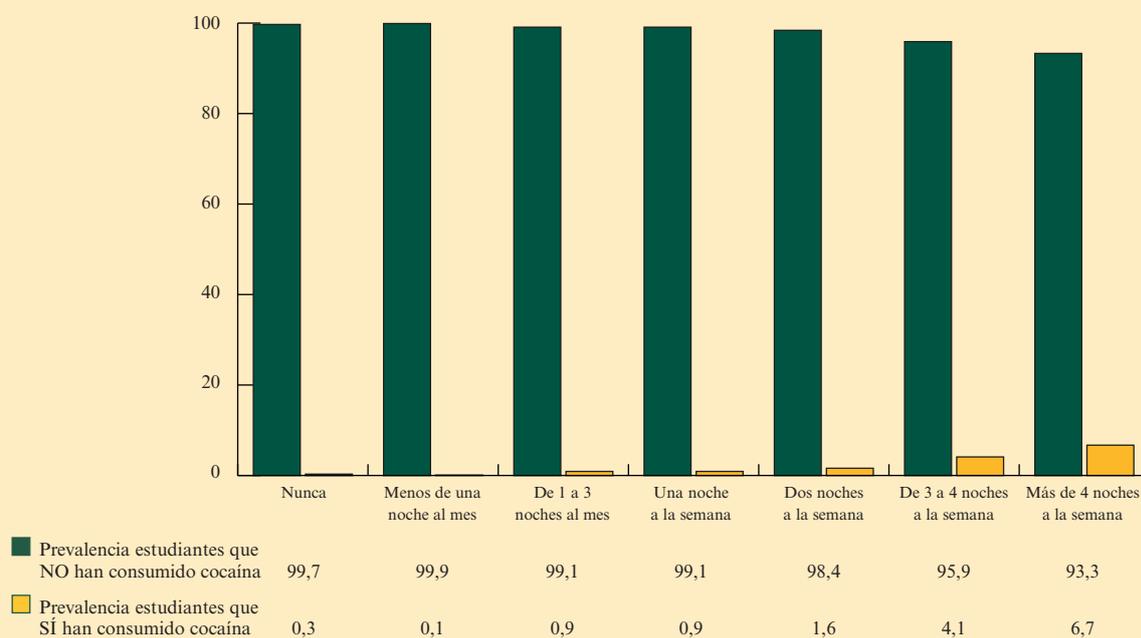
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.42. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.43. Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



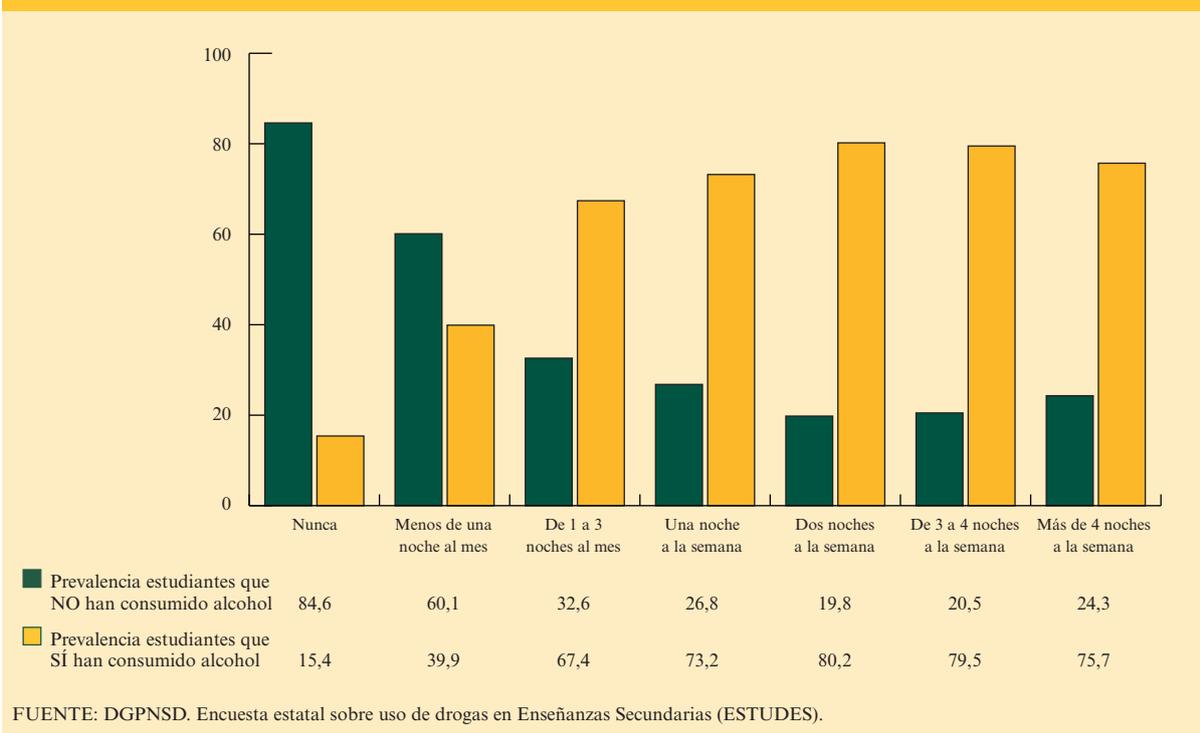
FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.44. Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.2.45. Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010.



■ Drogas emergentes

La introducción, por primera vez, de un módulo específico sobre este tipo de sustancias, en la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en España (2010) ha permitido una aproximación a las prevalencias de consumo de estas sustancias y a la percepción del riesgo y disponibilidad que este grupo de población asocia a su consumo.

Las nueve sustancias incluidas en el módulo específico de drogas emergentes son: ketamina, *spice*, piperazinas, mefedrona, nexus (2CB), metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals* y *legal highs*.

Prevalencia de consumo

El 3,5% de los estudiantes de 14 a 18 años admitió haber consumido, alguna vez en su vida, una o más de las drogas antes mencionadas e incluidas en el grupo de drogas emergentes. El 2,5% las consumió en alguna ocasión durante el año anterior a ser encuestado y el 1,3% durante el último mes.

Teniendo en cuenta que nos referimos a jóvenes de 14 a 18 años cuyo historial de consumo de sustancias psicoactivas debiera ser breve, es probable que las diferentes referencias temporales (alguna vez en la vida, último año, último mes) puedan coincidir, por lo que los datos reflejados aquí serán los correspondientes al indicador alguna vez en la vida, salvo que se especifique otra cosa.

Por sexo, consumieron el 4,7% de los chicos y el 2,4% de las chicas. Los datos, desagregados por edad, mostraron las mayores prevalencias de consumo a los 18 años (el 6,5% de los estudiantes de 18 años consumió, alguna vez en su vida, una o más de estas sustancias), frente al 5,4% a los 17 años, el 3,4% a los 16 años, el 2,6% a los 15 años y el 1,6% a los 14 años. Estas cifras son coherentes con el hallazgo habitual (en este grupo de edad) de mayores prevalencias de consumo de casi todas las drogas a medida que aumenta la edad.

Las prevalencias de consumo en el último mes muestran cifras muy bajas, lo que confirma el carácter esporádico y experimental del consumo de estas sustancias entre los estudiantes de este grupo de edad.

Las sustancias más consumidas, como se observa en la Tabla 1.2.44, son las setas mágicas, el *spice* y la ketamina en todas las referencias temporales. Por sexo, encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) en el consumo de todas las sustancias, observándose mayores prevalencias de consumo en los chicos, para todas las sustancias y todas las referencias temporales.

Tabla 1.2.44. Prevalencias de consumo de drogas emergentes, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida	Prevalencia de consumo en el último año	Prevalencia de consumo en el último mes
Ketamina	1,1	0,8	0,4
Spice	1,1	0,8	0,5
Piperazinas	0,4	0,3	0,2
Mefedrona	0,4	0,3	0,2
Nexus (2CB)	0,5	0,3	0,2
Metanfetamina	0,8	0,6	0,4
Setas mágicas	2,1	1,6	0,7
Research chemicals	0,4	0,3	0,2
Legal highs	0,7	0,6	0,5

FUENTE: DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Percepción de riesgo

Los datos referentes a la percepción del riesgo asociado al consumo de cada una de las sustancias consideradas muestran, como era de esperar, que los encuestados asocian siempre un mayor riesgo a los consumos habituales (una vez a la semana o más frecuentemente) que a los esporádicos (una vez al mes o menos frecuentemente) para cualquiera de las sustancias consideradas. Además, los datos de ESTUDES 2010 descubren un aspecto especialmente interesante y es que entre un 40 y un 50% de los encuestados reconocen no poder atribuir un riesgo determinado al consumo de las sustancias por las que se les pregunta, lo que indica, muy probablemente, que no conocen la sustancia o que, conociéndola, desconocen los efectos y consecuencias de su consumo. Esta información resulta clave a la hora de diseñar y orientar las intervenciones preventivas.

Entre aquellos que sí son capaces de asignar un riesgo determinado a su consumo, el 85% de los encuestados considera que el consumo habitual de cualquiera de las nuevas sustancias podría producir bastantes o muchos problemas de salud. El 70% opina lo mismo con respecto al consumo esporádico.

El análisis de la percepción del riesgo en función de si el encuestado reconoce ser consumidor o no, deja ver cómo la percepción de riesgo asociada al consumo de cualquier sustancia es siempre menor entre los que consumen que entre los que no lo hacen ($p < 0,05$). En general, los consumidores de cada una de las sustancias son los que valoran como menos peligroso su consumo, independientemente de que éste sea habitual o esporádico. Así, entre los consumidores que asignan un riesgo determinado a

su consumo, el 75% considera que el consumo habitual produce bastantes o muchos problemas (frente al 85% que lo considera así en el grupo total de encuestados, sean o no consumidores) y sólo el 55% opina lo mismo con respecto al consumo esporádico (frente al 70% del total de encuestados, sean o no consumidores).

Resulta llamativo que, sin embargo, un alto porcentaje de consumidores desconozcan los problemas de salud que puede ocasionar la sustancia que están consumiendo. Por ejemplo, casi la quinta parte (19,5%) de los que han consumido ketamina no sabe asignar un riesgo determinado a su uso de manera esporádica. Aproximadamente la cuarta parte (23,9%) de los consumidores de *spice*, más de un tercio de los consumidores de piperazinas (35,3%), el 30,3% de los consumidores de mefedrona, el 28,7% de los consumidores de nexus, el 23,2% de los consumidores de metanfetaminas, el 22,6% de los que consumen setas mágicas, el 28,8% de los que consumen *research chemicals* y el 31,3% de los que consumen *legal highs* muestran una situación similar. Los resultados apenas si difieren cuando se evalúa, entre los consumidores, la percepción de riesgo asociada al consumo habitual.

Disponibilidad percibida

Con respecto a la dificultad percibida por los estudiantes de 14 a 18 años para adquirir las diferentes sustancias que se incluyen en este módulo (disponibilidad percibida), más del 50% de los jóvenes encuestados no son capaces de expresar la facilidad o dificultad para conseguir estas sustancias, algo esperable teniendo en cuenta la edad de los jóvenes y la novedad de las sustancias en el mercado.

Entre los jóvenes que sí opinan sobre la mayor o menor disponibilidad de estas sustancias, las drogas que se señalan como más difíciles de conseguir son el nexus, la mefedrona y las piperazinas. El 69,5% de los jóvenes manifiesta que le sería difícil o prácticamente imposible conseguir nexus, al 69,1% le resultaría difícil o prácticamente imposible conseguir mefedrona y al 68,5% le sería difícil o prácticamente imposible conseguir piperazinas. Las sustancias más fácilmente accesibles para este grupo de edad son las setas mágicas (el 50,3% de los encuestados afirma que le sería fácil o muy fácil conseguirlas), seguidas de ketamina y *spice* (el 40,2% de los estudiantes considera que tendría pocos problemas para conseguir ketamina y el 39,8% considera que tendría pocos problemas para conseguir *spice*).

Para todas las sustancias consideradas, los consumidores señalan mayor facilidad para conseguirlas que los no consumidores, observándose diferencias significativas ($p < 0,001$) en función de ser o no consumidor.

Entre aquellos que consumen cada una de las sustancias valoradas, son las piperazinas las que más dificultad de obtención muestran entre los que las consumen (el 24,5% de los consumidores de piperazina manifiesta que le resulta difícil conseguirlas). Las setas mágicas son, sin embargo, las sustancias consideradas como más fáciles de conseguir tanto para los consumidores de las mismas como para los no consumidores.

Policonsumo en consumidores de drogas emergentes

Los datos obtenidos a partir de la encuesta ESTUDES 2010 permiten también obtener información sobre los consumidores de drogas emergentes con respecto a los consumos de otras drogas lícitas e ilícitas. En términos generales, el consumo de drogas ilegales es significativamente superior entre los consumidores de drogas emergentes en comparación con aquellos que no las consumieron. Así, el 91% de los consumidores de drogas emergentes utilizó sustancias ilegales frente al 41,7% de los no consumidores de drogas emergentes ($p < 0,001$).

De igual modo, entre los usuarios de drogas emergentes se registró mayor prevalencia de consumo de alcohol en atracón (el 86,9% de los que consumieron drogas emergentes en el último mes hicieron *binge drinking* durante el mismo periodo, frente al 66,1% entre aquellos que no consumieron drogas emer-

gentes ($p < 0,001$)); mayor prevalencia de borracheras (92,2% de los que consumieron drogas emergentes alguna vez en su vida, también se emborracharon alguna vez en su vida, frente al 57,4% entre los que no consumieron drogas emergentes) y mayor prevalencia de consumo de alcohol (96,4% de los que consumieron drogas emergentes alguna vez en su vida habían probado, al menos, el alcohol, frente al 74,3% entre los que nunca habían consumido drogas emergentes).

El 90,2% de los que consumieron drogas emergentes en el último año consume también alcohol de forma regular (alguna vez en el último mes), el 19,4% consumió éxtasis durante el mismo periodo (último año) y el 23% puede considerarse consumidor habitual (alguna vez en el último mes) de cocaína (en polvo). Sin embargo, sólo el 3,8% de los jóvenes de 14 a 18 años que han consumido alguna vez en la vida nuevas sustancias, no ha consumido ninguna otra sustancia ilegal ni alcohol.

En cuanto al consumo de algunas de las drogas emergentes no sometidas a control legal (*spice*, *legal highs*, etc.) con el fin de imitar o sustituir con su consumo los efectos de las drogas ilegales, en España, por ejemplo, el 70,4% de los que habían consumido *spice* alguna vez en la vida, había consumido también cannabis en el último mes. Esta cifra parece lógica por cuanto los cannabinoides sintéticos que contiene el *spice* producen efectos similares a los del cannabis y su adquisición y consumo son, hasta el momento, legales. Una encuesta realizada en 1.463 estudiantes de 15 a 18 años en Alemania obtuvo un porcentaje muy similar (alrededor del 65%) de consumidores de *spice* que, a su vez, consumían cannabis regularmente (último mes).

En 2011 y en este grupo de edad (14 a 18 años), las drogas emergentes no parecen constituir un problema fundamental en el ámbito del consumo de drogas en España sino que, más bien, son objeto de consumos esporádicos y de “acompañamiento” a los consumos de las drogas de abuso más clásicas y de mayor extensión en nuestro país (alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, etc.).

La información obtenida a través de otras fuentes como sitios web, foros, chats, etc. apuntan a que estas drogas emergentes podrían estar más extendidas en un grupo de consumidores de mayor edad e historial de abuso de drogas más prolongado que buscan experimentar nuevas sensaciones y evitar los controles legales a los que se encuentran sometidas las drogas ilegales clásicas.

A pesar de que, hasta hace muy poco, no ha sido posible disponer de datos sobre la prevalencia de drogas emergentes en el ámbito internacional (con la excepción de los datos aquí mostrados a partir de la encuesta ESTUDES 2010 en España y algunos estudios de muestra más reducida, en grupos y entornos de riesgo que han sido ya mencionados en este mismo capítulo), la Comisión Europea ha presentado recientemente los resultados de una encuesta sobre jóvenes y drogas (“Actitudes de los jóvenes hacia las drogas”), como continuación a otras tres encuestas con contenido similar realizadas en 2002, 2004 y 2008. Esta última edición (2011) ha incluido algunas preguntas relacionadas con las experiencias y actitudes de los jóvenes frente a las llamadas “nuevas sustancias”.

La muestra estuvo constituida por 12.000 jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años, procedentes de los 27 Estados Miembros de la Unión Europea. Según esta encuesta, algo menos del 5% de los encuestados reconoció haber consumido “nuevas sustancias” en alguna ocasión durante su vida. No obstante, esta cifra fue más elevada (en torno al 10-15%) en Reino Unido, Polonia, Letonia e Irlanda. Las cifras obtenidas, sin embargo, han de ser valoradas con cautela ya que la categoría de “nuevas sustancias” engloba un amplio abanico de sustancias que varía según cada Estado Miembro, por lo que la comparabilidad de los datos obtenidos en los distintos países, y de éstos con los obtenidos en otros estudios y encuestas como de la que aquí se informa (ESTUDES 2010) se ve claramente afectada.

En cuanto a las formas de acceso a dichas sustancias, aproximadamente, la mitad de los jóvenes europeos encuestados (54%) afirmaron haberse iniciado a través de los amigos, a una tercera parte le fueron ofrecidas estas sustancias en fiestas o clubs, el 30% las adquirió en establecimientos especializados y sólo el 7% las consiguió a través de Internet.

1.3. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE HEROÍNA Y COCAÍNA EN ESPAÑA

El conocimiento de la prevalencia y la incidencia del consumo problemático de distintas sustancias entendiéndose como tal el consumo de forma continuada, intensa o inyectada (definición utilizada por el Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías, en revisión en la actualidad), es útil para el diseño y evaluación de programas de salud que se llevan a cabo.

Sin embargo, existen muchas limitaciones metodológicas para obtener directamente esta información a partir de encuestas poblacionales. Una alternativa es realizar estimaciones a partir de indicadores de problemas de drogas basados generalmente en los consumidores atendidos en determinados servicios. Esta opción es de interés creciente para estimar las tendencias de la incidencia (nuevos consumidores) de consumo problemático de heroína y cocaína fundamentalmente, al objeto de conocer la dinámica de las epidemias de consumo y evaluar la adecuación de las intervenciones desarrolladas.

Consumidores problemáticos de heroína

En España, esta aproximación dirigida al estudio de la incidencia, se ha venido haciendo a partir de un trabajo desarrollado por Sánchez-Niubó y colaboradores publicado en la revista *Addiction* en 2009¹. El trabajo concluye que la máxima incidencia de consumo problemático de heroína inyectada en nuestro país pudo producirse hacia 1980, con un rápido descenso posterior, en tanto que la vía pulmonar (fumada) no llegó a alcanzar cifras tan altas como el consumo por vía inyectada, y se mantuvo en su primer nivel (meseta) durante toda la década de los ochenta, para comenzar a descender a principios de los noventa.

Las estimaciones que se realizan en la actualidad nos confirman que la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores, descendiendo en los años posteriores.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) no permite una captación muestral adecuada de los consumidores de heroína en nuestro país, por lo que resulta prácticamente imposible obtener directamente estimaciones fiables de la proporción de consumidores que han iniciado tratamiento para aplicar el método multiplicador de tratamiento.

Para superar esta dificultad las estimaciones se calculan a partir de los datos obtenidos de tres fuentes básicas de información: 1) encuesta EDADES 2007, aplicando el método nominativo, para lo cual se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína, y para cada uno de los conocidos, si sabían si habían iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año; 2) indicador tratamiento al que se aplica el factor multiplicador obtenido a partir del método nominativo de la encuesta más el porcentaje de pacientes en mantenimiento con opioides (TMO) que han consumido en los últimos 12 meses y 3) la facilitada por las comunidades autónomas a partir del total de consumidores atendidos en sus centros ambulatorios, considerando que el indicador tratamiento sólo recoge una admisión a tratamiento anual por paciente (Tabla 1.3.1).

La estimación para 2009 alcanza la cifra de 96.624 consumidores problemáticos de heroína que, comparada con la obtenida para 2008 (93.027), supone un incremento del 3,72% (Figura 1.3.1).

1. Sánchez-Niubó A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. Problematic heroin use incidente trends in Spain. *Addiction* 2009; 104(2):248-255.

Tabla 1.3.1. Estimación de la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009.

EDADES. Método nominativo	46%
TMO con consumo de heroína en los últimos 12 meses (estimación 40%)	31.124
CCAA. Total atendidos en centros ambulatorios (estimación consumo de heroína y factor multiplicador)	65.500
Estimación global	96.624

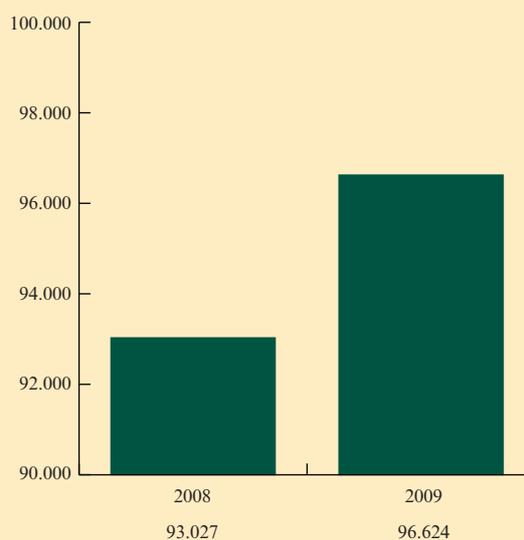
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

Cabe destacar, sin embargo, que este pequeño incremento de consumidores problemáticos se produce a pesar de que, en 2009, se constata una disminución real en números absolutos de los admitidos a tratamiento por heroína y también en el peso (%) que los admitidos a tratamiento por heroína suponen en el total de los admitidos a tratamiento por consumo de drogas en España en 2009. El aumento de la estimación de consumidores problemáticos de heroína se debería, por tanto, al aumento de la cifra de pacientes tratados por drogas en centros ambulatorios en España, apoyando la accesibilidad a los tratamientos existente.

Es preciso reseñar algunos elementos que intervienen en la valoración de estas cifras. En primer lugar, pueden estar infraestimadas teniendo en cuenta que se refieren a consumidores que fueron tratados sólo en centros públicos o financiados con fondos públicos. Aún así, queda patente la evolución global asumiendo que la proporción de consumidores no observados es constante y teniendo en cuenta que en España la accesibilidad al sistema público o concertado está muy extendida y arraigada en la población. En segundo término, la magnitud de la incidencia estimada puede estar sesgada porque el modelo empleado requiere que el período de latencia sea estable en todos los años de estudio y en el caso de la heroína la ampliación de los programas de mantenimiento con metadona a principios de los noventa debió provocar cambios en las pautas de solicitud de tratamiento. Además, cuando se comparan las tasas entre comunidades autónomas, debemos suponer que los registros de información son consistentes entre las mismas, lo que en algunos casos puede no ser cierto. Será necesario continuar realizando estas estimaciones en el futuro con un mayor volumen de casos para conocer mejor la evolución del fenómeno.

Por lo que respecta a la estimación del número de inyectadores de heroína, una parte concreta del consumo problemático, utilizando los datos derivados de: 1) EDADES y los inyectadores nominados;

Figura 1.3.1. Consumo problemático de heroína. Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2008-2009.



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

2) indicador de tratamiento una vez aplicado el factor multiplicador obtenido en la encuesta más el número de inyectadores que estando en tratamiento de mantenimiento con opioides se han inyectado en los últimos 12 meses, nos encontramos con una estimación global de 14.042 inyectadores de drogas recientes, en los últimos 12 meses (Tabla 1.3.2).

Tabla 1.3.2. Estimaciones del número de inyectadores de heroína. España, 2009.	
EDADES método nominativo	43%
Indicador tratamiento con factor multiplicador	8.751
TMO con consumo de heroína por vía inyectada en los últimos 12 meses (17%)	5.291
Estimación global	14.042

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

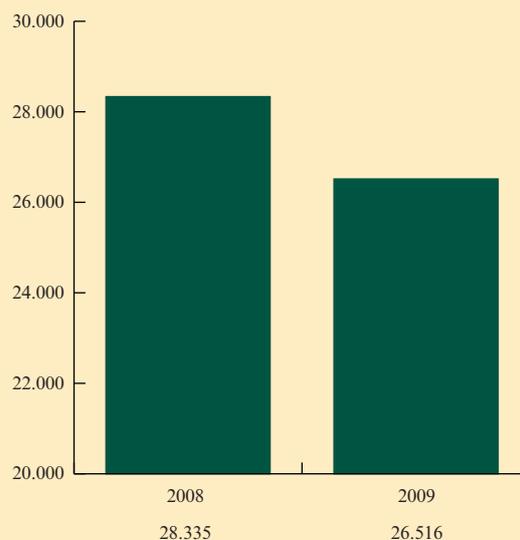
Teniendo en cuenta que en 2008 la cifra estimada fue de 23.594, se ha producido un descenso del 40% en el número estimado de inyectadores de drogas. Esta caída se debe, por un lado, a la disminución, en 2009, del número de admitidos a tratamiento por drogas que admitieron haber utilizado la vía inyectada durante los 12 meses anteriores a ser admitidos (4.546 en 2008 a 3.763 en 2009, que supone un 17% menos) y, por otro, a que el peso que supone la vía inyectada ha disminuido para todos los consumidores de heroína en general y en particular en el grupo de los considerados “*olders*” (consumidores con edades superiores a 39 años y de larga evolución) y entre aquellos que reciben tratamiento sustitutivo con opiáceos (TMO).

En 2009, el porcentaje de uso de vía inyectada entre los que reciben TMO es similar al que se observa tanto entre el total de los admitidos a tratamiento por heroína como entre el grupo de “*olders*” y que es del 17%.

Cuando en vez de utilizar el número de inyectadores admitidos a tratamiento se utilizó el número estimado de inyectadores que realizó algún tratamiento por abuso o dependencia drogas en 2009 (7.369 personas), se obtuvo una estimación de 26.516 inyectadores recientes.

Las cifras, así calculadas y con respecto a las obtenidas para 2008 (28.335), muestran un descenso del 6,4% que, está en línea con el menor número de admitidos a tratamiento por heroína en 2009 y con el descenso, en general, del uso de la vía inyectada para el consumo de drogas (Figura 1.3.2).

Figura 1.3.2. Estimación del número de inyectadores de heroína. España, 2008-2009.



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

Consumidores problemáticos de cocaína

Siguiendo la misma metodología apuntada para el estudio de los consumidores problemáticos de heroína, el factor multiplicador encontrado a partir del método nominativo (aquellos que habían iniciado un tratamiento por abuso o dependencia de esta droga en los últimos 12 meses) en la encuesta EDADES 2007 fue del 3%, que, aplicado a los 23.132 admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína en España en 2009, conduce a una cifra de consumidores problemáticos muy elevada, que podría sobreestimar la cifra real. La razón está probablemente en que, en el caso de la cocaína, transcurre mucho tiempo entre el inicio del consumo y el inicio del tratamiento, por lo que no sería correcto aplicar la tasa anual de tratamiento de un 3% a los consumidores de 2009.

Sin embargo, se pueden realizar distintas estimaciones por el método directo a partir de EDADES 2009 (extrapolación directa de las cifras de prevalencia de consumo), con lo que se obtienen cifras más bajas que, aunque puedan estar subestimadas por una cierta ocultación de los consumos más intensivos, al menos se puede considerar que representan un mínimo.

Es complicado decidir qué criterios utilizar para considerar problemático un patrón de consumo de cocaína sólo en virtud de las características de éste, ya que es bien sabido que muy diferentes tipos de combinaciones entre la intensidad del consumo en cada ocasión, la frecuencia con que se realizan los consumos, la edad a la que se consume, las otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla y los diferentes sustratos patológicos de quienes las consumen pueden ocasionar problemas a los consumidores.

Como punto de partida, y en el contexto de la información disponible en EDADES 2009, consideraremos consumidor problemático a aquel que dice haber consumido 30 ó más días en el último año y/o 10 ó más durante el último mes. En 2009, según EDADES, había en España 126.522 consumidores de cocaína que habían consumido 30 ó más días en el último año y 33.406 personas que habían consumido 10 ó más días durante el último mes, de los que para evitar repetición de casos deben excluirse 29.519 que cumplieron ambos requisitos (consumo 30 ó más días en el último año y 10 ó más días en el último mes). La cifra total estimada de consumidores problemáticos de cocaína sería de 130.409.

Se valoró también la posibilidad de ajustar esta cifra tomando en consideración el mayor o menor número de años desde que cada consumidor inició el consumo de cocaína, pero la encuesta EDADES no incluye información que permita asumir que los consumidores han consumido la droga de forma mantenida durante ese intervalo temporal, por lo que esta variable, finalmente, no resultó útil ni fue incluida en el cálculo de la estimación.

Además del tiempo de consumo mantenido y desde un punto de vista de Salud Pública, parece también importante tomar en consideración los consumos en las edades más tempranas. Así, se realizó una estimación paralela, considerando consumidores problemáticos a todos aquellos con edades menores o iguales a 20 años (edad aproximada en que se completa la maduración del SNC) que habían consumido cocaína 10 ó más días en el último año y, al menos, de 1 a 3 días en el último mes. En EDADES fueron así tipificados 14.544, representando el 17,4% de los consumidores de cocaína en ese intervalo de edad en los últimos 12 meses.

A éstos habría que añadir aquellos consumidores de más de 20 años de edad que consumieron 30 ó más días en el último año y/o 10 ó más días en el último mes (125.981) asumiendo teóricamente que aquéllos que, por edad cronológica suficiente, hubiesen completado su maduración psicofísica, serían menos susceptibles que los más jóvenes a sufrir daños derivados del consumo de cocaína. Según esta hipótesis, en 2009, se registrarían un total de 140.525 consumidores de cocaína.

Considerando las limitaciones de los métodos utilizados para realizar las estimaciones referidas a la prevalencia, y las numerosas asunciones que hay que realizar, los resultados de los ejercicios anteriores han de tomarse y utilizarse con mucha cautela.

Datos sobre consumidores problemáticos de otras fuentes distintas a las del indicador tratamiento

Los datos de consumidores problemáticos de drogas procedentes de urgencias hospitalarias se describen en el apartado *Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas*, en el capítulo 2 de este Informe.

Consumos intensivos de drogas, frecuentes a largo plazo y otras formas de consumo problemático

En la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, dirigida a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años se seleccionó una submuestra y se introdujeron tres escalas destinadas a evaluar la dependencia y el consumo problemático de cannabis. El propósito fue más metodológico que realizar una estimación válida de la prevalencia de consumo problemático de cannabis. Los resultados de este trabajo, realizado en colaboración con el EMCDDA, se muestran en una publicación conjunta de ambas instituciones².

España participó, de nuevo, en colaboración con el EMCDDA, en un estudio para valorar la adecuación y utilidad de diversas escalas de consumo problemático de cannabis en la población adolescente de 14 a 18 años (encuesta ESTUDES 2010) que serán publicados próximamente.

2. Klemptova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G *et al.* *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas*. Estudio colaborativo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

2

Problemas relacionados con las drogas

2.1. INDICADOR ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1991-2009

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del “indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”, cuya última versión data de 2003. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar los centros que participan en la notificación, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información y sobre la cobertura del indicador.

El indicador admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España, y que existe desde 1987. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, que incluye también el indicador urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el indicador mortalidad por reacción aguda a drogas. Este subsistema de información, que en su origen se denominó Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) y que después ha recibido distintas denominaciones, nació con el propósito de monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas especialmente de aquéllas que, como los opioides o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en un anexo del protocolo en una comunidad autónoma y en un año dado. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año excluyendo, en el ámbito autonómico, los episodios repetidos con ayuda de un código de identificación personal (CIP) formado por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha y provincia de nacimiento y el sexo. El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las comunidades autónomas, pero como los CIP no se transmiten al nivel estatal, no se pueden separar los episodios repetidos de admisiones de la misma persona durante el mismo año en dos o más comunidades autónomas diferentes. Aunque la información disponible indica que esta situación es poco frecuente, puede dar lugar a una pequeña sobrestimación del indicador a nivel estatal.

Se considera tratamiento cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad. Se consideran ambulatorios, aquellos tratamientos en que el paciente no pernocta en el centro o los realizados en servicios de tratamiento de drogodependencias de prisiones. Hay que tener en cuenta que algunos centros notificadores, además de tratamientos ambulatorios, pueden realizar tratamientos con internamiento o modalidades mixtas. Sin embargo, a efectos de este indicador, sólo se notifican los tratamientos ambulatorios. Los criterios diagnósticos de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque debe tenderse a aplicar los de las dos principales clasificaciones internacionales en vigor (DSM-IV o CIE-10).

Se notifican como episodios de admisión a tratamiento cualquiera de las situaciones siguientes: 1) La admisión a tratamiento en un centro por primera vez, considerando que se produce esta situación la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica (médica, social o psicológica) en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no sea el primero que realiza ese consumidor en la red de centros que notifican al indicador. Se notifican las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas opioides, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento. En el caso de los tratamientos con sustitutivos, no se considera como droga principal la que se ha utilizado terapéuticamente en el programa de mantenimiento (por ejemplo, metadona), sino la sustancia cuyo abuso o dependencia motivó el primer tratamiento (generalmente la heroína). El paso de un programa de mantenimiento con sustitutivos a otro “libre de drogas” sin interrupción temporal del tratamiento se considera como un solo tratamiento. 2) La readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando readmisión una admisión a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono. Los criterios de alta terapéutica, expulsión y abandono (6 meses sin que el paciente contacte con el centro) se describen en el protocolo del indicador. 3) La continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que, posteriormente, acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento. 4) La admisión a tratamiento de personas afectadas por una situación judicial o administrativa (remisión condicional de la pena, excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento, tratamiento en sustitución de sanción administrativa o tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario).

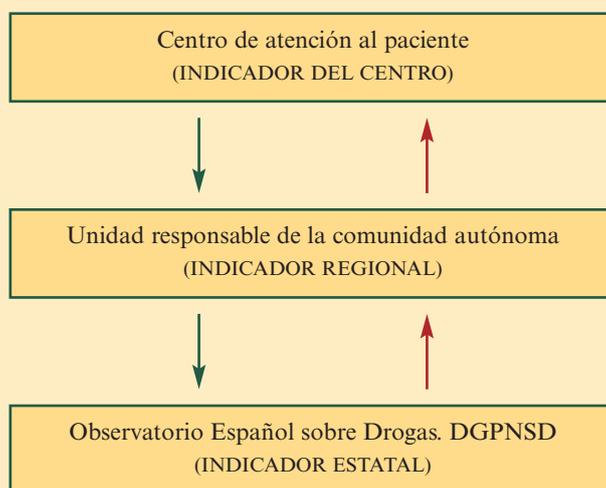
No se notifican como admisiones a tratamiento: 1) Los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento, ni las demandas que pasan a la lista de espera. 2) Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales. 3) Los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas; por ejemplo, el tratamiento de una sobredosis, un síndrome de abstinencia o una infección. 4) Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros. 5) Los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

Aunque sería deseable que notificaran todos los dispositivos que potencialmente pueden realizar en España tratamientos del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, la inclusión de todos (centros de Atención Primaria de salud, hospitales, clínicas privadas, etc.) es muy difícil y costosa. Por eso, en la práctica se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Puede tratarse de centros específicos de drogodependencias, centros o servicios de salud mental que realizan tratamientos ambulatorios de drogodependencias (ya sean centros independientes ya estén

integrados en centros sanitarios generales, hospitales u otro tipo de centros), programas de tratamiento de drogodependencias de prisiones, centros que realizan tratamientos complejos que incluyen una fase ambulatoria, o unidades móviles que realizan tratamientos con sustitutivos opioides y que cuentan con personal médico y de enfermería. En general, no se incluyen como centros notificadores aquéllos que realizan únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento (unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, algunos hospitales o servicios psiquiátricos), porque se piensa que la mayoría de los dependientes tratados en estos centros han sido derivados desde centros ambulatorios notificadores. La cobertura del Indicador Tratamiento con respecto a los centros públicos o privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas ha sido prácticamente total desde la puesta en marcha del indicador y, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario en España, es difícil que una parte significativa de tratamientos por drogas psicoactivas se realice en centros exclusivamente privados, aunque la proporción podría ser mayor en el caso de la cocaína y el cannabis que en el caso de los opioides.

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico. En las unidades autonómicas se validan y depuran los datos y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, y se tabula y analiza la información (Figura 2.1.1).

Figura 2.1.1. Circuito de información. Indicador tratamiento. España.



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

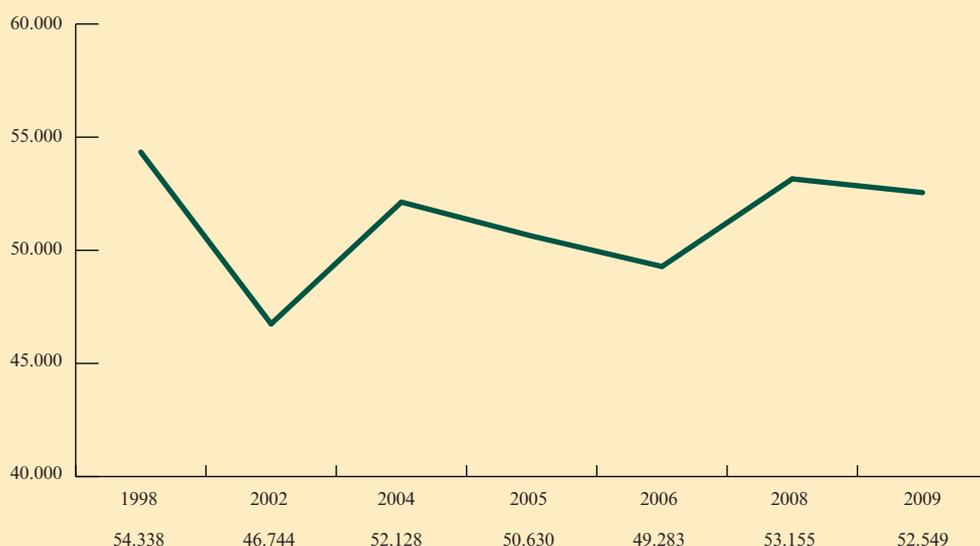
Se dispone de un programa informático del indicador que usan la mayoría de las comunidades autónomas y permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que, aunque en sus elementos básicos han permanecido estables a lo largo de su andadura y, por lo tanto, se pueden elaborar estadísticas comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal (la que motiva el tratamiento) o era su primer tratamiento en la vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga. Por ello, en 1991 se introdujeron algunas modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones y, en 1996, entraron en vigor otras, consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco y alcohol) y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH. Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador admisiones a tratamiento, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI (Treatment Demand Indicator) promovido por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) y para corregir algunas disfunciones observadas.

Resultados

En 2009, se registraron en España 52.549 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) procedentes de 507 centros declarantes de las 17 comunidades autónomas y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Número similar al obtenido en los últimos años, que en la serie histórica ha sufrido algunos cambios. Entre 1998 y 2002 el número de admisiones a tratamiento disminuyó, pasando de 54.338 en 1998 (año en el que se registró el mayor número de admisiones) a 46.744 en 2002. Sin embargo, desde el 2002 se ha producido un nuevo aumento que sitúa las admisiones a tratamiento en cifras muy cercanas a las del año 1998 (Figura 2.1.2). El descenso entre 1998 y 2002 pudo deberse al efecto de los programas de manteni-

Figura 2.1.2. Evolución del número de admisiones a tratamiento. España, 1998-2009.

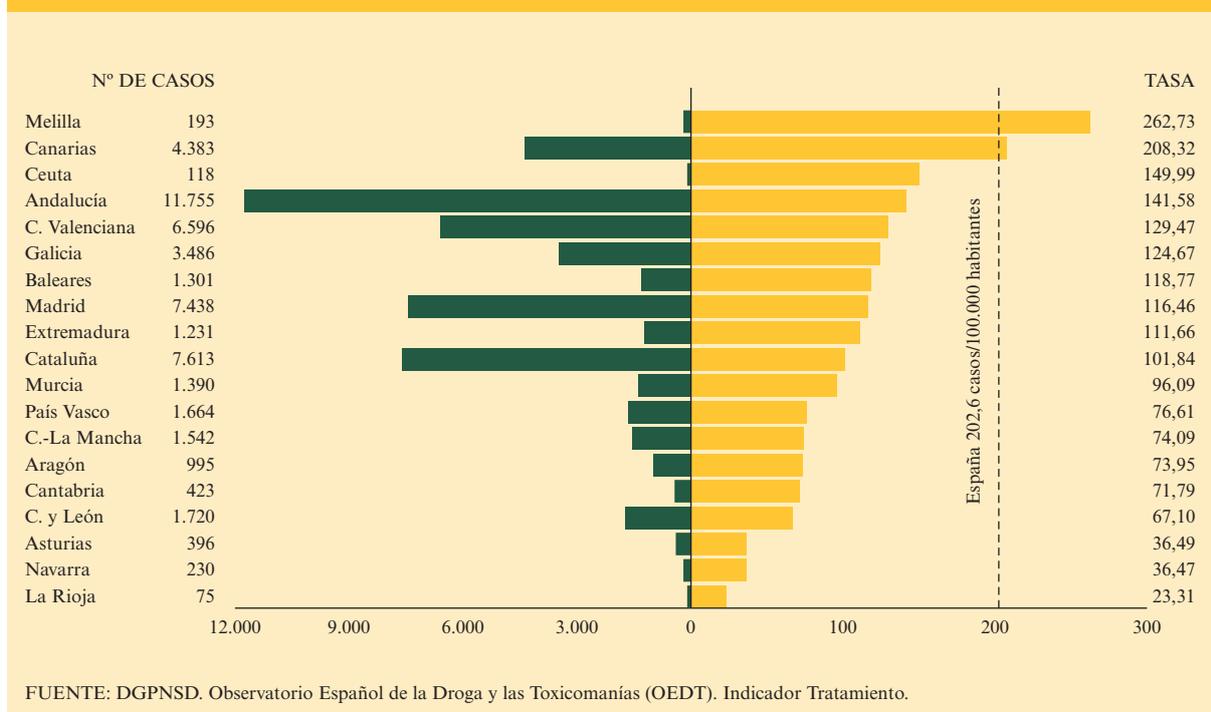


FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

miento con metadona que hizo que muchos consumidores de heroína dejaran de rotar por los servicios de tratamiento. El ascenso entre 2002 y 2004 y desde 2006 hasta 2009 podría explicarse por el aumento de admisiones a tratamiento por cocaína y cannabis.

En 2009, la tasa global de admisiones para el conjunto de España fue de 202,6 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades con mayores tasas poblacionales fueron Melilla, Canarias, Ceuta y Andalucía, y las comunidades con tasas más bajas La Rioja, Navarra, Asturias y Castilla y León (Figura 2.1.3). Las diferencias interautonómicas pueden responder tanto a diferencias de base en el consumo problemático de drogas, como a desigualdades en la oferta y utilización de servicios, e incluso a diferencias en la aplicación del protocolo del indicador.

Figura 2.1.3. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2009.

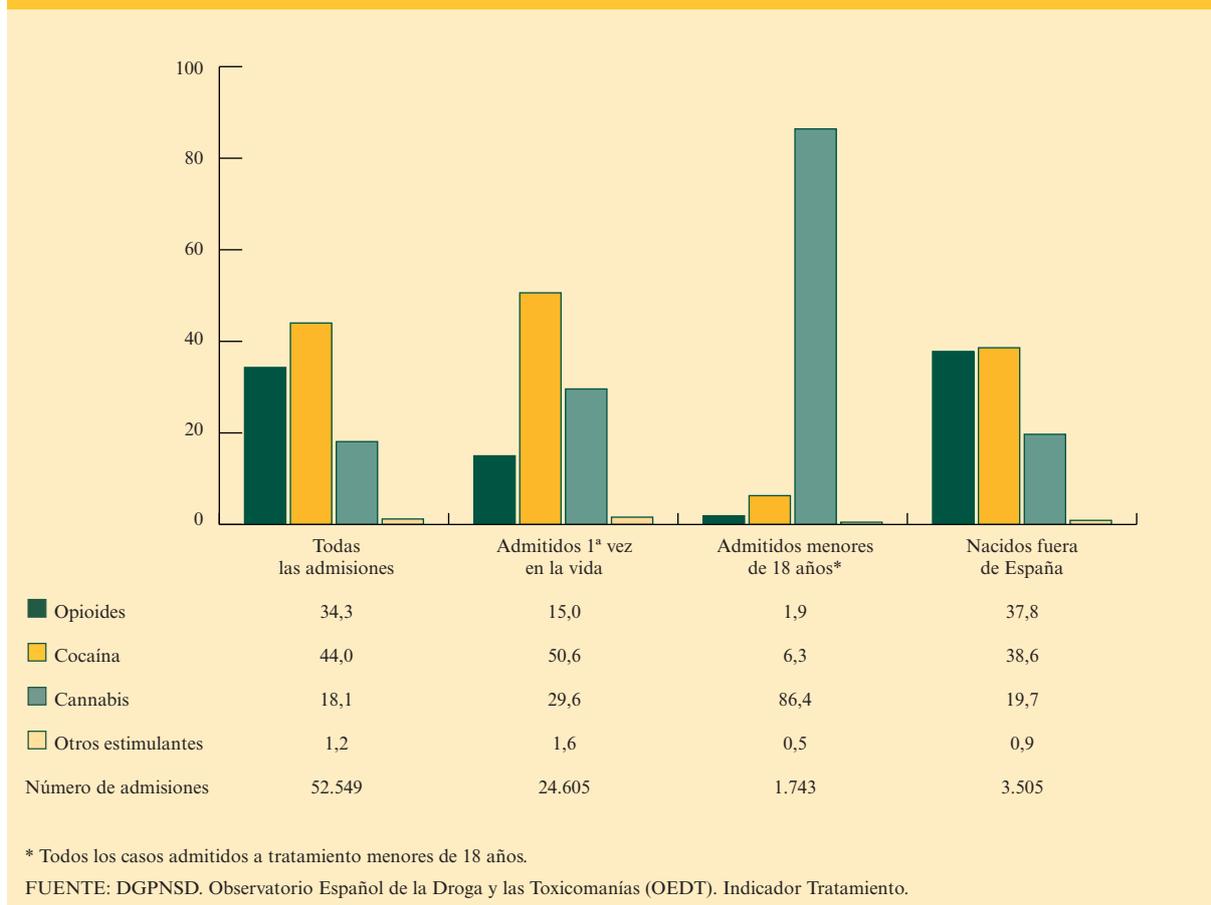


Como en años anteriores, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (84,8%), aumentando la presencia de las mujeres entre los admitidos por primera vez (16,1%) (Tabla 2.1.1). El porcentaje de extranjeros (nacidos fuera de España) se ha mantenido estable en los últimos años, suponiendo el 6,9% del conjunto de admitidos, si bien cabe destacar el hecho de que en el 2009 se atendieron más mujeres extranjeras (8,5%) que hombres (5,6%).

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años, manteniéndose actualmente los niveles de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento para ceder el puesto a la cocaína. De hecho, en 2009 esta última motivó 23.132 (44%) admisiones a tratamiento, frente a 16.989

(32,3%) motivadas por heroína seguida por el cannabis con 9.503 admisiones (18,1%). La proporción de admisiones a tratamiento por otras sustancias psicoactivas fue muy baja: opioides distintos a heroína o sin especificar (2%), hipnosedantes (1,8%), anfetaminas (0,9%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,2%) y alucinógenos (0,1%) (Tabla 2.1.2; Figura 2.1.4).

Figura 2.1.4. Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2009.



No obstante, el peso de las distintas drogas varió mucho según fueran o no casos con tratamiento previo (Tabla 2.1.2; Figura 2.1.4). Si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo (tratados por primera vez en la vida), el peso de drogas como la cocaína o el cannabis, es mayor, mientras que el de la heroína es bastante menor. De hecho, en este subgrupo la cocaína fue con mucha diferencia la droga que causó una mayor proporción de admisiones (50,6%), seguida del cannabis (29,6%) y a cierta distancia la heroína (13,9%). Las anfetaminas y el éxtasis tenían también un peso muy bajo entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida, con 1,2% y 0,3%, respectivamente.

Resulta de interés señalar que, como viene ocurriendo en los últimos años, el consumo de cannabis es el responsable de la mayoría (86,4%) de las admisiones a tratamiento en menores de edad. Entre los nacidos fuera de España en el año 2009 se consolidó la cocaína como la sustancia para la que hay mayor número de solicitudes de tratamiento (38,6%) seguida de los opioides (37,8%) (Figura 2.1.4).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33,1 años para el conjunto de las admisiones (para ambos sexos e igual que en 2008) y de 29,8 años para los admitidos por primera vez, presentando en ambos casos diferencias en función de la sustancia que motivó la admisión. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 37,9 años, por hipnosedantes 36,6, por cocaína 32,5 años y por cannabis 24,7 años (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

El nivel de estudios de los pacientes admitidos a tratamiento ha mejorado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En 2009, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (56,2%) sólo habían completado estudios primarios, mientras que el 53,3% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 49,4% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios.

Con respecto a la situación laboral, la proporción de empleados (44,8%) entre los tratados por cocaína fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (23,2%) y, aún tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (26%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

El 83,1% de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vivía en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos), siendo escasa la proporción de institucionalizados (9,4%), o de los que vivían en alojamientos precarios o inestables (sin techo) (2,9%). El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con los padres) o la familia propia (con cónyuge y/o hijos). También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2009, vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable era mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (18,1%) que entre los admitidos por cannabis (8,2%) o cocaína (9,8%) y sucedía lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (47,2%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (28,3%) (Tabla 2.1.1).

Entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte (62,7%) de los admitidos en 2009 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. Sólo el 37,3% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 36,2% refirió consumir una sola droga, el 19,8% consumió dos drogas, el 5,5% admitió consumir tres drogas y el 1,3% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron la cocaína y el cannabis, y entre los admitidos por cocaína el alcohol y el cannabis (Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Casi la mitad (49,5%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España en 2009 era la primera vez que recibían tratamiento por la misma droga principal, proporción que fue mucho más baja entre los admitidos por heroína (21,1%) que entre los admitidos por cocaína (56,9%), cannabis (81,0%), anfetaminas (65,2%) o éxtasis (70,2%) (Tabla 2.1.1 y Tablas 2.1.3A y 2.1.3B).

Tabla 2.1.1. Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	52.549	25.098	24.605	44.317	7.961
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	49,5			49,0	52,6
Edad media (años)	33,1	36,2	29,8	33,1	33,1
Mujeres (%)	15,2	14,3	16,1		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,4	1,2	1,3	1,2
Enseñanza primaria	46,0	47,0	44,4	46,8	41,0
Enseñanzas secundarias	48,2	47,9	49,1	47,9	50,5
Estudios universitarios	3,9	3,3	4,6	3,5	6,6
Otros	0,6	0,4	0,7	0,5	0,7
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	33,5	30,0	37,1	34,7	27,0
Parado no habiendo trabajado	5,1	4,9	5,2	4,7	7,0
Parado habiendo trabajado	40,0	43,9	35,9	40,1	38,6
Otras	21,4	21,1	21,8	20,4	27,4
Nacidos fuera de España (%)	6,9	5,6	8,5	6,8	7,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	12,8	17,5	8,3	12,5	14,5
Médicos generales, Atención Primaria de salud	9,6	7,0	12,2	9,5	10,5
Hospitales u otros servicios de salud	5,9	7,0	4,8	5,4	8,8
Servicios sociales	4,9	3,3	6,6	4,4	7,7
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	7,5	8,8	6,2	7,6	6,5
Servicios legales o policiales	8,3	4,5	12,3	8,9	5,1
Empresas o empleadores	1,7	1,7	1,5	1,8	1,1
Familiares o amigos/as	14,1	9,0	19,0	14,4	12,9
Iniciativa propia	33,1	39,5	26,4	33,5	30,7
Otras	2,2	1,7	2,6	2,2	2,1
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	15,6	17,1	14,3	15,7	15,3
Únicamente con pareja	11,4	11,7	10,9	10,4	16,8
Únicamente con hijos	4,8	4,6	5,0	3,9	9,7
Con pareja e hijos/as	14,8	14,5	14,9	14,8	14,4
Con padres o familia de origen	40,0	36,2	43,9	41,7	30,7
Con amigos	3,0	3,1	2,9	2,9	3,8
Otros	10,4	12,7	8,1	10,6	9,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	83,1	79,5	86,6	83,0	83,5
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	6,2	7,8	4,5	6,7	3,3
Otras instituciones	3,2	3,6	2,9	3,2	3,6
Pensiones, hoteles, hostales	1,3	1,4	1,2	1,2	1,6
Alojamientos inestables/precarios	2,9	3,5	2,3	2,8	3,7
Otros lugares	3,3	4,1	2,5	3,1	4,2

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.2. Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	52.549	25.098	24.605	44.317	7.961
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	34,3	53,3	15,0	34,1	35,5
Heroína	32,3	50,8	13,9	32,3	32,4
Metadona	1,1	1,5	0,5	1,1	1,4
Otros opioides	0,9	1,0	0,7	0,7	1,8
Cocaína	44,0	37,6	50,6	44,6	41,0
Cocaína CLH	42,6	36,3	49,4	43,1	39,8
Cocaína base	1,4	1,3	1,2	1,4	1,2
Otros estimulantes	1,2	0,8	1,6	1,1	1,5
Anfetaminas	0,9	0,6	1,2	0,8	1,2
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2
Otros estimulantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hipnosedantes	1,8	1,2	2,4	1,3	4,7
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepinas	1,7	1,2	2,2	1,2	4,3
Otros hipnosedantes	0,1	0,0	0,2	0,1	0,4
Alucinógenos	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Inhalables volátiles	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1
Cannabis	18,1	6,8	29,6	18,4	16,3
Otras sustancias	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	20,1	20,2	19,9	19,9	21,4
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	43,5	43,6	43,1	42,9	46,4
4-6 días/semana	7,3	6,1	8,4	7,4	6,6
2-3 días/semana	14,0	10,5	17,6	14,4	11,9
1 día/semana	6,0	4,6	7,4	6,0	5,6
Menos de 1 día/semana	7,1	6,7	7,5	7,1	7,0
No consumió	22,2	28,5	16,1	22,1	22,5
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	5,2	4,7	5,5	4,4	9,5
Pulmonar	48,6	51,0	46,2	49,0	46,4
Intranasal	38,8	32,2	45,6	39,2	36,9
Parenteral	6,5	10,9	2,2	6,5	6,4
Otras	0,9	1,3	0,5	0,9	0,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	20,2	33,3	7,3	20,5	18,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	7,9	12,2	3,7	8,0	7,3
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	7,0	11,6	2,0	6,6	9,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	26,1	28,7	23,2	26,2	26,2
Negativo (sin fecha de análisis)	24,7	30,8	18,5	24,7	24,7
Sin análisis o resultado desconocido	42,2	29,0	56,4	42,5	39,7

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.3A. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	21,7	21,1	23,9	40,3	56,9	57,1	48,5
Edad media (años)	38,0	37,9	39,0	39,5	32,5	32,5	34,2
Mujeres (%)	15,8	15,2	19,0	31,3	14,2	14,2	13,3
Máximo nivel de estudios completado (%)							
Sin estudios	2,3	2,3	1,5	0,9	0,8	0,8	1,6
Enseñanza primaria	53,6	53,9	54,5	40,7	40,3	39,7	58,1
Enseñanzas secundarias	41,3	41,1	40,4	46,5	53,3	53,8	38,2
Estudios universitarios	2,4	2,2	3,6	9,1	4,9	5,0	2,0
Otros	0,4	0,4	0,0	2,8	0,6	0,6	0,1
Situación laboral principal (%)							
Trabajando	23,3	23,2	23,6	29,1	44,8	45,5	23,5
Parado no habiendo trabajado	6,3	6,4	5,7	5,5	3,0	2,9	4,7
Parado habiendo trabajado	49,2	49,9	40,8	31,4	36,5	35,7	60,6
Otras	21,2	20,5	30,0	34,1	15,7	15,9	11,2
Nacidos fuera de España (%)	7,7	7,7	5,8	10,0	6,1	6,1	5,3
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)							
Otros servicios de tto. drogodependencias	17,9	17,7	18,2	22,3	12,4	12,7	3,9
Médicos generales, Atención Primaria de salud	6,1	5,9	7,1	11,7	11,5	11,7	7,4
Hospitales u otros servicios de salud	6,0	5,2	20,7	12,2	5,5	5,6	3,9
Servicios sociales	2,5	2,5	1,6	5,0	5,7	5,9	2,3
Prisiones, centros interna. cerrado menores	9,9	9,9	10,6	12,2	6,1	6,0	9,3
Servicios legales o policiales	2,5	2,5	3,5	2,4	7,4	7,4	5,1
Empresas o empleadores	1,8	1,7	1,4	5,6	1,5	1,5	0,4
Familiares o amigos/as	8,8	9,1	4,8	5,6	16,3	16,3	16,3
Iniciativa propia	42,9	43,9	30,7	21,2	31,7	31,0	50,1
Otras	1,6	1,6	1,4	1,9	1,8	1,8	1,4
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Solo/a	18,5	18,1	22,9	25,5	15,5	15,5	14,8
Unicamente con pareja	11,7	11,7	11,2	11,5	13,3	13,4	10,5
Unicamente con hijos	3,7	3,7	3,3	5,2	5,4	5,6	1,1
Con pareja e hijos/as	14,4	14,3	18,2	15,5	17,6	17,6	17,4
Con padres o familia de origen	33,5	33,8	26,6	28,6	37,5	37,5	36,1
Con amigos	3,9	3,9	5,8	5,4	2,4	2,5	1,5
Otros	14,2	14,5	12,0	8,4	8,2	7,9	18,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Casas, pisos, apartamentos	76,1	76,2	72,7	75,5	86,3	86,5	79,8
Prisiones, centros intern. cerrado menores	9,7	9,9	6,5	6,1	4,7	4,4	14,9
Otras instituciones	3,2	3,2	3,8	3,8	3,1	3,1	1,3
Pensiones, hoteles, hostales	1,4	1,4	1,7	4,5	1,3	1,4	0,3
Alojamientos inestables/precarios	5,0	5,0	5,8	5,9	2,0	2,0	1,8
Otros lugares	4,6	4,4	9,4	4,2	2,5	2,5	2,0

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.3B. Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Otros estimulantes	Anfeta- minas	MDMA y derivados	Hipnose- dantes	Benzodia- zepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	65,6	65,2	70,2	65,7	65,1	66,2	81,6	81,0
Edad media (años)	29,2	29,5	26,6	36,6	36,4	26,5	19,4	24,7
Mujeres (%)	19,6	20,7	12,6	39,1	38,6	23,2	10,1	13,7
Máximo nivel de estudios completado (%)								
Sin estudios	0,2	0,2	0,0	1,7	1,7	0,0	6,0	0,7
Enseñanza primaria	36,8	37,8	34,7	50,6	51,0	29,4	75,0	45,5
Enseñanzas secundarias	55,8	55,1	56,5	39,7	39,3	58,8	17,9	49,4
Estudios universitarios	6,7	6,4	8,9	6,9	6,9	8,8	1,2	3,8
Otros	0,5	0,4	0,0	1,1	1,2	2,9	0,0	0,6
Situación laboral principal (%)								
Trabajando	38,4	35,8	46,4	21,7	21,1	35,3	6,9	26,0
Parado no habiendo trabajado	4,1	4,0	5,6	8,1	8,0	4,4	14,9	7,5
Parado habiendo trabajado	37,9	41,5	24,0	40,2	40,5	25,0	24,1	31,9
Otras	19,5	18,8	24,0	30,0	30,4	35,3	54,0	34,6
Nacidos fuera de España (%)	5,3	4,5	4,3	6,0	6,0	10,6	69,4	7,6
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)								
Otros servicios de tto. drogodependencias	9,9	11,4	5,0	7,1	6,9	21,0	0,0	5,0
Médicos generales, Atención Primaria salud	13,4	11,8	9,9	17,6	17,6	8,1	4,5	10,7
Hospitales u otros servicios de salud	6,3	6,4	5,0	14,2	14,4	6,5	6,0	5,5
Servicios sociales	5,1	5,5	4,0	7,3	7,7	11,3	20,9	7,2
Prisiones, centros intern. cerrado menores	5,8	6,2	5,0	7,6	7,7	9,7	22,4	5,8
Servicios legales o policiales	15,7	11,8	36,6	4,4	4,4	12,9	14,9	21,2
Empresas o empleadores	2,0	1,7	4,0	0,9	1,0	3,2	11,9	2,0
Familiares o amigos/as	18,8	21,1	10,9	15,0	13,9	6,5	4,5	18,7
Iniciativa propia	21,3	22,0	18,8	23,9	24,3	19,4	4,5	19,8
Otras	1,8	2,1	1,0	2,1	2,3	1,6	10,4	4,2
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Solo/a	17,9	18,1	17,6	17,4	17,3	22,6	7,9	10,1
Unicamente con pareja	9,7	9,5	7,2	12,2	12,5	8,1	3,9	6,3
Unicamente con hijos	3,4	3,8	3,2	6,6	6,8	17,7	2,6	5,1
Con pareja e hijos/as	7,9	8,2	4,8	17,5	16,5	4,8	2,6	8,7
Con padres o familia de origen	49,0	47,3	56,8	33,9	34,1	33,9	9,2	58,8
Con amigos	4,6	4,9	4,8	1,7	1,9	8,1	3,9	2,7
Otros	7,5	8,2	5,6	10,6	10,9	4,8	69,7	8,3
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Casas, pisos, apartamentos	85,3	83,7	87,9	84,0	83,7	79,7	21,8	88,6
Prisiones, centros intern. cerrado menores	3,6	3,7	4,0	5,6	5,4	0,0	35,6	3,4
Otras instituciones	3,4	3,1	4,8	2,6	2,8	10,9	21,8	3,6
Pensiones, hoteles, hostales	1,6	2,0	0,8	1,5	1,5	3,1	2,3	0,7
Alojamientos inestables/precarios	2,1	2,9	0,0	2,6	2,7	0,0	4,6	1,2
Otros lugares	3,9	4,6	2,4	3,8	3,9	6,3	13,8	2,6

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

■ Heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos fue de 18.032 en 2009, lo que supone un descenso del 7,3% con respecto a 2008 (19.356) y representa el 34,3% del total de admisiones a tratamiento, mostrando un ligero descenso con respecto a 2008 (36,4%).

En relación con el consumo de heroína, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de esta sustancia en concreto fue de 16.989 en 2009, lo que también supone un descenso, de similar magnitud (7,7%) con respecto a 2008 (18.407).

De igual modo, en 2009, el número de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo o dependencia de heroína ha descendido, aproximándose a los datos de 2006, año en el que se registran las cifras más bajas de toda la serie histórica (Figura 2.1.5).

Figura 2.1.5. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína (números absolutos)*. España, 1991-2009.



■ Cocaína

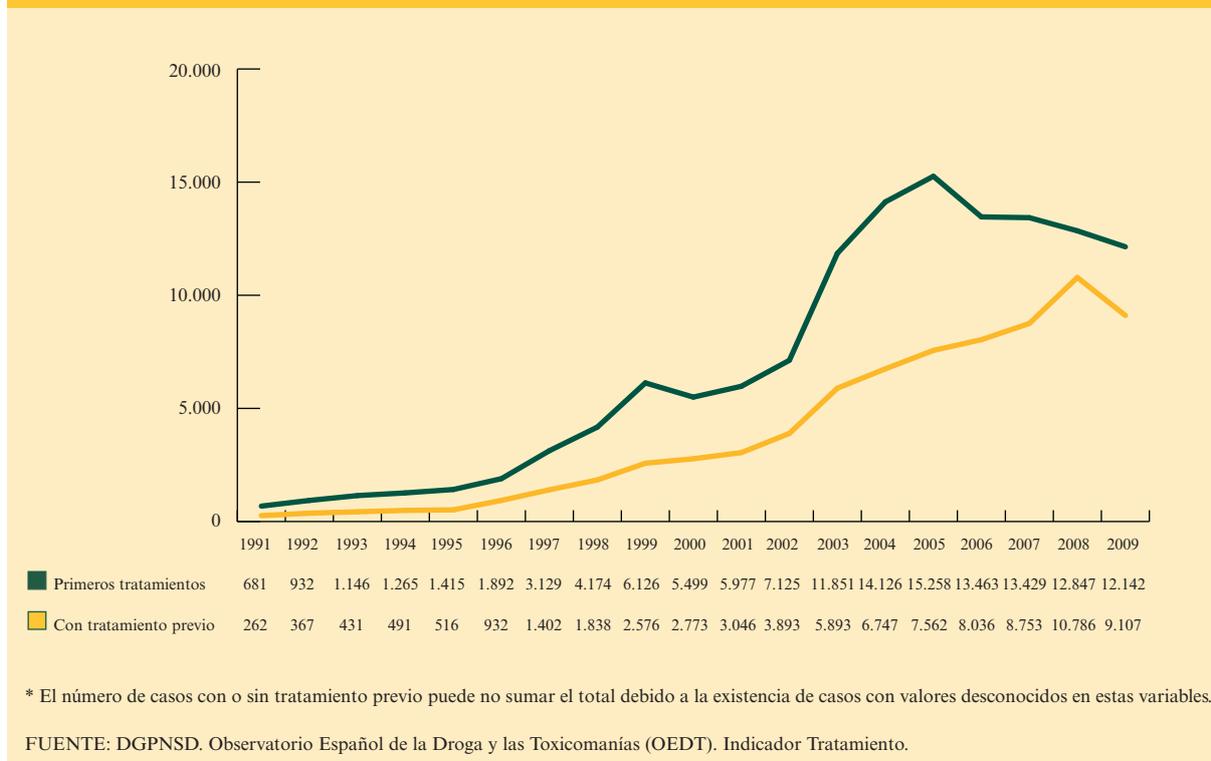
El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 23.132 en 2009, lo que supone un descenso del 2,1% con respecto a 2008 (23.649) y representa el 44% del total de admisiones registradas en este año.

El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 7.125 en 2002 y 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 en población de 15 a 64 años. Sin embargo, desde 2005 hasta 2009, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso pasando de 15.258 en 2005 a 12.142 en 2009 y que muestra, en cierto modo, una correspondencia con la estabilización en 2007 y el descenso recientemente registrado en la encuesta EDADES 2009 como se muestra en el punto 1.1.

Por otra parte, el número de admisiones por abuso o dependencia de cocaína con tratamiento previo por esta droga presenta en el año 2009 por primera vez desde que se registra una caída, situándose en 9.107.

Figura 2.1.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína (números absolutos)*. España, 1991-2009.



■ Cannabis

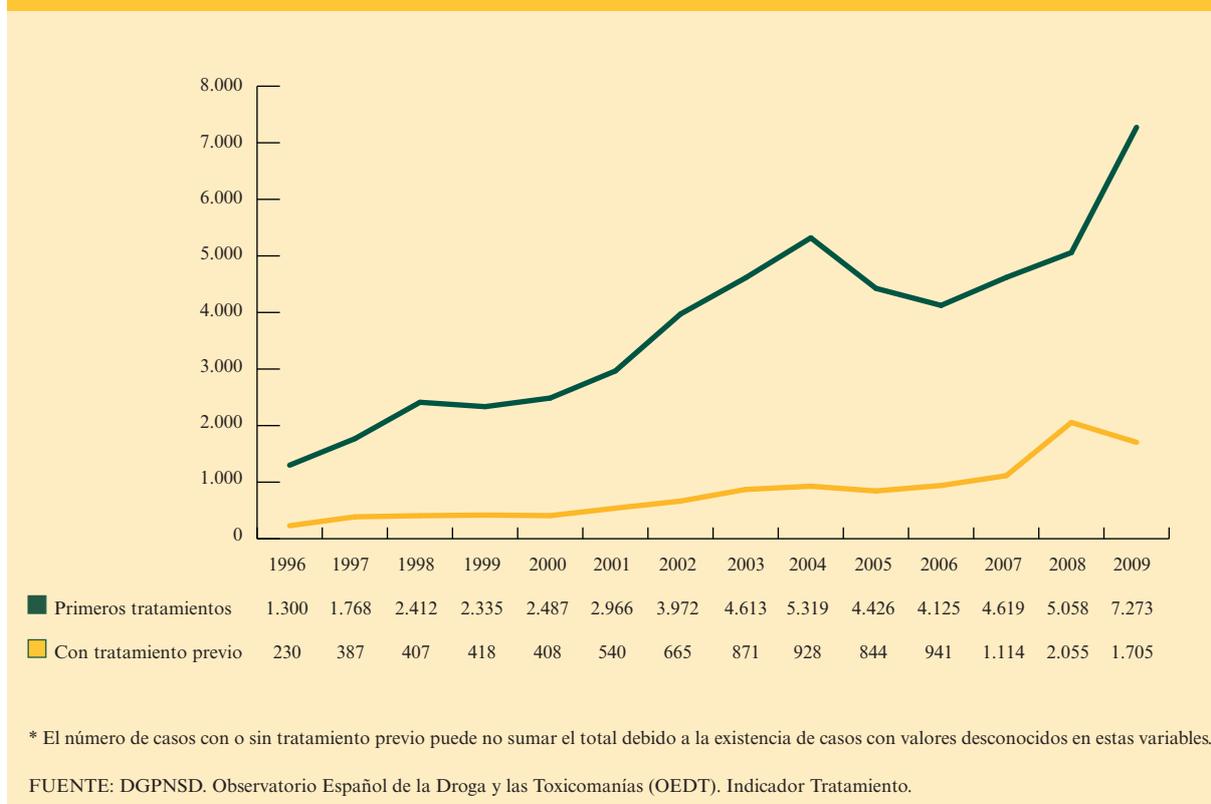
El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2009 fue de 9.503, lo que supone un aumento del 20% con respecto a las registradas en 2008 (7.419) y representa el 18,1% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en este año.

Como se puede ver en la Figura 2.1.7, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha ido aumentando año tras año hasta 2004, a partir del cual y durante los dos años siguientes desciende para volver a aumentar, siendo esta subida muy importante en 2009. El aumento es consecuencia directa del incremento del número de personas que han acudido por primera vez a tratarse, pues el porcentaje de aquellas que habían sido atendidas por consumo de cannabis en anteriores ocasiones se ha reducido en un 17%.

Esto es perfectamente compatible con el hecho, ya citado anteriormente, del elevado porcentaje de menores que acuden a tratarse por consumo de cannabis. El 86,4% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2009 en nuestro país, lo ha hecho por problemas con el consumo de cannabis, lo que significa un aumento de 2,9 puntos respecto del porcentaje de menores tratados por esta droga en 2008 (83,8%).

Esta tendencia ascendente se enmarca en el contexto actual de prevalencias de consumo de cannabis, tanto entre la población general como entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, teniendo en cuenta que el cannabis es la droga ilegal más consumida por ambas poblaciones en España.

Figura 2.1.7. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos)*. España, 1996-2009.

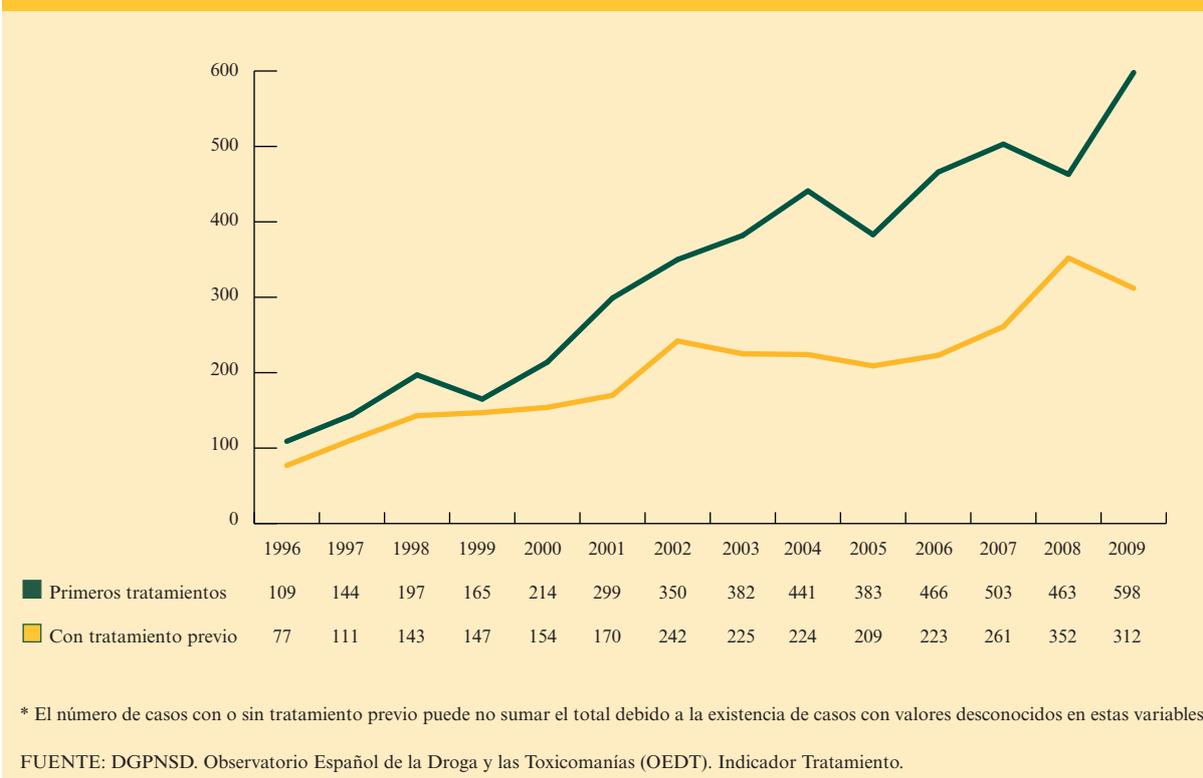


■ Hipnosedantes

El número de admisiones a tratamiento en 2009 por consumo de hipnosedantes fue de 963 (12% más que en 2008), y representa el 1,8% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas que se registraron en 2009. Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia claramente ascendente desde el inicio de la serie, con ligeros altibajos de carácter puntual (Figura 2.1.8).

El porcentaje de pacientes que habían sido tratados con anterioridad ha disminuido en un 11,4%, habrá que esperar a futuras revisiones para interpretar adecuadamente esta cifra.

Figura 2.1.8. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos)*. España, 1996-2009.



■ Otras drogas

El resto de las drogas sigue teniendo muy poca representación en los servicios de tratamiento. De hecho, los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) sólo representaron en 2009 el 1,6 % del total de admisiones para todas las drogas. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es mínimo.

Como se aprecia en la Figura 2.1.9, la evolución temporal nos informa de una tendencia descendente, mantenida en los últimos años, en el número de personas tratadas por consumo de éxtasis, mientras que hay un aumento del número de admitidos a tratamiento por amfetaminas y también por alucinógenos.

En 2009, la edad media de primer consumo de la droga que motiva el tratamiento fue 20,1 años, siendo similar (19,9) en los tratados por primera vez que en los previamente tratados (20,2), y más alta en las mujeres (21,4 años) que en los hombres (19,9 años). Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades medias de primer consumo más tempranas a inhalables volátiles (14,1 años), cannabis (15,7 años) y alucinógenos (19,1 años), y las más tardías a hipnosedantes (26,5 años) y metadona (28,1 años) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B). La edad media de primer consumo de heroína entre los admitidos por primera vez por esta droga ha seguido una línea ascendente suave desde 1991, aunque en los años 2005 y 2006 experimentó un descenso brusco, para el que no se halla explicación. Por su parte, la edad media de inicio en el consumo de los tratados por primera vez por cocaína descendió de forma suave desde mediados de los noventa situándose en el 2009 en su valor más bajo.

Figura 2.1.9. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos)*. España, 1996-2009.



Las vías de administración de la droga principal varía mucho por sustancias pero, en general, en 2009 predominó la vía pulmonar (48,6%) y la intranasal (38,8%), siendo la vía parenteral la menos habitual (6,5%) (Tabla 2.1.2). Entre los admitidos a tratamiento por heroína en 2009, la vía de administración predominante durante los 30 días previos a la admisión fue la pulmonar o fumada (“chinos”), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada y por la intranasal o esnifada. Aunque en los últimos años ha disminuido bastante el número absoluto de tratados por heroína por cualquier vía de administración (inyectada, fumada y esnifada), este descenso comenzó y fue mucho más intenso en el caso de los inyectadores. Ello ha motivado que en las dos últimas décadas se haya producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. De hecho, la proporción de tratados por primera vez por heroína que consumían esta droga principalmente por vía inyectada pasó de 50,3% en 1991 a 11,31% en 2009, mientras que la de los que lo hacían preferentemente por vía fumada pasó de 43,4% en 1991 a 79,7% en 2009 (Figura 2.1.10). El análisis por comunidad autónoma confirma esta tendencia. En 1991 la mayoría de las comunidades presentaban alta proporción (>60%) de tratados por primera vez que usaban preferentemente la inyección para consumir heroína, siendo baja dicha proporción sólo en algunas comunidades, como Canarias y Andalucía. Entre 1991 y 1995 descendió mucho la inyección en la mayoría de las comunidades, sobre todo en el sur, y entre 1996 y 2005 el descenso se mantuvo, aunque a un ritmo menor. A pesar de que la caída de la inyección ha sido generalizada, en 2009 seguían existiendo diferencias interautonómicas importantes en la vía de administración de heroína entre los tratados por esta droga por primera vez en la vida (Figuras 2.1.11 y 2.1.12). Hay que tener en cuenta que el número de admitidos a tratamiento por heroína por primera vez en la vida, es ya muy bajo en algunas comunidades autónomas, por lo que las proporciones de los que utilizan las distintas vías de administración pueden variar bastante por efecto del azar.

Tabla 2.1.4A. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	21,2	20,9	28,1	25,4	20,7	20,7	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)							
Oral	5,1	1,0	92,1	45,6	1,3	1,3	0,6
Pulmonar	71,1	74,4	5,8	28,5	14,7	12,5	82,4
Intranasal	6,0	6,2	0,7	7,6	81,3	83,4	15,8
Parenteral	16,4	16,9	1,3	16,1	2,1	2,1	0,4
Otras	1,4	1,5	0,2	2,3	0,7	0,7	0,9
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)							
Todos los días	58,5	57,7	76,2	64,5	21,8	21,4	33,0
4-6 días/semana	4,2	4,4	1,2	4,2	10,5	10,6	9,2
2-3 días/semana	4,9	5,0	2,2	4,2	23,0	23,2	17,6
1 día/semana	2,2	2,2	1,0	2,7	10,2	10,4	5,9
Menos de 1 día/semana	3,8	3,6	8,0	3,9	11,0	11,1	7,0
No consumió	26,4	27,0	11,4	20,5	23,5	23,4	27,3
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)							
1. Opiáceos	13,2	12,7	28,1	16,9	7,9	7,5	18,1
11. Heroína	0,9	–	26,5	12,2	6,8	6,5	16,6
12. Metadona	9,9	10,3	–	4,8	0,4	0,3	2,6
13. Otros opiáceos	2,4	2,5	1,9	–	0,9	1,0	0,0
2. Cocaína	52,4	53,2	31,3	41,3	0,4	0,2	5,1
21. Cocaína CLH	48,1	48,7	28,4	39,7	0,2	–	5,1
22. Base cocaína	4,5	4,6	2,9	1,6	0,2	0,2	–
3. Estimulantes	2,7	2,7	0,6	6,3	9,6	9,7	4,1
31. Anfetaminas	1,6	1,6	0,3	4,2	4,2	4,3	1,9
32. MDMA y derivados	1,0	1,0	0,3	1,6	5,5	5,6	2,3
33. Otros estimulantes	0,1	0,1	0,0	0,5	0,4	0,4	0,2
4. Hipnóticos y sedantes	19,8	19,7	24,6	14,8	6,4	6,0	19,4
41. Barbitúricos	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
42. Benzodiazepinas	19,0	19,0	20,8	14,3	6,1	5,7	18,1
43. Otros hipnosedantes	0,6	0,6	3,8	0,5	0,3	0,2	1,1
5. Alucinógenos	0,8	0,8	1,0	0,5	2,1	2,1	0,9
51. LSD	0,2	0,2	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2
52. Otros alucinógenos	0,6	0,6	0,6	0,5	1,9	1,9	0,8
6. Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
7. Cannabis	49,0	48,9	51,8	48,7	52,0	51,6	64,2
8. Alcohol	35,9	35,7	40,6	39,2	73,6	74,2	56,7
9. Otras sustancias	1,2	1,3	0,3	0,5	0,7	0,7	1,7
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	48,6	48,8	47,3	42,3	7,1	6,9	14,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	18,3	18,5	11,0	18,0	3,4	3,4	4,1
Estado serológico frente al VIH (%)							
Positivo	16,4	16,3	23,4	11,8	2,1	2,1	3,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	27,4	27,5	21,3	29,6	29,6	29,8	21,6
Negativo (sin fecha de análisis)	30,0	30,1	30,5	24,1	23,5	23,3	27,9
Sin análisis o resultado desconocido	26,2	26,1	24,8	34,5	44,8	44,7	47,5

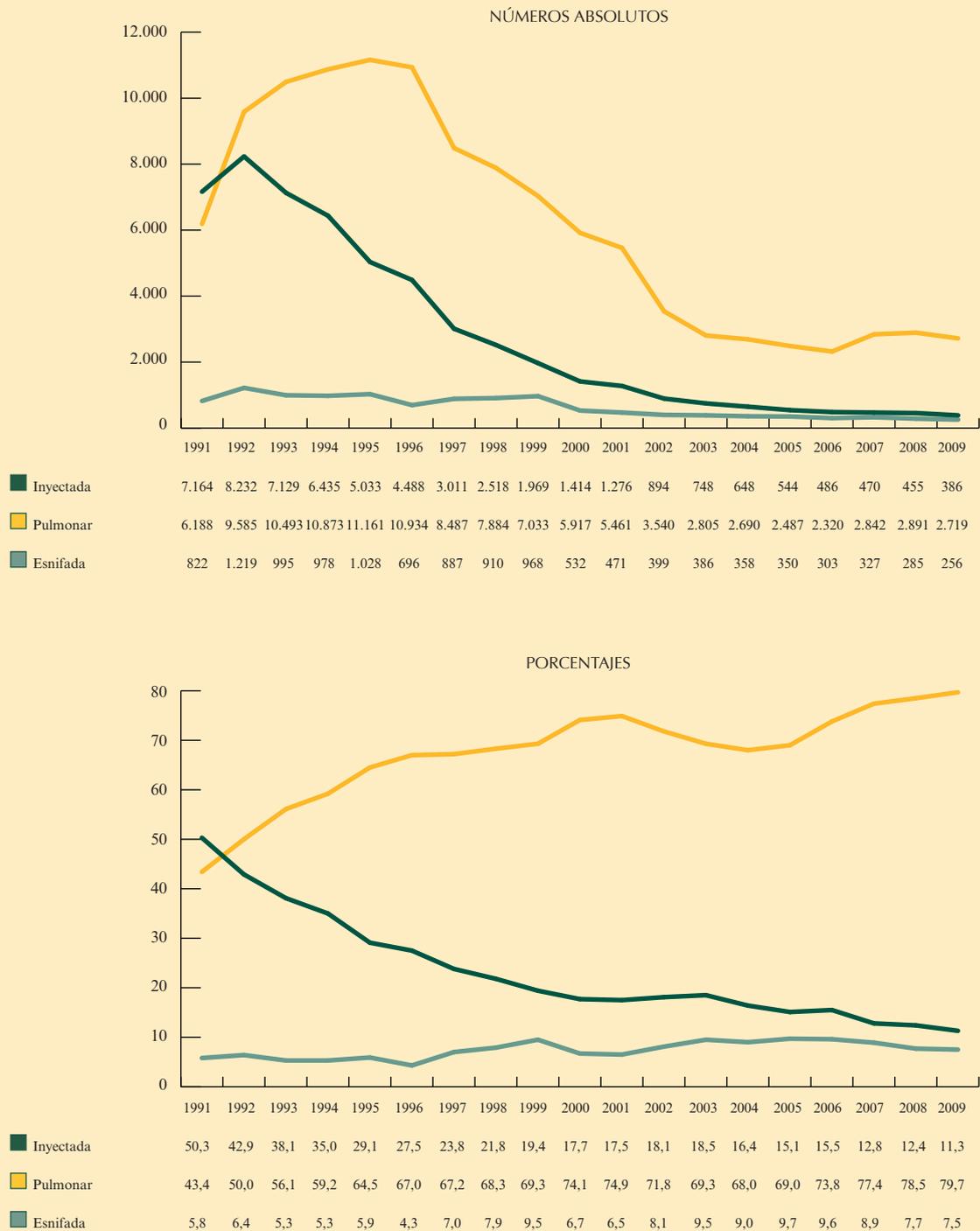
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.4B. Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009.

	Otros estimulantes	Anfeta- minas	MDMA y derivados	Hipnose- dantes	Benzodia- zepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,6	19,7	19,3	26,5	26,1	19,1	14,1	15,7
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	38,7	25,0	88,2	97,9	98,2	35,4	3,6	2,4
Pulmonar	4,7	5,2	0,8	1,0	0,9	9,2	52,4	96,6
Intranasal	54,8	68,0	9,2	0,6	0,3	50,8	38,1	0,7
Parenteral	1,0	1,1	0,0	0,4	0,5	1,5	0,0	0,0
Otras	0,8	0,7	1,7	0,1	0,1	3,1	6,0	0,3
Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	24,9	27,1	11,5	78,7	78,6	25,9	23,9	62,5
4-6 días/semana	10,5	12,7	2,9	2,8	2,6	8,6	11,3	5,9
2-3 días/semana	25,4	28,4	16,3	3,6	3,6	25,9	28,2	10,8
1 día/semana	11,6	11,4	14,4	2,5	2,7	0,0	7,0	3,3
Menos de 1 día/semana	7,3	6,5	10,6	1,8	1,8	12,1	9,9	4,8
No consumió	20,4	13,9	44,2	10,7	10,7	27,6	19,7	12,8
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)								
1. Opiáceos	4,1	4,4	3,6	11,0	11,6	6,0	12,5	3,7
11. Heroína	3,0	3,2	2,4	7,9	8,3	2,0	2,1	2,5
12. Metadona	0,2	0,3	0,0	2,5	2,6	0,0	2,1	0,2
13. Otros opiáceos	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	4,0	10,4	1,1
2. Cocaína	36,2	34,5	47,6	32,4	33,2	48,0	20,8	40,1
21. Cocaína CIH	36,2	34,5	47,6	31,2	32,0	46,0	20,8	40,0
22. Base cocaína	0,0	0,0	0,0	1,3	1,4	2,0	0,0	0,2
3. Estimulantes	6,7	7,1	4,8	7,4	7,6	34,0	4,2	9,0
31. Anfetaminas	0,9	–	4,8	5,2	5,2	18,0	2,1	4,7
32. MDMA y derivados	5,3	6,5	–	3,8	4,0	20,0	0,0	4,5
33. Otros estimulantes	0,5	0,6	0,0	0,4	0,5	2,0	2,1	0,3
4. Hipnóticos y sedantes	4,6	4,1	4,8	1,1	0,9	2,0	18,8	6,2
41. Barbitúricos	0,2	0,3	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0
42. Benzodiazepinas	3,9	3,2	4,8	0,2	–	2,0	18,8	6,0
43. Otros hipnosedantes	0,5	0,6	0,0	0,4	0,5	0,0	0,0	0,2
5. Alucinógenos	5,3	6,2	2,4	0,9	0,9	2,0	0,0	2,8
51. LSD	1,6	1,8	1,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,4
52. Otros alucinógenos	3,9	4,7	1,2	0,9	0,9	0,0	0,0	2,4
6. Inhalables volátiles	0,7	0,9	0,0	0,4	0,5	0,0	–	0,4
7. Cannabis	62,8	62,8	65,5	58,4	58,8	66,0	83,3	–
8. Alcohol	53,4	49,3	65,5	49,7	49,8	56,0	29,2	77,2
9. Otras sustancias	0,5	0,6	0,0	2,2	2,1	2,0	0,0	0,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	7,0	7,8	4,3	6,1	10,2	10,5	5,8	6,1
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,3	2,1	2,6	3,0	1,3	1,4	0,0	6,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	1,6	1,3	1,9	4,0	5,5	5,4	6,8	3,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,1	21,1	22,4	16,0	17,1	16,7	20,5	28,1
Negativo (sin fecha de análisis)	25,0	26,6	20,6	20,0	26,3	26,9	18,2	26,3
Sin análisis o resultado desconocido	52,3	51,1	55,1	60,0	51,2	51,0	54,5	42,1

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.10. Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos* y porcentajes). España, 1991-2009.

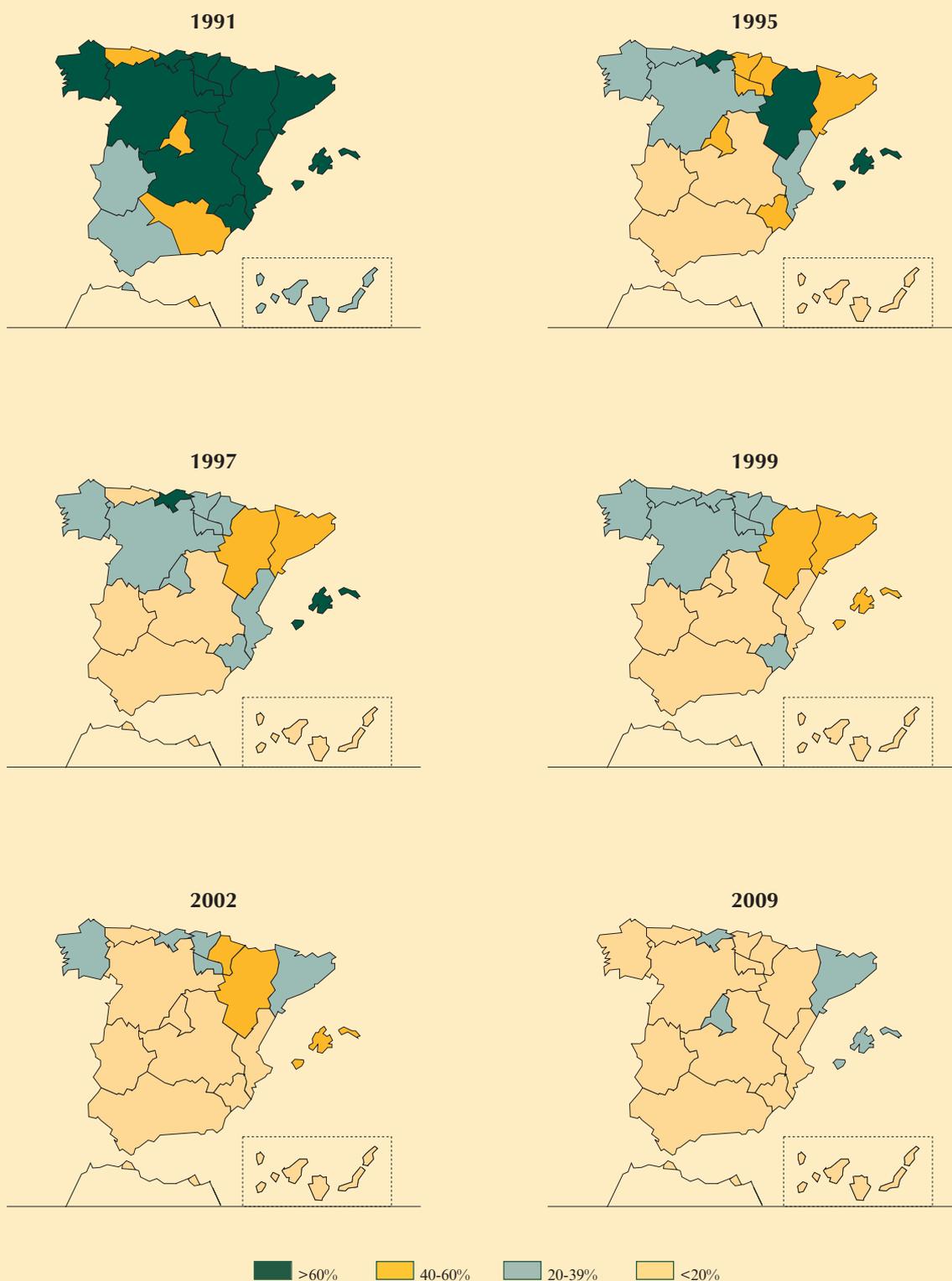


* El número de casos (absolutos) mostrados para cada vía de administración puede no sumar el total de los admitidos a tratamiento por primera vez por abuso o dependencia de heroína debido a la existencia de casos con valores desconocidos en esta variable.

Nota: Las estimaciones del número de tratados por heroína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por heroína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

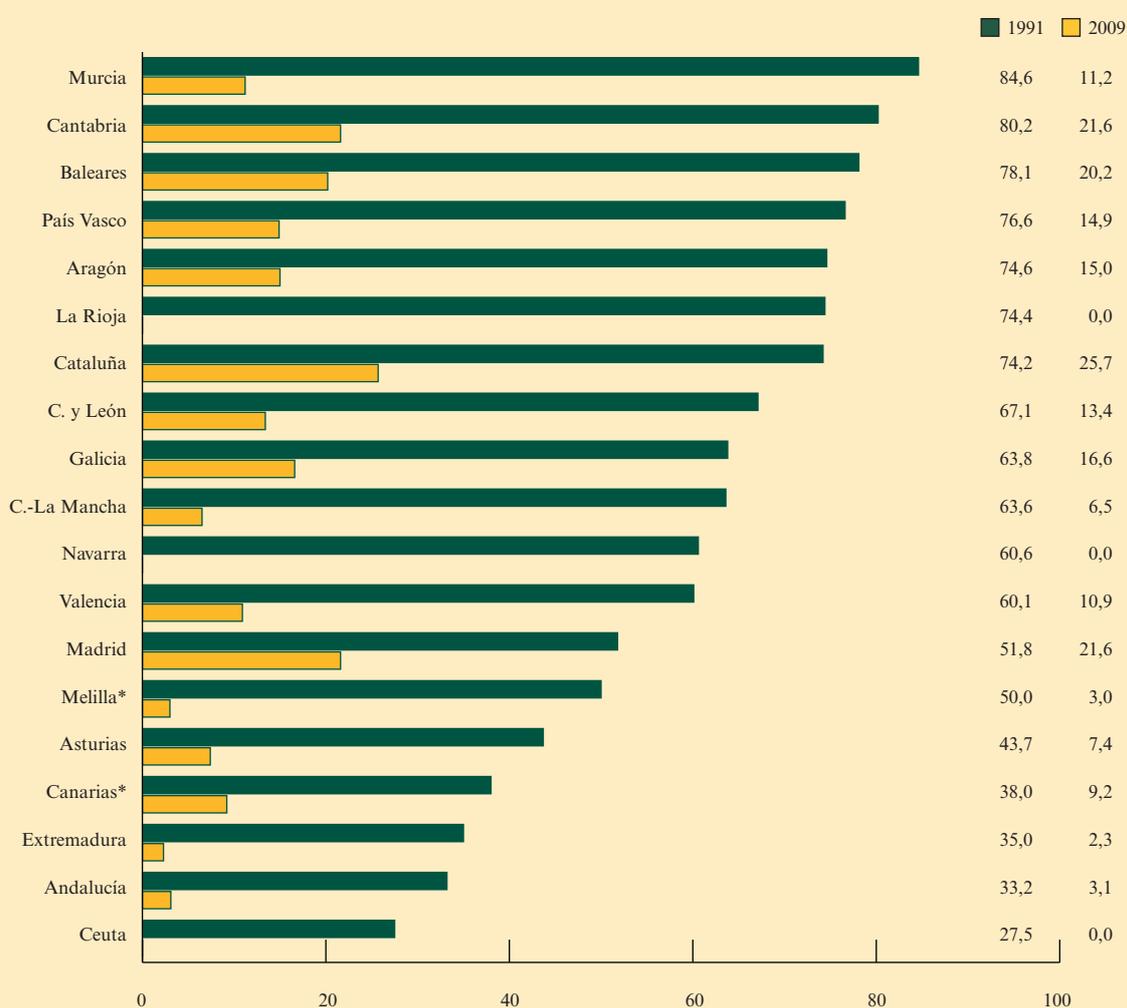
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.11. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.12. Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009.



* En la Comunidad Autónoma de Canarias y en la Ciudad Autónoma de Melilla se presentan los datos de 1992 en lugar de los de 1991, bien porque en 1991 no se recogieron (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína en 2009, la vía predominante de administración fue con mucha diferencia la intranasal o esnifada (87,7%), seguida de la fumada (9,7%) y la inyectada (1,2%). Si se examinan los datos relativos a la proporción de tratados por cocaína que usa preferentemente cada una de las vías de administración para consumir esta droga, se puede concluir que entre 1991 y 2007 aumentó mucho el uso de la vía esnifada, disminuyó bastante el de la inyectada, y aparentemente también disminuyó el de la fumada. Parte de la disminución de la vía fumada ha podido deberse a la mejora de la clasificación de la variable. De hecho, a partir de 2003 se mantiene relativamente estable. Para comprender mejor la evolución de los tratamientos por cocaína conviene fijarse no sólo en la evolución de las proporciones que usan cada vía de administración, sino también en la evolución del número absoluto de tratados que usa cada vía. Así, puede observarse que el aumento espectacular del

número de tratamientos por cocaína por primera vez en la vida entre 1991 y 2005 se debió sobre todo al incremento del número de consumidores por vía esnifada que pasó de 315 en 1991 a 4.413 en 2001 y a 12.298 en 2005. A partir de ese año parece que su número ha disminuido ligeramente (10.272 en 2009). Estos datos indican también que, a pesar de la estabilidad o el descenso de la proporción de tratados que usa la cocaína por vía fumada o inyectada, en España hasta 2005 aumentó bastante el número de tratados por cocaína consumida por dichas vías. De hecho, entre 1991 y 2005 los primeros tratamientos por cocaína fumada se multiplicaron por trece pasando de 139 a 1.755 casos anuales, y el número de primeros tratamientos por cocaína inyectada se multiplicó por siete, pasando de 109 a 793 casos. Sin embargo, el aumento de los tratados por cocaína por vía intranasal (esnifada) fue de mucha mayor magnitud, multiplicándose por 39, y pasando de 315 casos en 1991 a 12.298 en 2005 (Figura 2.1.13).

En 2009, entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína clorhidrato, la vía de administración predominante fue la intranasal o esnifada (87,7%) seguida de la pulmonar o fumada (9,7%) y de la inyectada (1,2%).

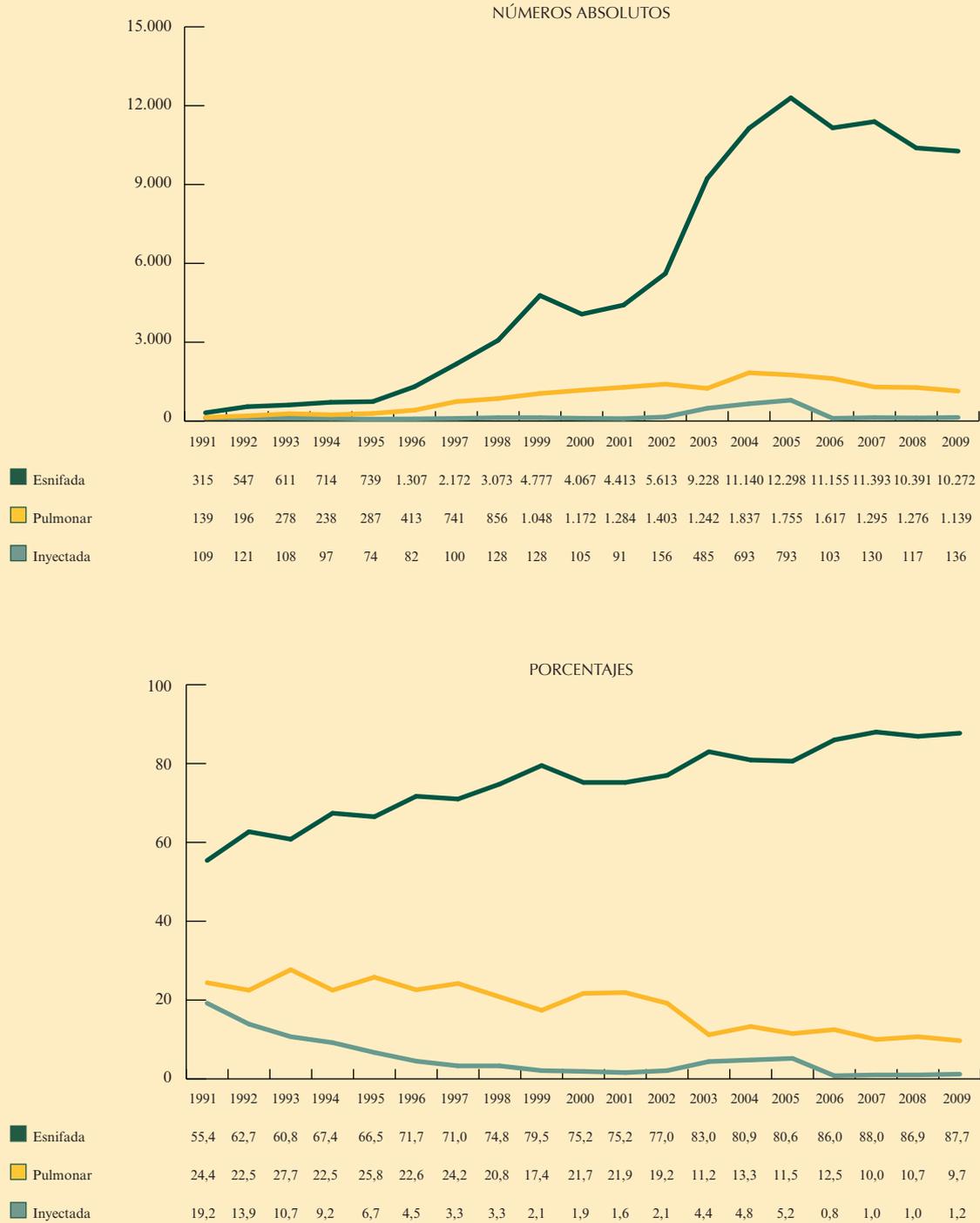
Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motiva el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno, el indicador tratamiento incluye la variable “tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó drogas”. Al distribuir los admitidos a tratamiento en 2009 según esta variable, se observa que un 79,8% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 12,3% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectores) y un 7,9% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectores recientes). Las prevalencias de inyectadores recientes fue mucho mayor entre los que ya habían sido admitidos a tratamiento previamente (12,2%), que entre los que fueron admitidos por primera vez en la vida (3,7%) y fueron bastante parecidas en hombres y en mujeres (Tabla 2.1.2).

Si se considera la droga que motivó el tratamiento, se observa que entre los admitidos a tratamiento por heroína, un 51,2% no se había inyectado nunca (nunca-inyectadores), un 30,3% se había inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión (exinyectores) y un 18,5% se había inyectado en los 12 meses previos (inyectores recientes).

Por lo que respecta a los tratados por otras drogas en 2009, se encontró una proporción importante de inyectadores recientes entre los tratados por metadona (11,0%) y por otros opioides distintos a heroína o metadona u opioides sin especificar (18%). En los tratados por el resto de las drogas, la proporción fue menor del 10%: anfetaminas (2,1%), cocaína (3,4%), alucinógenos (1,4%), éxtasis (2,6%), cannabis (6,1%) e hipnosedantes (3%) (Tablas 2.1.4A y 2.1.4B).

Entre 1996 y 2009 descendió la proporción de inyectadores recientes en el conjunto de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas pasando de 45,8% en 1996 al 7,9% en 2009. Lo mismo sucedió con los admitidos a tratamiento por primera vez, entre los que pasó de 34,2% en 1991 a 3,7% en 2009. Si nos fijamos en la evolución del número absoluto de inyectadores recientes admitidos a tratamiento, se observa un descenso considerable, tanto en el conjunto de tratados (de 24.224 en 1996 a 3.763 en 2009) como entre los tratados por primera vez en la vida (de 7.132 en 1996 a 866 en 2009) (Figura 2.1.14).

Figura 2.1.13. Evolución de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos* y porcentajes). España, 1991-2009.

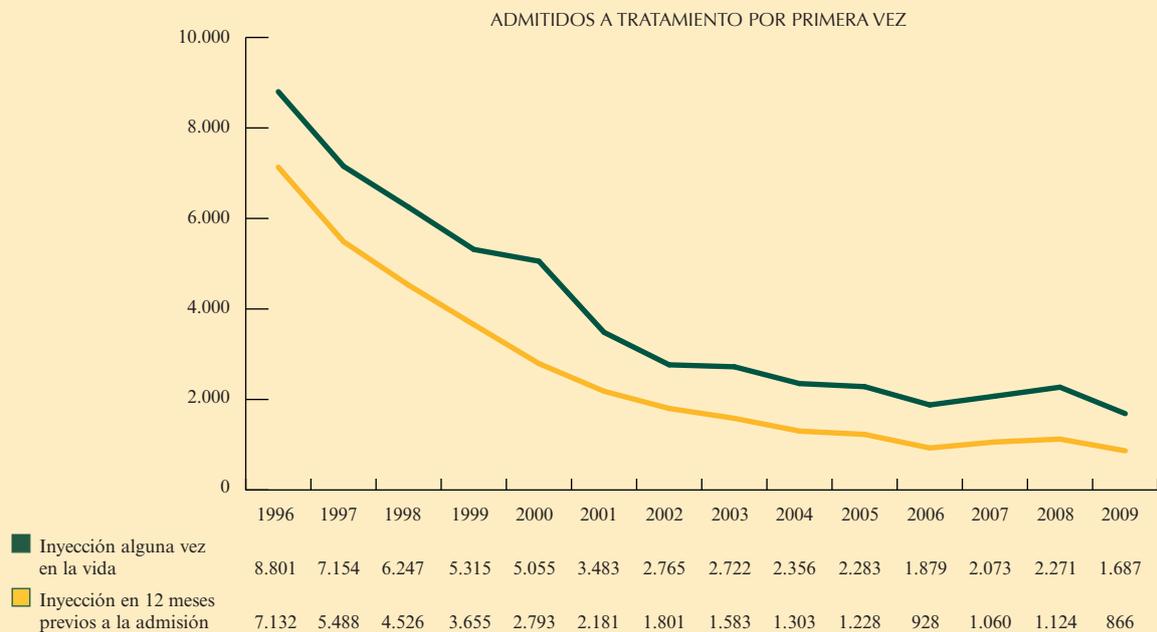
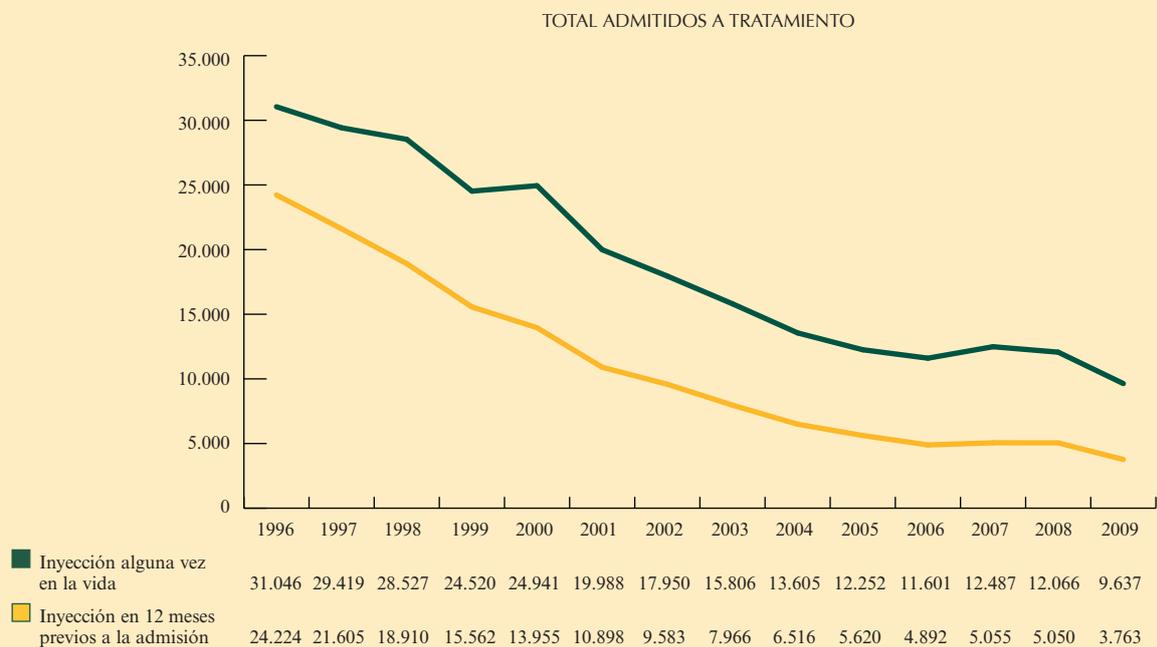


* El número de casos (absolutos) mostrados para cada vía de administración puede no sumar el total de los admitidos a tratamiento por primera vez por abuso o dependencia de cocaína debido a la existencia de casos con valores desconocidos en esta variable.

Nota: Las estimaciones del número de tratados por cocaína para el conjunto de España, según vía principal de administración, se han obtenido multiplicando el número de tratados por cocaína en el conjunto de España por la proporción de admitidos de cada vía de administración (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del periodo considerado).

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.1.14. Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2009.



Nota: Las estimaciones del número de inyectadores admitidos a tratamiento para el conjunto de España se han obtenido multiplicando el número de admitidos a tratamiento en el conjunto de España por la proporción de admitidos que se habían inyectado drogas alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión (proporción que no estaba disponible para todas las comunidades en algunos años del período considerado).

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

■ Admisiones a tratamiento por alcohol

Se han analizado las admisiones a tratamiento por abuso/dependencia de alcohol correspondientes al período 2008-2009 (Tablas 2.1.5 – 2.1.7).

La recogida de los tratamientos por alcohol es complicada por la cantidad de tratamientos que se realizan fuera de la red asistencial de drogas, pero en 2008, por primera vez, todas las comunidades y ciudades autónomas notificaron las admisiones a tratamiento por alcohol de las que se disponía de datos desagregados. Se registraron 26.318 admisiones en 2008 y 27.958 en 2009.

De los admitidos a tratamiento por alcohol en 2009, un 19,3% fueron mujeres, siendo esta proporción ligeramente más baja entre los tratados por primera vez en la vida por esta sustancia que entre los previamente tratados. La edad media de los tratados fue de 47,6 años, bastante superior a la edad media de admisión a tratamiento por drogas ilegales, e incluso que la edad media de admisión a tratamiento por hipnosedantes.

La proporción de nacidos fuera de España fue de 8,8% (superior a la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (12,9%) que entre los tratados previamente por la misma sustancia (6,7%) y entre las mujeres (10,8%) que entre los hombres (8,3%). El 47,9% de los admitidos a tratamiento tenía un nivel de estudios inferior a la secundaria (proporción bastante similar a la que se daba entre los admitidos por drogas ilegales), proporción que era más elevada entre los hombres (49,5%) que entre las mujeres (41,0%).

El 32,7% estaba desempleado (proporción inferior a la que se daba en el conjunto de admitidos por drogas ilegales), siendo esta proporción más elevada entre los que habían realizado tratamiento previo por la misma sustancia (32,5%) y entre las mujeres (31,1%). Con respecto al alojamiento o residencia, el 85,4% vivía en hogares familiares convencionales (proporción algo más elevada que la del conjunto de admitidos por drogas ilegales), el 4,5% estaba institucionalizado y el 4,1% vivía en alojamientos precarios o inestables. El 44,6% convivía con la familia propia, el 22,6% con la familia de origen y el 23,7% vivía solo. La fuente que refirió a estas personas a tratamiento con más frecuencia fue el sistema de salud general (30,6%), la iniciativa propia (21,9%) y la familia o amigos (13,2%) (Tabla 2.1.6).

Por lo que respecta a la frecuencia de consumo de alcohol en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, un 60,6% consumía alcohol diariamente y un 20% con diversa frecuencia semanal, siendo la proporción de consumidores diarios más elevada en los hombres (61,6%) que en las mujeres (56,7%).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 18,9 años, siendo más temprana entre los previamente tratados por la misma sustancia (18,6 años) que entre los tratados por primera vez en la vida (19,2 años) y entre los hombres (18,1 años) que entre las mujeres (22,0 años) (Tabla 2.1.6). Considerando conjuntamente la edad media de admisión a tratamiento y de inicio en el consumo, se observa que por término medio estos pacientes llevaban 28,7 años de consumo cuando son admitidos a tratamiento. Muchos de los admitidos a tratamiento por alcohol habían consumido otras drogas en los 30 días previos a la admisión a tratamiento; en concreto un 61,5% cocaína, un 50,9% cannabis, un 5,9% opiáceos (sobre todo codeína), un 9,8% hipnosedantes, un 2,2% anfetaminas, un 1,4% éxtasis, un 0,9% alucinógenos y un 0,2% inhalables volátiles (Tabla 2.1.7).

El 4,5% se había inyectado drogas alguna vez en la vida —siendo esta proporción más elevada en los tratados previamente (6,1%) y entre los hombres (4,6%)— y un 1,2% en los últimos 12 meses. Un 56,8% de los admitidos a tratamiento desconocía el estado serológico frente a VIH, y estaba infectado por este virus el 1,7%, cifra muy inferior a la registrada entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas ilegales.

Tabla 2.1.5. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2008.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	26.318	9.753	9.395	21.258	4.952
Tratados por primera vez por alcohol (%)	49,1			49,2	48,2
Edad media (años)	43,4	44,2	42,8	43,2	44,1
Mujeres (%)	18,9	20,0	19,4		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,5	1,2	1,3	1,5	1,3
Enseñanza primaria	46,9	45,0	45,4	48,5	40,0
Enseñanzas secundarias	43,6	45,7	45,5	43,1	45,9
Estudios universitarios	7,0	7,1	6,6	6,0	11,4
Otros	0,9	1,0	1,2	0,9	1,4
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	48,5	45,8	51,2	50,6	39,6
Parado no habiendo trabajado	1,9	2,0	1,8	1,6	3,5
Parado habiendo trabajado	25,6	25,8	21,3	25,6	24,8
Otras	24,0	26,4	25,7	22,2	32,1
Nacidos fuera de España (%)	8,7	8,9	11,7	8,2	10,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	9,3	14,1	10,0	8,9	11,0
Médicos generales, Atención Primaria de salud	28,7	29,1	35,4	29,0	27,7
Hospitales u otros servicios de salud	9,1	10,8	8,1	8,6	11,4
Servicios sociales	4,8	5,1	4,3	4,5	5,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	4,3	4,4	6,2	4,0	5,5
Servicios legales o policiales	2,6	2,4	3,5	2,7	2,3
Empresas o empleadores	1,2	1,0	1,6	1,4	0,3
Familiares o amigos/as	15,9	10,9	10,4	16,3	14,2
Iniciativa propia	22,1	20,1	18,3	22,5	20,2
Otras	2,0	2,2	2,1	2,1	1,5
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	20,6	21,0	22,6	20,9	19,1
Únicamente con pareja	12,7	13,0	12,4	12,0	15,8
Únicamente con hijos	6,7	7,4	7,6	5,1	13,8
Con pareja e hijos/as	26,4	23,5	23,2	26,8	24,4
Con padres o familia de origen	24,5	24,5	24,3	25,8	18,9
Con amigos	2,4	2,7	2,8	2,4	2,4
Otros	6,7	7,9	7,1	7,0	5,5
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	88,7	88,1	86,0	88,0	91,6
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,3	0,9	1,6	1,5	0,9
Otras instituciones	2,2	2,6	2,7	2,4	1,5
Pensiones, hoteles, hostales	1,4	1,6	2,0	1,5	1,4
Alojamientos inestables/precarios	3,6	3,7	4,7	3,8	2,9
Otros lugares	2,6	3,1	3,0	2,8	1,8
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,7	19,8	19,6	18,9	23,2
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	63,3	63,2	63,5	64,2	60,0
4-6 días/semana	5,7	5,4	6,2	5,5	6,5
2-3 días/semana	9,4	8,8	10,0	9,3	10,0
1 día/semana	3,6	3,5	3,7	3,5	4,2
Menos de 1 día/semana	3,9	4,3	3,5	3,7	5,0
No consumió	14,0	14,7	13,1	13,9	14,2
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	5,1	6,2	3,9	5,4	3,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,4	1,6	1,2	1,5	0,9
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,7	2,0	1,3	1,7	1,8
Negativo (análisis últimos 6 meses)	20,5	21,0	18,7	20,3	21,7
Negativo (sin fecha de análisis)	21,6	23,6	19,8	21,2	23,8
Sin análisis o resultado desconocido	56,1	53,4	60,1	56,8	52,7

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.6. Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2009.

	Total	Tratamiento previo ¹		Sexo ¹	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	27.958	11.288	10.924	22.405	5.375
Tratados por primera vez por alcohol (%)	49,2			49,2	48,9
Edad media (años)	47,6	30,0	52,0	45,8	55,0
Mujeres (%)	19,3	20,1	20,0		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,4	1,0	1,4	1,4	1,2
Enseñanza primaria	46,5	45,2	45,0	48,1	39,8
Enseñanzas secundarias	43,9	45,4	44,7	43,2	46,8
Estudios universitarios	7,1	7,3	7,3	6,2	10,9
Otros	1,1	1,1	1,5	1,0	1,3
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	40,4	37,6	43,7	41,9	34,1
Parado no habiendo trabajado	2,2	2,0	2,2	1,9	3,2
Parado habiendo trabajado	30,5	30,5	26,1	31,0	27,9
Otras	27,0	29,9	28,0	25,2	34,8
Nacidos fuera de España (%)	8,8	6,7	12,9	8,3	10,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	10,1	14,6	9,6	9,9	11,5
Médicos generales, Atención Primaria de salud	21,5	17,3	25,3	22,0	19,6
Hospitales u otros servicios de salud	9,1	9,6	8,5	8,5	11,4
Servicios sociales	12,5	10,6	18,0	12,2	14,1
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	4,6	4,6	6,3	4,5	5,2
Servicios legales o policiales	2,7	2,5	3,2	2,6	2,8
Empresas o empleadores	1,4	1,2	1,8	1,6	0,7
Familiares o amigos/as	13,2	10,4	10,5	13,5	12,0
Iniciativa propia	21,9	27,0	15,0	22,3	20,0
Otras	2,9	2,3	1,9	2,9	2,6
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	23,7	25,2	25,8	24,2	21,8
Únicamente con pareja	11,6	11,3	11,7	10,9	14,6
Únicamente con hijos	6,3	7,0	6,3	4,6	13,7
Con pareja e hijos/as	26,7	23,5	25,8	27,0	24,9
Con padres o familia de origen	22,6	22,8	21,6	24,0	16,6
Con amigos	2,6	2,8	2,8	2,4	3,1
Otros	6,6	7,5	6,0	6,9	5,4
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	85,4	84,2	83,2	85,0	87,0
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,5	1,6	1,4	1,6	1,4
Otras instituciones	3,0	3,4	3,5	3,2	2,5
Pensiones, hoteles, hostales	2,1	2,2	2,8	2,0	2,5
Alojamientos inestables/precarios	4,1	3,8	5,5	4,4	3,0
Otros lugares	3,8	4,9	3,6	3,9	3,6
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	18,9	18,6	19,2	18,1	22,0
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	60,6	60,2	61,4	61,6	56,7
4-6 días/semana	5,7	5,4	5,5	5,4	6,9
2-3 días/semana	10,5	8,5	11,0	10,2	12,0
1 día/semana	3,8	3,3	4,2	3,5	4,7
Menos de 1 día/semana	4,2	4,2	4,1	4,0	5,0
No consumió	15,2	18,5	13,8	15,3	14,7
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,5	6,1	3,1	4,6	4,2
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,2	1,3	1,0	1,2	1,1
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,7	2,1	1,3	1,6	2,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	18,7	19,7	17,0	18,7	18,9
Negativo (sin fecha de análisis)	22,9	28,5	18,0	22,2	26,0
Sin análisis o resultado desconocido	56,8	49,6	63,8	57,6	53,1

1. El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Tabla 2.1.7. Evolución del consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de casos	18.950	19.454	19.224	26.318	27.958
Otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión de tratamiento (%)					
Opiáceos	5,7	6,1	6,4	6,1	5,9
Heroína	5,2	5,7	6,0	5,7	5,4
Metadona	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Cocaína	57,4	58,7	58,0	66,1	61,5
Cocaína CIH	56,5	57,9	57,0	65,2	60,6
Base cocaína	0,9	0,8	1,0	0,9	0,9
Estimulantes	5,9	5,2	4,6	4,3	3,9
Anfetaminas	2,2	2,4	2,3	2,5	2,2
MDMA y derivados	1,9	1,4	1,8	1,8	1,4
Otros estimulantes	1,8	1,4	0,5	0,1	0,4
Hipnóticos y sedantes	8,9	9,0	8,5	10,6	9,8
Barbitúricos	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Benzodiazepinas	8,0	8,2	8,1	10,2	9,2
Otros hipnosedantes	0,8	0,8	0,4	0,4	0,5
Alucinógenos	0,6	0,9	0,8	1,2	0,9
LSD	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Otros alucinógenos	0,6	0,8	0,7	1,0	0,8
Inhalables volátiles	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Cannabis	42,7	44,1	43,3	49,1	50,9
Otras sustancias	2,3	1,7	1,6	1,2	0,9

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

2.2. INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1996-2009

Metodología

En este apartado se resume el protocolo de trabajo del “indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas”, donde se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar las áreas y hospitales monitorizados, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos y el circuito de recogida y transmisión de la información.

Este indicador pretende monitorizar las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas en España. Se puso en marcha en 1987, formando parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas, para monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas, especialmente de aquellas que como los opiáceos o la cocaína, suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar con otros métodos.

Desde el ámbito estatal, las comparaciones temporales y espaciales deben hacerse con muchas precauciones y deben basarse únicamente en distribuciones porcentuales de las características de las urgencias y no en números absolutos o tasas poblacionales. Según el protocolo en vigor, cuando se decide monitorizar un área geográfica dada, han de monitorizarse todos los hospitales relevantes ubicados en dicha área, excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos, pero esto no siempre se cumple. Cada comunidad autónoma puede decidir si recoge la información de forma continua o lo hace sólo durante una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria en la unidad central (OEDT). En el protocolo se recomienda igualmente recoger la información de forma activa seleccionando los episodios registrables tras una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas de urgencias, pero no en todos los lugares se ha seguido este procedimiento, lo que constituye un argumento más para evitar las comparaciones temporales y espaciales basadas en el número absoluto de urgencias.

La ficha de recogida consta de 20 variables, algunas de ellas con varios apartados. Entre la información recogida se incluye: información de afiliación (número de historia clínica, número de identificación del hospital, fecha de admisión en urgencias), información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, condición legal del paciente), información sobre la urgencia y consumo de drogas (diagnóstico CIE-10, resolución de la urgencia, nombre de las drogas que se mencionan y vía de consumo, y evidencia —si la hubiere— de relación entre consumo y urgencia).

Se incluyen todos los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 64 años en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

Por lo tanto, se recogen también las urgencias provocadas por complicaciones infecciosas o causas externas en consumidores de drogas ilegales, aunque en la historia clínica no se aporten evidencias de relación directa con el uso de drogas. También se incluyen las urgencias en personas que consumen opiáceos en el marco de programas de mantenimiento sin que exista consumo de otras drogas psicoactivas, siempre que el diagnóstico esté inequívocamente relacionado con el consumo de dichos opiáceos, como sucede con las sobredosis o el síndrome de abstinencia.

Se excluyen los episodios de urgencias causados por el embarazo y las complicaciones del embarazo, aunque se mencione consumo de sustancias psicoactivas, las urgencias por reacciones adversas a medicamentos (excepto en el caso de mención exclusiva de opiáceos prescritos en programas de mantenimiento cuyo diagnóstico esté inequívocamente relacionado con opiáceos).

Resultados

En 2009 se recogieron 11.890 episodios de urgencias en personas que habían realizado consumo no terapéutico o no médico de drogas psicoactivas (drogas de comercio ilegal, opioides diferentes a heroína o inhalables volátiles), pudiendo ser el consumo de estas sustancias motivo de consulta al acudir a los servicios de urgencias o no, causa real de la urgencia o no o, exclusivamente, acompañantes del resto de antecedentes personales del usuario de estos servicios.

De este cómputo, se excluyen los episodios en los que sólo se mencionó alcohol, tabaco, hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos, o cualquier combinación de estas sustancias.

Las urgencias procedían de 15 comunidades autónomas. En la mayor parte de las áreas monitorizadas la recogida se limitó a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, pero en otras, como la ciudad de Barcelona y la isla de Ibiza se realizó una recogida continua. De los 11.890 episodios de urgencias recogidos, 5.567 (46,8%) estaban directamente relacionados con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas; es decir, se hallaron en la historia clínica evidencias (expresiones del médico) que permitían relacionarla con el consumo no terapéutico de alguna de estas drogas.

Centrándonos exclusivamente, a partir de ahora, en las urgencias directamente relacionadas con drogas (independientemente de que éstas tuviesen o no un papel causal en la urgencia), en 2009, las sustancias cuyo consumo se mencionó más frecuentemente en la historia clínica fueron cocaína (61,3%), alcohol (47,4%), cannabis (38,5%), hipnosedantes (20,8%), heroína (21,8%) y otros opiáceos sin especificar (14,0%) (Tabla 2.2.1).

En la comparación de las sustancias mencionadas en hombres y mujeres, se observa que los hombres mencionan en mayor proporción heroína, cocaína, cannabis y alcohol mientras que las mujeres mencionan en mayor medida los hipnosedantes. No se observaron diferencias en la proporción de menciones de anfetaminas e inhalables volátiles entre hombres y mujeres.

Con respecto a años anteriores, se observa una disminución importante de la proporción de menciones de heroína desde 1996 a 2006 (61,5% en 1996, 40,5% en 2000, 26,8% en 2002, 24,2% en 2004, 21,8% en el 2006) que parece haberse estabilizado en los últimos años (21,0% en el 2007, 21,5% en el 2008 y 21,8 en 2009).

Sin embargo, la proporción de menciones de cocaína muestra la tendencia contraria, aumentando las menciones desde el año 1996 (27,4% en 1996, 48,7% en 1997, 63,4% en 2005, 63,7% en 2008 y 61,3% en 2009) y estabilizándose en torno al 60-63% desde el 2005 (Tabla 2.2.2 y Figura 2.2.1).

La heroína ha ido perdiendo presencia en las urgencias desde el año 1999, año en el que dejó paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en urgencias (Tabla 2.2.2 y Figura 2.2.1). Incluso, desde 2001, el número de urgencias con mención de alcohol, a pesar de registrarse sólo cuando existe consumo concomitante de otras drogas, supera al número de urgencias con mención de heroína.

El resto de sustancias mencionadas también ha mostrado cambios en los últimos años. Así, ha aumentado considerablemente la proporción de menciones de cannabis, pasando del 7,4% en 1996 a un 38,5% en 2009 (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.2) y la de alcohol, pasando de 13,3% en 1996 a 47,4% en 2009. Por su parte, la mención de éxtasis aumentó entre 1996 y 2006 (año que alcanzó su máximo), pasando de 1,6% a 7,2% y ha disminuido hasta un 3,2% en 2009. La proporción de menciones de anfetaminas muestra una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2009, con ligeras variaciones, pero se ha mantenido estable en torno al 5% en los últimos cuatro años, siendo en 2009 del 5,6%. La evolución del porcentaje de menciones de hipnosedantes es difícilmente valorable, especialmente a partir de 2002, debido a las modificaciones introducidas con respecto a los criterios de recogida de datos entre las diferentes comunidades autónomas y al análisis de la información.

La proporción de menciones de alucinógenos se mantiene en niveles relativamente bajos y estables (en torno al 2%) desde 2005, aunque se ha observado un ligero repunte en 2009 (3,2%) que habrá de ser vigilado. Si se consideran conjuntamente anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, se observa que el porcentaje de menciones de estas tres sustancias alcanzó el valor máximo en 2006 (12,4%), iniciándose el descenso, a partir de entonces, situándose en el 7,7% en 2009 (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.2).

Hasta el momento, se ha informado de sustancias mencionadas en los casos en los que se considera que hubo relación entre la urgencia y el consumo de sustancias. Al interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas extraídas de la historia clínica, y no de que las urgencias hayan sido provocadas por (o estén relacionadas con) el consumo de las mismas.

Cuando se consideran exclusivamente las drogas que el médico relaciona con la urgencia el panorama es muy parecido, siendo en 2009 las sustancias relacionadas con más frecuencia: cocaína (55,1% de las urgencias), alcohol (40,2%), cannabis (29,4%), heroína (17,2%) e hipnosedantes (16,5%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias, la suma puede ser supe-

Tabla 2.2.1. Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2009.

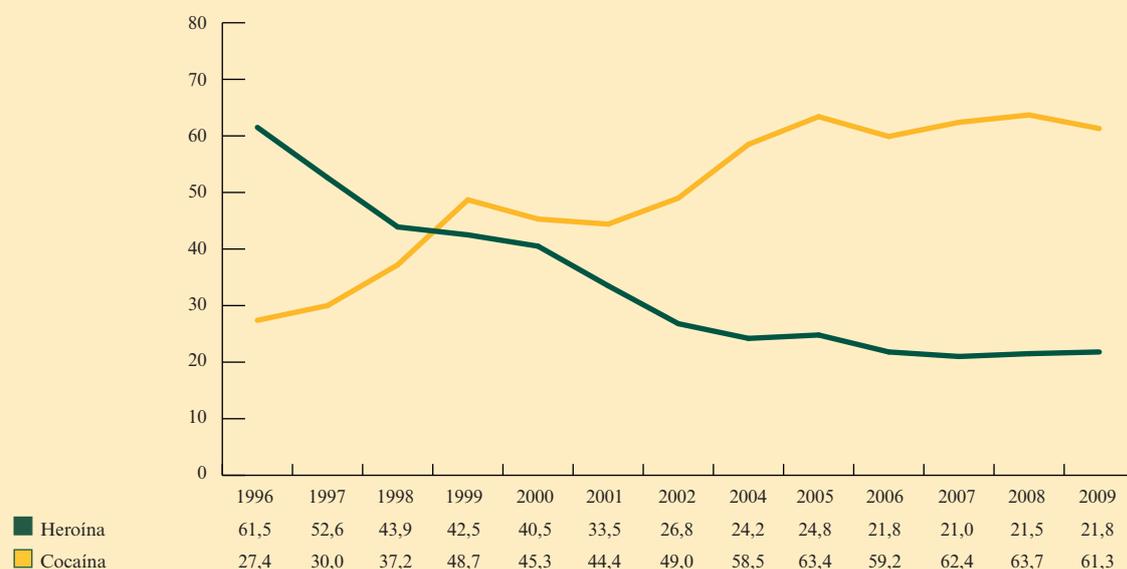
	Total urgencias en consumidores de drogas			Urgencias direct. relacionadas con drogas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Número de episodios	9.219	2.654	11.873	4.349	1.200	5.567
Edad media (años)	33,6	33,1	33,5	32,9	32,3	32,7
Mujeres (%)	-	-	22,4	-	-	21,6
Sustancias psicoactivas mencionadas (%)¹						
Heroína	20,0	17,1	19,4	22,4	19,4	21,8
Otros opiáceos	17,6	18,4	17,8	14,2	13,4	14,0
Cocaína	54,6	53,8	54,4	62,1	58,1	61,3
Anfetaminas	3,9	3,9	3,9	5,6	5,6	5,6
MDMA y derivados	2,7	2,6	2,7	3,3	3,0	3,2
Hipnosedantes	12,7	14,1	13,0	20,1	23,4	20,8
Cannabis	44,1	39,6	43,1	38,9	37,0	38,5
Alucinógenos	2,1	1,7	2,1	3,3	2,8	3,2
Sustancias volátiles	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6
Alcohol	39,3	34,7	38,3	47,9	45,0	47,4
Otras sustancias	1,4	2,6	1,7	2,3	4,0	2,7
Evidencias de relación entre uso de drogas y urgencia (%)						
	47,2	45,3	46,8	-	-	-
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)²						
Heroína	-	-	-	17,5	15,8	17,2
Otros opiáceos	-	-	-	8,0	6,6	7,7
Cocaína	-	-	-	51,8	48,5	51,1
Anfetaminas	-	-	-	4,6	4,7	4,6
MDMA y derivados	-	-	-	2,4	2,4	2,4
Hipnosedantes	-	-	-	15,9	18,9	16,5
Cannabis	-	-	-	29,9	27,6	29,4
Alucinógenos	-	-	-	2,6	2,5	2,6
Sustancias volátiles	-	-	-	0,5	0,5	0,5
Alcohol	-	-	-	40,5	38,9	40,2
Otras sustancias	-	-	-	0,9	2,2	1,2
Detenidos (%)	5,6	2,4	4,8	6,0	2,6	5,2
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	80,7	79,7	80,5	81,0	80,7	81,0
Alta voluntaria	7,0	7,3	7,0	8,2	8,2	8,2
Ingreso hospitalario	9,9	10,2	10,0	8,0	7,6	7,9
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,4	2,9	2,5	2,7	3,5	2,8

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Figura 2.2.1. Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2009.



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

rior al 100%. Considerando la evolución durante el período 1996-2009, se aprecian las mismas tendencias ya reflejadas para los porcentajes de las drogas mencionadas en la historia clínica (Tabla 2.2.2).

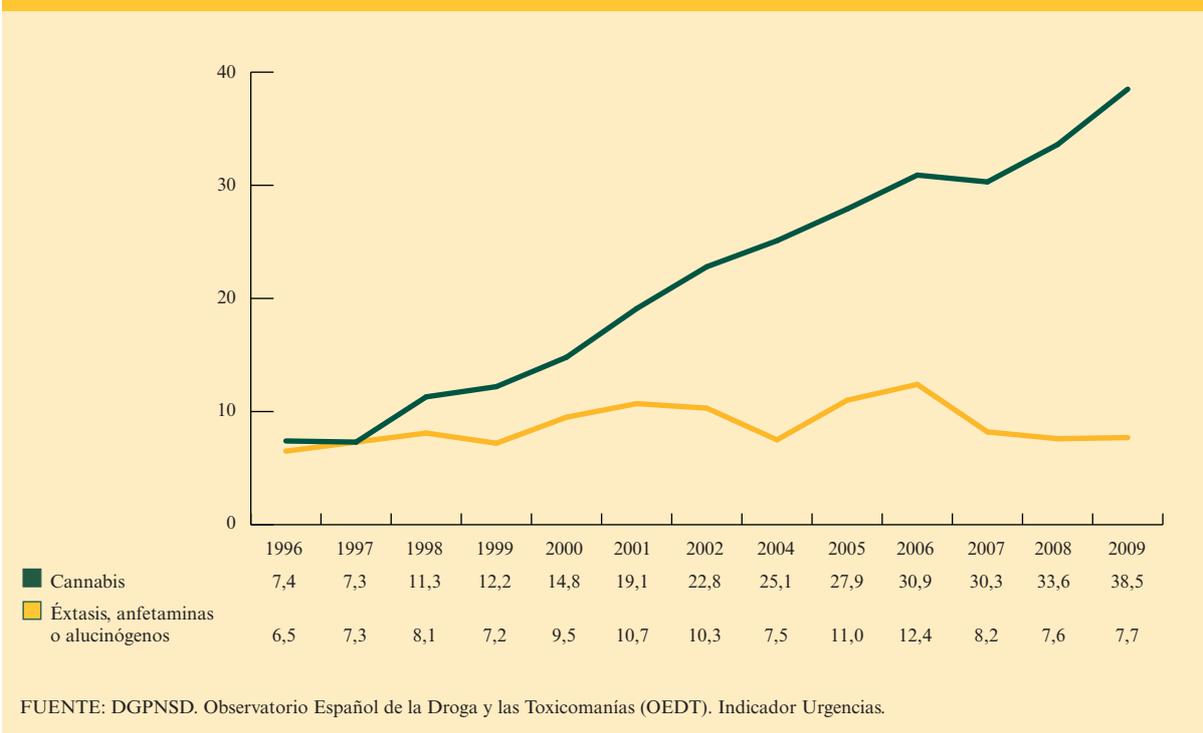
La proporción de mujeres atendidas en urgencias (en relación con el consumo no médico de sustancias psicoactivas) aumentó desde el 20,8% en 1997 al 28% en 2004 y, posteriormente, descendió hasta alcanzar el 21,6% en 2009 (Tabla 2.2.2).

En 2009, la edad media de las personas atendidas fue de 32,7 años (Tabla 2.2.2) (algo más elevada en hombres que en mujeres), correspondiendo las edades medias más bajas a las urgencias con mención a inhalables volátiles (24,6 años), alucinógenos (27,0 años) y éxtasis (28,6 años) y las más elevadas a las urgencias con mención de heroína (36,2 años) u otros opiáceos (37,8 años) (Tablas 2.2.3A y 2.2.3B). En general, durante el periodo temporal estudiado, se observa una tendencia al aumento en la edad media de las personas atendidas en urgencias (27,8 años en 1996; 30,3 años en 2000; 31,0 en 2004 y 32,7 en 2009) (Tabla 2.2.2).

Por lo que respecta a la condición legal del paciente, en 2009 un 5,2% de las urgencias directamente relacionadas con las drogas correspondieron a personas detenidas, dándose las mayores proporciones de detenidos en las urgencias relacionadas con la heroína (6,6%) u otros opiáceos (12,2%) (Tablas 2.2.3A y 2.2.3B). La condición legal de los pacientes ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997, año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2006 (3,7%). Desde entonces, se objetiva una leve tendencia ascendente (3,8% en 2007; 4,4% en 2008 y 5,2% en 2009) (Tabla 2.2.2).

En 2009, la mayor parte de las urgencias directamente relacionadas con las drogas se resolvieron con alta médica (81,0%) (Tabla 2.2.2). La distribución de las urgencias según resolución de la misma no ha variado demasiado a lo largo de los años y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas mencionadas o según el sexo (Tablas 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3A y 2.2.3B).

Figura 2.2.2. Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2009.



En cuanto a la vía de administración más frecuente de las drogas mencionadas en las urgencias directamente relacionadas con drogas, hay que tener en cuenta que existe una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser valorados con cautela. En 2009, en las urgencias con mención de heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (55,0%), seguida de la pulmonar (38,2%) y la intranasal o esnifada (6,2%), y en las urgencias con mención de cocaína, lo fue la vía intranasal o esnifada (58,6%), seguida de la inyectada (18,1%) y de la pulmonar o fumada (19,6%) (Tabla 2.2.4).

Se ha producido una mejora de la clasificación de la vía de administración de los episodios de urgencias en que se mencionaba “consumo inhalado”. Hasta 2003 venían atribuyéndose a la vía pulmonar o fumada, pero la implantación del nuevo protocolo de recogida de datos en 2003 permitió identificar que la mayoría de estos episodios corresponden a la vía intranasal o esnifada. Esta mejora de la clasificación en el caso de la cocaína supone un cambio importante porque la vía de administración más frecuente en urgencias deja de ser la pulmonar y pasa a ser con mucha diferencia la intranasal, al igual que sucede para el Indicador Tratamiento. En el caso de la heroína, el peso de la vía inyectada es mucho mayor en urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, lo que viene a poner de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos, como la sobredosis, entre los inyectores.

Los datos sobre la vía de administración para el resto de sustancias psicoactivas concuerdan con lo conocido a partir de otras fuentes: en el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opiáceos diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque existe uso de la vía parenteral en, aproximadamente, el 1,8% de los casos. El cannabis se utiliza, predominantemente, la vía pulmonar (95,4%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (4,3%) (Tabla 2.2.4).

Tabla 2.2.2. Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2009.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
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
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	32,7
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
Sustancias psicoactivas mencionadas (%)¹													
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5	33,5	26,8	24,2	24,8	21,8	21,0	21,5	21,8
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9	21,9	17,7	14,0	13,6	13,7	15,0	14,7	14,0
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3	44,4	49,0	58,5	63,4	59,2	62,4	63,7	61,3
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6	4,6	3,8	3,0	4,8	5,4	4,8	5,2	5,6
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8	5,2	6,3	4,2	5,7	7,2	5,8	5,0	3,2
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6	32,0	34,1	27,7	24,6	28,3	23,5	21,3	20,8
Cannabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8	19,1	22,8	25,1	27,9	30,9	30,3	33,6	38,5
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9	2,4	1,4	1,2	2,0	2,4	2,3	2,0	3,2
Sustancias volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	0,3	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5	33,8	39,0	36,3	39,0	42,9	41,9	44,6	47,4
Otras sustancias	5,1	3,6	6,0	2,0	0,8	2,8	4,5	12,5	4,7	9,3	10,5	3,3	2,7
Sustancias psicoactivas relacionadas (%)²													
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3	29,2	21,4	17,5	19,0	16,9	16,9	17,2	17,2
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0	17,4	13,1	9,1	8,3	8,5	8,1	7,5	7,7
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9	40,5	44,7	50,0	55,5	51,1	53,8	55,1	51,1
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2	4,2	3,4	2,3	4,2	4,7	4,2	4,4	4,6
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5	4,4	5,3	3,2	4,7	6,4	5,0	4,2	2,4
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9	29,2	30,1	22,3	17,0	21,0	15,8	15,6	16,5
Cannabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8	16,9	19,9	19,3	21,7	23,9	22,9	24,7	29,5
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7	1,9	1,3	0,8	1,7	1,7	2,0	1,6	2,6
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,9	0,2	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8	29,0	35,4	30,7	32,3	36,0	35,7	37,3	40,2
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8	1,6	1,8	8,7	3,3	4,9	6,0	1,8	1,2
Condición legal (%)													
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	5,2
Resolución urgencia (%)													
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	81,0
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
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	7,9
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
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

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.3A. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009.

Total de urgencias en consumidores de drogas Sustancias mencionadas ¹					
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	2.299	2.107	6.454	462	319
Edad media (años)	36,5	38,9	33,9	29,4	29,4
Mujeres (%)	19,7	23,1	22,1	22,5	21,7
Detenidos (%)	7,6	7,8	5,2	4,4	4,1
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	75,3	76,2	79,9	75,6	82,3
Alta voluntaria	9,7	8,3	7,8	6,5	7,4
Ingreso hospitalario	12,4	12,5	9,8	14,5	8,9
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,7	2,7	2,5	3,4	1,5
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias mencionadas ¹					
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.205	773	3.392	310	179
Edad media (años)	36,2	37,8	33,4	29,3	28,6
Mujeres (%)	19,1	20,6	20,4	21,3	20,1
Detenidos (%)	6,5	8,9	5,2	4,6	3,4
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	76,0	76,4	81,2	75,2	83,1
Alta voluntaria	11,5	9,4	8,7	7,4	8,8
Ingreso hospitalario	9,5	9,9	7,5	13,2	5,9
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,0	4,2	2,5	4,3	2,2
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias relacionadas ²					
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.
Nº de episodios relacionados con cada droga	926	413	2.762	248	130
Edad media (años)	35,9	37,0	32,9	28,7	27,6
Mujeres (%)	19,9	18,6	20,5	22,2	21,5
Detenidos (%)	6,6	12,4	5,3	4,1	1,5
Resolución urgencia (%)					
Alta médica	75,6	79,4	82,1	76,4	85,1
Alta voluntaria	12,8	7,5	8,6	6,7	11,7
Ingreso hospitalario	9,1	8,7	7,2	11,5	1,1
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	2,5	4,5	2,2	5,3	2,1

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.3B. Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009.

Total de urgencias en consumidores de drogas Sustancias mencionadas ¹						
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinó- genos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.542	5.122	244	48	4.548	198
Edad media (años)	34,8	30,7	27,2	24,8	33,5	34,9
Mujeres (%)	24,2	20,5	18,9	22,9	20,2	34,3
Detenidos (%)	7,9	3,8	1,6	12,8	3,1	4,0
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	75,6	80,5	81,6	83,3	81,3	74,7
Alta voluntaria	10,4	5,9	7,4	4,2	7,1	9,8
Ingreso hospitalario	8,9	11,1	9,8	8,3	9,2	10,3
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Traslado a otro centro	5,1	2,4	1,2	4,2	2,3	5,2
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias mencionadas ¹						
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinó- genos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	1.151	2.134	176	33	2.623	148
Edad media (años)	34,8	30,0	27,0	24,6	33,1	35,2
Mujeres (%)	24,2	20,7	18,9	21,2	20,5	32,4
Detenidos (%)	6,6	5,0	1,1	9,4	3,2	4,7
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	74,4	80,3	82,4	83,3	81,1	74,0
Alta voluntaria	11,0	6,8	8,8	4,2	8,2	9,6
Ingreso hospitalario	8,6	10,1	8,1	8,3	8,1	9,6
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	5,8	2,7	0,7	4,2	2,6	6,8
Urgencias directamente relacionadas con el uso de drogas Sustancias relacionadas ²						
	Hipnóticos y sedantes	Cannabis	Alucinó- genos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios relacionados con cada droga	894	1.592	140	26	2.174	63
Edad media (años)	34,7	29,0	26,2	24,5	33,1	35,9
Mujeres (%)	24,6	20,2	20,9	23,1	20,9	39,7
Detenidos (%)	6,6	5,6	0,0	12,0	3,0	6,3
Resolución urgencia (%)						
Alta médica	75,0	81,0	85,4	84,2	82,3	79,0
Alta voluntaria	10,7	6,0	10,7	0,0	8,4	8,1
Ingreso hospitalario	8,4	10,3	3,9	10,5	7,1	4,8
Muerte en urgencias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Traslado a otro centro	5,7	2,6	0,0	5,3	2,1	8,1

1. Incluye las sustancias consumidas habitual o esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

2. Incluye las sustancias para las que el médico expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

Tabla 2.2.4. Vía de administración de las drogas mencionadas y relacionadas con la urgencia en las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2009.

	Drogas mencionadas		Drogas relacionadas	
	Nº	%	N	%
Heroína				
Oral	3	0,6	6	1,3
Pulmonar o fumada	205	38,2	150	33,6
Intranasal o esnifada	33	6,2	21	4,7
Inyectada	295	55,0	270	60,4
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Otros opiáceos				
Oral	730	95,7	407	94,7
Pulmonar o fumada	15	2,0	8	1,9
Intranasal o esnifada	2	0,3	0	0,0
Inyectada	14	1,8	14	3,3
Otra vía	2	0,3	1	0,2
Cocaína				
Oral	39	3,4	38	3,8
Pulmonar o fumada	224	19,6	174	17,4
Intranasal o esnifada	671	58,6	599	60,0
Inyectada	207	18,1	183	18,3
Otra vía	4	0,3	4	0,4
Anfetaminas				
Oral	125	85,6	101	84,2
Pulmonar o fumada	5	3,4	5	4,2
Intranasal o esnifada	15	10,3	14	11,7
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	1	0,7	0	0,0
MDMA				
Oral	114	98,3	80	97,6
Pulmonar o fumada	1	0,9	1	1,2
Intranasal o esnifada	1	0,9	1	1,2
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Hipnosedantes				
Oral	1.264	99,5	933	99,6
Pulmonar o fumada	4	0,3	1	0,1
Intranasal o esnifada	0	0,0	0	0,0
Inyectada	2	0,2	3	0,3
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Cannabis				
Oral	69	4,3	63	5,1
Pulmonar o fumada	1.523	95,4	1.162	94,6
Intranasal o esnifada	2	0,1	1	0,1
Inyectada	3	0,2	2	0,2
Otra vía	0	0,0	0	0,0
Alucinógenos				
Oral	70	93,3	55	94,8
Pulmonar o fumada	5	6,7	3	5,2
Intranasal o esnifada	0	0,0	0	0,0
Inyectada	0	0,0	0	0,0
Otra vía	0	0,0	0	0,0

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Urgencias.

La comparación de los datos referidos a la vía de administración con los de años anteriores debe, en principio, evitarse debido a las mejoras introducidas para la clasificación de esta variable y a algunas incidencias como fue la incorporación de todos los episodios de urgencia recogidos en la ciudad de Barcelona a partir de 2004, que pesan bastante en el conjunto y que, por las características de su población (preferentemente urbana), aporta al total un gran número de casos de consumo por vía inyectada.

A modo de resumen podemos resaltar que:

- Los hombres acuden a urgencias por consumo no médico de sustancias psicoactivas en mayor proporción que las mujeres.
- La edad media de las personas atendidas muestra una tendencia ascendente, pero se observan importantes variaciones en función de la sustancia responsable de la urgencia.
- El 46,8% (5.567 del total de 11.980) de los episodios de urgencias en usuarios de drogas, se encuentran provocados por el consumo de alguna sustancia.
- Las sustancias más frecuentemente mencionadas por los pacientes atendidos, al igual que las más frecuentemente relacionadas con los episodios de urgencias son, por este orden: cocaína, alcohol y cannabis, observándose un evidente ascenso de la presencia de este último.
- La heroína se relaciona con menos del 20% de las urgencias aunque es preciso vigilar la evolución.

2.3. INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Infección por VIH/sida en consumidores de drogas

En los últimos 20 años, el sida y la infección por VIH han sido uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Se dispone de diversas fuentes de información que permiten comprender la evolución de este fenómeno y su situación actual.

■ Registro Nacional de Sida

Existe un Registro Nacional de Sida que recoge información sobre los nuevos casos de sida a nivel estatal. Se dispone de datos desde 1981 hasta la actualidad. Este registro nos aporta información útil en relación a la evolución de la enfermedad y al mecanismo de transmisión¹.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 30 de junio de 2010 se habían notificado en España un total de 79.363 casos de sida.

La proporción de casos de sida atribuibles al consumo inyectado de drogas ha disminuido en los últimos años tras el pico registrado en 1990 (69,6%) a la vez que se ha incrementado la proporción de casos en la categoría de transmisión sexual. También ha disminuido el número absoluto de nuevos casos de sida diagnosticados cuya adquisición es atribuible al consumo inyectado de drogas. Este descenso puede ser consecuencia de varios factores que han incidido en el curso de la epidemia en los últimos años, entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el acusado descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

1. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Sida. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

En 2009, se notificaron 1.037 nuevos casos de sida. La vía de transmisión más frecuente es la sexual: relaciones heterosexuales (34,7%) y homo/bisexuales (23,3%). El segundo mecanismo de transmisión más frecuente (32,1%) se debe al hecho de compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas. En 2009, se confirma la tendencia descendente de esta vía de transmisión, iniciada años atrás, en el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral, ya que se observa, de 2008 a 2009, un descenso del 19% en el número de casos de sida diagnosticados. También descendieron, en este mismo periodo, los casos atribuidos a relaciones sexuales no protegidas entre hombres (1%) y a la transmisión heterosexual (11%).

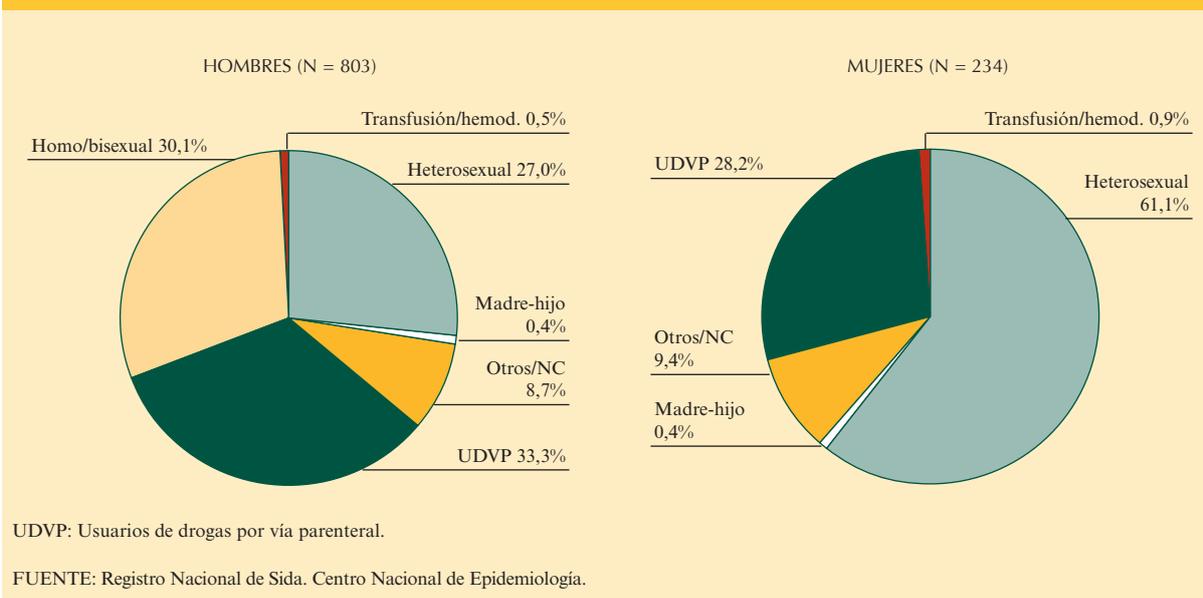
En la Figura 2.3.1 se presenta la evolución temporal, desde 1987 hasta 2009, de los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado a la transmisión del VIH. En el primer gráfico se puede apreciar el descenso del número de los casos de sida a partir de 1995.

En la Figura 2.3.2 se presentan los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado (España 2009) a la transmisión del VIH, en la que se puede apreciar el predominio de la vía sexual en su conjunto y, especialmente, de las relaciones heterosexuales en mujeres.

Figura 2.3.1. Evolución de los nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 1987-2009.



Figura 2.3.2. Nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 2009.



■ Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH

Algunas comunidades autónomas pusieron en marcha sistemas de registro de nuevas infecciones por VIH. Los registros correspondientes a Navarra y La Rioja muestran que después del pico alcanzado a mediados de los años ochenta se produjo un rápido descenso del número de infecciones hasta 1996. A partir de ese año se aprecia una gran disminución en el ritmo de aparición de nuevos casos.

Con los años ha ido aumentando el número de comunidades autónomas que notifican al sistema desde que se inició la recogida de datos, llegando a ser, en 2009, quince de las diecinueve comunidades autónomas, que equivale a 28.530.190 habitantes, el 64% de la población española.

En el periodo 2004-2009², el grupo de usuarios de drogas por vía parenteral mantiene la tendencia descendente del número de nuevos diagnósticos de VIH (18,7/millón de habitantes en 2004 frente a 7,4/millón en 2009).

En relación con la transmisión sexual, se ha frenado la tendencia ascendente de los últimos años entre hombres que tienen sexo con otros hombres (27,3/millón en 2004 frente a 39,9 en 2008 y 30,5 en 2009). La transmisión heterosexual, tras un periodo de estabilización, está comenzando también a disminuir (41,8/millón en 2004 frente a 39,2 en 2008 y 30,5 en 2009). En la Figura 2.3.3 se presenta la evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión.

En 2009 se notificaron 2.264 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 79,3/millón de habitantes. Casi el 80% son hombres y la edad media fue de 37 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente (42,5%), seguida de la heterosexual (34,5%) y de la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (8,1%). En la Figura 2.3.4 se presentan los datos de nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión en 2009 y en la Figura 2.3.5 se desagregan por categoría de transmisión y sexo, ambos referidos al último año con información disponible (2009).

2. Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Periodo 2003-2009. Centro Nacional de Epidemiología. 2010. http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

Figura 2.3.3. Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España*, 2004-2009.

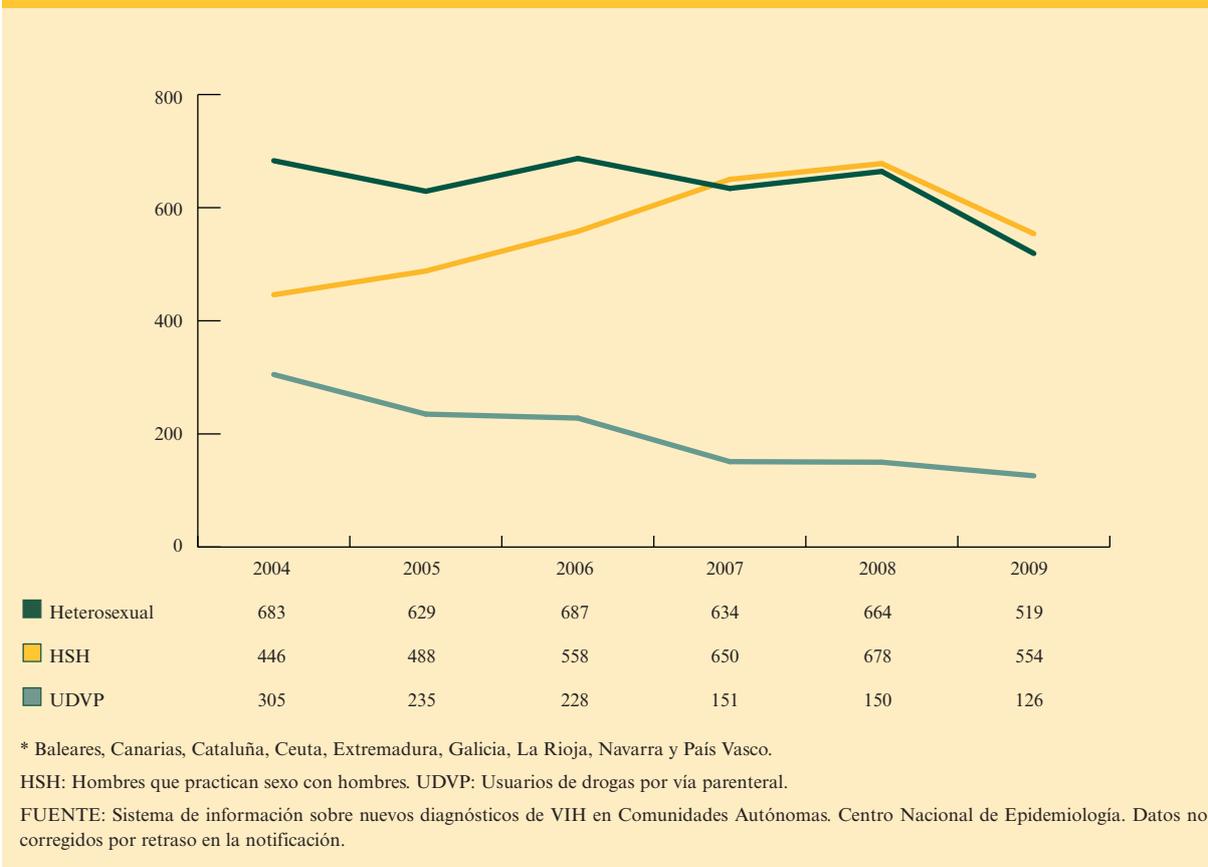


Figura 2.3.4. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España*, 2009.

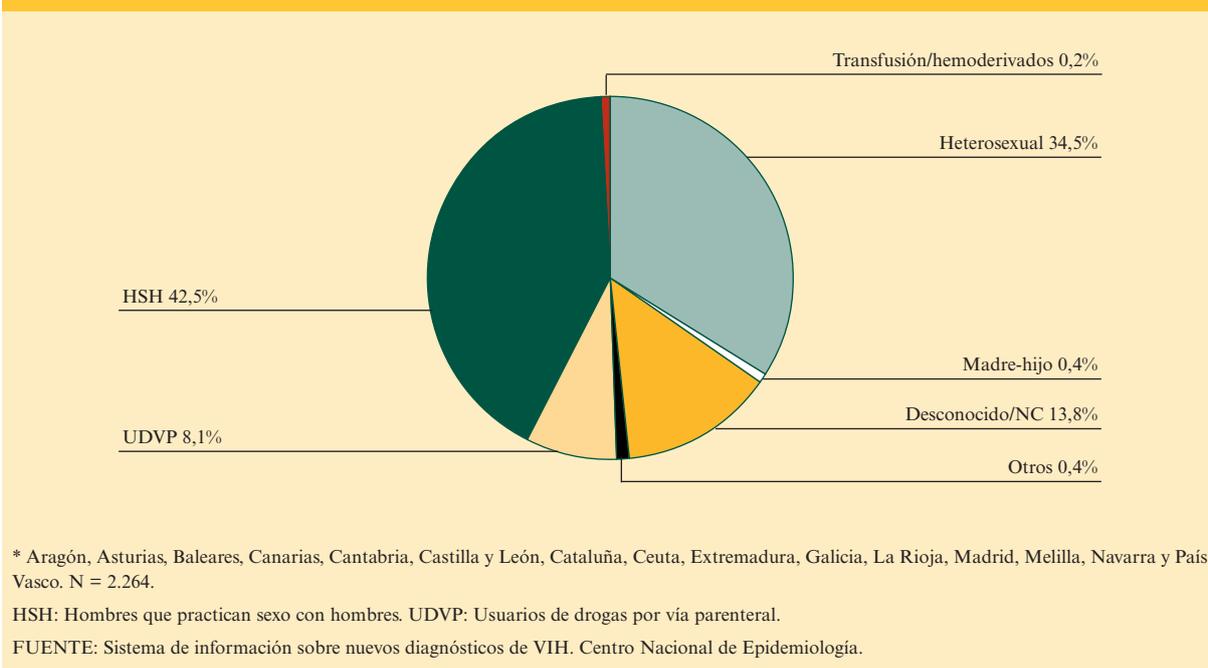
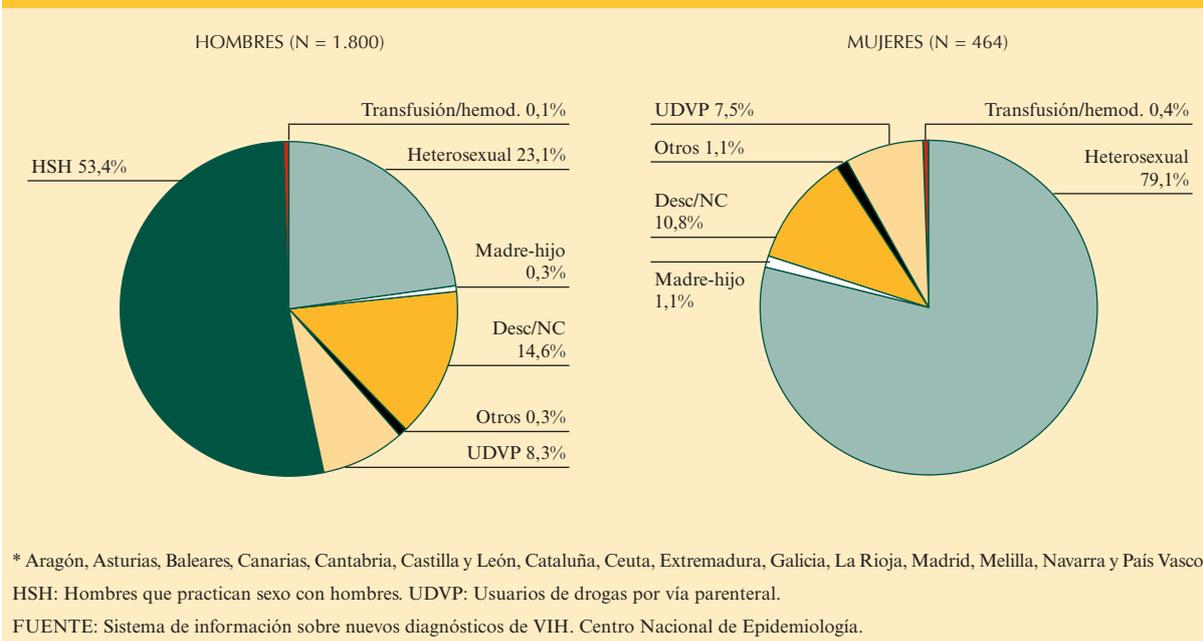


Figura 2.3.5. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España*, 2009.



■ Vigilancia de la infección por VIH

El *Proyecto EPI-VIH*³ proporciona datos sobre infección por VIH en personas que acuden a realizarse la prueba por primera vez a centros de enfermedades de transmisión sexual y/o diagnóstico de VIH (http://www.isciii.es/htdocs/pdf/transversal_revisiones.pdf).

El objetivo de este sistema de información es describir la frecuencia y características de las personas que se diagnosticaron de infección VIH en los centros participantes en el estudio EPI-VIH durante el periodo 2003-2008.

Se trata de un estudio descriptivo que abarca el periodo 2003-2008 en veinte centros especializados en diagnóstico VIH situados en 19 ciudades españolas cuyos pacientes se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante dicho periodo. Se recogieron, en un cuestionario diseñado a tal efecto, variables sociodemográficas, existencia de pruebas previas, antecedentes de uso de drogas, exposiciones sexuales de riesgo, circunstancias a las que se atribuye la infección, información clínica y de laboratorio.

Los resultados principales muestran información de 2.617 nuevos diagnósticos de infección por VIH. De éstos, el 67% se había realizado un test VIH previamente. Las características sociodemográficas reflejan que la mayoría eran hombres (81%) entre 25 y 34 años (47,8%) y con estudios secundarios o superiores (64,7%). El 42,1% eran originarios de otros países distintos de España, siendo Latinoamérica y África subsahariana las regiones predominantes.

3. Proyecto EPIVIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010.

En relación al mecanismo de transmisión, se estima que las relaciones sexuales no protegidas fueron las responsables de la transmisión en el 93,3% de los casos (73,3% contactos sexuales entre hombres y 20,6% contactos heterosexuales), mientras que compartir material de inyección de drogas únicamente explicaba el 4,5% de las transmisiones.

■ Encuesta hospitalaria de pacientes con infección por VIH/sida

En España, desde 1996, se viene realizando una encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida⁴ que permite describir las características clínicas y socio-demográficas de los enfermos VIH/sida atendidos en los servicios hospitalarios, así como estimar la prevalencia de pacientes en tratamiento antirretroviral, estudiar la evolución temporal de las características de los pacientes y del consumo de recursos y describir las características particulares de los pacientes diagnosticados de infección por VIH en el año de la encuesta y de los pacientes originarios de otros países.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en un día prefijado.

La población de estudio es el grupo de pacientes diagnosticados de VIH en contacto con la Red de hospitales del Sistema Nacional de Salud en las comunidades autónomas que participan de forma voluntaria en el estudio durante el periodo 1996-2010. Se incluyen pacientes diagnosticados de VIH que se encuentren el día de la encuesta en régimen de hospitalización, consulta externa u hospital de día y se recogen los datos mediante un cuestionario cumplimentado por el médico responsable del paciente, tras lo cual se procede al análisis de proporciones, medidas de centralización, X^2 para la comparación de proporciones y X^2 de tendencia para el análisis de la evolución anual de proporciones.

El análisis de la evolución muestra que, globalmente, los pacientes atendidos en los hospitales son fundamentalmente hombres, cada vez de mayor edad. Tienen un nivel de estudios bajo y son trabajadores activos.

El número de personas que se diagnostican el mismo año en que son encuestados (nuevos diagnósticos) ha disminuido desde el año 2000. En este grupo, la transmisión del VIH se debió a contactos heterosexuales y en menor medida homo/bisexuales y el uso del preservativo es mucho menor.

Respecto al mecanismo de transmisión del VIH, los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) representan menos de la mitad, evidenciándose un incremento de la proporción de pacientes infectados por vía sexual. Entre los pacientes UDVP encuestados en 2010, el 13% refirió haber consumido drogas por vía parenteral en el último mes, proporción muy similar a la encontrada en las últimas encuestas. El 44% de los pacientes UDVP recibió tratamiento con metadona en los últimos 30 días. Se sigue identificando una amplia proporción de pacientes con prácticas sexuales de riesgo.

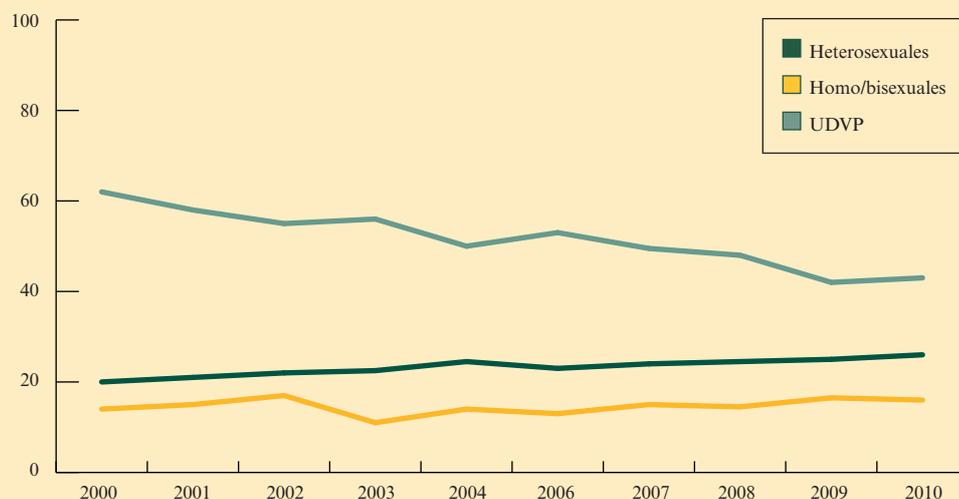
La mayoría de los pacientes han sido diagnosticados hace más de 10 años y asisten a consulta con regularidad. La situación clínica mejoró de forma importante coincidiendo con la extensión de los tratamientos antirretrovirales.

Los pacientes originarios de otros países representan cada año una proporción mayor. La mayoría contrajo la infección por prácticas heterosexuales de riesgo, se diagnosticó recientemente y, con frecuencia, de forma tardía.

A continuación, se presentan dos figuras en las que se muestra la evolución de casos de 2000 a 2010 en relación con el mecanismo de transmisión (Figura 2.3.6) y la distribución de casos por mecanismo de transmisión y sexo (Figura 2.3.7).

4. Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis de la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología. Julio 2011. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_encuesta_hospital

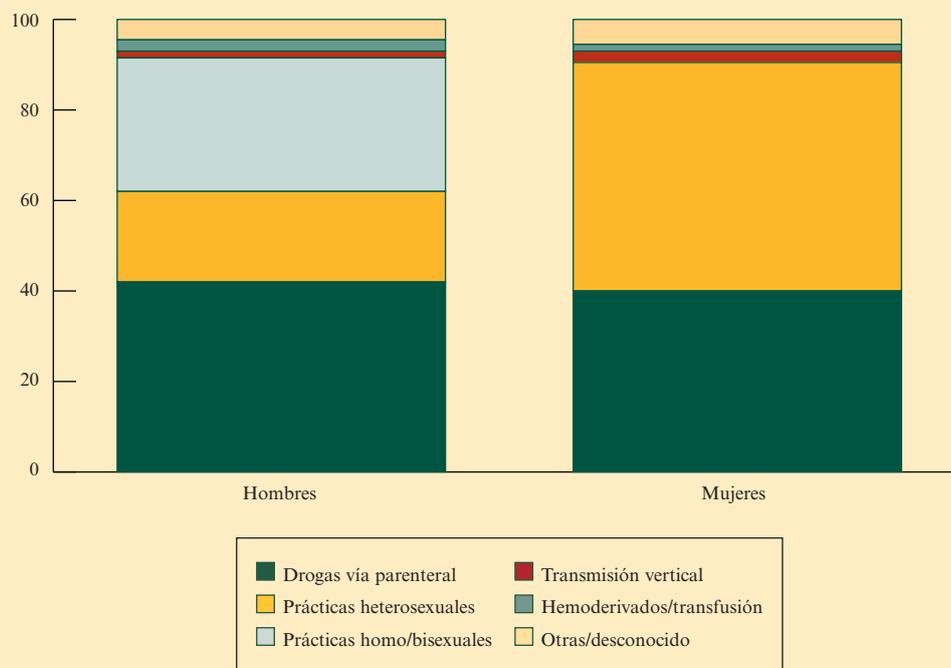
Figura 2.3.6. Evolución de la distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión (%). España, 2000-2010.



UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral.

FUENTE: Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis en la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología.

Figura 2.3.7. Distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión y sexo. España, 2010.



FUENTE: Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2010. Análisis en la evolución 2000-2010. Centro Nacional de Epidemiología.

■ Indicador Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas

Como ya se ha mencionado en el apartado correspondiente al indicador Admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia de drogas, incluido en este mismo capítulo, este indicador, que comenzó a funcionar, sistemáticamente, desde 1987, tiene como objetivo conocer el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas. Las características y especificaciones de este indicador pueden consultarse en ese apartado. La información que se recoge a través de este indicador también resulta útil para obtener información sobre las infecciones en estos consumidores.

Al analizar la información sobre los admitidos a tratamiento en 2009, clasificados en función de la droga principal por la que fueron admitidos y en la que se detalla si se inyectaron o no, así como la vía más frecuente de consumo y el estado serológico frente al VIH (Tabla 2.3.1) observamos que, del total de admitidos a tratamiento, el 7,0% mostró serología positiva para VIH, encontrándose muchas diferencias en función de la droga principal por la que fueron admitidos a tratamiento. El porcentaje más

Tabla 2.3.1. Vía de consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según la droga principal que motivó el tratamiento. España, 2009.

	Total admitidos	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base
Nº de casos	52.549	18.032	16.989	587	453	23.132	22.399	723
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)		21,2	20,9	28,1	25,4	20,7	20,7	22,1
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	5,2	5,1	1,0	92,1	45,6	1,3	1,3	0,6
Pulmonar	48,6	71,1	74,4	5,8	28,5	14,7	12,5	82,4
Intranasal	38,8	6,0	6,2	0,7	7,6	81,3	83,4	15,8
Parenteral	6,5	16,4	16,9	1,3	16,1	2,1	2,1	0,4
Otras	0,9	1,4	1,5	0,2	2,3	0,7	0,7	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	20,2	48,6	48,8	47,3	42,3	7,1	6,9	14,0
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	7,9	18,3	18,5	11,0	18,0	3,4	3,4	4,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	7,0	16,4	16,3	23,4	11,8	2,1	2,1	3,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	26,1	27,4	27,5	21,3	29,6	29,6	29,8	21,6
Negativo (sin fecha de análisis)	24,7	30,0	30,1	30,5	24,1	23,5	23,3	27,9
Sin análisis o resultado desconocido	42,2	26,2	26,1	24,8	34,5	44,8	44,7	47,5
	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzo-diacepinas	Alucinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	624	461	127	963	893	69	89	9.503
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	38,7	25,0	88,2	97,9	98,2	35,4	3,6	2,4
Pulmonar	4,7	5,2	0,8	1,0	0,9	9,2	52,4	96,6
Intranasal	54,8	68,0	9,2	0,6	0,3	50,8	38,1	0,7
Parenteral	1,0	1,1	0,0	0,4	0,5	1,5	0,0	0,0
Otras	0,8	0,7	1,7	0,1	0,1	3,1	6,0	0,3
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	7,0	7,8	4,3	6,1	10,2	10,5	5,8	6,1
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	2,3	2,1	2,6	3,0	1,3	1,4	0,0	6,1
Estado serológico frente al VIH (%)								
Positivo	1,6	1,3	1,9	4,0	5,5	5,4	6,8	3,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	21,1	21,1	22,4	16,0	17,1	16,7	20,5	28,1
Negativo (sin fecha de análisis)	25,0	26,6	20,6	20,0	26,3	26,9	18,2	26,3
Sin análisis o resultado desconocido	52,3	51,1	55,1	60,0	51,2	51,0	54,5	42,1

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

elevado de VIH positivo se observó en el grupo de admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos (16,4%). Dentro de este grupo, existen diferencias según la sustancia concreta que se consume y, así, son VIH positivos el 23,4% de los consumidores de metadona, el 16,3% de los consumidores de heroína y el 11,8% de los que consumen opiáceos/opioides.

En la Tabla 2.3.2 se muestran algunos datos sobre el conocimiento del estado serológico y prevalencia de VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2009, teniendo en cuenta la edad y el sexo y si se habían inyectado alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión.

En resumen, en 2009 fueron admitidas a tratamiento 9.637 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida y 3.763 que lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. Entre los primeros, el 74,1% conocía su estado serológico y, entre los segundos, el 68,7%.

Tabla 2.3.2. Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas (%)¹. España, 2009.

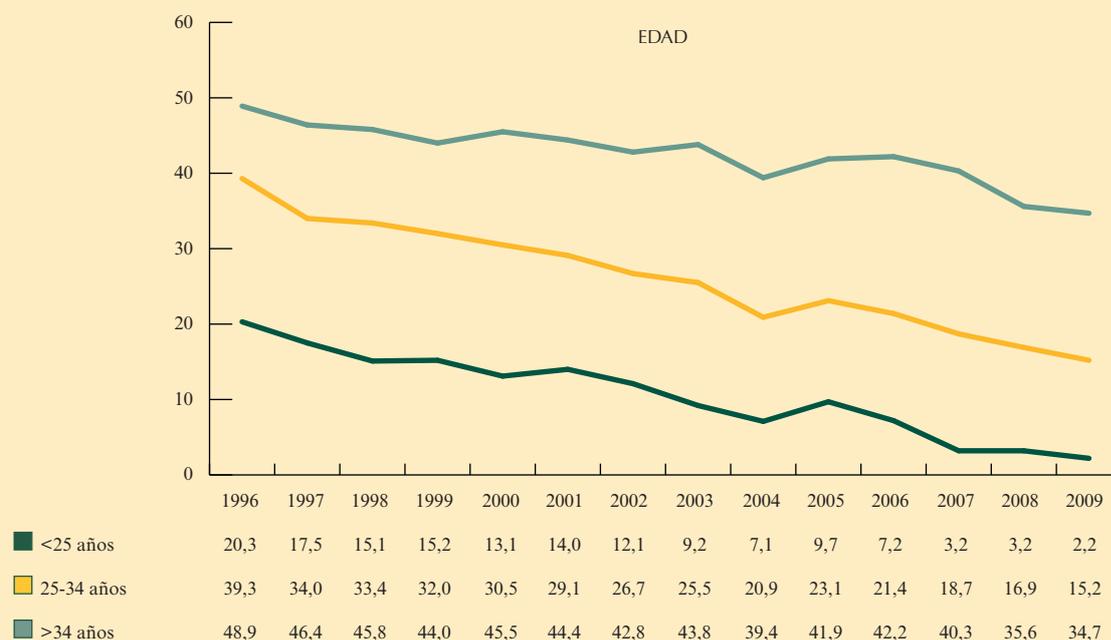
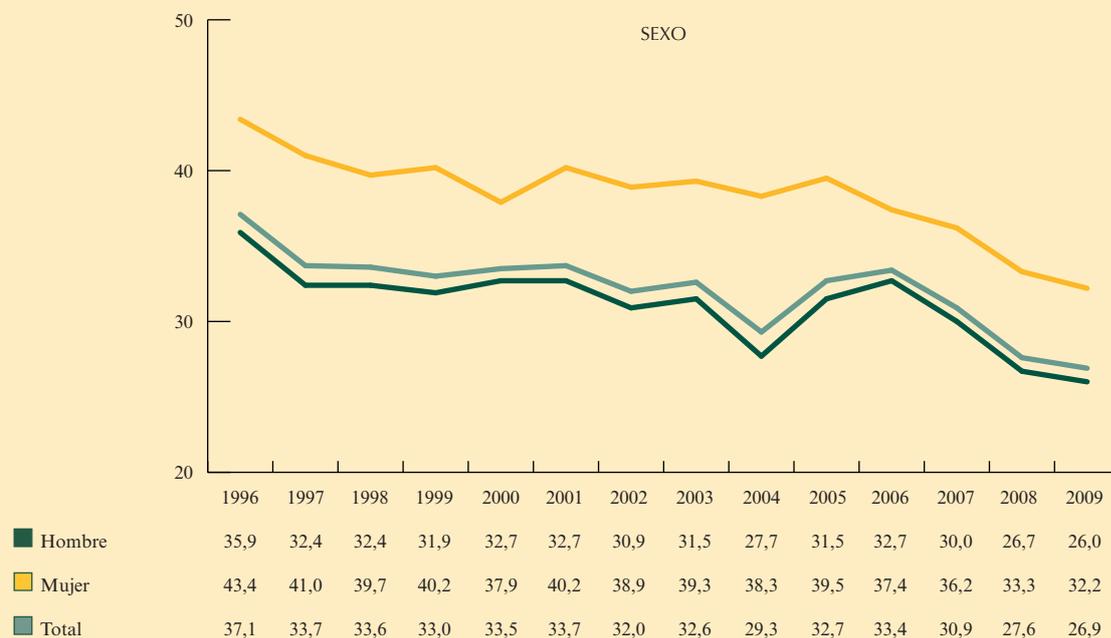
	Inyección en 12 meses previos a la admisión			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo	
		Sí	No		Sí	No
Total inyectadores (nº)	3.763	2.777	866	9.637	7.569	1.687
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.585	2131	397	7.143	5.999	920
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,9	28,5	16,9	32,3	33,3	24,3
Hombres inyectadores (nº)	3.228	2.399	729	8.261	6.499	1.429
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.222	1.842	328	6.108	5.134	776
Prevalencia de infección por VIH (%)	26,0	27,2	18	30,8	31,7	24
Mujeres inyectadoras (nº)	525	371	135	1.344	1.042	255
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	357	284	68	1.013	845	142
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,2	37	10,3	41,3	43,6	26,1
Inyectadores <25 años (nº)	275	122	144	373	168	191
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	134	86	47	188	118	66
Prevalencia de infección por VIH (%)	2,2	3,5	0	3,2	4,2	1,5
Inyectadores 25-34 años (nº)	1.095	733	324	1.952	1.401	486
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	712	534	163	1.337	1.052	257
Prevalencia de infección por VIH (%)	15,2	16,1	11	16,7	17,4	12,5
Inyectadores >34 años (nº)	1.982	1.640	289	6.233	5.151	834
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	1.469	1.287	152	4.786	4.116	517
Prevalencia de infección por VIH (%)	34,7	35	29,6	37,4	37,7	32,9
Inyectadores <2 años de uso de la droga principal	163	63	96	272	112	142
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	80	41	39	155	83	62
Prevalencia de infección por VIH (%)	15	24,4	5,1	20,6	27,7	11,3
Inyectadores 2 o más años de uso de la droga principal	3.384	2.577	706	8.739	6.988	1.431
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.368	1.982	337	6.536	5.541	807
Prevalencia de infección por VIH (%)	27	28,4	17,8	32,4	33,2	24,8
Inyectadores consumidores de opiáceos²	3.095	2.468	536	8.139	6.797	1.053
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.274	1.937	288	6.255	5.438	632
Prevalencia de infección por VIH (%)	28,3	29,2	20,1	33,7	34,2	27,5
Inyectadores no consumidores de opiáceos	668	309	330	1.498	772	634
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	311	194	109	888	561	288
Prevalencia de infección por VIH (%)	16,4	21,1	8,3	22,3	25	17,4

1. Las prevalencias están calculadas sobre el nº de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.

2. Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opiáceos en los 30 días previos a la admisión.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Figura 2.3.8. Evolución de la prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2009.



La proporción de inyectadores 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 y 16,9% en el 2009.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Indicador Tratamiento.

Centrándonos en los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, no existen diferencias relevantes entre hombres (68,8%) y mujeres (68,0%) con respecto al conocimiento que tienen sobre su estado serológico. Sin embargo, sí las hay en función de la edad, observándose mayor conocimiento según aumenta la edad. Así, un 48,7% de los menores de 25 años conoce su estado serológico frente a un

74,1% de los mayores de 34 años. También conviene señalar la diferencia entre los que habían recibido tratamiento previo (un 76,7% conocía su estado serológico) y los que acudían por primera vez a tratamiento (el 45,8% sabía si era o no VIH positivo), justificándose este hecho porque es práctica habitual realizar serología de VIH en todas las admisiones a tratamiento.

En relación con la prevalencia de VIH, el 26,9% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses era VIH positivo, observándose una proporción algo mayor en mujeres (32,2%) que en hombres (26,0%). También se observaron claras diferencias según la edad (2,2% en menores de 25 y 34,7% en mayores de 34 años).

En general, puede observarse una leve tendencia descendente. Como ya se comentó previamente, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y en los mayores de 34 años.

Hepatitis virales en consumidores de drogas

Por el momento, no se dispone de nuevos datos sobre infecciones por VHB y VHC en usuarios de drogas, por lo que se debe consultar el apartado correspondiente en el *Informe OEDT 2009*. No obstante, en la actualidad, se está trabajando para iniciar la recogida u correcta notificación de esta información entre los admitidos a tratamiento por consumo de drogas en las diferentes comunidades autónomas, a través de un sistema de notificación *on line*.

Las importantes consecuencias para la salud de la infección por VIH y el impacto de esta epidemia entre los inyectadores de drogas ha mantenido durante muchos años en un segundo plano los problemas asociados a las elevadísimas prevalencias de infección por los virus B o C de la hepatitis entre las personas que se inyectan drogas. La evolución positiva de la epidemia de infección por VIH está poniendo de manifiesto el elevado impacto que está teniendo, y sin duda tendrá en el futuro, la epidemia de las hepatitis virales en la morbimortalidad de estas poblaciones.

La prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C es muy elevada entre los inyectadores de drogas de todo el mundo y España no es una excepción. En España están infectados entre el 65% y el 90% de los inyectadores, dependiendo del área geográfica y la procedencia de la muestra estudiada.

El problema de la infección por el VHC es objeto de preocupación, pues además de estar muy extendida entre los inyectadores de drogas no existe vacuna ni parece previsible que la haya en un futuro cercano, dadas la estructura y biología de este virus, por lo que debe ponerse todo el énfasis posible en la prevención. Se trata de una infección que no suele presentar síntomas en su fase aguda por lo que en un 66%-80% no se diagnostica. Además, evoluciona con mucha frecuencia (55%-85%) a hepatitis crónica que, a menudo, se desarrolla también con poca sintomatología. El problema principal es que al menos un 5%-10% de las hepatitis crónicas evolucionan a enfermedad hepática grave como cirrosis o cáncer de hígado y conducen a una muerte prematura.

La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea; sin embargo, se calcula que es diez veces más infeccioso que el VIH. Ello explica que, en todo el mundo las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan son cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH, y que sea la infección por VHC la que primero se adquiere.

Además, otro aspecto a tener en cuenta es el alto nivel de coinfección por el VIH y el VHC.

En los últimos años, probablemente debido al descenso del consumo inyectado de drogas, entre otros factores, ha disminuido la incidencia poblacional de casos de infección; sin embargo, se prevé que en los próximos años se incremente el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada.

2.4. INDICADOR MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 1983-2009

■ Antecedentes

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático. Sin embargo, la recogida de estas muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. En consecuencia, es preferible monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las *muertes por reacción aguda* tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta surgió la necesidad de cuantificar y monitorizar las tendencias de las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Se realizaron algunos estudios preliminares de validación de las distintas fuentes que podían ofrecer información y se comprobó que las estadísticas oficiales de mortalidad basadas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud y en los procedimientos habituales de certificación de la muerte no reflejaban adecuadamente las muertes por reacción aguda a estas drogas. Las razones de esta situación son complejas. Adicionalmente, se demostró que los entonces llamados Institutos Anatómico Forenses, junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos (generalmente el Instituto Nacional de Toxicología), eran las fuentes más completas y apropiadas para recoger información sobre estas muertes.

Por la razón expuesta se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado —un médico— con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe habitualmente documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

Registro especial de mortalidad

■ Metodología

El indicador “mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, o indicador mortalidad directamente relacionada con las drogas, del Plan Nacional sobre Drogas recoge información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico o intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco). Se habla de reacción aguda y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica. En realidad en estas muertes pueden estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo, que sobrepasan ampliamente el concepto de sobredosis farmacológica. A veces incluso la muerte puede sobrevenir por una complicación derivada del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, una muerte por convulsiones desarrolladas durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

El valor del indicador en cada área monitorizada se estima mediante el número de fallecidos que se ajustan a la definición señalada registrados anualmente por la Comunidad Autónoma correspondiente, tras el cruce de las fuentes forenses y toxicológicas que aportan información para dicha área.

Un caso se selecciona y se incluye en el registro si cumple alguno de los cuatro criterios de inclusión siguientes:

1. Evidencias de consumo reciente de drogas psicoactivas. Estas evidencias pueden ser de varios tipos:
 - Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc.).
 - Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas (venopunciones recientes, presencia de restos de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago u otras localizaciones, olor a disolvente del cabello, el aliento y la ropa, etc.).
 - Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento (jeringuilla u otros útiles de inyección, papel de aluminio, pipa, bote de pastillas, botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc.).
 - Consumo reciente (7 días anteriores a la muerte) referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje medicolegal reciente de la persona ahora fallecida.
2. Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna sustancia registrable.
3. Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muerte por consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva.
4. Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva

De acuerdo con la definición establecida inicialmente *se excluyen los siguientes tipos de muertes:*

1. Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados. Sin embargo, la no-realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable.
2. Muertes no relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no se excluyen las muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, siempre que cumplan los criterios de inclusión.
3. Muertes *indirectamente* relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de una droga psicoactiva ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte. Por este motivo se descartan las muertes por las siguientes causas:
 - a. Patologías infecciosas adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (SIDA, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc.).
 - b. Homicidios de cualquier tipo, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas, se produjera en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas, o el homicida empleara sustancias psicoactivas para provocar la muerte.
 - c. Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc.) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.
 - d. Suicidios (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En cambio, se incluyen las muertes provocadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda autoinfligida con sustancias psicoactivas.

- e. Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- f. Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados. Se incluyen las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en personas en programas de mantenimiento con metadona, a menos que pueda demostrarse que todas las drogas psicoactivas tomadas por el fallecido han sido correctamente prescritas y administradas.
- g. Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera).

Este registro especial comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades del Estado (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). De estas ciudades se recogió, además, en 1989 información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones.

A partir de 1990, la cobertura del indicador fue ampliándose sucesivamente hasta llegar a cubrir en 2007 casi a la mitad de la población española, estando monitorizadas la mayoría de las grandes áreas urbanas y muchas ciudades de tamaño medio. En 2009 notificaron 15 Comunidades Autónomas (CCAA) de las 19 existentes en España, lo que se correspondería, aproximadamente, con algo más de la mitad de la población española.

La implementación del indicador ha tenido algunos problemas que han debido ser solventados sobre la marcha. Por ejemplo, a pesar de que la actualización del protocolo de enero de 1991 establecía procedimientos detallados para la recogida y transmisión de la información de las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, estos procedimientos eran tan complejos que a la larga resultaron inoperativos por lo que en muchas áreas se abandonaron y se sustituyeron por otros más eficientes y adaptados a sus condiciones particulares. Por el contrario, los criterios de selección de caso y las definiciones de las variables se han mantenido bastante estables en el tiempo y en el espacio.

El indicador sufrió una modificación importante en 1996, consistente en:

1. Ampliar el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva, ya que hasta entonces sólo se recogían las muertes por opiáceos o cocaína.
2. Explicitar mejor los criterios de selección de casos, añadiendo los siguientes criterios de exclusión:
 - Muertes en personas menores de 10 o mayores de 49 años.
 - Muertes en que no ha existido intervención judicial ni estudio pericial forense sobre sus causas, con constancia escrita de los resultados.
 - Muertes por consumo o ingestión accidental, (o no intencionada) de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, muertes por ruptura de una bolsa de droga ingerida con fines de tráfico.
 - Muertes por reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.
 - Muertes por enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), sin evidencia de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables.
 - Muertes por homicidio, en que hay evidencias claras de que a la víctima le fue administrada la sustancia psicoactiva o fue obligada a administrársela.
 - Muertes por uso de disolventes, productos domésticos o cáusticos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

Con respecto a los criterios de inclusión se añadió que se consideraría también que existían antecedentes recientes de consumo si había evidencias clínicas de patología aguda por consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente anteriores a la muerte.

3. Fijar el partido judicial como unidad de cobertura en las áreas monitorizadas. La utilización de esta unidad de cobertura no supuso en la práctica una ruptura con el concepto de ciudad monitorizada que se empleó inicialmente en el indicador Mortalidad. En el caso de las grandes ciudades, el límite del municipio coincide con el del partido judicial, o bien el resto de municipios incluidos tiene un peso mucho menor en cuanto al número de habitantes.
4. Introducir nuevas variables. En concreto las siguientes: juzgado que tramita el caso y localidad en que está situado, provincia y municipio de residencia del fallecido, estado civil, evidencias de suicidio, signos recientes de venopunciones, existencia de otra causa básica de defunción precipitada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Igualmente, se introdujeron cuatro nuevas variables de control que no se enviaban a la comunidad autónoma como: DNI del fallecido, número de informe forense o de autopsia, número de informe toxicológico y número de diligencias previas.
5. Modificar o desarrollar las definiciones o la presentación de algunas variables o categorías. En concreto:
 - Se abrió la posibilidad de señalar otras instituciones cumplimentadoras de la hoja además de un instituto forense o de un instituto toxicológico.
 - Se incluyeron cuatro abecedarios para facilitar el registro de las dos primeras letras de cada uno de los dos primeros apellidos.
 - En la variable “muestras biológicas analizadas” se añadieron códigos para bilis, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo (LCR) y humor vítreo.
6. Introducir cierta flexibilidad en los procedimientos de recogida de información. Se constató que en estas muertes el juez podía solicitar, y de hecho lo hacía frecuentemente, informes a otros peritos distintos del forense, como toxicólogos u otros analistas de laboratorio. En la práctica las formas de relación entre los distintos agentes que intervienen en el estudio de estas muertes (jueces, médicos forenses, analistas de laboratorio) y las formas de archivar y conservar la información que manejan variaban bastante entre áreas geográficas y entre los propios agentes individuales. Por ejemplo, era bastante corriente que donde existe Instituto Anatómico Forense se archivaran en él todos los informes o expedientes de los fallecimientos que habían requerido intervención judicial, mientras que en las áreas donde no existía esta institución, dichos informes sólo podían ser reunidos revisando exhaustivamente la documentación de todos los juzgados y forenses que operaban en el área. La situación era todavía más variopinta en lo que respecta a los informes analíticos o toxicológicos, aunque era evidente que, en algunas áreas, los departamentos del Instituto Nacional de Toxicología continuaban siendo una referencia fundamental. En estas circunstancias era muy difícil establecer unos procedimientos homogéneos de recogida de información. Por lo tanto, se estableció el criterio mínimo de recoger la información de forma activa y retrospectiva a partir de la documentación forense y analítica, pero no fue posible ir más allá. La experiencia anterior venía demostrando que era muy difícil fijar de forma muy detallada los procedimientos y que era necesario ser flexibles para que pudieran adaptarse a las condiciones específicas de cada área monitorizada.

En 2003 se realizó otra pequeña modificación, consistente en:

1. Ampliar la recogida de información a los fallecidos de 10 a 64 años.
2. Introducir la variable nacionalidad, y sustituir la variable provincia de nacimiento por dos variables indicativas del lugar de nacimiento (provincia de nacimiento para los nacidos en España, y país de nacimiento para los nacidos en el extranjero).

Desde 2005 se decidió excluir los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas. Hasta 2004 las cifras publicadas excluían los fallecidos en que se detectaba exclusivamente alcohol, pero no aquéllos en que se detectaban exclusivamente hipnosedantes o inhalables volátiles, o la combinación de estas sustancias con alcohol. El cambio del criterio de análisis se justifica por la necesidad de adaptar nuestra definición a la manejada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

■ Resultados

En 2009, excluyendo los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectaban exclusivamente alcohol, hipnosedantes o inhalables volátiles, se recogieron 438 muertes por reacción aguda a drogas ilegales procedentes de un área de aproximadamente la mitad de la población española y, en 2008, se recogieron 424 en el mismo área.

La distribución y evolución de estas muertes en las principales áreas españolas monitorizadas se muestra en la Tabla 2.4.1. La gran mayoría de los casos se obtuvieron de los Institutos de Medicina Legal de las distintas áreas monitorizadas (antiguos Institutos Anatómico Forenses), aunque algunos proceden de médicos forenses agrupados en otras entidades o de forenses individuales. Los resultados de los análisis toxicológicos se obtuvieron principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante se recogió en otros laboratorios forenses o toxicológicos.

El 84,5% de los fallecidos son varones frente a un 15,5% de mujeres. Este predominio masculino es un rasgo constante desde el principio de la serie. La edad media en 2009 es de 38,3 años, observándose una tendencia ascendente desde 2003. El 24,9% tiene entre 40 y 44 años y el 23,7% más de 45 años. El 67,3% de las personas de las que se tenía información estaban solteros. En el 90,4% de los casos existía evidencia de consumo reciente de alguna sustancia y en el 60,8% no existían signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (91,5%) no se aprecian evidencias de suicidio. En relación con otras patologías, en un 30,9% la muerte se debe a una patología previa agravada por el consumo de sustancias y un 41,1% es VIH positivo (ver Tabla 2.4.2).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podríamos decir que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con más de 40 años, soltero, sin patología previa, que presenta signos de consumo reciente de alguna sustancia.

Como en años anteriores, en 2009 en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias sustancias, predominando los opioides, la cocaína y los hipnosedantes. Concretamente, los opioides continúan siendo la sustancia identificada en un mayor número de fallecidos (81,0% de las muestras), observándose un ligero repunte en 2009 con respecto a 2008 (77,7%) que parece confirmar una tendencia ascendente iniciada en 2007 (72,8%) y que aconseja una vigilancia estrecha de este indicador (Figura 2.4.1 y Tabla 2.4.3). La cocaína sigue ocupando la segunda posición en cuanto a la proporción del total de fallecidos en los que se identifica esta sustancia. Sin embargo se registra un leve descenso en 2009 (57,8%) con respecto a 2008 (60,2%) y 2007 (67%). Al igual que sucede con los opioides, será preciso atender a la evolución de las cifras en los próximos años.

La proporción de muertes en que se detectan hipnosedantes o sus metabolitos, mayoritariamente benzodiazepinas, parece haberse estabilizado, iniciando una tendencia descendente en el 2005 (54,1%) situándose en el 2009 en el 43,6%.

Aunque se detectó cannabis en una proporción de muertes relativamente elevada, nada permite suponer que esta droga haya contribuido a la muerte. Como en años anteriores, la proporción de muertes en que se detectan estimulantes distintos de la cocaína es muy baja lo que impide apreciar tendencias claras.

Tabla 2.4.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas¹ en varias zonas de España² según el año de defunción, 1990-2009*.

	Número de muertos															Tasa** 2009
	1990	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
CA País Vasco	–	85	55	60	46	37	39	34	35	31	53	47	34	34	42	26,8
Provincia Álava	–	8	3	3	0	3	3	4	1	2	4	6	5	2	5	21,6
Provincia Guipúzcoa	–	18	16	23	15	15	6	15	8	14	15	14	8	8	11	21,7
Provincia Vizcaya	–	59	36	34	31	19	30	15	26	15	34	27	21	24	26	31,4
Ciudad de Bilbao	23	34	20	20	17	12	19	6	12	9	20	18	5	12	12	48,1
CA Galicia	–	64	65	68	66	57	35	56	38	45	52	39	64	66	56	28,4
Provincia La Coruña	–	26	26	27	32	26	15	24	15	22	26	17	30	28	27	33,1
Provincia Lugo	–	6	5	8	5	2	2	4	0	2	7	2	8	7	5	21,3
Provincia Orense	–	5	5	2	4	6	6	6	5	2	4	1	3	3	5	22,8
Provincia Pontevedra	–	27	29	31	25	23	12	22	18	19	15	19	23	28	19	27,2
CA Murcia	–	–	–	21	20	–	15	17	32	32	22	18	39	32	29	27,0
CA Castilla y León	–	–	–	–	–	–	–	–	–	29	31	28	32	25	21	11,7
Provincia Ávila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	2	1	0	0	0,0
Provincia Burgos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	6	1	8	5	6	22,5
Provincia León	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	6	6	5	4	3	8,7
Ciudad de Ponferrada	–	1	2	4	3	1	0	4	5	0	1	2	1	2	0	0,0
Provincia Palencia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	2	1	1	0	1	8,2
Provincia Salamanca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	5	5	4	7	5	20,5
Provincia Segovia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	1	4	1	1	0	0,0
Provincia Soria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	1	0	1	15,7
Provincia Valladolid	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	7	8	9	7	4	10,3
Ciudad de Valladolid	–	15	15	12	13	13	6	7	4	7	4	8	7	2	2	8,7
Provincia Zamora	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	3	1	2	1	1	7,8
Provincia Sevilla	11	–	–	–	–	–	–	–	51	41	47	–	–	22	24	17,0
Ciudad de Sevilla	–	40	–	–	–	–	28	28	34	27	32	–	–	1	9	17,4
Provincia Málaga	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–	12	15	12,7
Ciudad de Málaga	–	12	–	–	–	–	8	11	9	11	–	–	–	3	9	21,2
Provincia Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	23	19	–	–	–	17	11	16,4
Ciudad de Granada	–	9	–	–	–	–	12	11	11	10	–	–	–	14	5	29,0
Mallorca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	47	42	30	40	62,5
Ciudad Palma Mallorca	–	39	51	38	42	40	41	44	32	48	40	33	29	20	26	84,8
Ciudad de Madrid	227	140	122	98	90	106	93	83	108	80	68	74	53	64	61	25,9
Ciudad de Getafe	–	2	3	0	2	2	3	1	2	3	2	1	3	5	0	0,0
Ciudad de Leganés	–	2	2	1	1	1	6	1	1	2	0	2	0	5	0	0,0
Ciudad Majadahonda	–	1	2	0	1	4	2	3	0	4	0	0	0	0	0	0,0
Ciudad de Barcelona	132	148	130	113	121	101	89	74	85	73	77	83	66	47	75	64,8
Ciudad de Valencia	38	32	25	23	15	19	23	26	19	11	38	9	19	9	8	13,4
Ciudad de Zaragoza	24	27	24	17	16	16	16	12	–	–	7	4	5	6	16	32,5
Ciudad de Pamplona	–	9	6	7	5	12	7	21	8	9	5	8	1	4	6	42,0
Ciudad Las Palmas GC	–	7	–	–	7	4	5	4	–	–	5	6	1	–	3	10,3
Ciudad Sta Cruz Tenerife	–	–	–	–	3	3	3	5	–	–	6	10	1	–	3	17,6
Ciudad de Badajoz	1	4	4	2	2	3	4	0	1	0	3	0	0	–	–	–
Ciudad de Cáceres	–	4	–	3	0	1	4	0	0	4	0	2	1	–	–	–
Estimación 6 ciudades	455	421	339	306	291	284	268	229	270	212	237	215	180	139	181	

1. Entre 1990 y 1995 sólo se recogieron las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

2. En realidad se incluyen los fallecidos en el partido judicial cuya cabeza es el municipio citado. La demarcación geográfica de las grandes ciudades coincide generalmente con la del partido judicial; sin embargo, cuando se trata de poblaciones de menor tamaño el partido judicial puede incluir la ciudad y algunos municipios de áreas cercanas. Seis ciudades: incluye las ciudades de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao.

* Para datos del período 1990-1995 véase Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2009. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2010 en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf

** Tasa por millón de habitantes (2009). Fuente: Padrón población 2009.

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

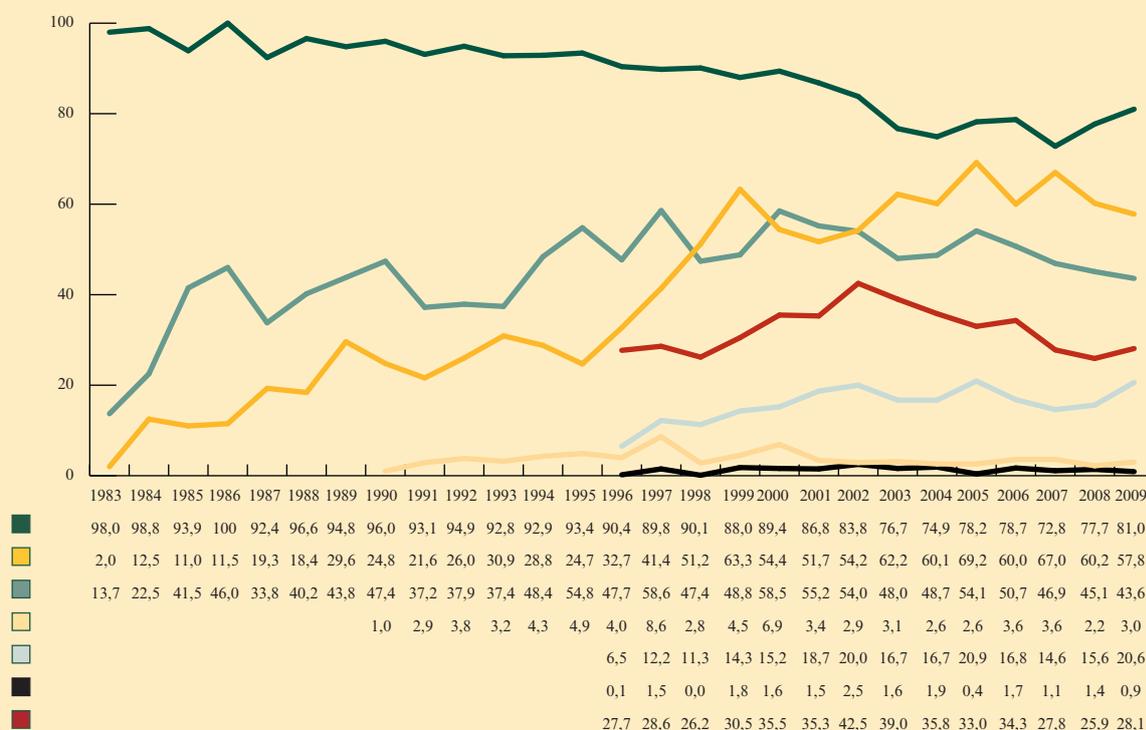
Tabla 2.4.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438
Sexo (%)							
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3
Grupo de edad (años)							
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9
>=45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7
Estado civil (%)							
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3
Procedencia del cadáver (%)							
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3
Evidencias de consumo reciente (%)							
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6
Evidencia de suicidio (%)							
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5
Signos recientes venopunción (%)							
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)							
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1
Anticuerpos anti-VIH (%)							
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (%). España*, 1983-2009.



* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

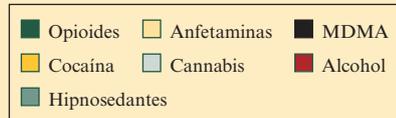


Tabla 2.4.3. Características toxicológicas de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2009.

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	376	76,7	349	74,9	356	78,2	338	78,7	340	72,8	324	77,7	346	81,0
Cocaína	305	62,2	280	60,1	315	69,2	250	60,0	313	67,0	251	60,2	247	57,8
Barbitúricos	1	0,2	2	0,4	5	1,1	4	1,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Benzodiazepinas	234	47,8	225	48,3	241	53,0	203	48,7	212	45,4	186	44,6	180	42,2
Anfetaminas	15	3,1	12	2,6	12	2,6	15	3,6	17	3,6	9	2,2	13	3,0
MDMA y derivados	8	1,6	9	1,9	2	0,4	7	1,7	5	1,1	6	1,4	4	0,9
Cannabis	82	16,7	78	16,7	95	20,9	70	16,8	68	14,6	65	15,6	88	20,6
Alucinógenos	2	0,4	5	1,1	0	0,0	1	0,2	2	0,4	3	0,7	0	0,0
S. volátiles	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	7	1,5	0	0,0	0	0,0
Alcohol	191	39,0	167	35,8	150	33,0	143	34,3	130	27,8	108	25,9	120	28,1
Casos analizados	490	100,0	466	100,0	455	100,0	428	100	475	100,0	424	100,0	427	97,5

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

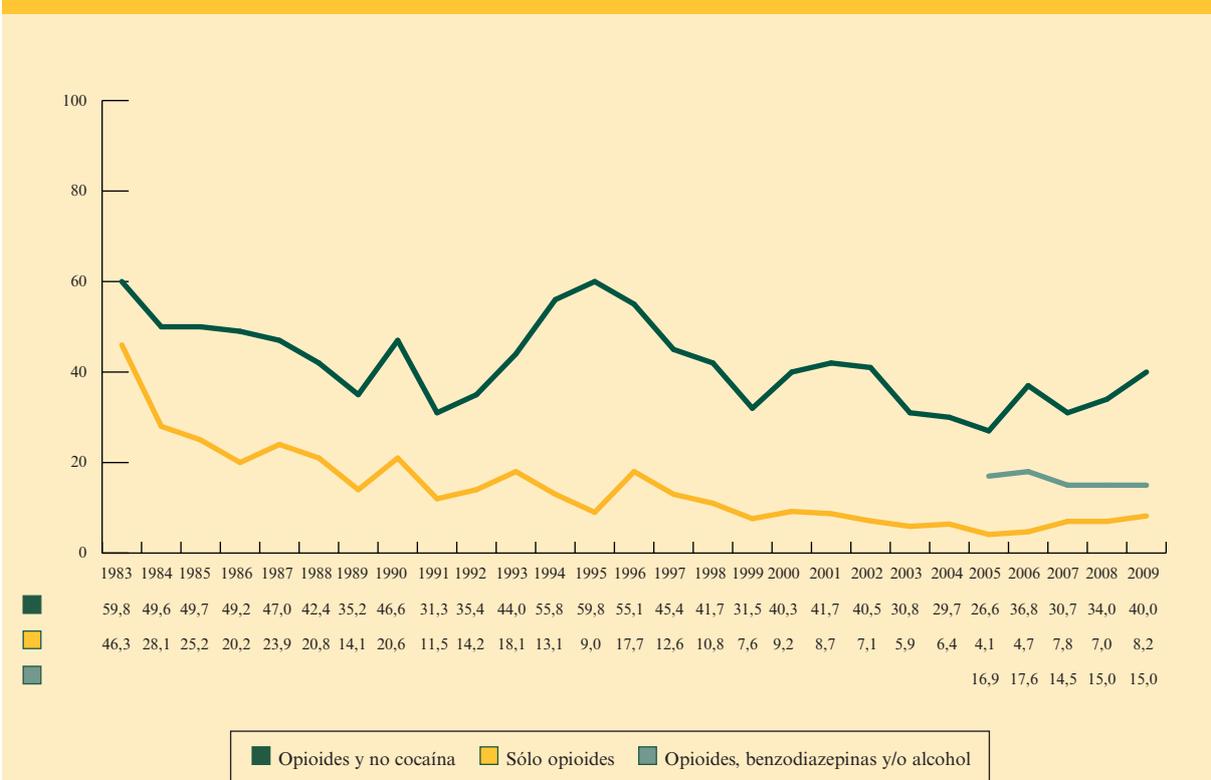
En las Figuras 2.4.2 y 2.4.3 se analiza la evolución temporal de los datos correspondientes a los opioides y a la cocaína de manera más detallada.

Desde el inicio del indicador, el descenso de la proporción de fallecidos en los que se encuentra exclusivamente opioides apunta una tendencia al policonsumo, pasando del 21,6% en el período 1983-1989 al 9,1% en 1998-2001 y presentando su valor más bajo en el 2005 (4,1%). Desde ese año parece haberse roto esta tendencia, aumentando la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides (8,2% en 2009).

En el 5,4% de las muertes registradas en el 2009 se detectó únicamente cocaína, porcentaje que mantiene la tendencia descendente después de alcanzar el 7,8% en 2007. A título comparativo, la proporción de muertes en que se detectaba sólo cocaína en 1983-1989 no llegaba al 1%. Las cifras de muertes por cocaína, sin embargo, pueden no representar adecuadamente la realidad porque una proporción importante (y desconocida) de las mismas pueden no llegar a ser objeto de investigación judicial y forense (Figura 2.4.3).

Se detectó cocaína sola o en asociación con una sustancia psicoactiva distinta de los opioides en un 16,4% de los casos en 2009. Por otra parte, la asociación “sólo cocaína y alcohol” sigue su tendencia ascendente iniciada en 2007.

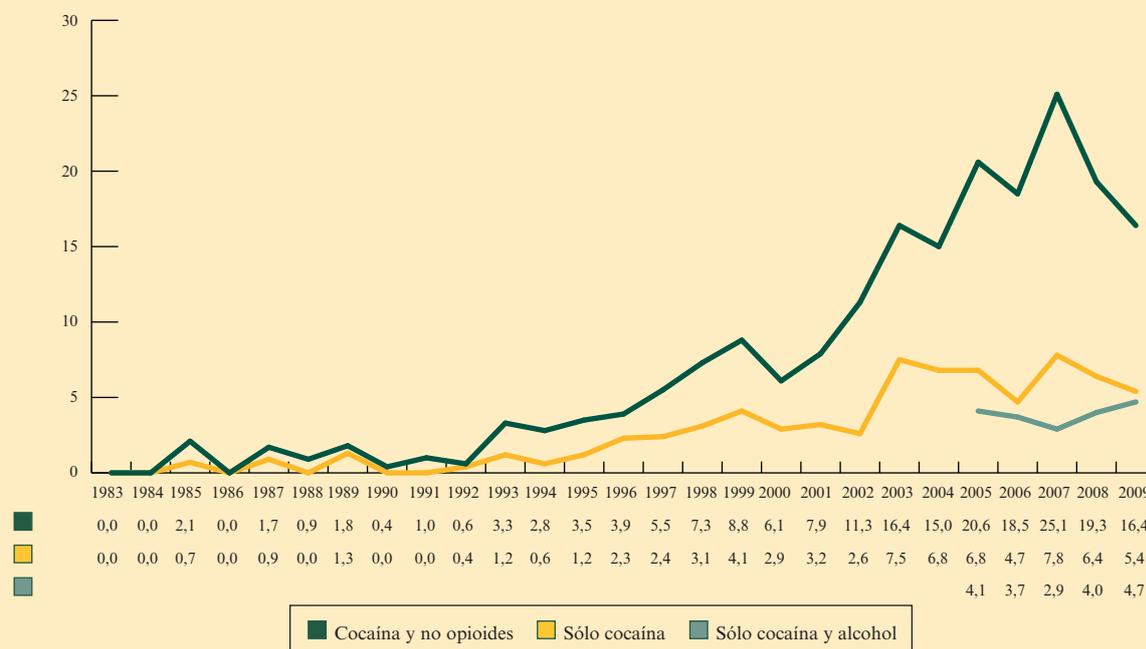
Figura 2.4.2. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan opioides. España*, 1983-2009.



* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Figura 2.4.3. Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cocaína. España*, 1983-2009.



* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

La metadona se detectó en el 38,1% de las muertes en 2009, y en un 25,9% de los casos se detectó metadona y no otro opioide (Tabla 2.4.4). Su presencia aislada sigue siendo escasa (3,2% de las muertes en 2009), al igual que la presencia exclusiva de la combinación metadona y benzodiazepinas (4,7% en 2009).

Tabla 2.4.4. Evolución de la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España* (%), 1996-2009.

Año	% de muertes DRDI en que se detecta sólo metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona	% de muertes DRDI en que se detecta metadona y no otro opiáceo	% de muertes DRDI en que se detecta sólo metadona y benzodiazepinas
1996	1,5	–	–	–
1997	0,9	–	–	–
1998	0,9	–	–	–
1999	0,4	–	–	–
2000	1,2	–	–	–
2001	2,7	–	–	–
2002	1,8	–	–	–
2003	0,6	–	–	–
2004	0,4	–	–	–
2005	0,6	36,5	15,1	3,0
2006	2,8	39,8	27,4	3,3
2007	4,2	37,5	24,4	4,8
2008	2,8	34,4	22,2	5,9
2009	3,2	38,1	25,9	4,7

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

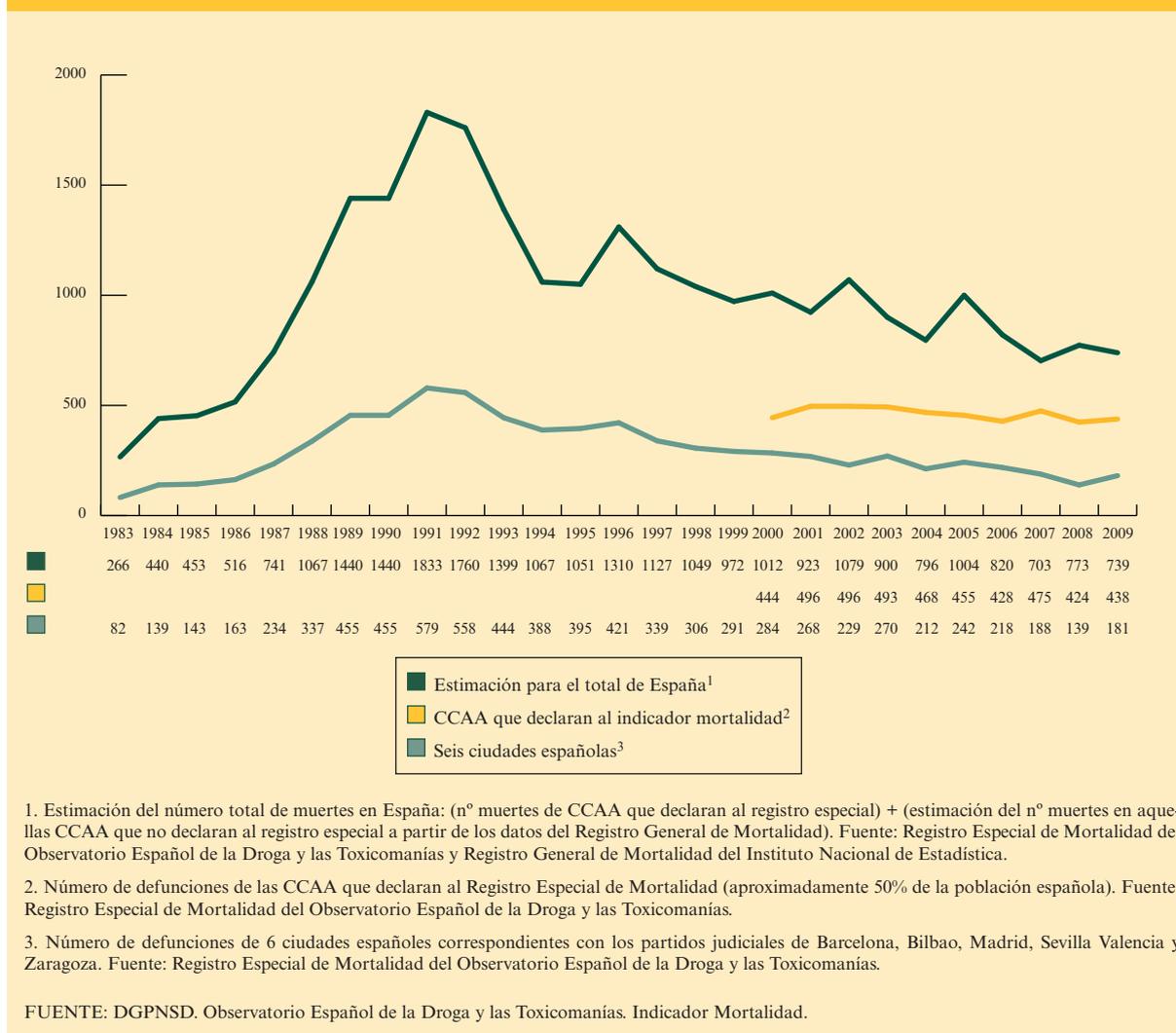
FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Mortalidad.

Todos los resultados presentados hasta ahora, incluyen los datos de mortalidad procedentes de la declaración de las CCAA que notifican al registro especial de mortalidad del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, pero hay que tener en cuenta que no todas las CCAA declaran a este registro especial y que, además, las CCAA que declaran varían según los años. Para solventar estas limitaciones se realizan una serie de estimaciones.

En primer lugar, para tratar de solventar el hecho de que no todas las CCAA declaran al registro especial, se estima el número de muertes a nivel nacional a partir de los datos del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), al que notifican todas las CCAA.

En segundo lugar, para asegurar la comparabilidad de los datos de unos años a otros, se dispone de una serie temporal con 6 ciudades españolas (siempre las mismas) de 1983 a 2009. Los datos se obtienen de la información procedente de las defunciones de los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza. En el caso de Sevilla, se estiman los datos correspondientes a los períodos 1997-2000 y 2005-2006, y para Zaragoza los del período 2003-2004. Es preciso recordar que hasta el año 1995 sólo se recogían las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína.

Figura 2.4.4. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2009.



En la Figura 2.4.4 se representan en tres líneas, las defunciones estimadas para el total de España, las defunciones notificadas por las CCAA que declaran al registro especial de mortalidad y las defunciones para 6 ciudades españolas.

En general, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, se aprecia una tendencia descendente de la mortalidad que se mantiene en 2009.

Registro General de Mortalidad

■ Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) (<http://www.ine.es/>) dispone de un registro de mortalidad general con las causas de muerte clasificadas según la CIE-10. Las bases de datos de mortalidad se elaboran en colaboración con las CCAA. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían, mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2009.

A continuación se presenta un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, entre los que se incluyen CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62, e Y12. A estos se añaden el X44 para adaptarse al contexto español. Este último código incluye los envenenamientos accidentales por exposición a drogas y es muy utilizado en España para codificar muertes por “sobredosis”.

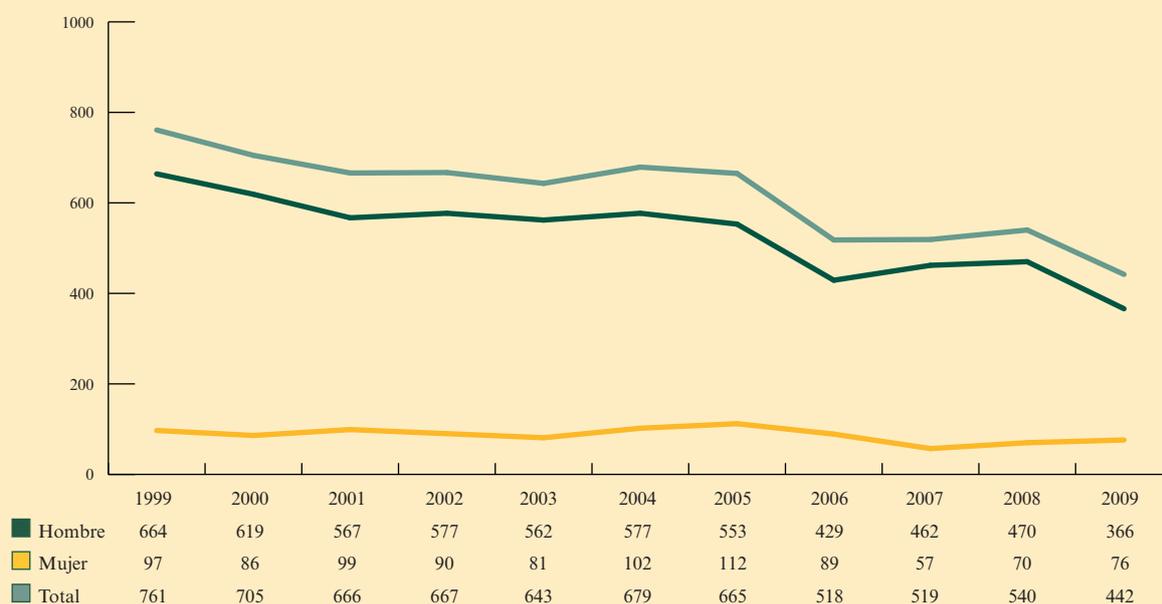
Esta fuente de información presenta limitaciones, ya que aunque la calidad del registro de mortalidad es buena en España, es conocido que el consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas y se ha observado que la repercusión en la mortalidad general de la población no se refleja adecuadamente en las estadísticas rutinarias de mortalidad. Se estima que, en España, las muertes por drogas procedentes del Registro General de mortalidad se subestiman en un 40%. Estudios complementarios donde se analice la mortalidad atribuible aportarían información interesante para conocer la repercusión de la drogas en la mortalidad de población.

■ Resultados

En el año 2009 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificados 442 defunciones. Esta cifra se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. A lo largo del periodo 1999-2009 se aprecia también un predominio masculino y, en 2009, el 82,8% de las defunciones son en hombres (Figura 2.4.5).

En la Figura 2.4.6, se presenta la evolución de las muertes teniendo en cuenta si estas se producen en menores o mayores de 35 años. Se observa una imagen especular, donde a partir de 2003 los menores de 35 dejan paso a los mayores de esta edad.

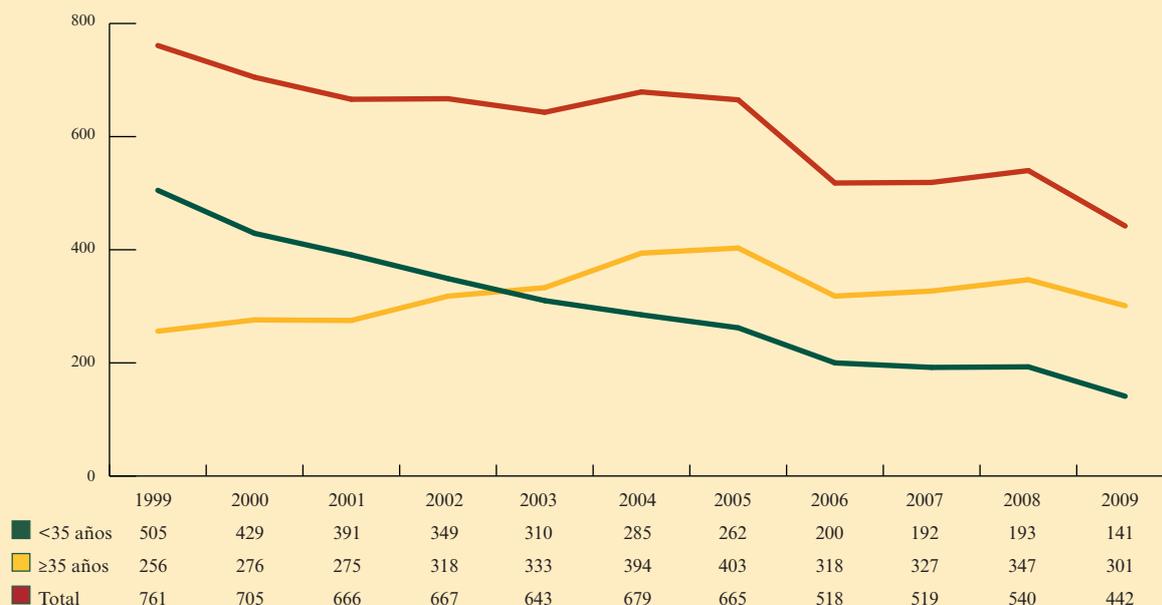
Figura 2.4.5. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas* por sexo. España, 1999-2009.



* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Elaborado por OEDT a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

Figura 2.4.6. Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas* por edad. España 1999-2009.



* Códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Elaborado por OEDT a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística.

3

Sistema de Alerta Temprana (Early Warning System-EWS)

3.1. EL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN EUROPA

■ Introducción

El Sistema de Alerta Temprana ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas o de efectos o incidencias relacionadas con éstas u otras sustancias psicoactivas. Fue creado en 1997¹ por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Europol en colaboración con los Estados Miembros de la UE, en el marco de la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis².

Entre 1997 y 2010, se notificaron más de 150 nuevas sustancias psicotrópicas a través del Sistema de Alerta Temprana que, actualmente, son objeto de vigilancia. Durante este período, se ha incrementado la velocidad a la que aparecen nuevas sustancias en el mercado, habiéndose registrado un número sin precedentes de éstas en los últimos años: 24 en 2009 y 41 en 2010.

Muchas de estas nuevas sustancias han sido detectadas a través de productos vendidos en Internet y en tiendas especializadas (*smart shops, head shops*). La mayor parte de las 41 nuevas sustancias psicotrópicas identificadas en 2010 son catinonas sintéticas o cannabinoides sintéticos. En 2010, se detectaron 15 nuevos derivados de las catinonas sintéticas, lo que las convierte en el segundo grupo de drogas más vigilado a través del Sistema de Alerta Temprana, tras las feniletilaminas.

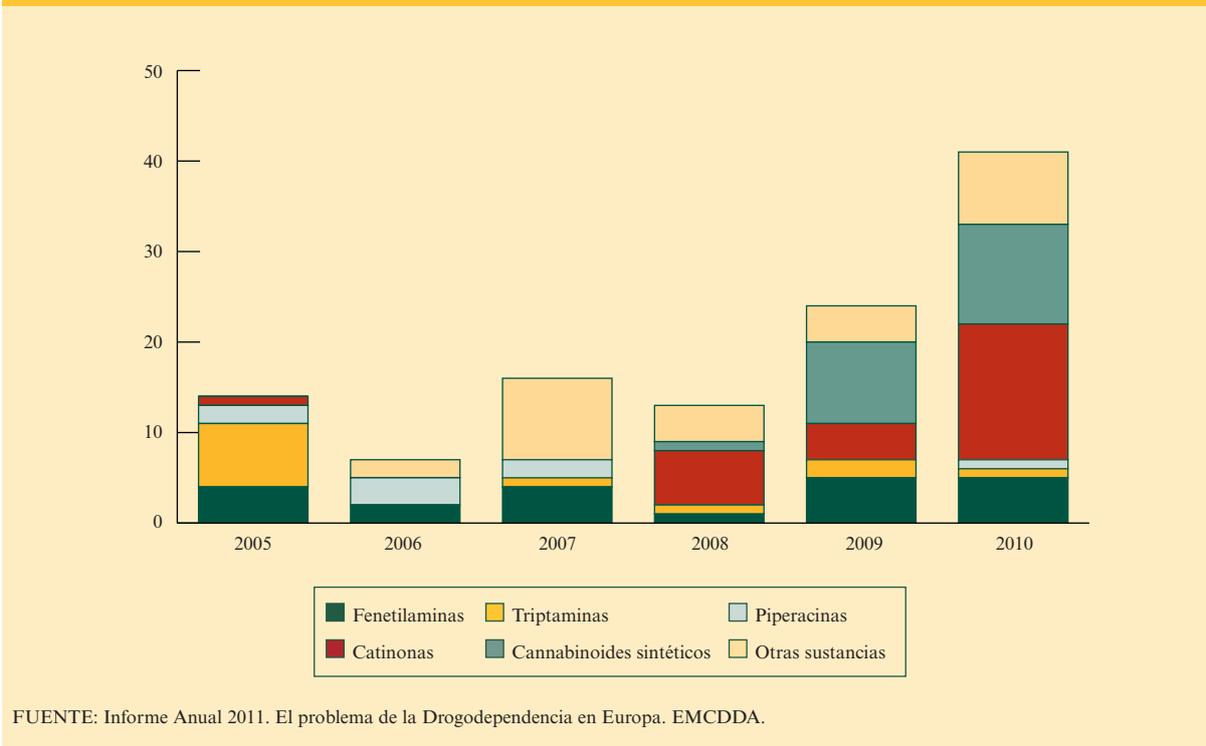
En 2010 se notificaron, por primera vez, derivados de la fenciclidina (PCP) y ketamina, dos drogas que fueron utilizadas en el pasado y que siguen utilizándose en la actualidad en el ámbito de la medicina y de la veterinaria. También se han registrado notificaciones recientes de un derivado sintético de la cocaína, un precursor natural y varias sustancias psicotrópicas sintéticas.

La alerta sobre nuevas drogas basadas en medicinas cuyos riesgos ante su abuso son conocidos, es un ejemplo de cómo la innovación en el mercado ilegal requiere una respuesta conjunta de las autoridades responsables tanto de la regulación de medicamentos como de las drogas ilegales.

1. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Early Warning System–EWS). Disponible en: www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning

2. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

Figura 3.1.1. Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el Sistema Europeo de Alerta Temprana. EMCDDA, 2011.



FUENTE: Informe Anual 2011. El problema de la Drogodependencia en Europa. EMCDDA.

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas ha venido a sustituir a la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997, ya citada³.

La Decisión 2005/387/JAI mantiene las tres fases consecutivas de la respuesta ante la existencia de una alerta que ya establecía la Acción Conjunta:

1. Intercambio rápido de información sobre nuevas sustancias psicotrópicas.
2. Evaluación, por un comité científico, de los riesgos para la salud y la sociedad vinculados al consumo, la fabricación y el tráfico de una nueva sustancia psicotrópica.
3. Procedimiento a seguir para someter la nueva sustancia psicotrópica a medidas de control, en el caso de que se estime oportuno y necesario.

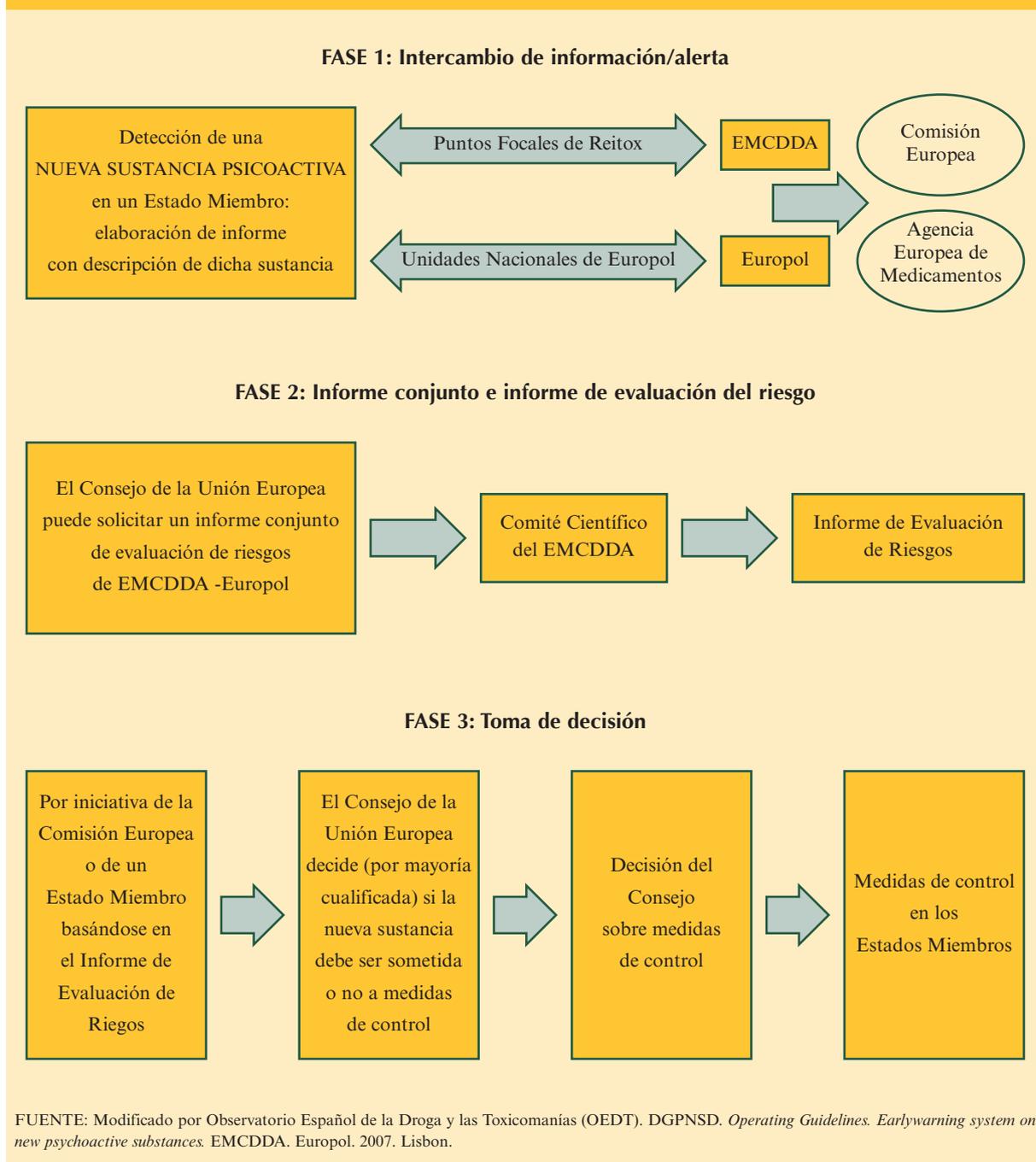
La Decisión 2005/387/JAI es, por tanto, un instrumento jurídico que da cabida a cualquier nueva droga de síntesis o narcótico que se notifique al EMCDDA y a Europol y establece el procedimiento, el calendario y los plazos para cada una de las fases.

Sin embargo, aunque la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas ha resultado ser un instrumento muy útil para el abordaje de las nuevas sustan-

3. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

cias en la UE, su uso ha encontrado algunas limitaciones, en especial con respecto a la imposibilidad de abordar varias sustancias al mismo tiempo, la excesiva duración de los plazos establecidos para el procedimiento de evaluación y decisión, y la ausencia de alternativas de regulación y control de las nuevas sustancias evaluadas, distintas a las penales. Por ello, el funcionamiento de la Decisión 2005/387/JAI está siendo objeto de revisión por parte de la Comisión Europea.

Figura 3.1.2. Fases de respuesta ante una alerta. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005).



■ Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados Miembros de la UE, éstos envían la información disponible correspondiente sobre su fabricación, tráfico y uso, (incluyendo información adicional sobre su posible uso médico) a la Oficina del Cuerpo Policial de la Unión Europea (Europol) en la Haya y al EMCDDA en Lisboa, a través de las Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX (formada por los Estados Miembros y el EMCDDA), teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

Europol y el EMCDDA recopilan, valoran e intercambian la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol y a los representantes de la Red REITOX del resto de los Estados Miembros, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos.

Si Europol y el EMCDDA consideran que la información notificada por los Estados Miembros sobre una nueva sustancia merece posterior estudio y análisis, se realiza un informe conjunto de Europol y el EMCDDA que se envía, para valoración, al Consejo de la Unión Europea, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos.

■ Fase 2: Informe conjunto e informe de evaluación del riesgo

INFORME CONJUNTO

Este informe debe incluir:

- Una descripción química y física de la nueva sustancia y el término o denominación por el/la que ésta es conocida.
- Frecuencia, circunstancias y/o cantidad en la que se encuentra la nueva sustancia.
- Medios y métodos de fabricación de la nueva sustancia y la implicación del crimen organizado en la fabricación y el tráfico de la misma.
- Riesgos de salud y sociales asociados con la nueva sustancia psicoactiva, incluyendo las características de los consumidores.
- Si la nueva sustancia está actualmente en evaluación o ya ha sido evaluada por el sistema de la Unión Europea.
- Si se deben establecer medidas de control (a nivel nacional) para la nueva sustancia psicoactiva en los diferentes Estados Miembros.
- Precursores químicos, formas y finalidad del uso establecido o esperado de la nueva sustancia y cualquier otro nuevo uso.

Por su parte, la Agencia Europea de Medicamentos envía información a Europol y al EMCDDA sobre si la nueva sustancia psicoactiva ha obtenido autorización de comercialización en la Unión Europea o en alguno de sus Estados Miembros, está pendiente de recibirla o si la nueva sustancia psicoactiva tuvo, en algún momento, autorización de comercialización pero fue suspendida.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

Basándose en el informe conjunto del EMCDDA y Europol, el Consejo de la Unión Europea, actuando a petición de la mayoría de sus miembros, puede solicitar un informe de evaluación de los riesgos tanto sociales como para la salud causados por la fabricación, el uso o el tráfico de una nueva sustancia psicoactiva, así como la implicación del crimen organizado y posibles consecuencia del establecimiento de medidas de control sobre la nueva sustancia valorada.

Para la realización de este informe, el EMCDDA convoca una o varias reuniones especiales de su Comité Científico que, además de contar con sus miembros habituales, puede solicitar la participación

adicional de cinco expertos de los Estados Miembros cuya contribución resulte necesaria para realizar una adecuada evaluación de los posibles riesgos de una sustancia en concreto. La Comisión Europea, Europol y la Agencia Europea de Medicamentos pueden participar también en estas reuniones.

La evaluación de los riesgos tiene en cuenta todos los aspectos que, de acuerdo con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, garanticen la ubicación de una sustancia bajo control internacional. El EMCDDA publica, desde 1999, directrices y guías para la evaluación del riesgo de nuevas sustancias sintéticas, que son objeto de revisión y actualización periódica. Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas, adoptadas en 2008, se aplicaron por primera vez en 2010 con la mefedrona (EMCDDA, 2010). Estas directrices proporcionan un marco adecuado para realizar una evaluación científicamente sólida y basada en datos científicos, en el momento oportuno y con unas fuentes de información relativamente limitadas debido a la escasez habitual de datos relacionados con las nuevas sustancias que son motivo de alerta.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud aprobó también un nuevo análisis de sus directrices relativas a la revisión de sustancias psicotrópicas para control internacional (OMS, 2010).

Así pues, se elabora un informe de evaluación del riesgo que es enviado a la Comisión Europea y al Consejo de la Unión Europea.

Hasta la fecha de publicación de este documento, se han realizado 11 informes de evaluación del riesgo sobre las siguientes sustancias: MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamina, PMMA, 2C-I, 2CT2, 2C-T-7, TMA-2, BZP y Mefedrona.

El último informe de evaluación del riesgo, realizado en julio de 2010, correspondió a la mefedrona y tuvo, como consecuencia, la Decisión del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2010 (2010/759/UE) por la que se somete la 4-metilmecatínona (mefedrona) a medidas de control (DOUE 8/12/2010).

La evaluación de riesgos, en el caso de la mefedrona, planteó una serie de dificultades ligadas a la escasez de datos disponibles y también a la falta de semejanza de la mefedrona con los compuestos evaluados anteriormente. No obstante, por vez primera, se incorporaron los datos de vigilancia toxicológica de un estudio realizado en un grupo de consumidores de mefedrona, permitiendo con ello que las conclusiones de dicho estudio se basaran en datos objetivos. Tras examinar los resultados del informe de evaluación de riesgos elaborado por el EMCDDA en diciembre de 2010, el Consejo de la Unión Europea decidió que la mefedrona debía ser objeto de medidas de control y de sanciones penales en toda Europa ya que los riesgos asociados al consumo de mefedrona demostraron que esta sustancia puede provocar graves problemas de salud y generar dependencia. Además, no posee valor terapéutico alguno ni otro uso legal⁴. Para entonces, 18 países europeos ya habían introducido medidas de control relativas a la mefedrona⁵.

Los restantes Estados Miembros de la UE disponían de un año, a partir de la Decisión de 2 de diciembre de 2010 (2010/759/UE) sobre Mefedrona, para adoptar las medidas necesarias en el ámbito nacional. En España, a este respecto, se publicó la *Orden SPI/2011/2011, de 3 de febrero, por la que se incluye la sustancia 4-metilmecatínona (mefedrona) en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regula la fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos*.

4. Decisión 2010/759/UE del Consejo, de 2 de diciembre de 2010, por la que se somete la 4-metilmecatínona (mefedrona) a medidas de control (DO L 322 de 8.12.2010, p. 44).

5. Bélgica, Dinamarca, Alemania, Estonia, Irlanda, Francia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Austria, Polonia, Rumanía, Suecia, Reino Unido, Croacia y Noruega.

■ Fase 3: Toma de decisión

Una vez realizado el informe de evaluación del riesgo, el Consejo de la Unión Europea puede decidir, por mayoría cualificada o actuando a requerimiento de la Comisión Europea, si someter o no la nueva sustancia psicoactiva a medidas de control.

En el caso de que la Comisión Europea no considere necesario someter a la nueva sustancia a medidas de control, debe remitir un informe al Consejo de la Unión Europea argumentando su criterio. En estos casos, uno o más Estados Miembros pueden presentar sus iniciativas al Consejo de la Unión Europea.

Si el Consejo de la Unión Europea decide someter a una nueva sustancia psicoactiva a medidas de control, los Estados Miembros deben realizar las acciones necesarias, de acuerdo con las leyes nacionales para que, en no más de un año a partir de la Decisión del Consejo sobre la sustancia psicotrópica en cuestión, sea sometida a medidas de control internas.

Hasta la fecha de publicación de este informe, las sustancias que han sido sometidas a medidas de control de acuerdo con el procedimiento anteriormente explicado son:

- 4-MTA. Decisión del Consejo 1999/615/JHA de 13 de septiembre de 1999.
- PMMA. Decisión del Consejo 2002/188/JHA de 28 de febrero de 2002.
- 2C-I, 2C-T-2, 2c-T-7 y TMA-2. Decisión del Consejo 2003/847/JHA de 27 de noviembre 2003.
- BZP. Decisión del Consejo 2008/206/JHA de 3 de marzo de 2008.
- Mefedrona. Decisión del Consejo 2010/759/EU de 2 de diciembre de 2010.

Por último, en el año 2000, el Comité Científico del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías realizó una evaluación del riesgo asociado al consumo de gamma hidroxí butirato (GHB) y, como resultado de dicha evaluación, el GHB fue añadido a la lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 (www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33345EN.html).

■ Base de datos legal europea sobre drogas (European Legal Drug Database-ELDD)

La base de datos legal europea sobre drogas incluye una revisión de las distintas clasificaciones legales de las sustancias y un listado exhaustivo de las sustancias controladas por los Estados Miembros de la UE y Noruega.

Esta base de datos contiene:

- Textos legales en sus formatos originales para permitir a los investigadores y a los analistas consultar, directamente, fuentes de datos originales.
- Perfil de cada Estado Miembro de la UE, cuyos datos han sido recopilados y enviados por los Puntos Focales Nacionales de la Red REITOX.
- Informes jurídicos detallados y publicaciones sobre diversos aspectos relevantes en torno a la situación legal de las drogas en la UE, así como legislación sobre este tema en los diversos Estados Miembros.
- Revisiones temáticas breves que dan una idea general de la posición legal de los Estados Miembros de la UE respecto a las drogas ilegales.
- Noticias y documentos que permiten a los usuarios mantenerse al día sobre nuevos acontecimientos relacionados con esta materia.

3.2. EL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA ESPAÑOL

■ Introducción

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea requiere que cada país miembro de la Unión Europea cuente con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Europol y así cumplir con los objetivos de la Decisión.

Para instaurar el marco legal del Sistema de Alerta Temprana Español se emplearon leyes españolas específicas provenientes de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 tales como: Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas y el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación.

La regulación nacional sobre drogas ilegales depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de otros Departamentos Ministeriales que deben establecer las medidas necesarias para poder actuar conforme con la Decisión del Consejo de la Unión Europea.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha impulsado, recientemente, la elaboración y publicación del Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional, de acuerdo con la Ley 17/1967, de 8 de abril, 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 objeto de este Real Decreto es establecer el procedimiento mediante el cual una sustancia natural o sintética, no incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no haya adquirido tal consideración en el ámbito internacional, sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a las medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes.

■ Organización

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) es la responsable del funcionamiento y coordinación del Sistema de Alerta Temprana Español y en consecuencia del cumplimiento de lo establecido en la Decisión del Consejo de la Unión Europea (2005/387/JAI) en lo que se refiere a los Estados Miembros.

La Red del Sistema de Alerta Temprana Español tiene cobertura estatal y se articula de la siguiente manera:

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), punto nodal de la Red, en el que se centraliza la recogida, elaboración, análisis y divulgación de la información, a través del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
- Otras unidades del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad:
 - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano.

- Red de laboratorios de análisis de drogas, responsable de la realización de la mayoría de los análisis de las drogas provenientes de incautaciones, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.
- Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.
- Otros Departamentos Ministeriales:
 - Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO), punto nodal de la red del Sistema de Alerta Temprana en tanto interlocutor oficial con Europol, siendo responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con decomisos, incautaciones, detenciones, análisis toxicológico de las sustancias incautadas, y seguimiento y control de los precursores utilizados para la fabricación de sustancias psicoactivas susceptibles de abuso, dependiente del Ministerio del Interior.
 - El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), responsable del análisis toxicológico de sustancias psicoactivas en muestras biológicas. Las muestras procedentes de decomisos que se encuentren afectados por la Ley 38/2002, de 24 de octubre de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado, también son analizadas por el INTCF, dependiente del Ministerio de Justicia.
 - Servicios de Aduanas, responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, dependiente del Ministerio de Hacienda.
 - Centro Nacional de Epidemiología (CNE), 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, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación.

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

- Planes Autonómicos de Drogodependencias que, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas, son responsables de la recogida, análisis y la difusión de la información relativa al Sistema de Alerta Temprana, recibida desde la DGPNSD o desde cualquier otro punto de la red. Son los responsables 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, y otros indicadores que se establezcan) 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.

- Red Autónoma de Centros especializados en Tratamientos de Drogas (Centros de Tratamiento de Bajo Umbral, Comunidades terapéuticas, Centros Ambulatorios de Tratamiento, Unidades Residenciales de Tratamiento, Servicios de Urgencias, etc.), la notificación, igualmente, se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.
- Otras unidades autonómicas y locales: Cuerpos de Policía Autónoma en algunas Comunidades Autónomas, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.

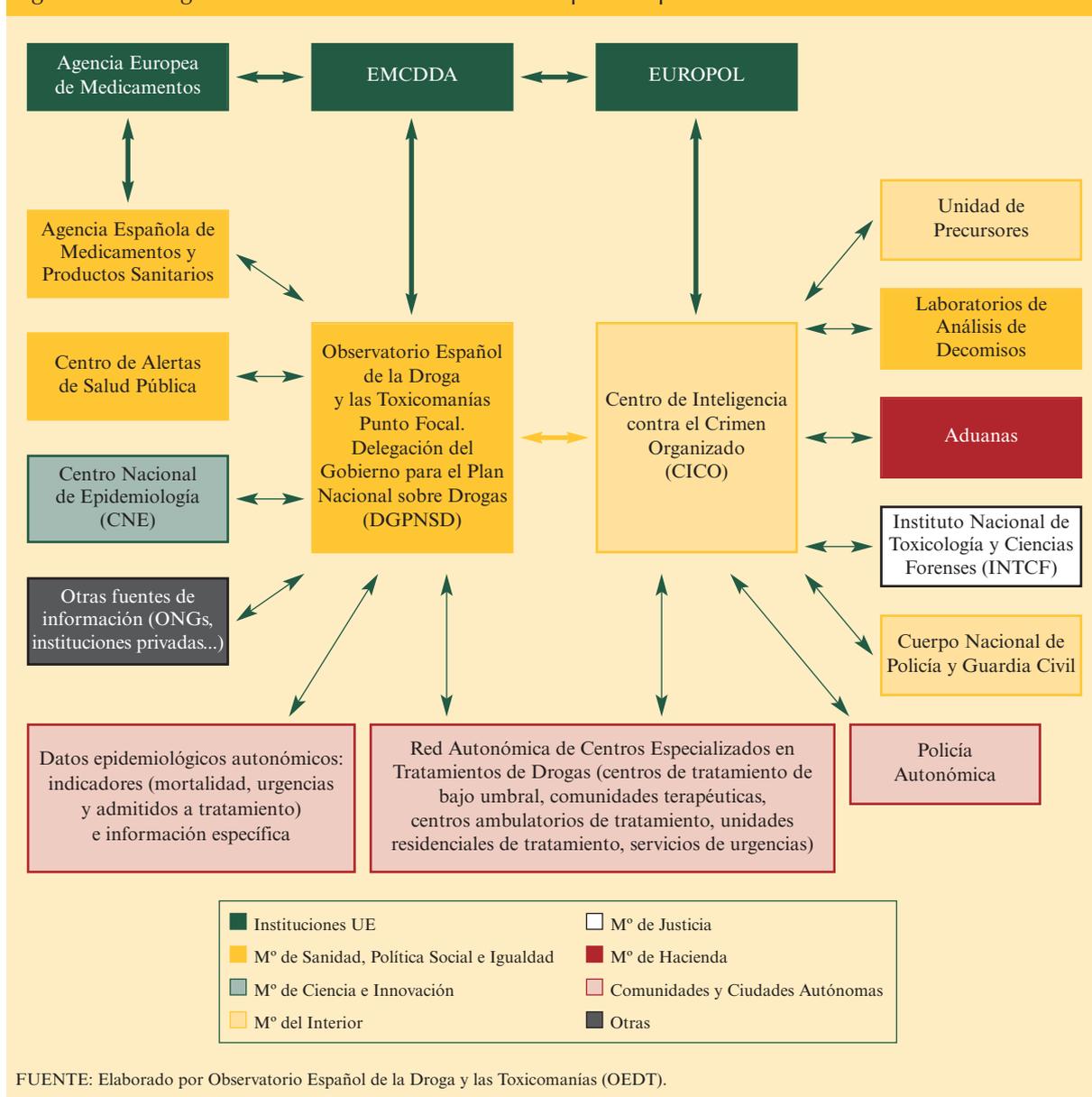
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y OTRAS ENTIDADES

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, institutos de investigación y otras entidades y que forman parte activa del Sistema de Alerta Temprana, 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 en los lugares de consumo, adulteraciones, etc.).

■ Funcionamiento del Sistema de Alerta Temprana y flujo de información

El Sistema de Alerta Temprana Español se configura como una red virtual, en la que todos sus componentes se encuentran interconectados. La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio bidireccional de información entre sus miembros, que

Figura 3.2.1. Organización del Sistema de Alerta Temprana Español.



notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación.

Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías – OEDT), que elabora 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 completada o no y el procedimiento a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.).

No obstante lo anterior y , siempre que se considere oportuno o la situación así lo requiera, se podrán convocar reuniones presenciales de los distintos componentes de la Red.

La comunicación con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías se realiza a través de la DGPNSD que funciona como Punto Focal Nacional (PFN). Por su parte, el CICO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está en conexión permanente con la Agencia Europea de Medicamentos.

4

Oferta de drogas. Medidas de control

4.1. VENTAS DE TABACO, 2000-2010

En este apartado se ofrecen los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre el año 2000 y 2010.

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 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 han gravado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en unidades físicas (Tabla 4.1.3) como en valor monetario (Tabla 4.1.1) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 7.995,1 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 2000, el 94,3% correspondió a los cigarrillos, porcentaje que seguía siendo muy alto (92,8%) en 2010, año en que se ingresaron por este concepto 12.992,3 millones de euros. Tras las ventas de cigarrillos se situaron, en 2010, las de picadura de liar, cuya cuota de participación en los ingresos viene aumentado en los últimos años, pasando del 0,5%, en el año 2000, al 3,7% en 2010, desplazando a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos ha descendido desde el 5,1% del año 2000 al 3,3% en 2010, a pesar de que sus ventas han venido manteniendo una tendencia ascendente desde el año 2000, que se ha acentuado de forma importante en el año 2010 (Figura 4.1.1). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales y su participación en los ingresos se ha venido manteniendo en el 0,1% en los últimos 11 años (Tabla 4.1.2).

Entre 2000 y 2010 ha disminuido considerablemente el volumen de ventas de cigarrillos, un 17,2%, y especialmente importante ha sido el descenso de las mismas en los dos últimos años, 11% (Tabla 4.1.3). Los cigarros puros, en cambio, han aumentado sus ventas globales en un 42,6% entre 2000 y 2010, y un 30,4% en 2010 respecto de las realizadas en 2009 (Figura 4.1.1). Por su parte, las ventas de picadura de liar y las de picadura de pipa se han estabilizado en 2010 respecto de 2009 (Tabla 4.1.4).

El mencionado descenso de las ventas de cigarrillos entre 2009 y 2010 ha afectado a todas las comunidades autónomas, aunque no en la misma medida. Las comunidades en las que más han descendido las ventas son Andalucía (13,1%), Navarra y las Islas Baleares (12,2%), Cataluña y País Vasco (12,1%), y en las que menos han descendido Galicia (6,5%), Castilla-La Mancha y Extremadura (8%) (Tabla 4.1.3).

El importante descenso de las ventas de cigarrillos producido en los últimos años queda reflejado de forma muy patente en la acusada reducción de las ventas *per capita*, entre 2009 y 2010: 15,4 cajetillas menos *per capita*. El descenso en las ventas *per capita* se observa en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, si bien ha sido más intenso en Navarra (- 24,8 cajetillas), en las Islas Baleares (-23,1 cajetillas), en Cataluña (-17,6 cajetillas) y en Andalucía (-17,4 cajetillas) y, aunque importante, más moderado en Madrid (-10,1 cajetillas) y Galicia (-10,5 cajetillas) (Tabla 4.1.4).

Figura 4.1.1. Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2000-2010.

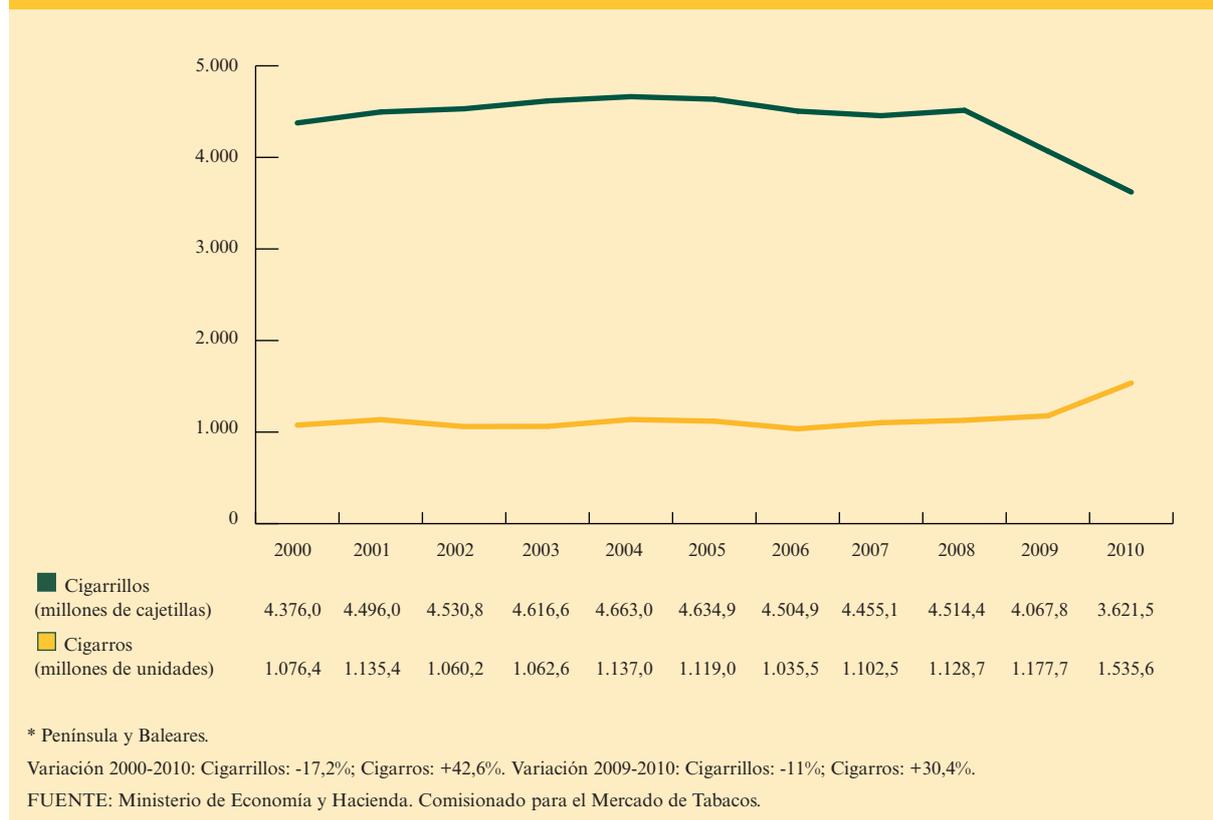


Tabla 4.1.1. Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2000-2010.

Tipo de labor	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	Variación 2010/2000 (%)	Variación 2010/2009 (%)
Cigarrillos	7.541,870	8.956,567	10.096,648	10.153,788	11.671,980	11.719,617	12.061,477	37,5	2,8
Cigarros	408,164	423,230	459,882	422,712	430,426	412,240	427,589	4,5	3,6
Picadura de liar	38,501	71,731	144,345	180,220	254,361	395,411	486,559	92,1	18,7
Picadura de pipa	6,617	7,322	8,103	7,987	8,750	9,449	16,738	60,5	43,5
Total	7.995,152	9.458,850	10.708,979	10.764,707	12.365,518	12.536,716	12.992,363	38,5	3,5

* Península y Baleares.
FUENTE: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.2. Evolución de la distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%). España*, 2000-2010.

Tipo de labor	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Cigarrillos	94,3	94,7	94,3	94,3	94,4	93,5	92,8
Cigarros	5,1	4,5	4,3	3,9	3,5	3,3	3,3
Picadura de liar	0,5	0,8	1,3	1,7	2,1	3,2	3,7
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100						

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.3. Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma* (millones de cajetillas de 20 cigarrillos), 2000-2010.

Comunidad Autónoma	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Variación 2000/10 (%)	Variación 2010/09 (%)
Andalucía	784,6	814,9	829,9	853,8	851,9	843,5	822,5	812,2	820,7	737,8	641,1	-18,3	-13,1
Aragón	136,4	135,9	135,2	135,9	137,3	133,7	130,7	132,2	136,6	123,6	110,8	-18,7	-10,4
Asturias	108,2	110,4	108,3	108,4	104,5	101,0	98,6	97,8	101,4	94,9	86,0	-20,5	-9,4
Islas Baleares	187,4	193,6	190,6	203,7	199,9	196,2	177,8	179,0	172,3	142,9	125,5	-33,0	-12,2
Cantabria	60,4	62,2	61,0	60,4	59,9	58,0	56,8	56,4	57,3	53,6	48,6	-19,6	-9,3
Castilla y León	243,1	247,3	244,2	238,8	189,4	226,1	227,4	220,6	232,3	212,6	192,7	-20,7	-9,3
C.-La Mancha	185,6	188,1	187,3	189,4	236,6	189,4	189,1	193,0	200,7	183,4	168,7	-9,1	-8,0
Cataluña	731,5	756,6	775,7	810,3	865,4	888,7	858,5	844,1	848,7	758,7	666,8	-8,9	-12,1
C. Valenciana	559,4	570,4	581,5	601,6	594,2	589,5	565,8	568,9	568,5	491,0	435,0	-22,2	-11,4
Extremadura	118,5	118,3	115,2	112,9	109,8	107,3	106,8	106,8	110,9	104,0	95,7	-19,2	-8,0
Galicia	226,6	237,8	235,1	234,4	232,3	226,9	226,4	220,0	226,6	212,4	198,6	-12,3	-6,5
Madrid	600,3	609,6	608,4	588,2	570,7	547,7	532,5	529,8	540,2	496,2	452,4	-24,6	-8,8
Murcia	136,2	140,5	143,1	150,3	148,9	149,0	148,2	151,8	150,0	135,5	123,7	-9,2	-8,7
Navarra	65,8	70,0	73,2	80,1	91,4	95,5	93,8	88,6	89,7	83,9	73,6	11,9	-12,2
Pais Vasco	203,7	211,7	213,4	220,3	242,9	255,6	242,6	227,7	230,5	211,6	186,0	-8,7	-12,1
La Rioja	28,0	28,9	28,6	28,1	28,1	26,9	27,4	26,3	27,9	25,7	23,0	-17,8	-10,6
Total	4.376,0	4.496,0	4.530,8	4.616,7	4.663,1	4.634,9	4.504,8	4.455,1	4.514,4	4.067,8	3.621,5	-17,2	-11,0

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.4. Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita* según tipo de labor y comunidad autónoma* (2009/2010).

	Cigarrillos (cajetillas 20 cigarrillos)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (kilos)			Picadura de pipa (kilos)		
	2009	2010	Variación	2009	2010	Variación	2009	2010	Variación	2009	2010	Variación
Andalucía	128,8	111,4	-17,4	24,6	37,5	12,9	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,01
Aragón	137,1	123,4	-13,7	51,7	70,9	19,2	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Asturias	128,8	117,5	-11,4	56,8	75,5	18,7	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Islas Baleares	183,2	160,1	-23,1	36,0	42,0	5,9	0,6	0,5	-0,1	0,01	0,02	0,00
Cantabria	132,0	119,7	-12,3	56,6	73,1	16,6	0,1	0,1	0,1	0,00	0,01	0,00
Castilla y León	125,9	114,9	-11,0	59,6	73,1	13,5	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Castilla-La Mancha	131,1	119,8	-11,3	36,1	51,9	15,8	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,01
Cataluña	147,7	130,1	-17,6	44,6	53,4	8,9	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,00
C. Valenciana	140,0	124,4	-15,5	30,5	48,4	17,9	0,4	0,3	-0,1	0,01	0,02	0,01
Extremadura	141,9	130,2	-11,7	43,8	62,8	19,0	0,1	0,1	0,0	0,00	0,01	0,01
Galicia	113,8	103,3	-10,5	34,6	50,5	15,9	0,1	0,1	0,0	0,00	0,00	0,00
Madrid	110,0	99,9	-10,1	23,0	27,6	4,5	0,1	0,1	0,0	0,01	0,01	0,00
Murcia	135,8	123,2	-12,6	25,9	36,1	10,1	0,2	0,2	0,0	0,01	0,02	0,01
Navarra	196,3	171,5	-24,8	94,6	104,6	10,0	0,3	0,3	0,0	0,01	0,02	0,00
País Vasco	142,9	126,3	-16,5	85,6	91,0	5,4	0,2	0,2	0,0	0,01	0,01	0,00
La Rioja	117,9	105,9	-12,0	75,9	90,7	14,8	0,0	0,1	0,0	0,00	0,01	0,00
Total	133,3	117,9	-15,4	38,6	50,3	11,7	0,2	0,2	0,0	0,01	0,01	0,00

* Península y Baleares.

Notas: Para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años. Cigarrillos: nº de cajetillas *per capita*. Cigarros: nº de cigarros *per capita*. Picadura de liar y picadura de pipa: nº de kilos *per capita*.

FUENTE: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

CONCLUSIONES

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la “Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco” se ha producido una contracción de la venta de cigarrillos por habitante, reducción que, en 2010, es altamente apreciable en todas las comunidades autónomas.

Por otra parte, no se aprecia que se haya producido un desplazamiento importante de la demanda hacia otras labores del tabaco, ya que las ventas de picadura de liar y picadura de pipa parecen haberse estabilizado y las de cigarros, aunque han aumentado entre 2009 y 2010 siguen satisfaciendo a una demanda muy minoritaria.

4.2. NÚMERO DE DECOMISOS Y CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS, 1998-2010

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de drogas decomisadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Según el Ministerio del Interior, en 2010 se produjeron en España algunos cambios en las cantidades de drogas decomisadas con respecto a los últimos años. La cantidad de heroína decomisada disminuyó con respecto a 2009, pasando de 300 Kg a 233 Kg, lo que viene a confirmar la tendencia al descenso en las cantidades decomisadas de esta sustancia que se venía observando en los últimos siete años, quedando el aumento que se produjo en el año 2008 de la cantidad decomisada como un fenómeno anecdótico (Tabla 4.2.1 y Figura 4.2.4).

También disminuyó, por segundo año consecutivo, la cantidad de hachís decomisada, pasando de 682,7 toneladas en 2008 a 444,6 toneladas en 2009 y a 384,3 toneladas en 2010 (Figura 4.2.3). Del mismo modo, la cantidad de cocaína decomisada en 2010 fue inferior a las de los dos años precedentes, lo que parece indicar una tendencia a la baja en las cantidades decomisadas de esta sustancia (Figura 4.2.2). En cambio, la cantidad de MDMA decomisada en 2010 (634.628 pastillas) fue bastante mayor que la incautada en los dos años precedentes: 534.906 pastillas en 2008 y 404.334 en 2009 (Figura 4.2.5).

Por lo que respecta al número de decomisos, en 2010 disminuyó, aunque no muy notablemente, el número de decomisos globales, concretamente, en un 9,41% respecto del año anterior. Por drogas, también se aprecian en 2010 descensos del número de decomisos, respecto del año anterior. El número de decomisos que más descendió es el correspondiente a “cocaínicos” (-8,91%), seguido del de cannábicos (-8,91%) y del de opiáceos (6,23%) (Figura 4.2.1).

Por el contrario, en los últimos años se aprecia una tendencia al aumento del número de decomisos de alucinógenos (310% entre 2006 y 2010).

El cannabis fue la droga de la que se decomisó una mayor cantidad en 2010 (384,3 toneladas de hachís) y también la que generó un mayor número de decomisos (290.785).

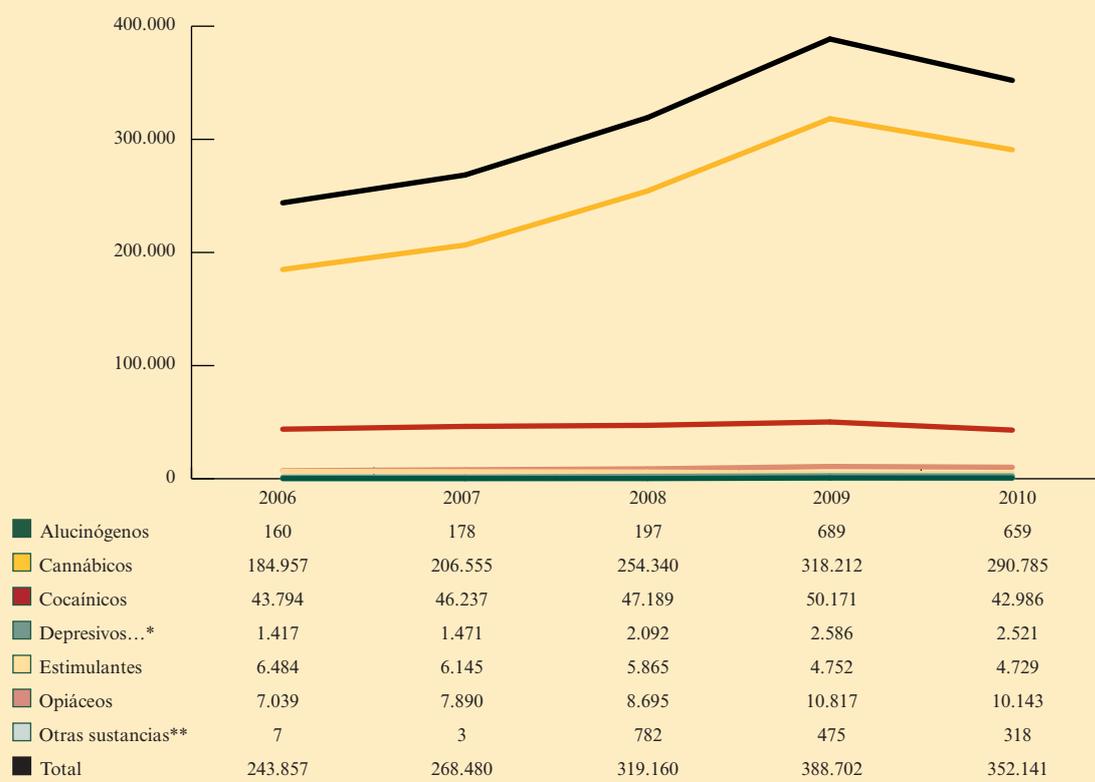
Si se observan las tendencias a medio y largo plazo, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de decomisos y de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

Tabla 4.2.1. Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroína (Kg)	485	631	275	242	271	174	472	227	548	300	233
Cocaína (Kg)	6.165	33.681	17.660	49.279	33.135	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241
Hachís (Kg)	474.505	514.181	564.816	727.313	794.437	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315
MDMA (Nº pastillas)	891.564	860.165	1.396.591	771.875	796.833	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

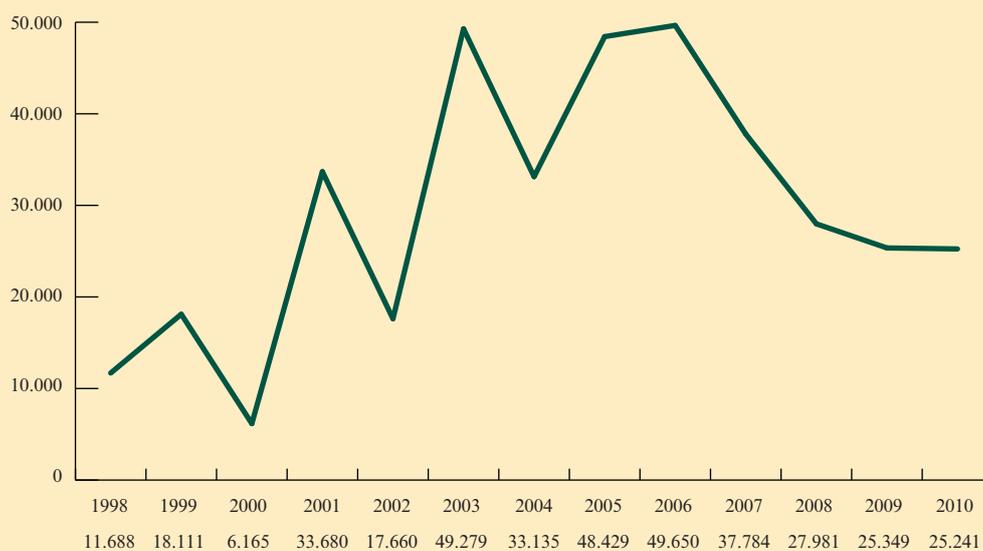
Figura 4.2.1. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2006-2010.



* Depresivos, sedantes y tranquilizantes. ** Otras sustancias no clasificadas.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.2. Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.3. Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1998-2010.



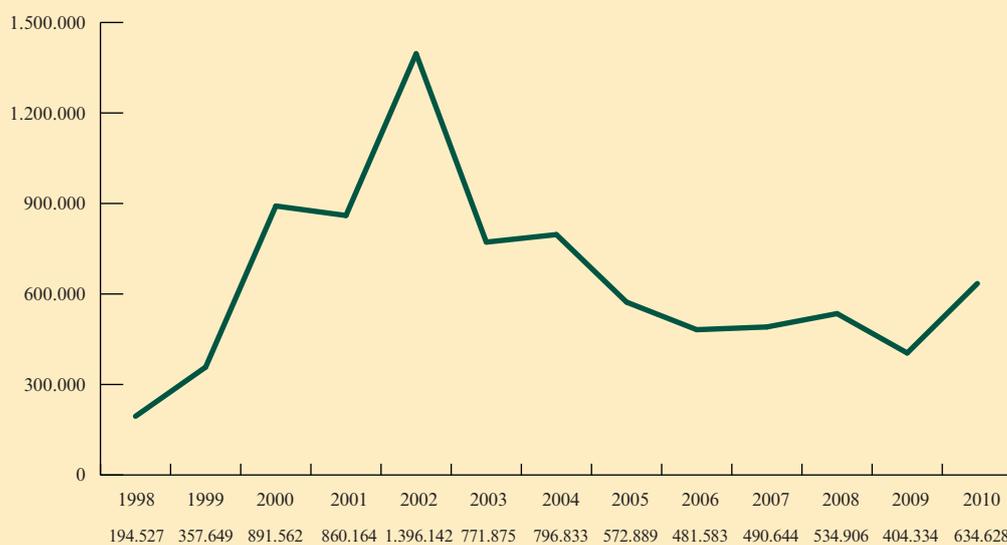
FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.4. Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.2.5. Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1998-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

4.3. PRECIO Y PUREZA DE LAS DROGAS DECOMISADAS, 2000-2010

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas a medio plazo se puede observar que han tendido a ascender el precio del LSD, que ha pasado de 8,8 euros la unidad en 2000 a 11,64 euros en 2010, y que ha descendido ligeramente el precio del éxtasis, pasando de 11,5 euros en 2000 a 10,3 euros en 2010 (Figura 4.3.1). Si se considera el precio de los decomisos del nivel del gramo también ha disminuido apreciablemente el precio de la heroína, pasando de 66,4 euros en 2000 a 60,7 euros en 2010 (Figura 4.3.2); sin embargo, si se consideran los decomisos del nivel de dosis, se puede observar que el precio a lo largo del período 2000-2010 se ha mantenido bastante estable (Tabla 4.3.1). Con algunas fluctuaciones puntuales, el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable, tanto en los decomisos a nivel de gramo como de dosis, en el período 2000-2010 (Tabla 4.3.1 y Figura 4.3.2). El precio del gramo del cannabis ha tendido a aumentar a lo largo del período, mientras que el precio del kilogramo ha tendido a descender (Tabla 4.3.1). Por su parte, el precio del gramo de las anfetaminas en polvo (*speed*), sin grandes fluctuaciones, ha venido manteniéndose relativamente estable en el periodo considerado, observándose una ligera tendencia al aumento en los tres últimos años (Figura 4.3.1).

Por lo que respecta a la pureza media de las drogas decomisadas, sólo se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2010 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 2010 la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 45%, de los decomisos del nivel de gramo fue 31,5% y de los de nivel de dosis 21%, y para la cocaína las cifras fueron, respectivamente, 71%, 45,5% y 36,5%. Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de los decomisos de heroína del nivel de dosis y del nivel de gramo a partir de 2003 se ha mantenido

relativamente estable; sin embargo, la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) ha venido descendiendo desde el año 2000. En cuanto a la cocaína, la pureza de los decomisos del nivel de dosis o de gramo también ha venido descendiendo desde el año 2000, así como la de los grandes decomisos (Tabla 4.3.1).

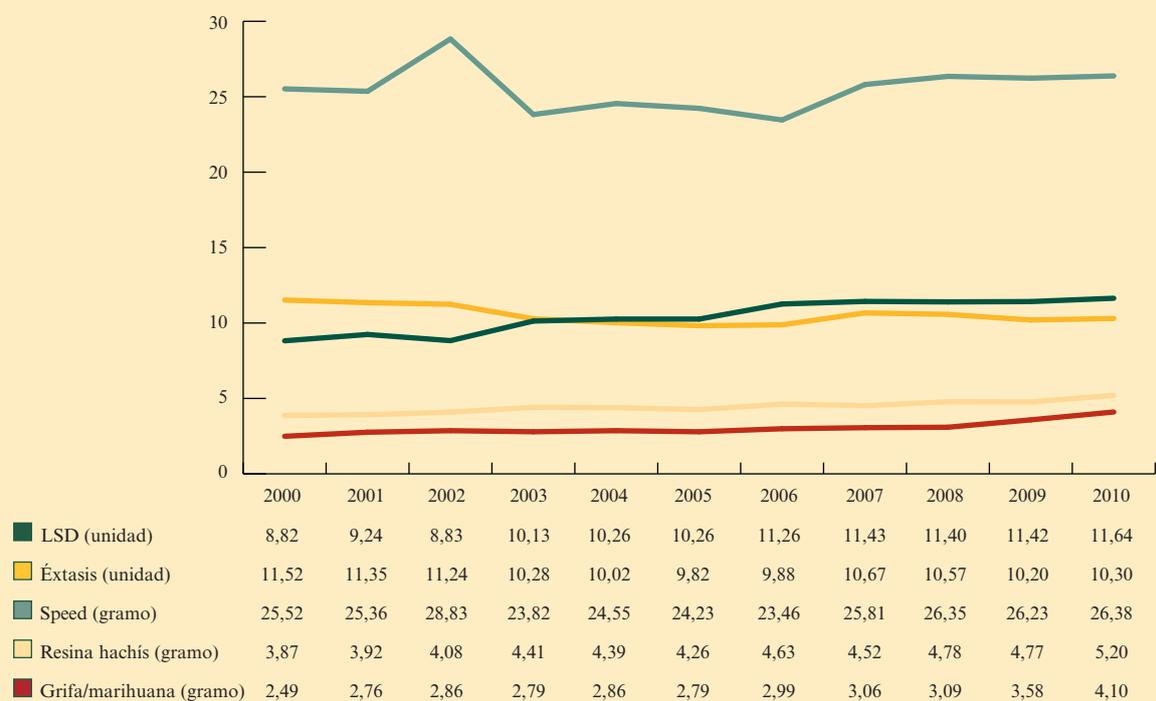
Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena puede utilizarse la razón de pureza Kg/pureza gramo, y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2010, para heroína, la razón de pureza Kg/dosis fue 2,14, la razón Kg/g 1,43 y la razón gramo/dosis 1,50; mientras que para cocaína las cifras fueron 1,95, 1,27 y 1,25, respectivamente. La cocaína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la heroína. Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2010, se comprueba que para heroína ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg/g, pasando de 2,00 en 2000 a 1,43 en 2010; mientras que la razón g/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,50 en el mismo periodo de tiempo (Tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.1. Evolución de los precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 2000-2010.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
LSD												
Unidad	Precio (euros)	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11,4	11,4	11,4	11,6
Éxtasis												
Unidad	Precio (euros)	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6	10,2	10,3
Speed												
Dosis	Precio (euros)	8,4	8,6	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2	9,6	10,5
Gramo	Precio (euros)	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4	26,2	26,4
Kilogramo	Precio (euros)	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.689	17.516	17.318	17.692
Resina de hachís												
Gramo	Precio (euros)	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8	4,8	5,2
Kilogramo	Precio (euros)	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386	1.417	1.418	1.447
Grifa/marihuana												
Gramo	Precio (euros)	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1	3,6	4,1
Kilogramo	Precio (euros)	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805	790,5	811	897
Heroína												
Dosis	Pureza (%)	25,0	26,0	26,0	22,0	22,5	24,0	22,0	22,0	22,5	22,0	21,0
	Precio (euros)	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9,9	10,1	10,5	10,3	10,6	10,7
Gramo	Pureza (%)	32,0	34,0	34,0	32,0	29,0	30,0	32,0	32,5	32,5	31,5	31,5
	Precio (euros)	66,4	64,0	64,5	66,0	64,2	63,7	62,4	62,7	62,6	61,8	60,7
Kilogramo	Pureza (%)	64,0	51,0	53,0	49,0	49,0	47,5	47,5	47,5	46,0	43,5	45,0
	Precio (euros)	38.738	41.965	43.298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474	33.528	33.360
Cocaína												
Dosis	Pureza (%)	45,0	44,0	43,0	40,0	42,0	43,0	46,0	41,5	40,5	38,5	36,5
	Precio (euros)	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1	13,9	12,7
Gramo	Pureza (%)	53,0	52,0	50,0	51,0	51,0	53,0	54,0	50,5	49,5	49,0	45,5
	Precio (euros)	57,2	59,7	58,3	61,9	61,9	61,0	60,7	60,8	60,0	59,6	60,0
Kilogramo	Pureza (%)	74,0	73,0	71,0	74,0	75,0	75,0	73,0	72,5	72,0	72,5	71,0
	Precio (euros)	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365	33.771	33.122	33.039	33.995

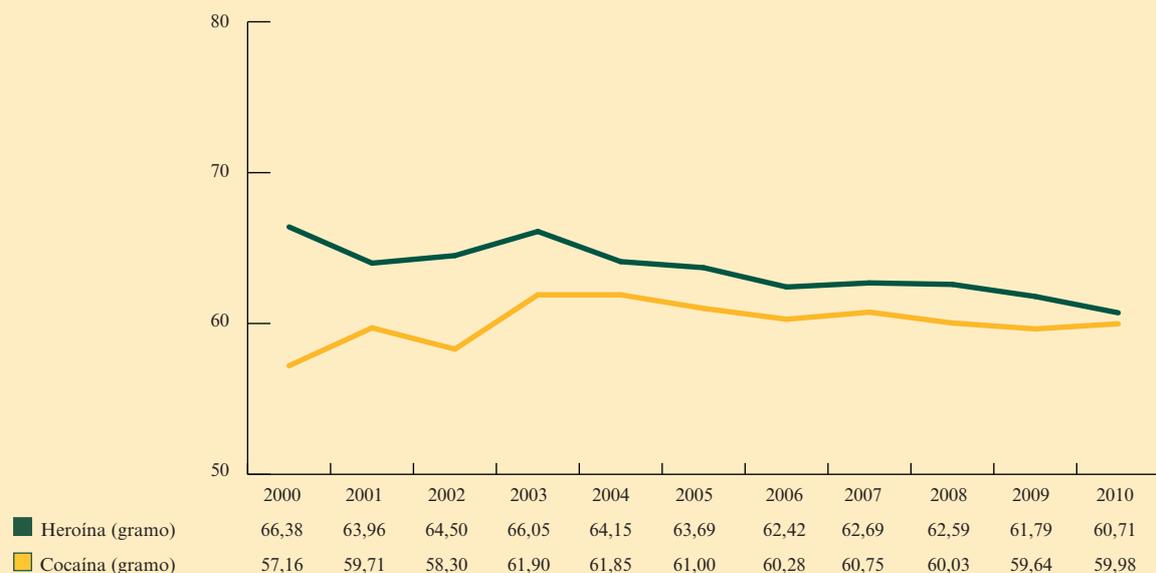
FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

Figura 4.3.1. Evolución de los precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaria General de Policía Judicial.

Figura 4.3.2. Evolución de los precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaria General de Policía Judicial.

Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución, y que este cambio se ha producido entre los eslabones de Kg y gramo pero no en el eslabón gramo/dosis. En cuanto a la cocaína, se observa que la razón Kg/g mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2003 una tendencia al aumento de la misma y algo parecido ha sucedido con la razón g/dosis (Tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.2. Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Decomisos de heroína											
Razón Kg/dosis	2,56	1,96	2,04	2,13	2,23	2,00	2,09	2,16	2,04	1,98	2,14
Razón Kg/gramo	2,00	1,50	1,56	1,53	1,69	1,60	1,50	1,46	1,42	1,38	1,43
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,31	1,39	1,32	1,25	1,39	1,48	1,44	1,43	1,50
Decomisos de cocaína											
Razón Kg/dosis	1,64	1,66	1,65	1,85	1,79	1,74	1,66	1,79	1,78	1,88	1,95
Razón Kg/gramo	1,40	1,40	1,42	1,45	1,47	1,42	1,38	1,44	1,45	1,48	1,27
Razón g/dosis	1,18	1,18	1,16	1,28	1,21	1,23	1,20	1,22	1,22	1,27	1,25

FUENTE: Elaboración propia del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) a partir de datos de Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

4.4. DETENCIONES POR TRÁFICO DE DROGAS Y DENUNCIAS POR CONSUMO Y/O TENENCIA ILÍCITA DE DROGAS, 2001-2010

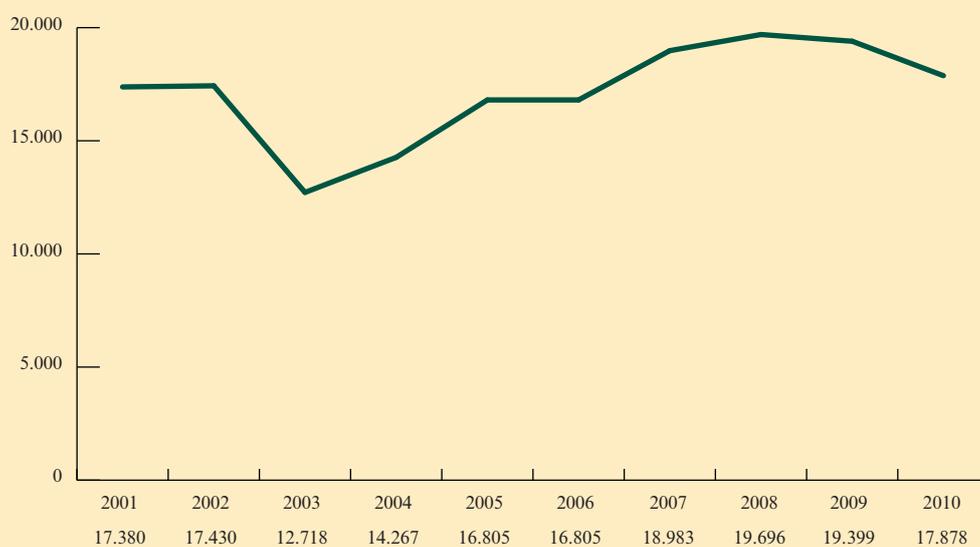
En el año 2010 se registraron 17.878 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 19.399 en 2009. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 319.474 en 2010 frente a 351.927 en 2009.

Hasta 2009, tanto el número de detenciones realizadas como el de denuncias, siguieron una tendencia ascendente; esta tendencia quiebra en 2010, año en que tanto el número de denuncias como el de detenciones descienden apreciablemente respecto del año precedente, como se puede observar en las Figuras 4.4.1 y 4.4.2.

En 2010, la mayor parte, de las detenciones y de las denuncias, estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (50,3% y 83,5%, respectivamente) o con los cocaínicos (34,5% y 11,3%, respectivamente) (Figura 4.4.3). Tanto los detenidos como los denunciados eran, en una gran mayoría, varones. Por lo que respecta a la edad, la mayor parte de los detenidos tenían entre 19 y 40 años. Esto sucede también con los denunciados, aunque en este caso hay una gran concentración de los casos en el grupo 19-25 años (Figuras 4.4.4 y 4.4.5).

En 2010, las comunidades autónomas con más detenciones fueron Andalucía (24,8%), Madrid (12,5%) y la Comunidad Valenciana (11,9%), seguidas por Ceuta (7,9%) y Canarias (6,9%). Así mismo, Andalucía fue la comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y Canarias (Tabla 4.4.3).

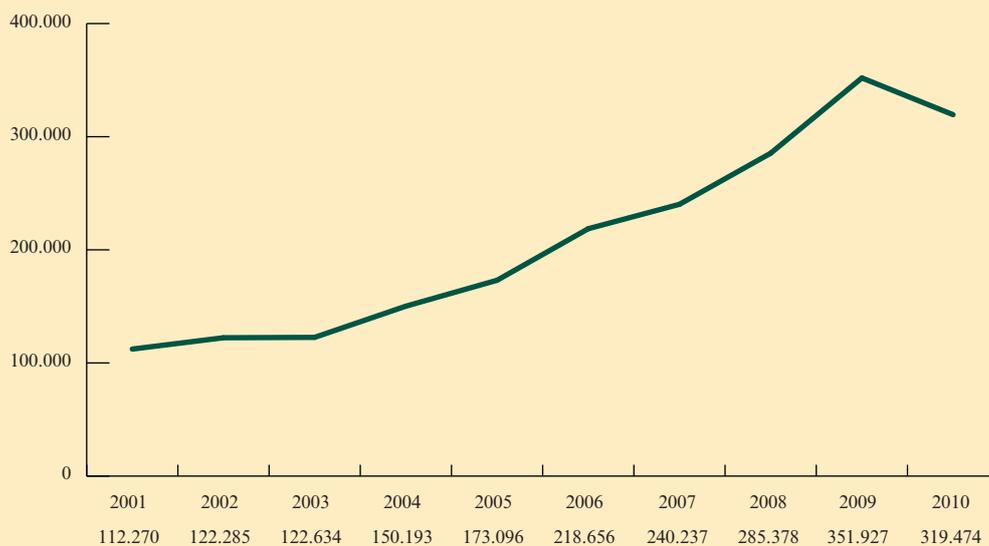
Figura 4.4.1. Evolución de las detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2001-2010.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de detenciones de la Tabla 4.4.1 ni con las N de la Figura 4.4.3, porque una misma persona puede haber sido detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.2. Evolución de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2001-2010.



Nota: Estas cifras no coinciden con la suma de denuncias de la Tabla 4.4.2 ni con las N de la Figura 4.4.3, porque una misma persona puede haber sido denunciada por consumo o tenencia ilícita de varias drogas y al clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.3. Distribución de las detenciones y de las denuncias por tipo de sustancias (porcentajes). España, 2010.

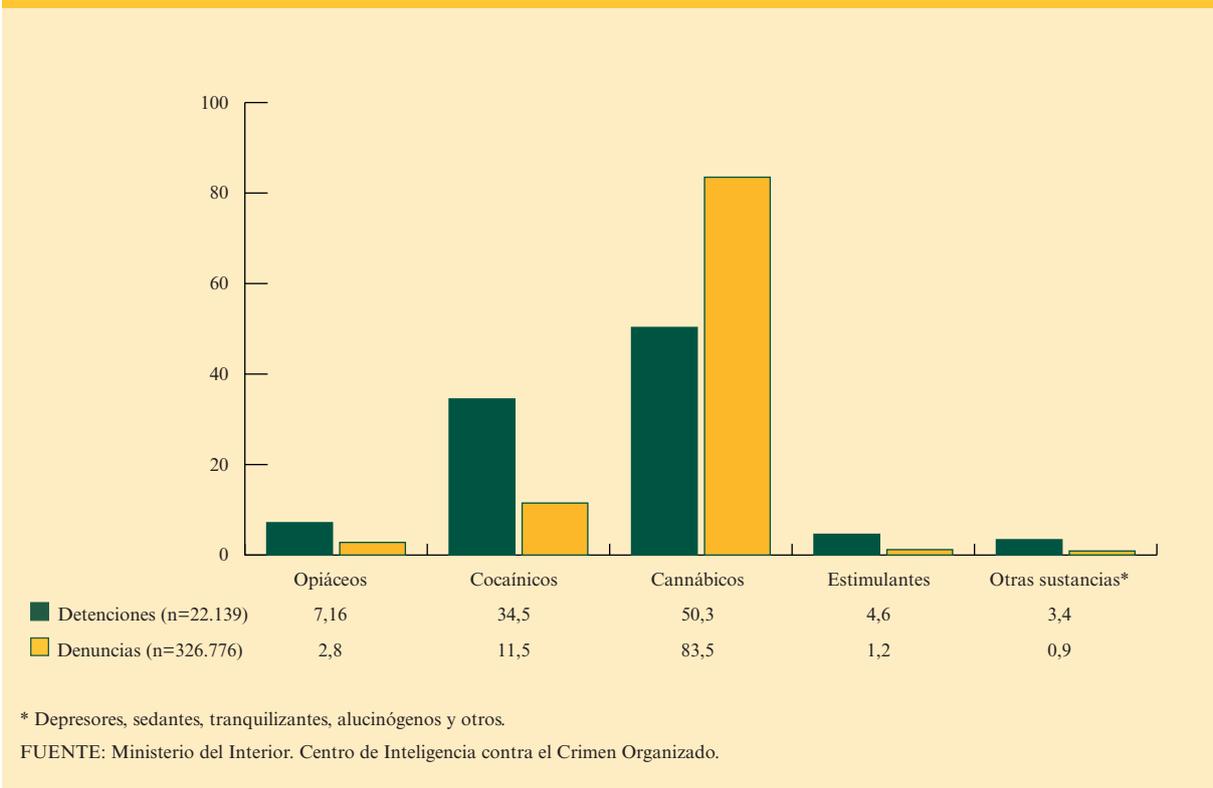


Figura 4.4.4. Distribución de los detenidos por tráfico de drogas, por grupos de edad (números absolutos). España, 2010.

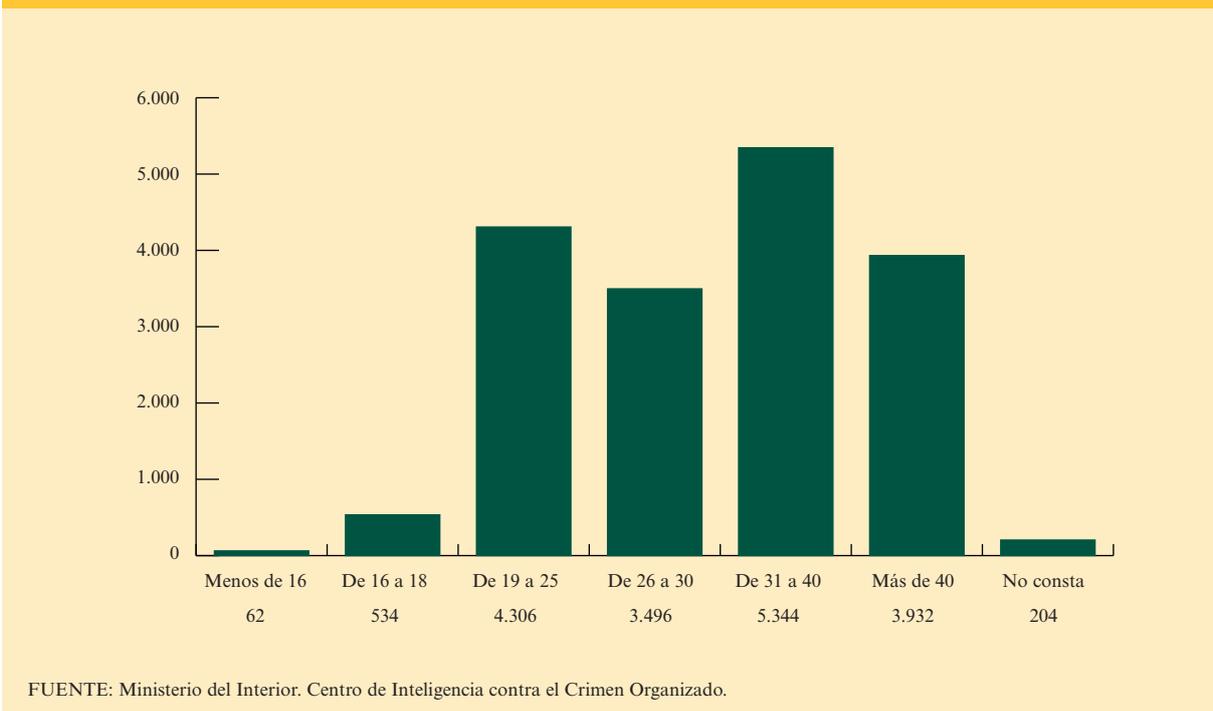
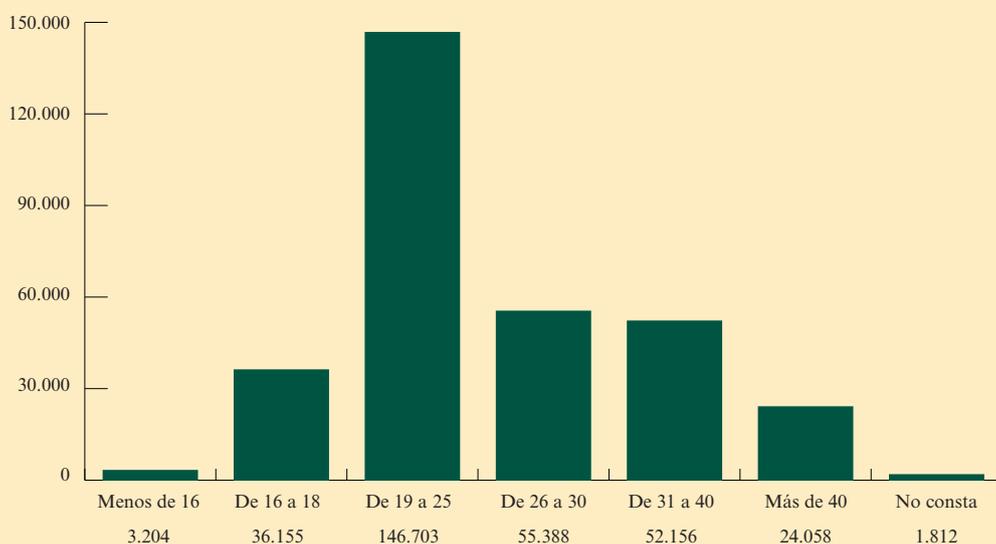


Figura 4.4.5. Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2010.



FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.1. Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Cannábicos	9.277	10.763	11.963	11.799	11.145
Cocaínicos	7.737	9.111	8.634	8.366	7.649
Opiáceos	1.222	1.381	1.613	1.392	1.585
Estimulantes	1.272	1.456	1.106	1.010	1.010
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	521	552	654	613	644
Alucinógenos	63	126	96	128	93
Otras sustancias no clasificadas	2	9	3	4	13
Total detenciones	20.094	23.398	24.069	23.312	22.139

Nota: Las detenciones en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por familia.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.2. Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2006-2010.

	2006	2007	2008	2009	2010
Cannábicos	173.794	193.919	237.417	299.286	272.981
Cocáinicos	39.227	40.743	42.229	44.764	37.609
Opiáceos	6.413	7.187	7.868	10.080	9.319
Estimulantes	5.290	5.165	5.027	4.032	3.962
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	1.065	1.224	1.691	2.115	1.983
Alucinógenos	120	137	160	624	607
Otras sustancias no clasificadas	0	0	793	476	315
Total denuncias	225.909	248.375	295.185	361.377	326.776

Nota: Las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.3. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2010.

	Detenidos	% sobre el total	Denunciados	% sobre el total
Andalucía	4.435	24,81	82.866	25,94
Aragón	368	2,06	10.900	3,41
Cantabria	428	2,39	5.597	1,75
Castilla-La Mancha	782	4,37	13.729	4,30
Castilla y León	648	3,62	15.299	4,79
Cataluña	581	3,25	1.405	0,44
Ceuta	1.413	7,90	2.592	0,81
Extremadura	414	2,32	7.570	2,37
Galicia	744	4,16	9.668	3,03
Islas Baleares	713	3,99	7.409	2,32
Islas Canarias	1.245	6,96	27.804	8,70
La Rioja	142	0,79	1.517	0,47
Madrid	2.228	12,46	53.108	16,62
Melilla	212	1,19	3.277	1,03
Navarra	180	1,01	4.530	1,42
País Vasco	177	0,99	702	0,22
Principado de Asturias	223	1,25	6.242	1,95
Región de Murcia	809	4,53	9.403	2,94
Valencia	2.136	11,95	55.856	17,48
Total	17.878	100,00	319.474	100,00

FUENTE: Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Índice de tablas

Capítulo 1

Tabla 1.1.1.	Distribución de la muestra por comunidad autónoma. España, 2009	10
Tabla 1.1.2.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	13
Tabla 1.1.3.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	14
Tabla 1.1.4.	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	14
Tabla 1.1.5.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	15
Tabla 1.1.6.	Evolución de la edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2009	15
Tabla 1.1.7.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2009	16
Tabla 1.1.8.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997-2009	17
Tabla 1.1.9.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009	18
Tabla 1.1.10.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2009	18
Tabla 1.1.11.	Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2009	19
Tabla 1.1.12.	Evolución temporal de las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	24
Tabla 1.1.13.	Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2009	25
Tabla 1.1.14.	Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2009	26

Tabla 1.1.15.	Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población española de 15-64 años. España, 1995-2009	32
Tabla 1.1.16.	Evolución de la prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población española de 15-64 años. España, 1997-2009	35
Tabla 1.1.17.	Evolución de las prevalencias de consumo de hipnosedantes con o sin receta (porcentajes). España, 2005-2009	39
Tabla 1.1.18.	Evolución de la prevalencia del consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2003-2009	40
Tabla 1.1.19.	Prevalencias de consumo de hipnosedantes con y sin receta según sexo y edad (porcentajes). España, 2009	40
Tabla 1.1.20.	Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2009	40
Tabla 1.1.21.	Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (porcentajes). España, 2009	44
Tabla 1.1.22.	Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009	44
Tabla 1.1.23.	Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2009	45
Tabla 1.1.24.	Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2009	46
Tabla 1.1.25.	Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2009	49
Tabla 1.1.26.	Evolución de la importancia concedida por la población española de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes). España, 1997-2009	51
Tabla 1.1.27.	Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (% de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009	51
Tabla 1.1.28.	Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	53
Tabla 1.2.1.	Evolución de la distribución de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1994-2010	56
Tabla 1.2.2.	Evolución de la distribución de los estudiantes de 14-18 años incluidos en la muestra de ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia, titularidad jurídica del centro educativo y tipo de estudios (números absolutos). España, 1996-2010	57
Tabla 1.2.3.	Evolución de la distribución de las aulas y centro educativos incluidos en la muestra ESTUDES, según comunidad autónoma de residencia (números absolutos). España, 1994-2010	58

Tabla 1.2.4.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2010	61
Tabla 1.2.5.	Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	62
Tabla 1.2.6.	Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 12 meses, según la edad (porcentajes). España, 2010	62
Tabla 1.2.7.	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España 1994-2010	63
Tabla 1.2.8.	Prevalencias de consumo de tabaco entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según comunidad autónoma (y límites de confianza al 95%) (porcentajes). España, 2010	65
Tabla 1.2.9.	Prevalencias de consumo de alcohol entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010	66
Tabla 1.2.10.	Prevalencia de borracheras entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010	67
Tabla 1.2.11.	Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (y límites de confianza al 95%), según comunidad autónoma (porcentajes). España, 2010	68
Tabla 1.2.12.	Características generales del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	70
Tabla 1.2.13.	Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2010	71
Tabla 1.2.14.	Características generales del consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (medias y porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	72
Tabla 1.2.15.	Evolución de las prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2008-2010	73
Tabla 1.2.16.	Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad simultáneamente (porcentajes). España, 2010	74
Tabla 1.2.17.	Evolución de la prevalencia de <i>binge drinking</i> o consumo en atracón (porcentajes). España, 2008-2010	75
Tabla 1.2.18.	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, 1996-2010	76
Tabla 1.2.19.	Características generales del consumo de hipnosedantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	77
Tabla 1.2.20.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según frecuencia de consumo, edad y sexo (%). España, 2010	81

Tabla 1.2.21.	Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	82
Tabla 1.2.22.	Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	82
Tabla 1.2.23.	Características generales del consumo de cocaína (general) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	83
Tabla 1.2.24.	Características generales del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	85
Tabla 1.2.25.	Características generales del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	88
Tabla 1.2.26.	Características generales del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	90
Tabla 1.2.27.	Características generales del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	92
Tabla 1.2.28.	Características generales del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2010	93
Tabla 1.2.29.	Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010	94
Tabla 1.2.30.	Relación de consumos de diferentes sustancias (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (porcentajes). Porcentaje de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna). España, 2010	96
Tabla 1.2.31.	Distribución del número de sustancias (legales e ilegales) consumidas entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2010	97
Tabla 1.2.32.	Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cannabis según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010	99
Tabla 1.2.33.	Evolución de la prevalencia del consumo conjunto de alcohol y cocaína según sexo y edad (últimos 12 meses) (porcentajes). España, 2008-2010	99
Tabla 1.2.34.	Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo. España, 1994-2010	101
Tabla 1.2.35.	Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2010	103
Tabla 1.2.36.	Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010	104
Tabla 1.2.37.	Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 1994-2010	106
Tabla 1.2.38.	Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que opinan que TODOS O LA MAYORIA de sus amigos han consumido las siguientes sustancias en los últimos 30 días según sexo (porcentajes). España, 2010	111

Tabla 1.2.39.	Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por sexo. España, 2010	114
Tabla 1.2.40.	Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias que regresan a casa la última salida de fin de semana en cada una de las franjas horarias señaladas, por edad. España, 2010	115
Tabla 1.2.41.	Prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales en el último año según hora de regreso a casa, según edad. España, 2010	116
Tabla 1.2.42.	Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por edad (porcentajes). España, 2010	119
Tabla 1.2.43.	Frecuencia de salidas nocturnas (últimos 12 meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias por sexo (porcentajes). España, 2010	119
Tabla 1.2.44.	Prevalencias de consumo de drogas emergentes, entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010	123
Tabla 1.3.1.	Estimación de la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína. España, 2009	127
Tabla 1.3.2.	Estimaciones del número de inyectadores de heroína. España, 2009	128

Capítulo 2

Tabla 2.1.1.	Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009	138
Tabla 2.1.2.	Características del consumo de la droga principal, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2009	139
Tabla 2.1.3.	Características sociodemográficas de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009	140
Tabla 2.1.4.	Consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2009	147
Tabla 2.1.5.	Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2008	156
Tabla 2.1.6.	Características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). España, 2009	157
Tabla 2.1.7.	Evolución del consumo de otras drogas entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol (%). España, 2005-2009	158
Tabla 2.2.1.	Características generales de los episodios de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas según tipo de urgencia y sexo. España, 2009	161
Tabla 2.2.2.	Características generales de los episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2009	164

Tabla 2.2.3.	Características generales de las urgencias de drogas según tipo de urgencia y sustancias mencionadas o relacionadas con la urgencia. España, 2009	165
Tabla 2.2.4.	Vía de administración de las drogas mencionadas y relacionadas con la urgencia en las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2009	167
Tabla 2.3.1.	Vía de consumo, inyección de drogas e infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según la droga principal que motivó el tratamiento. España, 2009	175
Tabla 2.3.2.	Prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas (%). España, 2009	176
Tabla 2.4.1.	Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en varias zonas de España según el año de defunción, 1990-2009	184
Tabla 2.4.2.	Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2009	185
Tabla 2.4.3.	Características toxicológicas de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 2003-2009	186
Tabla 2.4.4.	Evolución de la presencia de metadona en las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España (%), 1996-2009	188

Capítulo 4

Tabla 4.1.1.	Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España, 2000-2010	203
Tabla 4.1.2.	Evolución de la distribución de los ingresos por venta de tabacos según tipo de labor (%). España, 2000-2010	204
Tabla 4.1.3.	Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por comunidad autónoma (millones de cajetillas de 20 cigarrillos), 2000-2010	204
Tabla 4.1.4.	Variación de las ventas anuales de tabaco <i>per capita</i> según tipo de labor y comunidad autónoma (2009/2010)	205
Tabla 4.2.1.	Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2000-2010	206
Tabla 4.3.1.	Evolución de los precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 2000-2010	210
Tabla 4.3.2.	Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2010	212
Tabla 4.4.1.	Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2010	215
Tabla 4.4.2.	Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España 2006-2010	216
Tabla 4.4.3.	Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por comunidad autónoma (números absolutos y %). España, 2010	216

Índice de figuras

Capítulo 1

Figura 1.1.1.	Edades medias de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población española de 15-64 años. España, 2009	16
Figura 1.1.2.	Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009	20
Figura 1.1.3.	Prevalencias de consumo de tabaco diario entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009	20
Figura 1.1.4.	Prevalencias de consumo de cannabis en los último 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009	21
Figura 1.1.5.	Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	22
Figura 1.1.6.	Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	22
Figura 1.1.7.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009	23
Figura 1.1.8.	Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	27
Figura 1.1.9.	Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2009	28
Figura 1.1.10.	Proporción de consumidores de alcohol en atracón (<i>binge drinking</i>) según grupo de edad y sexo (porcentaje) en la población de 15-64 años. España, 2009	29
Figura 1.1.11.	Evolución de las prevalencias de consumo de cannabis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	30
Figura 1.1.12.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	31
Figura 1.1.13.	Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	31
Figura 1.1.14.	Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína polvo en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	33

Figura 1.1.15.	Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína base en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	33
Figura 1.1.16.	Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (base y polvo) en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 2009	34
Figura 1.1.17.	Prevalencia de consumo de cocaína general (base y polvo) en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	35
Figura 1.1.18.	Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	36
Figura 1.1.19.	Evolución de las prevalencias de consumo de éxtasis en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	36
Figura 1.1.20.	Evolución de las prevalencias de consumo de anfetaminas en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	37
Figura 1.1.21.	Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	38
Figura 1.1.22.	Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2009	41
Figura 1.1.23.	Evolución de las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	42
Figura 1.1.24.	Evolución de las prevalencias de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida y últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2009	43
Figura 1.1.25.	Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes/muchos problemas (porcentajes). España, 2009	47
Figura 1.1.26.	Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma esporádica (1 vez al mes o menos), según sexo (porcentajes). España, 2009	47
Figura 1.1.27.	Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas de forma habitual (1 vez a la semana o más), según edad (porcentajes). España, 2009	48
Figura 1.1.28.	Evolución de la prevalencia de uso de cannabis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante uso esporádico (1 vez o menos al mes) y disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	49
Figura 1.1.29.	Evolución de la prevalencia de uso de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	50
Figura 1.1.30.	Evolución de la prevalencia de uso de éxtasis en los últimos 12 meses, percepción del riesgo ante el uso esporádico y disponibilidad percibida entre la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2009	50
Figura 1.1.31.	Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población española de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2009	52
Figura 1.1.32.	Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas, entre la población de 15-64 años (porcentaje que considera muy importante cada acción). España, 1995-2009	53

Figura 1.2.1.	Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días y en el último año, según sexo (porcentajes). España, 2010	64
Figura 1.2.2.	Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2010	69
Figura 1.2.3.	Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de <i>binge drinking</i> (últimos 30 días) (porcentajes) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	73
Figura 1.2.4.	Evolución de la prevalencia de las borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años y entre aquellos que han consumido alcohol en ese mismo periodo (últimos 30 días). España, 1994-2010	74
Figura 1.2.5.	Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	78
Figura 1.2.6.	Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y la edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	79
Figura 1.2.7.	Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2010	80
Figura 1.2.8.	Evolución de la continuidad en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	81
Figura 1.2.9.	Prevalencia de consumo de cocaína (base y polvo) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2010	84
Figura 1.2.10.	Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (general) (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	84
Figura 1.2.11.	Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	86
Figura 1.2.12.	Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010	87
Figura 1.2.13.	Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	87
Figura 1.2.14.	Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010	89
Figura 1.2.15.	Prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010	89
Figura 1.2.16.	Evolución de la prevalencia de consumo de heroína (porcentajes) y edad media de inicio al consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010	90
Figura 1.2.17.	Prevalencia de consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010	91

Figura 1.2.18.	Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (porcentajes). España, 2010	93
Figura 1.2.19.	Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010	98
Figura 1.2.20.	Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que piensan que esa conducta de consumo de drogas puede ocasionar bastantes o muchos problemas (porcentaje). España, 2008-2010	100
Figura 1.2.21.	Evolución de la prevalencia de consumo y el riesgo percibido ante el consumo diario de tabaco (un paquete al día) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	102
Figura 1.2.22.	Evolución del riesgo percibido ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2010	103
Figura 1.2.23.	Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	104
Figura 1.2.24.	Evolución de prevalencia de consumo, riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	105
Figura 1.2.25.	Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga). España, 2006-2010	106
Figura 1.2.26.	Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cocaína en polvo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	107
Figura 1.2.27.	Evolución de prevalencia de consumo (últimos 12 meses), riesgo percibido ante el consumo habitual y disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	107
Figura 1.2.28.	Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2010	108
Figura 1.2.29.	Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que ha recibido información sobre drogas por alguna de las vías mencionadas (porcentajes). España, 2008-2010	109
Figura 1.2.30.	Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que considera las siguientes vías como las más indicadas para recibir información (porcentajes). España, 2008-2010	110
Figura 1.2.31.	Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que opina que TODOS o la MAYORÍA de sus amigos han consumido las siguientes drogas en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2006, 2008 y 2010	111
Figura 1.2.32.	Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010	112
Figura 1.2.33.	Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010	112

Figura 1.2.34.	Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010	112
Figura 1.2.35.	Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes en función de la percepción de que todos o sólo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (porcentajes). España, 2010	112
Figura 1.2.36.	Evolución de la hora de regreso a casa la última salida del fin de semana en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2006-2010	114
Figura 1.2.37.	Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en el último año entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según la hora de regreso a casa en la última salida (porcentajes). España, 2010	115
Figura 1.2.38.	Consumo de sustancias ilegales (Sí/No) en función de la hora de regreso a casa en la última salida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010	116
Figura 1.2.39.	Hora de regreso a casa en función del tipo de sustancia consumida (sólo legales o sólo ilegales) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2010	117
Figura 1.2.40.	Prevalencia de consumo en los últimos 30 días de las diferentes drogas legales e ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que regresan a casa en las diferentes franjas horarias. España, 2010	118
Figura 1.2.41.	Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010	120
Figura 1.2.42.	Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010	120
Figura 1.2.43.	Prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010	121
Figura 1.2.44.	Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010	121
Figura 1.2.45.	Prevalencia de consumo de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según frecuencia de salidas nocturnas en el último mes. España, 2010	122
Figura 1.3.1.	Consumo problemático de heroína. Estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2008-2009	127
Figura 1.3.2.	Estimación del número de inyectadores de heroína. España, 2008-2009	128

Capítulo 2

Figura 2.1.1.	Círculo de información. Indicador tratamiento. España	133
Figura 2.1.2.	Evolución del número de admisiones a tratamiento. España, 1998-2009	134
Figura 2.1.3.	Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según comunidad autónoma (números absolutos y tasa por 100.000 habitantes). España, 2009	135

Figura 2.1.4.	Proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España, 2009	136
Figura 2.1.5.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína (números absolutos). España, 1991-2009	142
Figura 2.1.6.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína (números absolutos). España, 1991-2009	143
Figura 2.1.7.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cannabis (números absolutos). España, 1996-2009	144
Figura 2.1.8.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de hipnosedantes (números absolutos). España, 1996-2009	145
Figura 2.1.9.	Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos). España, 1996-2009	146
Figura 2.1.10.	Distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2009	149
Figura 2.1.11.	Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009	150
Figura 2.1.12.	Evolución de la proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2009	151
Figura 2.1.13.	Evolución de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga (números absolutos y porcentajes). España, 1991-2009	153
Figura 2.1.14.	Evolución del número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas en España, 1996-2009	154
Figura 2.2.1.	Evolución de la proporción de urgencias directamente relacionadas con el consumo de drogas en que se menciona consumo de heroína o cocaína (%). España, 1996-2009	162
Figura 2.2.2.	Evolución de las menciones de diversas sustancias en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de drogas (%). España, 1996-2009	163
Figura 2.3.1.	Evolución temporal de los nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 1987-2009	169
Figura 2.3.2.	Nuevos casos de sida según el factor de riesgo asociado. España, 2009	170
Figura 2.3.3.	Evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España, 2004-2009	171
Figura 2.3.4.	Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España, 2009	171
Figura 2.3.5.	Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España, 2009	172
Figura 2.3.6.	Evolución de la distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión (%). España, 2000-2010	174
Figura 2.3.7.	Distribución de casos de VIH/sida por mecanismo de transmisión y sexo. España, 2010	174
Figura 2.3.8.	Evolución de la prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y conocían su estado serológico, por sexo y por grupo de edad. España, 1996-2009	177
Figura 2.4.1.	Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (%). España, 1983-2009	186

Figura 2.4.2.	Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detectan opioides. España, 1983-2009	187
Figura 2.4.3.	Evolución de la proporción (%) de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cocaína. España, 1983-2009	188
Figura 2.4.4.	Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2009	189
Figura 2.4.5.	Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas por sexo. España, 1999-2009	191
Figura 2.4.6.	Evolución de la mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas por edad. España 1999-2009	191

Capítulo 3

Figura 3.1.1.	Principales grupos de sustancias psicotrópicas vigiladas mediante el Sistema Europeo de Alerta Temprana. EMCDDA, 2011	193
Figura 3.1.2.	Fases de respuesta ante una alerta. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005)	194
Figura 3.2.1.	Organización del Sistema de Alerta Temprana Español	200

Capítulo 4

Figura 4.1.1.	Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España, 2000-2010	203
Figura 4.2.1.	Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2006-2010	207
Figura 4.2.2.	Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010	207
Figura 4.2.3.	Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1998-2010	208
Figura 4.2.4.	Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (kilogramos), 1998-2010	208
Figura 4.2.5.	Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1998-2010	209
Figura 4.3.1.	Evolución de los precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010	211
Figura 4.3.2.	Evolución de los precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2010	211
Figura 4.4.1.	Evolución de las detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2001-2010	213
Figura 4.4.2.	Evolución de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2001-2010	213
Figura 4.4.3.	Distribución de las detenciones y de las denuncias por tipo de sustancias (porcentajes). España, 2010	214
Figura 4.4.4.	Distribución de los detenidos por tráfico de drogas, por grupos de edad (números absolutos). España, 2010	214
Figura 4.4.5.	Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2010	215

Información complementaria

■ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (España). *Drogas emergentes*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011.

■ Centro de Inteligencia contra el Crimen contra el Crimen Organizado

Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Estadística anual sobre drogas 2010*. Madrid: Ministerio del Interior, 2011.

Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. *Informe sobre precios y purezas de las drogas. Año 2010*. Madrid: Ministerio del Interior, 2011.

■ Centro Nacional de Epidemiología

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Proyecto EPI-VIH. *Evolución de la prevalencia de VIH en pacientes de once centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 1991-2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2009. Informe Semestral nº 2, Año 2009*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. *Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2008. Actualización 30 de junio de 2009.* Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

■ Comisionado para el Mercado de Tabacos

Comisionado para el Mercado de Tabacos. *El mercado de tabaco. Estadísticas. Ministerio de Economía y Hacienda.* Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda, 2010.

■ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *2010 Annual report: the state of the drugs problem in Europe.* Lisboa: EMCDDA, 2010.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *2011 Annual report: the state of the drugs problem in Europe.* Lisboa: EMCDDA, 2011.

■ Comisión Europea

European Opinion Research Group. *Youth attitudes on drugs. Special Eurobarometer 330.* Luxembourg: European Commission, 2011.

■ United Nations Office on Drugs and Crime

UNODC, *World Drug Report 2011* (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).