MONOGRAFÍA

CANNABIS

2022

CONSUMO Y CONSECUENCIAS

Edición revisada en septiembre de 2022

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Noelia LLORENS. Carmen TRISTÁN. Luz LEÓN. Nuria GARCÍA. Eva SÁNCHEZ. Begoña BRIME.

AGRADECIMIENTOS

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

- Los coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, así como los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las comunidades y ciudades autónomas e integrantes de Sistema Estatal de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA).
- Red Española de Análisis de Aguas Residuales con fines epidemiológicos.
- Entidades y ayuntamientos responsables de la gestión de las depuradoras de aguas residuales.

CONTACTO

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Plaza de España, 17. 28008 Madrid

Teléfono: 91 822 00 00

Correo electrónico: cendocupnd@sanidad.gob.es

Internet: https://pnsd.sanidad.gob.es/

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, 2022

Centro de Publicaciones

© Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO
133-22-088-2

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado (CPAGE): https://cpage.mpr.gob.es/

CITA SUGERIDA

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022. 126 p.

ÍNDICE

1. Resumen Ejecutivo **4**

2. Objetivos de este informe **10**

3. Metodología de este informe **12**

3.1. Encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas 13
3.2. Indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA) 18
3.3. Otras fuentes de información de interés 18

4. Introducción **20**

4.1. Conceptos generales sobre el cannabis 22
4.2. Efectos sobre el organismo 23
4.3. Usos del cannabis 26
4.4. Situación a nivel mundial 27
4.5. Situación a nivel europeo 28
4.6. Organismos y comisiones reguladoras 30

5. Consumo de cannabis **32**

5.1. Consumo en estudiantes de Enseñanzas Secundarias 33
5.2. Consumo en población de 15 a 64 años 52
5.3. Consumo en población de mayores de 64 años (ESDAM) 72
5.4. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el consumo durante el año 2020 73
5.5. Consumo en internos en instituciones penitenciarias 2016 76

6. Consumo problemático y consecuencias del consumo de cannabis **78**

6.1. Consumo problemático de cannabis 79
6.2. Admisiones a tratamiento por consumo de cannabis 85
6.3. Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis 89
6.4. Mortalidad relacionada con cannabis 91
6.5. Siniestralidad vial relacionada con cannabis 93

7. Cannabinoides sintéticos **95**

7.1. Encuestas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) 97
7.2. Indicadores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) 102
7.3. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) 102

8. Medidas de control **107**

8.1. Número de decomisos y cantidades de cannabis decomisadas 108
8.2. Precio y concentración de THC del cannabis decomisado 109
8.3. Detenidos por tráfico de cannabis y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de cannabis 111

9. Análisis de la evolución de consumo de cannabis en España mediante el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos **115**

9.1. Estudio de la tendencia temporal en 4 localidades 117
9.2. Estudio de la tendencia global en 9 localidades 118

10. Conclusiones **119**

11. Glosario **121**

12. Abreviaturas **124**

01

RESUMEN EJECUTIVO

VOLVER A ÍNDICE

Este documento contiene la información más relevante sobre el consumo de cannabis publicada por la DGPNSD procedente de los programas de encuestas y los indicadores de problemas asociados al consumo y adicciones del OEDA, complementada con otras fuentes oficiales en cuestiones concretas.

A partir de esta diversidad de fuentes se obtiene una visión global de las características, así como de las consecuencias derivadas del consumo de cannabis.

Consumo de cannabis

Según la **Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias** con edades comprendidas entre 14 y 18 años, **ESTUDES,** en 2021 el cannabis fue la tercera sustancia psicoactiva más consumida en todos los marcos temporales, por detrás del alcohol y del tabaco. El 28,6% de los estudiantes consumió cannabis alguna vez en su vida (29,2% en los chicos y 27,9% en las chicas), el 22,2% consumió algún día durante el último año (22,6% en los chicos y 21,8% en las chicas), el 14,9% algún día durante el último mes (15,7% en los chicos y 14,1% en las chicas) y el 1,6% se declaró consumidor diario de cannabis. En 2021 la prevalencia de consumo de cannabis disminuyó en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Este descenso en la prevalencia de consumo durante el año 2021 puede ser debido probablemente a la pandemia global causada por Covid-19 y sus consiguientes restricciones a la movilidad de las personas y al ocio nocturno.

La prevalencia aumentó progresivamente hasta 2004 en todos los periodos temporales tanto en chicos como en chicas para descender posteriormente. Entre los 14 y los 18 años se incrementa con la edad. De media, la primera vez que se consume cannabis es a los 14,9 años, edad similar en chicos y chicas. Esta situación se repite históricamente.

Casi la mitad de los que consumieron el último mes fumaron marihuana, un 33,5% consumió tanto marihuana como hachís y el 16,7% consumió únicamente hachís. El porro o canuto es la forma con mayor prevalencia de consumo (91,4%) y mayoritariamente se consume el cannabis mezclado con tabaco (87,7%). En relación con la cantidad consumida, los estudiantes que han fumado cannabis en el último mes reconocen que, el día que consumen, fuman de media 3,3 porros al día (3,7 los chicos frente a 2,7 las chicas).

El 88,7% de los estudiantes consideró que el consumo habitual de cannabis puede afectar notablemente la salud. En cuanto a la percepción de la disponibilidad, el 61,1% piensa que es fácil o muy fácil adquirir cannabis en un plazo de 24 horas. En 2021 esta percepción experimentó un descenso respecto a 2019, situándose en niveles de 1998.

El consumo de cannabis se asoció a conductas de riesgo. Así, el 1,5% de los estudiantes reconoció haber conducido un vehículo bajo los efectos del cannabis y el 6,9% haber viajado como pasajero en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis. A esto se suma que, el 42,7% de los estudiantes que reconocieron haber consumido el último mes, mantuvieron relaciones sexuales sin preservativo, cifra que subió al 58,4% entre los que presentaron un posible consumo problemático (CAST>4).

En España, **según la encuesta europea ESPAD**, en 2019 la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida en los estudiantes de 15 y 16 años fue del 23% (24% en chicos y 22% en chicas) y del 12% en los últimos 30 días (con la misma prevalencia del 12% en chicos y chicas). Ambas prevalencias fueron superiores a la media europea (16% y 7,1% respectivamente). Para los estudiantes españoles la disponibilidad percibida de cannabis fue del 41%, cifra superior a la media europea (32%). Además, la prevalencia de consumo problemático de cannabis fue de un 5,6% (6% en chicos y 5,3% en chicas), valor superior a la media europea (4%).

Según la **Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general en España EDADES**, en 2020 el 37,5% (46,3% en hombres y 28,7% en las mujeres) consumió cannabis alguna vez en su vida, el 10,5% (14,6% de los hombres y 2,6% en las mujeres) durante el último año y el 8% (11,4% los hombres y 4,7% en las mujeres) durante el último mes, mientras que un 2,9% declaró consumir a diario. El consumo de los hombres supera al de las mujeres en todos los grupos de edad y en todos los tramos temporales. El consumo tanto en los hombres como en las mujeres disminuye según aumenta la edad en todos los tramos de tiempo.

Tanto hombres como mujeres consumieron mayoritariamente marihuana (48,7%), un 30,8% consumió tanto marihuana, como hachís y un 20,6% únicamente hachís. El cannabis se consume mayoritariamente mezclado con tabaco (86,9%) y, además, el 89,8% de los consumidores de cannabis también son fumadores.

El 85,3% consideraron que el consumo de cannabis habitual, una vez a la semana o más, puede producir bastantes/muchos problemas para la salud y solo el 66,3% consideró que el consumo ocasional, una vez o menos al mes, podría ser bastante o muy perjudicial para la salud.

La disponibilidad percibida, se sitúa en el 59,4% mostrando un descenso con respecto a la que se registró en 2018 (63,3%) y es ligeramente más alta para los hombres que para las mujeres (64,9 y 53,6% respectivamente).

Las medidas que cuentan con un mayor grado de apoyo para solventar el problema del consumo de drogas entre la población son la educación en las escuelas (89,2%) y el control policial y aduanero (82,6%). El 36,5% de los individuos piensa que la legalización del cannabis sería una solución importante para resolver el problema de las drogas.

En 2020 la población laboral de 16 a 64 años muestra cifras de consumo de cannabis ligeramente superiores a las de la población general, con prevalencias mayores en el consumo el último mes, entre las personas en paro que entre las empleadas (11,4% y 7,8%, respectivamente).

Según la **Encuesta sobre Alcohol y Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años en España, ESDAM** 2020, el 4,6% consumieron cannabis alguna vez en la vida, el 0, 5% en el último año y el 0,5% en el último mes, cifras notablemente menores que en la población de 15 a 64 años. En cuanto al sexo, el consumo de cannabis alguna vez en la vida es mayor entre los hombres (7,1%) que en las mujeres (2,8%).

El consumo de cannabis disminuyó en la población de 15 a 64 años durante la pandemia por **COVID-19**, del 7,8%, (10,6% en hombres y 4,9% en mujeres) antes de la pandemia al 6,5% (8,5% en hombres y 4,4% en mujeres) durante la pandemia. Durante la pandemia el descenso de consumo fue más importante entre los hombres jóvenes que, no obstante, fueron los mayores consumidores. Además, se observó una reducción de la prevalencia de consumo de cannabis en todos los tramos de edad, produciéndose la mayor reducción en los menores de 25 años.

El cannabis fue la droga ilegal más consumida por **la población penitenciaria.** El 19,4% de los internos consumieron cannabis en los últimos 30 días, de éstos el 32,5% de forma diaria o casi diaria. El consumo está más extendido entre los hombres menores de 25 años. Desde 2011 a 2016 se observó una tendencia descendente en el consumo en prisión de cannabis.

Consumo problemático

En 2021, 51.788 **estudiantes de 14 a 18 años** presentaron un posible consumo problemático de cannabis (CAST≥4), lo que supone un 3% del total de estudiantes y el 17,8% de los que consumieron cannabis en el último año. Este porcentaje ha experimentado una subida superior a dos puntos porcentuales con respecto a la edición anterior, siendo la prevalencia más alta de la serie histórica.

El consumo problemático es más prevalente en los varones (21,0% frente a 14,8% en mujeres) y aumenta a medida que avanza la edad (13,5% en el grupo de estudiantes de 14 años al 24,2% en el grupo de 18 años). La forma más habitual de consumir cannabis fue preparándolo mezclado con tabaco, y la media de porros que consumieron al día fue de 5,1.

El 1,9% de la **población de 15 a 64 años** presentó un posible consumo problemático de cannabis (22,5% de los que consumieron el último año). Este tipo de consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. La prevalencia de consumo problemático de cannabis ha experimentado un repunte en 2020.

Consecuencias del consumo

Admisiones a Tratamiento relacionadas con el consumo de cannabis

En 2019, 14.202 personas iniciaron tratamiento por abuso o dependencia a cannabis, de ellas 10.372 acudían por primera vez. El consumo de cannabis es el segundo motivo de tratamiento en población general por consumo de drogas ilegales, detrás de la cocaína, pero el primero entre los menores de edad (95,2% de todos los menores de 18 años admitidos a tratamiento). La mayoría de los admitidos a tratamiento por cannabis son hombres, pero el peso de las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a cannabis es mayor en las mujeres.

Evolutivamente las admisiones a tratamiento por cannabis han mostrado una clara tendencia ascendente, pasando de generar 1.300 primeras admisiones en 1996 a 10.372 en 2019.

Urgencias Hospitalarias relacionadas con el consumo no terapéutico o no médico de cannabis

En 2019 se recogió una muestra de 5.352 episodios de urgencia. En ella, en casi la mitad el cannabis estaba relacionado con el motivo de la urgencia. Esto implica que el cannabis junto con la cocaína son las sustancias que más urgencias generan (50,6% y 50,7% respectivamente). La edad media de los atendidos en esta muestra de urgencias por el consumo de cannabis fue de 30,9 años. Por sexos, se observó que el cannabis estaba presente prácticamente en el mismo porcentaje de episodios en hombres (50,8%) que en mujeres (50,2%).

Como con las admisiones a tratamiento, también destaca una clara tendencia ascendente en las urgencias relacionadas con cannabis a lo largo de toda la serie histórica del indicador, que pasó de relacionarse con el 6,2% de los episodios en 1996 a estar relacionado con el 50,6% en 2019, incremento continuado que no se ha observado en ninguna de las restantes sustancias analizadas por este indicador.

- **Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas**

Evolutivamente el cannabis venía mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, estabilizándose en los últimos 10 años. Se detecta habitualmente junto con otras sustancias como hipnosedantes, opioides, cocaína y/o alcohol. En 2019 se ha detectado cannabis en 209 fallecidos con informe toxicológico lo que supone el 25,5% del total.

- **Siniestralidad vial relacionada con el cannabis**

De acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en el año 2020 la movilidad vial se ha visto reducida como consecuencia de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, lo que ha producido un descenso en el número de accidentes de tráfico y, por tanto, de víctimas mortales, alcanzándose un mínimo histórico de 873 fallecidos a 24 horas del siniestro en vías interurbanas, lo que supone un descenso del 21% con respecto al año 2019.

Entre los 597 conductores fallecidos en accidentes de tráfico y sometidos a autopsia, 120 dieron positivo a drogas. De ellos, el 60,8% dio positivo a cocaína y el 53,3% a cannabis.

De los 136 peatones fallecidos por atropello en accidente de tráfico, 56 dieron positivo a drogas. Aproximadamente el 54% fue positivo al alcohol y el 25% a otras drogas (64,3% cocaína y 57,1% cannabis).

Cannabinoides sintéticos

En 2020, la prevalencia de consumo de spice alguna vez en la vida se sitúa en un 0,6% en la población de 15 a 64 años, siendo el consumo mayor en hombres y en menores de 35 años (1,0%), y especialmente entre los 25 y 34 años. En cuanto a la evolución del consumo de spice, desde el año 2011 la prevalencia de consumo ha ido decreciendo, situándose en 2018 en mínimos históricos, observándose un ligero aumento en 2020 con respecto a 2018.

El spice fue responsable de 14 admisiones a tratamiento en 2019. Entre los fallecidos se ha detectado por primera vez en 2019 en un caso (junto con otras sustancias en este fallecido, concretamente opiáceos, cocaína, hipnosedantes y cannabis).

Medidas de control

La **concentración media de tetrahidrocannabinol** (THC) en la resina decomisada fue del 12,4% en 2002, alcanzando en 2020 el máximo histórico con un 28,9%. En el caso de la marihuana decomisada este aumento fue todavía mayor, ya que pasó del 4,5% en 2002 a casi el triple (12%) en 2020 (máximo histórico en 2019 con un 13,6%).

Se observa una tendencia al alza del **precio medio del gramo** de la resina de hachís que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en 2020 llegó a 5,57 euros. La marihuana, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,09 euros.

Las **denuncias** totales por consumo o tenencia ilícita de drogas, pasaron de 225.909 en 2006 a 337.772 en 2020. La mayoría se debieron al cannabis que en 2006 produjo el 77% de las denuncias y en 2020 el 74%, con su máximo histórico en 2012 y 2014 con el 87% de las denuncias.

Las **detenciones** por tráfico de drogas, realizadas desde 2006 (16.805) han aumentado a 24.114 en 2020. La mayor parte se deben a denuncias por cannabis (46% del total de las detenciones en 2006 y el 59,6% en 2020 cuando alcanzó su máximo histórico).

Análisis de cannabis en muestras obtenidas en estaciones depuradoras de aguas residuales

Se ha estimado la evolución temporal del consumo de cannabis en los últimos 10 años, mediante la medición de su principal metabolito, el 11-Nor-9-carboxi-delta-9-THC (THC-COOH) en aguas residuales. De acuerdo con los resultados obtenidos en estaciones de 4 localidades españolas (Bajo Llobregat, Valencia y su área metropolitana, Santiago de Compostela y Castellón de la Plana) que llevan aplicando esta metodología desde 2011, existe una tendencia al alza estadísticamente significativa en el área del Bajo LLobregat, que resulta además en una carga de THC-COOH mayor que en las otras 3 localidades. Por el contrario, en el resto de las localidades, el consumo parece estar estabilizado, no detectándose una tendencia estadísticamente significativa en las cargas normalizadas de THC-COOH a lo largo de la serie temporal.

Los resultados del análisis de 9 localidades (Valencia y su área metropolitana, Toledo, Lleida, Tarragona, Reus, Bilbao y su área metropolitana, Santiago de Compostela, Castellón de la Plana y la ciudad de Madrid) no muestran un cambio global significativo en el uso de cannabis entre 2021 y 2018.

02

OBJETIVOS DE ESTE INFORME

VOLVER A ÍNDICE

El objetivo general de este informe es ofrecer una visión global de la situación del consumo de cannabis y sus consecuencias, así como de su oferta en la población española, revisando las características de este consumo, la evolución que ha mostrado y las consecuencias que genera. Esta información facilita la evaluación de los problemas sociales y de salud pública asociados al consumo de cannabis y el diseño de políticas dirigidas a prevenir su consumo.

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

- **Establecer las características del consumo de cannabis en diferentes grupos de la población:**
  - Prevalencias de consumo en distintos grupos de población (estudiantes, población general, población mayor de 64 años, población penitenciaria y población laboral).
  - Patrones de consumo relevantes.
  - Relación existente entre el consumo de cannabis y determinadas características sociodemográficas.
  - Prevalencia del consumo problemático de cannabis.
  - Evolución temporal de los aspectos antes expuestos.
- **Identificar las consecuencias del consumo de cannabis:**
  - Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
  - Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
  - Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.
  - Siniestralidad vial relacionada con el consumo de cannabis.
- **Examinar la disponibilidad de cannabis:**
  - Accesibilidad percibida al cannabis expresada en las encuestas.
  - Incautaciones y detenciones en España.
  - Detección en España de cannabinoides sintéticos.
- **Conocer la percepción de la población ante diversas situaciones:**
  - Percepción de riesgo del consumo de cannabis.
  - Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema.
  - Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema del consumo de drogas.

03

METODOLOGÍA DE ESTE INFORME

VOLVER A ÍNDICE

Este documento contiene la información más relevante sobre el consumo de cannabis y cannabinoides sintéticos publicada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) procedente de las distintas fuentes de información con las que cuenta el OEDA (encuestas e indicadores) complementada con fuentes oficiales de otros organismos sobre cuestiones concretas.

A partir de esta diversidad de fuentes se puede obtener una visión global que permite un análisis poliédrico tanto de las características y situación del consumo de cannabis como de las consecuencias derivadas del mismo.

3.1. Encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas

- **Encuestas Nacionales:** promovidas y financiadas por la DGPNSD, con la colaboración de las CCAA y, en el caso de la encuesta en instituciones penitenciarias, en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, la Dirección General de Servicios Penitenciarios del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales del País Vasco:
  - **Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES):** se lleva a cabo mediante cuestionario autoadministrado en estudiantes de educación secundaria de 14-18 años de edad, de forma bienal desde 1994.
  - **Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general de 15 a 64 años en España (EDADES):** se lleva a cabo mediante entrevista personal en población domiciliaria de 15 a 64 años, de forma bienal, desde 1995.
  - **Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España:** se lleva a cabo mediante entrevista personal cada 6 años desde 2007, como módulo específico dentro de la encuesta EDADES.
  - **Estudio sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM):** se lleva a cabo mediante entrevista personal en población domiciliaria mayor de 64 años, se ha realizado por primera vez en 2020.
  - **Encuesta OEDA-COVID. Impacto de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020:** se llevó a cabo mediante encuesta telefónica a población mayor de 15 años.
  - **Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP):** se lleva a cabo mediante entrevista personal a internos de centros penitenciarios de España, de manera quinquenal desde 2006. La última disponible es de 2016 y está en curso otra al redactar este informe.

- **Encuestas Internacionales en las que participa el OEDA, financiadas por la DGPNSD:**
  - **Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD):** se llevó a cabo mediante cuestionario autoadministrado en estudiantes de educación secundaria de 15 y 16 años de edad, en 2019.

A continuación, se presentan unas tablas resumen con los principales aspectos metodológicos de las encuestas utilizadas para este informe:

ESTUDES 2021

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	ESTUDES. Encuesta sobre sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en estudiantes (14-18 años), realizada en centros educativos.
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad.
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional).
Ámbito temporal. Periodicidad.	ESTUDES se lleva a cabo cada 2 años desde 1994. El periodo de recogida de información se realizó del 8 de marzo al 18 de mayo de 2021.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	La población de estudiantes matriculada en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato, 1º y 2º de Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados bietápico, en el que, en primera instancia, se han seleccionado aleatoriamente centros educativos (unidades de primera etapa) y en segundo lugar aulas (unidades de segunda etapa), proporcionando el cuestionario a todos los alumnos presentes en las mismas.
Ponderación	En función de la comunidad autónoma, titularidad del centro (público, privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica, Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), para ajustar la proporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	Se obtienen resultados de 531 centros educativos y 1.324 aulas, con una muestra válida final de 22.321 alumnos
Error muestral	El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y p=q=0,5 es del 0,6% para los estudiantes españoles de 14 a 18 años.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida. Cuestionarios	Cuestionario estandarizado y anónimo administrado en el aula. Con motivo de la pandemia, el encuestador no entró en el aula y es el profesor quien entrega los cuestionarios a los alumnos. El cuestionario es de tipo autoadministrado cumplimentándose por escrito (papel y lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	El 88,7% de los centros seleccionados participaron en la encuesta.
NOVEDADES	
Módulos específicos	El cuestionario contempla un módulo sobre "nuevas sustancias" (desde 2010), un módulo sobre "consumo problemático de cannabis" (desde 2006), un módulo sobre uso de internet (desde 2014), un módulo sobre juego (desde 2014), un módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio (desde 2016) y un módulo sobre videojuegos (desde 2019).

NOTA: las prevalencias de este informe con valores inferiores al 1% deben interpretarse con cautela ya que pueden verse afectadas por un elevado error muestral.

EDADES 2020

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio.
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad.
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
Ámbito temporal. Periodicidad.	EDADES se lleva a cabo cada 2 años desde 1995. El periodo de recogida de información se realizó del 7 de febrero al 13 de marzo de 2020.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Procedimiento de muestreo	Para el diseño muestral se tuvo en cuenta los últimos datos publicados en el momento del diseño de la investigación (2018). Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.288), correspondientes a 8.123 municipios. En esta edición se seleccionaron 1.793 secciones censales correspondientes a 744 municipios. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la comunidad autónoma (19 grupos), tamaño del municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos) para corregir la desproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	17.899 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) del 0,8%, oscilando entre el 2,1% para la Comunidad Valenciana y el 8,6% para Melilla.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida. Cuestionarios	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador y cuestionario autoadministrado. El cuestionario se cumplimenta por escrito (lápiz-y-papel). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	La tasa efectiva de respuesta en 2020 fue del 37,2%.
NOVEDADES	
Módulos específicos	Módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre nuevas sustancias, módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juego (incluye la escala DSM-V) y módulo sobre internet (incluye la escala CIUS).

LABORAL 2020

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	LABORAL. Encuesta 2020 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en domicilio a la población empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausente) o parada (con trabajo previo), de 16 a 64 años. Se incluye como un módulo específico en la encuesta EDADES 2020 (módulo laboral).
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad.
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: población residente en España de 16 a 64 años, ambos inclusive, que está empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausente) o parada (con trabajo previo) que ha participado en la encuesta EDADES 2020.
Ámbito temporal. Periodicidad.	El módulo específico laboral se incluye en la encuesta EDADES cada 6 años, desde 2007. El periodo de recogida de información se realizó del 7 de febrero al 13 de marzo de 2020.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Tamaño de la muestra	Se analizan 11.743 cuestionarios que tienen el módulo laboral cumplimentado correctamente.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) del 0,8%
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida. Cuestionarios	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador/a, que recoge información de carácter sociodemográfico y laboral, junto a un cuestionario autoadministrado que, en base a opiniones del entrevistado, explora el consumo de sustancias psicoactivas. El primero se realiza mediante entrevista cara a cara mientras que, el segundo, se cumplimenta por escrito en formato papel y está disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
MÓDULOS ESPECÍFICOS	
Módulos específicos	Módulo laboral: se incluyen preguntas sobre el sector de actividad, la categoría ocupacional, el grupo laboral, la jornada de trabajo y los riesgos en el entorno laboral.

ESDIP 2016

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	ESDIP 2016. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias
Descripción de la encuesta	Encuesta incluida en el Plan Estadístico Nacional que se lleva a cabo, con periodicidad quinquenal (iniciada en 2006), mediante entrevista personal a internos en centros penitenciarios en España.
Responsable de la encuesta	**Responsable**: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad. **Colaboradores**: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior (SGIIPP) y Dirección General de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña (DGSP).
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: población interna en centros penitenciarios en España.
Ámbito temporal. Periodicidad.	ESDIP se lleva a cabo cada 5 años desde 2006. El periodo de recogida de información se realizó entre el 2 de noviembre y el 2 de diciembre de 2016.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Formaron parte de la muestra 50.671 internos, distribuidos en 71 centros penitenciarios. Se incluyen hombres y mujeres de más de 18 años con conocimiento de castellano, árabe o rumano suficiente para contestar el cuestionario. De acuerdo a su clasificación penal se incluyen preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar.
Procedimiento de muestreo	El muestreo, a través de una tabla de números aleatorios, fue proporcional al número de internos en cada centro y a su nacionalidad y aproporcional por género, sobrerrepresentado a las mujeres (se pondera por sexo para devolver la proporcionalidad a la muestra).
Tamaño de la muestra	La muestra final fue de 5.024 internos.
Error muestral	Error muestral máximo: 1,4% (nivel de confianza del 95% para p=0,5%).
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida. Cuestionarios	Entrevista personal cara-a-cara a través de un cuestionario en papel, anónimo y precodificado, que cumplimenta el entrevistador. Los cuestionarios se aplican a los internos en los propios centros, en una sala independiente y asegurando la absoluta confidencialidad y anonimato de sus respuestas. La duración de la entrevista es de 30 a 45 minutos. Cuestionario disponible en español, árabe y rumano. Traducido al inglés para fines científicos.
Tasa de respuesta	La tasa de respuesta fue del 98,0%.

3.2. Indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA)

El Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA), está integrado por cuatro indicadores clave (admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales/sin sustancia, urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas) y dos indicadores transversales que se obtienen mediante el cruce de información de estos indicadores de las encuestas y de otras fuentes de información (consumo problemático de sustancias psicoactivas y enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas).

Los indicadores clave, recogen información con periodicidad anual y se gestionan en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las CCAA, así como las instituciones de las que procede la información (centros de la red asistencial de adicciones, hospitales, institutos de medicina legal y laboratorios toxicológicos).

Los indicadores que recogen información sobre cannabis son los siguientes:

- **Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas**: informa, desde 1987, del número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de drogas en centros ambulatorios de la red pública y concertada de las CCAA. La recogida de información sobre cannabis se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 1996.
- **Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas**: informa, desde 1987, de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España mediante el análisis de una muestra de urgencias en los principales hospitales del país. La recogida de información sobre cannabis se realiza de manera sistemática, desde 1996.
- **Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas:** se trata de un registro específico de mortalidad iniciado en 1983 que recopila información sobre muertes con intervención judicial, en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas. La recogida de información sobre cannabis se realiza de manera sistemática, desde 1996.

3.3. Otras fuentes de información de interés

La información sobre consumo de cannabis en población general reconocido a través de las encuestas se ha complementado con información sobre la oferta de cannabis procedente de:

- **Incautaciones y detenciones facilitada por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), perteneciente al Ministerio del Interior.**

La información sobre consumo de cannabinoides sintéticos se ha complementado con:

- **Información procedente de la detección en España de nuevos cannabinoides sintéticos, a través de la red del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)[1], que a su vez forma parte del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EU Early Warning System)[2]. La red del SEAT tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado (AGE), y a nivel autonómico.**

1 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm
2 https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system

La información sobre análisis de drogas realizados en fallecidos por accidente de tráfico en 2020 procede del siguiente informe:

- **Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020), Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Ministerio de Justicia.**

La información sobre el análisis de cannabis en aguas residuales procede de:

- **La Red Española de Análisis de Aguas Residuales con Fines Epidemiológicos (ESAR-Net).**

04

INTRODUCCIÓN

VOLVER A ÍNDICE

Para poder realizar intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el consumo de cannabis, es necesario contar con información rigurosa y veraz, que permita inferir la magnitud del problema en España, tanto sobre las características del consumo como sobre sus consecuencias.

El OEDA desde 1994 dispone de diferentes fuentes de información que permiten tener una visión global de la situación del consumo de cannabis en España, conociendo las características del consumo en determinadas poblaciones procedente de encuestas bienales a población general y estudiantes (EDADES, ESTUDES) y de otras periódicas en poblaciones específicas (encuesta laboral y penitenciaria), además de saber las consecuencias que provoca ese consumo a través de los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias relacionadas con las drogas, mortalidad específica, infecciones relacionadas con el consumo y consumos problemáticos. Toda esta información es fruto de la colaboración interinstitucional entre el Observatorio y las comunidades y ciudades autónomas (CCCA) que contribuyen anualmente a alimentar cada uno de los indicadores.

Toda la información disponible hasta la fecha pone de manifiesto que las políticas sobre el cannabis deben ser intersectoriales. Además, para ser eficaces y evitar consecuencias no deseadas, esas políticas deben dirigirse no solo individualmente a la atención y rehabilitación de las personas que consumen, sino también al entorno de consumo y al sistema sanitario en general y a otros sectores directamente implicados en la promoción de la salud y prevención del consumo.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) impulsó la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017-2024[3] y el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024[4], en línea con la Estrategia de la Unión Europea (UE) en materia de lucha contra la droga (2021-2025)[5], en la Estrategia del EMCDDA 2025[6], así como en las Estrategias de otros países de nuestro entorno.

La ENA se configura como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas. Entre los objetivos de la ENA y sus Planes de Acción están:

- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la "normalidad" de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Acercar y captar consumidoras y consumidores problemáticos que no acuden a tratamiento, especialmente quienes consumen cannabis.
- Reducir la oferta y el tráfico de cannabis, y de la criminalidad asociada.

Este monográfico sobre cannabis pretende apoyar la realización de estas acciones mediante la aportación de información actualizada basada en la ciencia y el conocimiento procedente de fuentes acreditadas y legitimadas, que puedan contribuir al conocimiento de los profesionales, que sean accesibles para la ciudadanía y que sirvan de referencia, desplazando a fuentes interesadas en generar confusión y opacidad.

3 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
4 Plan de acción sobre adicciones 2021–24. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf
5 Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025. https://www.boe.es/doue/2021/102/Y00001-00014.pdf
6 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), EMCDDA Strategy 2025, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4273/2017.1998_EMCDDA_STRATEGY_2025_web-1.pdf

4.1. Conceptos generales sobre el cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa* con cuyas hojas, tallos, flores o resinas se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España, en Europa y en el mundo: la marihuana y el hachís.

La *Cannabis sativa* es una planta que contiene más de 400 componentes químicos, de las cuales se conocen al menos 60 cannabinoides que son únicos de esta especie. Los tres cannabinoides más importantes, por sus efectos psicoactivos, son el THC, el cannabidiol (CBD) y el cannabinol. Mientras que el THC es el responsable de la mayoría de los efectos, el cannabinol es diez veces menos activo que el THC, y el cannabidiol, tiene un perfil distinto, ya que presenta actividad ansiolítica y sedante[7].

Los efectos de esta droga sobre el cerebro son debidos a su principio activo, el THC, que se encuentra en diferente proporción en función del preparado utilizado:

1. Marihuana: hace referencia a la sustancia obtenida tras la trituración de las hojas secas, flores o pequeños tallos de la planta.

2. Hachís: se refiere a la sustancia obtenida a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra.

3. Aceite de hachís: es la resina de hachís disuelta y concentrada.

Estos preparados se consumen habitualmente fumados en un cigarrillo liado, la mayoría de las veces mezclado con tabaco, aunque también se puede fumar sin tabaco, recibiendo diversas denominaciones que cambian con las generaciones de adolescentes: porro, canuto, peta, joint, etc. Con menor frecuencia se fuma en pipas de agua, se vaporizan con cigarrillos electrónicos o se ingiere directamente.

Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. Del total de THC contenido en un cigarrillo, entre un 10-25% llega a la sangre. La cantidad final de THC absorbido en el organismo depende de la profundidad y numero de caladas y de la potencia de los cigarrillos. El THC se detecta en sangre inmediatamente después de la primera calada (1-2 minutos) y las concentraciones máximas se alcanzan entre los 3 y los 10 minutos.

Por vía oral (aceites, pasteles, infusiones, etc.) la absorción es más lenta. Su biodisponibilidad puede variar entre un 5 y un 10% debido a que es destruido parcialmente por el jugo gástrico y a que es sometido a intensa metabolización hepática como primer paso. La concentración máxima de THC en plasma aparece a las 2-4 horas y el inicio de los efectos se da entre media hora y 2 horas postadministración, pudiendo durar los mismos unas 6 horas. La presencia de comida puede retrasar la absorción de THC. Se ha estimado que para obtener la misma intensidad de efectos se requieren dosis unas tres o cuatro veces superiores a las usadas por vía pulmonar.

7 Fusar-Poli P, Crippa JA, Bhattacharyya S, Borgwardt SJ, Allen P, Martin-Santos R, Seal M, Surguladze SA, O'Carrol C, Atakan Z, Zuardi AW, McGuire PK. Distinct effects of {delta}9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on neural activation during emotional processing. Arch Gen Psychiatry. 2009;66:95-105.

El THC, principal principio psicoactivo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, donde se acumula y del que se elimina muy lentamente. El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más del 50%. Aunque una persona sólo consuma los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo efectos.

En los últimos años, debido al aumento del consumo de cannabis en población general y al exponencial aumento de las demandas de tratamiento por el consumo de cannabis, ha crecido el interés por estudiar y conocer las implicaciones del consumo de esta sustancia en el organismo y el impacto que muestra en la salud pública.

Los datos de las encuestas indican que la mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales, sin embargo, en una parte de consumidores, el patrón de consumo realizado, conlleva consecuencias socio-sanitarias graves, como problemas de salud mental, fracaso escolar, problemas familiares, laborales y/o dependencia.[8,9,10,11,12.]

Independientemente del patrón de consumo realizado, las encuestas de la DGPNSD [13] muestran que el uso de cannabis se asocia con otros patrones de riesgo, como el consumo de otras sustancias lo que aumenta el riesgo de esta conducta.

4.2. Efectos sobre el organismo

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio del cerebro que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros.

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla. A dosis pequeñas el efecto puede ser placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de ansiedad. Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

El sistema cannabinoide desempeña un papel fundamental en el área de la memoria y hace que, de forma natural, se modifique la memoria y lo que se es capaz de recordar. Por otro lado, el sistema cannabinoide también controla la atención y la percepción.

También se encuentra implicado en la regulación de la actividad motora, lo que explica que el consumo de cannabis produzca una disminución del nivel de actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

8 Hall W, Solowij N. Adverse effects of Cannabis. Lancet 1998; 352:1611-6.
9 Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. BMJ 2005; 331: 1371.
10 Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet 2004; 363: 1579-88.
11 Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. Lancet 2007; 370: 319-28.
12 Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. Br. J. Psychiatry 2008; 193: 357-63.
13 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm

Efectos del cannabis

SISTEMA Efectos	Consecuencias clínicas
Sistema Nervioso Central (SNC)	
Psicológicos	Euforia, bienestar, relajación, ansiedad, risa fácil, locuacidad, síntomas paranoides, pánico, esquizofrenia, psicosis.
Cognitivos	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad en la concentración. Peor rendimiento en los estudios, mayor conflictividad.
Sobre el rendimiento psicomotor	Empeoramiento del tiempo de reacción y atención.
Sobre la función motora	Relajante muscular. Incremento de la actividad motora seguido de inercia e incoordinación motora, ataxia, disartria, temblores, debilidad y espasmos musculares.
Sobre la conducción de vehículos	Empeoramiento conducción y manejo de maquinaria. Mayor riesgo de accidentes.
Sedativos	Depresor generalizado del SNC. Somnolencia.
Sobre la conducta alimentaria	Aumento del apetito. Antiemético.
Sobre la sensibilidad	Disminución del dolor, aumento de la sensibilidad térmica.
Sobre la percepción sensorial	Aumento de la percepción visual, auditiva, táctil. Distorsión del espacio y del tiempo. Alucinaciones.
Cardiovascular	Aumento frecuencia cardiaca. Aumento presión arterial. Aumento gasto cardiaco.
Respiratorio	Tos, expectoración, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Exposición al humo y sustancias cancerígenas del tabaco.
Ocular	Enrojecimiento conjuntival. Reducción presión intraocular.
Digestivo	Sequedad de boca. Antiemético.
Inmunológico	Alteración de la inmunidad celular.
Endocrino y reproductor	Disminución hormonas sexuales. Aumento de la prolactina (galactorrea). Aumento de riesgos obstétricos y de tumor de testículos.
Embarazo y lactancia	Mayor riesgo de bajo peso al nacer. Paso de cannabinoides a la leche.

Fuente: Elaboración Comisión Clínica[14] y revisado por el OEDA Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Efectos a largo plazo

Fumar cannabis se asocia con sintomatología respiratoria como la tos y la expectoración y enfermedad pulmonar obstructiva crónica[15]. Se ha relacionado con aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, accidente isquémico transitorio e ictus[16], sin embargo, la evidencia es limitada para concluir esta asociación.[17]

14 Informe Cannabis II 2009. Comisión Clínica de la DGPNSD. Ministerio de Sanidad.
15 Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. Thorax 2007; 62: 1058-63.
16 Volkow N, Baker RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med. 2014;370(23): 2219-2227. https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1402309?articleTools=true
17 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/24625

El consumo de cannabis también se asocia con un aumento del riesgo de padecer trastornos mentales como depresión, esquizofrenia y otras psicosis.[18,19] El riesgo aumenta a medida que aumenta la frecuencia de consumo y la potencia del cannabis utilizado[20], lo cual es preocupante teniendo en cuenta el progresivo aumento de la concentración de THC que se detecta en las incautaciones realizadas en España (apartado 8.2). Del mismo modo, el riesgo aumenta cuanto más temprana es la edad de inicio, siendo cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años (actual edad media de inicio en el consumo en España) que si se hace a los 26 años. Además, se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes[21]. El cerebro es más vulnerable al efecto del consumo de cannabis en los momentos de mayor desarrollo, desde el periodo prenatal, infancia y adolescencia hasta aproximadamente los 21 años[22].

El THC disminuye la secreción de hormonas sexuales, con una reducción de la secreción de testosterona y del número y la motilidad de los espermatozoides. En mujeres, el consumo de cannabis produce una reducción del ciclo menstrual, niveles elevados de prolactina que pueden asociarse a la aparición de galactorrea, y menores niveles de andrógenos. Parece, por todo ello, que el THC podría reducir la fertilidad, aunque no ha podido demostrarse definitivamente.[23,24] Según un estudio publicado por Daling et al. (2009), el consumo de cannabis podría incrementar el riesgo de padecer tumor de testículo hasta en un 70%. El riesgo se incrementa si el consumo es continuado, al menos semanalmente, y si el inicio del consumo es en la adolescencia[25]. El informe del Grupo Asesor de la IARC[26] ha recomendado estudiar el efecto cancerígeno del humo de cannabis entre las prioridades para 2020-2024 al encontrar en estudios in vitro de los condensados del humo de la marihuana efectos similares a los del humo del tabaco en términos de mutagenicidad y citotoxicidad, así como la existencia de estudios que lo relacionan con el cáncer de pulmón y cáncer testicular[27].

También son importantes las reacciones agudas de la esfera cognitivo emocional, incluyendo ansiedad y problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes, por lo que su relación con accidentes de tráfico es un aspecto de especial relevancia. El consumo de cannabis altera las habilidades de conducir durante al menos 4 horas y media en la mayoría de los individuos. Existiendo una relación estadísticamente significativa entre el consumo de cannabis y el incremento del riesgo de accidentes de tráfico[28].

18 Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. Biol Psychiatry 2016; 79: 549–56.
19 Mustonen A, Niemela S, Nordstrom T, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. Br J Psychiatry 2019; 212: 227–33.
20 Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, et al, and the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. Lancet Psychiatry 2019; 6: 427-436. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7646282/pdf/main.pdf
21 Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, Gonzalez R, Bloomfield MA, Curran HV, Baler R. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. JAMA Psychiatry. 2016 Mar; 73(3):292-7.
22 Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proc Natl Acad Sci U S A 2004;101:8174-9.
23 Ranganathan M, Braley G et al. The effects of cannabinoids on serum cortisol and prolactin in humans. Psychopharmacology (Berl.). 2009 May;203(4):737-44.
24 Brown TT, Dobs AS. Endocrine Effects of Marijuana. J Clin Pharmacol. 2002;42:90S-96S.
25 Daling JR, Doody DR, Sun X et al. Association of marijuana use and the incidence of testicular germ cell tumors. Cancer. 2009 Mar 15;115(6):1215-23.
26 https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/10/IARCMonographs-AGReport-Priorities_2020-2024.pdf
27 https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/10/IARCMonographs-AGReport-Priorities_2020-2024.pdf
28 Rogeberg, O., and R. Elvik. 2016. The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised. Addiction 111(8):1348–1359.

4.3. Usos del cannabis

El cannabis ha sido empleado desde antiguo para muy diversos fines tales como el aprovechamiento de sus fibras para la confección de tejidos y cuerdas o la utilización como aditivo alimentario, haciendo uso de su aceite y los cañamones como nutriente. También ha sido empleado por sus propiedades psicoactivas con fines religiosos y/o lúdicos y ocasionalmente para tratar algunas enfermedades[29].

Los cannabinoides son sustancias presentes en la planta de cannabis que actúan sobre receptores específicos del cerebro. Los dos que más se han estudiado son el tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD), pero algunos de los otros 102 cannabinoides y terpenoides del cannabis también podrían tener usos médicos[30].

El THC es el cannabinoide que produce los efectos psicoactivos que buscan los consumidores sociales, como euforia, relajación y experiencias sensoriales intensas. También hay pruebas que respaldan el uso médico del THC para controlar las náuseas y los vómitos, estimular el apetito y reducir el dolor. El CBD puede moderar los efectos psicoactivos del THC y tiene propiedades medicinales, por ejemplo, reduce las crisis epilépticas[31].

Se ha autorizado la comercialización de varios medicamentos que contienen cannabinoides. Los que se consumen con fines médicos pueden proceder de la planta del cannabis (cannabinoides de origen vegetal, también conocidos como fitocannabinoides) o sintetizarse en un laboratorio (cannabinoides sintéticos). Los principales son:

- ®Sativex. Principio activo: nabiximol (THC y CBD en cantidades similares). Está autorizado para el tratamiento de la espasticidad muscular secundaria a la esclerosis múltiple. Este medicamento ha sido autorizado en España para su comercialización el 16 de julio de 2010.
- ®Epidiolex. Principio activo: CBD. Está indicado para el tratamiento de convulsiones relacionadas con dos tipos poco comunes y severos de epilepsia -el síndrome de Lennox-Gastaut y el síndrome de Dravet (epilepsia mioclónica grave de la infancia), en pacientes de dos años de edad y mayores. Este medicamento ha sido autorizado en España para su comercialización el 5 de diciembre de 2019.

Puntualmente se ha autorizado en otros países el uso de fármacos que contienen cannabionides para determinados casos, de acuerdo con la normativa vigente. En España se han autorizado la importación de estos medicamentos como medicamentos extranjeros en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en tratamientos oncológicos. Dichos medicamentos son:

- ®Marinol y Syndros. Principio activo: dronabinol (THC sintético). El dronabinol está indicado para tratar la anorexia asociada a la pérdida de peso en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y disminuir las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia contra el cáncer, generalmente después del fracaso de los tratamientos previos.
- ®Cesamet y Canemes. Principio activo: nabilona (cannabinoide sintético similar al THC). La indicación principal es disminuir las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia, habitualmente después del fracaso de los tratamientos previos.

29 Una revisión histórica sobre los usos del Cannabis y su regulación. Eva Candela García, José Pedro Espada Sánchez. Salud y drogas. 2006, 6(1).
30 Russo, E. B. and Marcu, J. 2017. 'Cannabis pharmacology: the usual suspects and a few promising leads', Advances in Pharmacology 80, pp. 67-134.
31 NASEM. 2017. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research, National Academies Press for the National Academies of Sciences Engineering and Medicine, Washington, DC.

4.4. Situación a nivel mundial

Según el Informe Mundial sobre Drogas (World Drug Report) del año 2021 publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en **todo el mundo**[32].

La ONUDD estima que casi el 4% (entre 2,8 y 5,1%) de la población mundial de entre 15-64 años consumió cannabis al menos una vez en 2019, el equivalente a unos 200 millones de personas (entre 141 millones y 256 millones). Se estima que el número total de personas que han consumido cannabis en el último año ha aumentado casi un 18% en los últimos 10 años (2010-2019), lo que refleja en parte un aumento de la población mundial del 10% en el mismo período. Desde 2010, la prevalencia en el último año del consumo de cannabis ha aumentado así casi un 5%. Este aumento del número de personas que consumen cannabis y la prevalencia del consumo de cannabis debe interpretarse con cautela, debido a los amplios márgenes de error de las estimaciones. A pesar de estas limitaciones, la información cualitativa sobre las tendencias del consumo de cannabis, notificada por una media de 67 Estados miembros al año, confirma el aumento del consumo de cannabis.

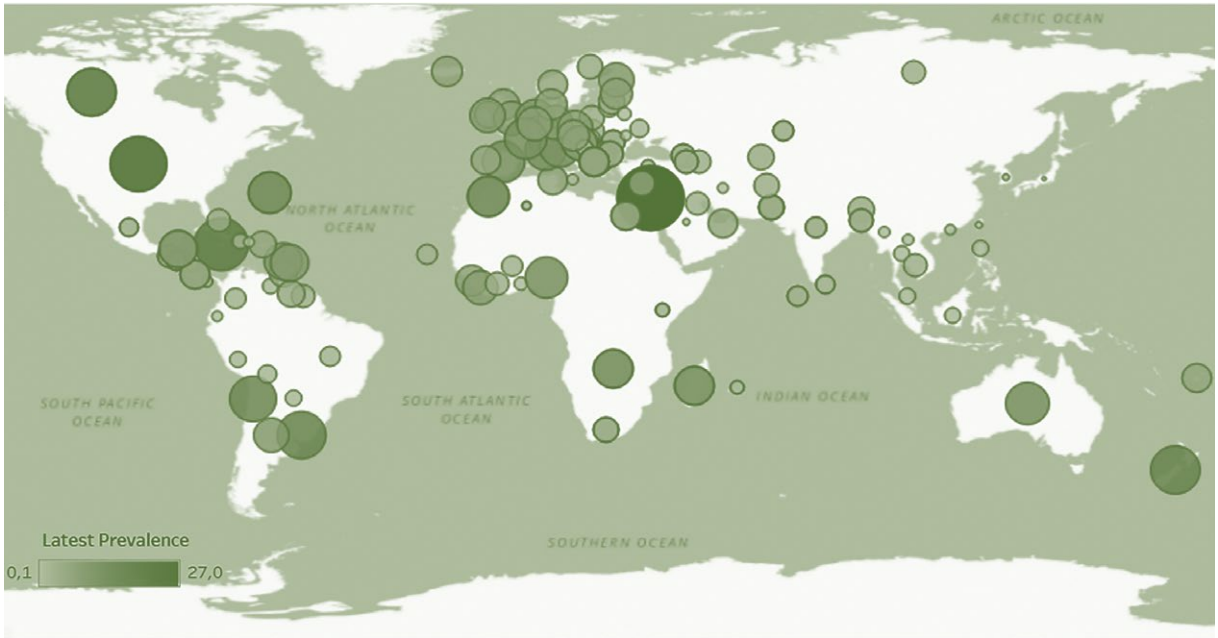
En **África**, la prevalencia anual del consumo de cannabis en 2019 se estima en un 6,4% de la población de 15 a 64 años (rango 3,8-8,8%), lo que corresponde a 47 millones de consumidores en el último año (rango 28 millones-64 millones). La prevalencia anual estimada del consumo de cannabis en **Asia** es mucho menor que en otras regiones, un 2%, pero debido al tamaño de la población, casi un tercio (61,5 millones) del número mundial estimado de consumidores de cannabis reside en la región. A falta de datos de encuestas, el índice de percepción del consumo de cannabis indica que el consumo de cannabis aumentó en África y Asia durante el período 2010-2019.

La prevalencia del consumo de cannabis en el último año en el **Caribe, América Central y América del Sur** es inferior a la media mundial, con el 3,4%, el 3,1% y el 3,5%, respectivamente, de la población adulta, lo que corresponde a más de 12 millones de personas que consumieron cannabis en el último año en esas subregiones.

La evolución del mercado del cannabis en **Estados Unidos** en la última década se ha traducido en un mayor número de consumidores de esta droga, consumida con mayor frecuencia y en cantidades mayores. Si bien la prevalencia del consumo de cannabis en el último año y en el último mes entre la población adulta (mayor de 18 años) en los Estados Unidos ha aumentado un 60% y un 75%, respectivamente, la prevalencia del consumo diario o casi diario aumentó casi dos veces en el periodo 2010-2019. En 2019, se estimó que más de 29 millones de personas de 18 años o más habían consumido cannabis en el último mes, de los cuales el 45%, es decir, 13,8 millones de personas, eran consumidores diarios o casi diarios de cannabis.

32 https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población general y en el último año disponible en el mundo (%), 2019.



Fuente: los datos son notificados por las autoridades nacionales a través del cuestionario de informes anuales (Annual Reports Questionnaire ARQ). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

La prevalencia anual del consumo de cannabis en **Australia y Nueva Zelanda** se estima en el 12,1% de la población adulta. En ambos países, el consumo de cannabis en el último año se ha mantenido estable en los últimos 10 años, con cierto aumento en 2019.

4.5. Situación a nivel europeo

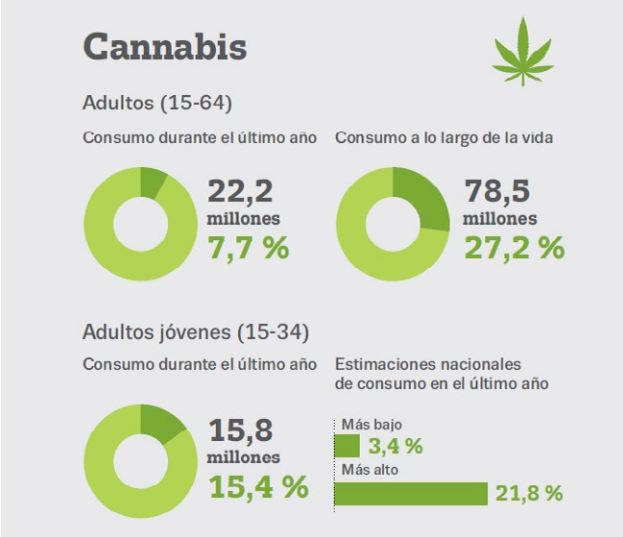
El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), es el organismo responsable de proporcionar a la UE y a sus Estados miembros una visión objetiva del problema de las drogas en Europa y una base sólida sobre la que fundamentar el debate en esta materia.

El EMCDDA recopila una serie de indicadores relacionados con el cannabis, que sirven de base para los informes europeos anuales sobre drogas.

Según se recoge en el Informe Europeo sobre Drogas (European Drug Report, EDR) del año 2021[33], el cannabis es la droga ilegal más consumida, 78,5 millones de personas de entre 15 a 64 años, un 27,2% de la población lo ha consumido alguna vez en su vida. Lo consumen más los hombres que las mujeres (47,6 y 30,9 millones respectivamente). En el último año lo consumieron 22,2 millones (7,7%), de los que 15,8 millones eran adultos jóvenes de entre 15-34 años.

33 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021), Informe Europeo sobre Drogas 2021: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf

Estimaciones del consumo de cannabis en la Unión Europea en el año 2021.



Fuente: Informe Europeo sobre Drogas 2021. EMCDDA.

Los estudios de la población general indican que alrededor del 1,8% de los adultos de 15 a 64 años ha consumido la droga a diario o casi a diario en el último mes y la mayoría (61%) son menores de 35 años. La estimación de la prevalencia de consumo a lo largo de la vida, en la población de 15 a 64 años, difiere considerablemente según los países, así como el año de la última encuesta que presentan. España con un 37,5% (datos de 2020) está por encima de la media europea (27,2%) y ocupa el tercer lugar detrás de Francia (44,8%, datos de 2017) y Dinamarca (38,4%, datos de 2017). La situación es similar cuando se compara la prevalencia del consumo de cánnabis en los últimos 12 meses en el adulto joven (15-34 años), la prevalencia de España (19,1% en 2020) está por encima de la media europea (15,4%), ocupando el cuarto lugar esta vez detrás de Francia (21,8% en 2017), Italia (20,9% en 2017) y Croacia (20,3%, datos de 2019).

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 34 años en Europa (%), 2019.

Fuente: Informe Europeo sobre Drogas 2021. EMCDDA.

4.6. Organismos y comisiones reguladoras

Los principales organismos y comisiones que actúan a nivel mundial o europeo en materia de drogas son los siguientes:

- La **Comisión de Estupefacientes (United Nations Commission on Narcotic Drugs, CND)** es una comisión funcional del Consejo Económico y Social (ECOSOC) que funciona como el principal órgano decisor del sistema de las Naciones Unidas que trata todas las cuestiones relacionadas con las drogas. Se creó en 1946 y se reúne anualmente. La Comisión asume una serie de funciones entre las que se encuentran asesorar al Consejo en lo referente a la aplicación de los convenios internacionales de control de drogas, aconsejar en cualquier asunto relativo al control de estupefacientes, psicotrópicos y sustancias empleadas en su fabricación o decidir, en base a las recomendaciones de la OMS, la inclusión de nuevas sustancias estupefacientes y psicotrópicas en las Listas (anexas a las Convenciones de 1961[34] y 1971[35]), modificar su ubicación dentro de las mismas, así como de enmendar, bajo recomendación de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), los Cuadros I y II (anexos a la Convención de 1988) de precursores frecuentemente utilizados en la fabricación de sustancias controladas.

  Respecto a la clasificación del cannabis en los tratados internacionales, el cannabis se encuentra incluido en la lista I de la Convención de 1961 por lo que tiene la consideración de estupefaciente, y su producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión debe limitarse a fines médicos y científicos. En diciembre de 2020, la CND retiró el cannabis de la lista IV[36] para permitir que se realizaran investigaciones científicas sobre sus posibles propiedades medicinales, no obstante, se mantiene en la lista I por su potencial adictivo y por producir riesgos importantes para la salud pública que deben seguir estando controlados en virtud de las convenciones internacionales.

- La **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)** se estableció en 1997 al fusionarse el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y el Centro para la Prevención Internacional del Delito (CPID). La ONUDD es la unidad administrativa especializada de la Secretaría de la Organización de Naciones Unidas encargada de tratar la problemática de las drogas, la prevención del delito y justicia penal, la delincuencia organizada transnacional, incluyendo sus múltiples actividades y manifestaciones, la corrupción y la prevención del terrorismo. ONUDD publica anualmente el Informe mundial sobre las drogas (World Drug Report)[37], que recopila estimaciones sobre la prevalencia del consumo de drogas, así como otros indicadores relacionados con las drogas ilegales (cultivo, tráfico), basada en la información presentada por los estados miembros de la ONU.

- El **Comité de Expertos sobre Drogodependencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO Expert Committee on Drug Dependence, ECDD)**[38] está formado por un grupo independiente de expertos en el campo de las adicciones y los medicamentos. La OMS se creó en 1948 como organismo especializado de las Naciones Unidas que actúa como autoridad directora y coordinadora de los asuntos sanitarios internacionales y de la salud pública. La OMS convoca al Comité aproximadamente una vez al año para revisar el impacto de las sustancias psicoactivas en la salud pública y hacer recomendaciones a la Comunidad Internacional. En el año 2018, elaboró varios documentos sobre cannabis[39, 40].

34 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Naciones Unidas. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
35 https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf
36 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63Reconvened/Press_statement_CND_2_December.pdf
37 United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. United Nations publication; 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html
38 Comité de Expertos sobre Drogodependencias de la OMS (ECDD). https://www.who.int/groups/who-expert-committee-on-drug-dependence
39 WHO Expert Committee on Drug Dependence: forty-first report. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO Technical Report Series, No. 1018). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/groups/who-expert-committee-on-drug-dependence/forty-first-ecdd-documents
40 WHO Expert Committee on Drug Dependence Critical Review. Cannabis and cannabis resin. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/controlled-substances/cannabis-and-cannabis-resin.pdf

- La **Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (International Narcotics Control Board, INCB)** es el órgano independiente de vigilancia de la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas. Fue establecida en 1968 con arreglo a lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. La JIFE publica un informe anual sobre la situación de la fiscalización de drogas en diversas partes del mundo. En enero de 2022, publicó una nueva Lista de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional y formularios[41] para informar sobre las sustancias controladas en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

- El **Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) (European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction, EMCDDA)**. Agencia comunitaria con sede en Lisboa, creada por el Reglamento (CEE) nº 302/93 del Consejo de 8 de febrero de 1993. Entre sus objetivos está proporcionar a la Unión Europea y a sus países miembros una información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de las adicciones y sus consecuencias. El EMCDDA publica anualmente el Informe Europeo sobre Drogas (European Drug Report, EDR) que presenta una visión general del fenómeno de las drogas en Europa, abarcando la oferta, el consumo y los problemas de salud pública, así como la política de drogas y sus respuestas.

- El **Grupo de Cooperación Internacional sobre Drogas y Adicciones del Consejo de Europa**[42] **(Grupo Pompidou)** fue creado en 1971, por el presidente francés Georges Pompidou que alertó a los primeros ministros de los otros cinco países de la Comunidad Europea de la época, así como al del Reino Unido, de los peligros del creciente consumo de drogas, especialmente entre los jóvenes. Propuso la creación de un marco europeo de cooperación para luchar contra el incipiente comercio. Actualmente su ámbito geográfico abarca 42 Estados, extendiéndose más allá de las fronteras de Europa. Es un foro de intercambio de información y opiniones de carácter multidisciplinar (reducción de la oferta y de la demanda de drogas) que propicia la cooperación a nivel gubernamental. Su objetivo principal es aportar una asistencia práctica a los responsables de la elaboración de las políticas de drogas, a los profesionales y a toda persona que trabaja en este ámbito. Presta una especial atención a las relaciones con los países de Europa Central y Oriental.

- **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (Inter-American Drug Abuse Control Commission)**[43]. Está integrada en la actualidad por 32 Estados miembros, fue creada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1986 para fomentar y facilitar la cooperación multilateral entre los países miembros en el control del tráfico, la producción y el consumo de drogas. CICAD recoge datos estadísticos sobre cultivos ilícitos y erradicación de coca, incautación de drogas y productos químicos incautados, laboratorios descubiertos y personas detenidas por delitos relacionados con drogas.

41 https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/2021/Green_list_SPA_V21.pdf
42 https://www.coe.int/en/web/pompidou
43 http://www.cicad.oas.org

05

CONSUMO DE CANNABIS

VOLVER A ÍNDICE

5.1. Consumo en estudiantes de Enseñanzas Secundarias

5.1.1. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2021)

La encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2021) se realizó en estudiantes de 14 a 18 años procedentes de centros educativos públicos y privados. Esta encuesta que se realiza bienalmente desde 1994, está promovida y financiada por la DGPNSD y cuenta con la colaboración de las CCCA.

El periodo de recogida de información fue del 8 de marzo al 18 de mayo de 2021. La muestra es representativa a nivel nacional. El cuestionario y la metodología que se emplean para esta encuesta son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Para obtener una información más detallada sobre esta encuesta se puede consultar el siguiente enlace:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

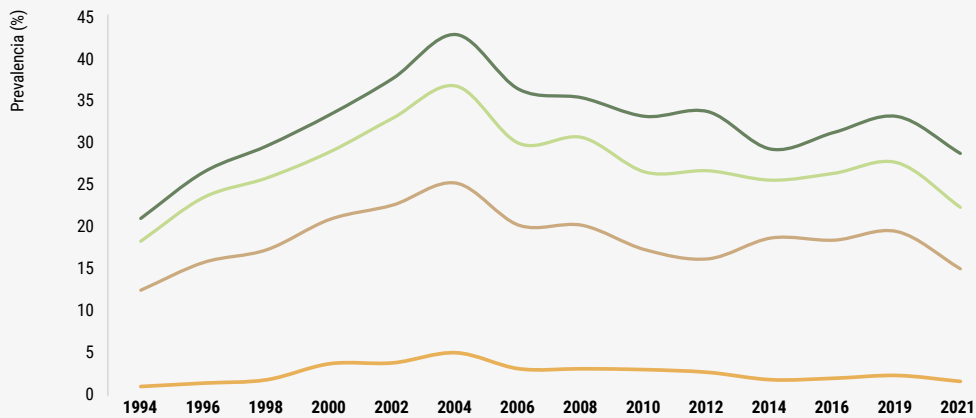
Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis.

Prevalencia de consumo de cannabis

En los estudiantes de Enseñanzas Secundarias con edades comprendidas entre 14 y 18 años, el cannabis se posiciona en tercer lugar como la sustancia psicoactiva más consumida en todos los marcos temporales. Además, es la droga ilegal más consumida en todos los periodos de tiempo.

En 2021, la prevalencia del consumo de cannabis **alguna vez en la vida** fue de un 28,6%, rompiendo la tendencia ascendente iniciada en 2016. El 22,2% de los estudiantes reconoció haberlo consumido en el **último año**, y en cuanto al consumo más reciente, es decir, en **los últimos 30 días,** la prevalencia fue del 14,9%. El 1,6% se declaró consumidor **diario** de cannabis. La prevalencia de consumo en los 4 periodos de tiempo registró una bajada importante, superior a los 4 puntos porcentuales, con respecto a 2019.

Figura 5.1.1. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2021.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021
Alguna vez en la vida	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0	28,6
Últimos 12 meses	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6	25,4	26,3	27,5	22,2
Últimos 30 días	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1	18,6	18,3	19,3	14,9
Diario últimos 30 días	1,0	1,4	1,8	3,7	3,8	5,0	3,1	3,1	3,0	2,7	1,8	2,0	2,3	1,6

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

Edad media de inicio en el consumo

De media, la primera vez que se consume cannabis es a los 14,9 años, dato similar en chicos y chicas (apenas una décima de diferencia: 14,8 y 14,9 años respectivamente). Esta situación se repite históricamente.

Prevalencia de consumo por edad y sexo

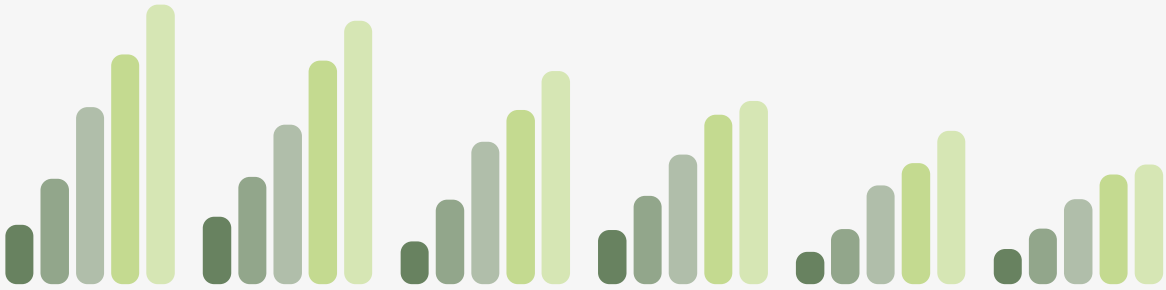
En líneas generales, se puede concluir que el cannabis tiene una mayor prevalencia de consumo entre los chicos, en la mayor parte de los tramos de edad contemplados (figura 5.1.2). No obstante, las chicas de 14 y 15 años manifestaron una prevalencia ligeramente más alta en todos los periodos temporales que los chicos de esta edad. Por ejemplo, el 12,4% de las chicas de 14 años admitieron haber consumido esta droga alguna vez, frente al 11% de los chicos de 14 años.

La prevalencia de consumo asciende progresivamente con la edad en todos los periodos temporales tanto en chicos como en chicas. Así a los 18 años el consumo de cannabis en alguna ocasión fue del 51,5% en los chicos y del 48,5% en las chicas.

Considerando el tramo temporal del último mes, la prevalencia de consumo de los alumnos de 14 años fue del 6,0%, porcentaje que aumentó hasta casi 5 veces más en el grupo de 18 años (28,2%). Por su parte, en las chicas, se pasa de un consumo del 6,5% a los 14 años, al 22,0% con 18 años.

La prevalencia de consumo de cannabis en el último mes de los estudiantes de 14 a 18 años fue del 22,2%, como se ha indicado previamente, siendo el 87,7% de ellos menores de edad.

Figura 5.1.2. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2021.



	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
14	11,0	12,4	7,9	9,9	6,0	6,5
15	19,4	19,7	15,5	16,3	10,1	10,2
16	32,6	29,4	26,2	23,9	18,2	15,6
17	42,3	41,2	32,0	31,2	22,3	20,2
18	51,5	48,5	39,3	33,7	28,2	22,0

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

Tabla 5.1.1. Características generales del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2021.

	1994		2000		2006		2008		2010		2012		2014		2016		2019		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Encuestados (nº)	10.415	10.374	10.147	9.777	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205
Edad media de inicio de consumo (años)	15,1	15,2	14,8	15,0	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8	14,8	15,0	14,8	14,9	14,8	14,9	14,9	15,0	14,8	14,9
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	23,8	18,0	36,2	30,1	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5	29,2	27,9
Prevalencia (%) últimos 12 meses	21,2	15,2	32,2	25,2	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9	22,6	21,8
Prevalencia (%) últimos 30 días	15,1	9,8	24,5	16,9	22,3	18,0	23,0	17,2	18,6	14,6	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3	15,7	14,1
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días																				
Nunca	84,9	90,2	75,5	83,1	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7	81,1	86,7	83,1	87,9	84,2	88,2	82,3	86,6	87,6	89,1
1 a 2 días	6,9	5,1	8,6	8,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8	7,1	6,2	6,5	6,0	5,7	5,5	7,0	6,5	5,1	5,4
3 a 5 días	3,0	2,1	4,7	3,5	5,3	4,8	5,0	4,6	3,9	3,7	3,9	3,0	3,9	2,8	3,6	2,7	3,8	3,1	2,6	2,2
6 a 9 días	2,1	1,4	3,1	1,9	2,5	1,8	2,6	1,8	2,2	1,4	2,1	1,3	2,0	1,1	1,8	1,3	1,5	1,2	1,2	1,0
10 a 19 días	1,5	0,6	3,5	1,3	2,9	1,8	3,6	2,0	2,5	1,6	2,0	1,3	1,9	1,2	1,9	1,1	2,1	1,2	1,3	1,2
20 a 29 días	1,5	0,6	4,7	1,4	4,2	2,2	4,5	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4	2,1	1,1

H: hombres; M: mujeres.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolutivamente la prevalencia de consumo de cannabis en los chicos es siempre mayor que en las chicas sea cual sea el tramo temporal analizado salvo en 2021 en las chicas de 14 y 15 años. En 2021 se produjo un descenso en la prevalencia de consumo de cannabis en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Contemplando la frecuencia de consumo en el último mes, tanto chicos como chicas suelen consumir cannabis de forma esporádica (1 o 2 días) y solo unos pocos consumen 20 o más días (2,1% en los chicos y 1,1% en las chicas).

Incidencia

La incidencia de consumo pretende conocer cuántos estudiantes de 14 a 18 años se iniciaron en el consumo de cannabis en el último año (tabla 5.1.2).

Para el cálculo de la incidencia, se parte de la base de alumnos que nunca han consumido cannabis y aquellos que comenzaron su consumo en los últimos 12 meses, con el fin de dimensionar la tasa que suponen éstos últimos sobre dicha base. Bajo esta premisa, se concluye que durante 2021 iniciaron el consumo de cannabis 114 estudiantes de cada 1000 que no consumían, siendo mayor el número de mujeres, como en la edición anterior. Además, en 2021 iniciaron el consumo menos estudiantes que en 2019, lo que rompe la tendencia ascendente que venía registrándose desde 2014.

Tabla 5.1.2. Estimación de la incidencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (‰). España, 2014-2021

	2014			2016			2019			2021		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Estimación de la incidencia	**120**	123	117	**139**	147	131	**169**	174	164	**114**	107	121

T=Total, H=Hombres, M=Mujeres
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Características del consumo de cannabis: cantidad y tipo

En relación con la **cantidad consumida**, los estudiantes que han fumado cannabis en el último mes reconocen que, el día que consumen, fuman de media 3,3 porros al día (tabla 5.1.3). Por sexo, se aprecia que los chicos fuman, de media, un porro más que las chicas (3,7 frente a 2,7 respectivamente). Por edades, la cantidad media consumida de porros oscila entre los 3 porros a los 14 años y los 4 en el grupo de los 18 años.

En cuanto a la **forma en la que se consumió el cannabis el último mes,** la mitad fumaron principalmente marihuana (sobre todo chicas y en el grupo más joven de edad), un 33,5% consumió tanto marihuana como hachís (sobre todo los chicos y los consumidores de 17 años) y el 16,7% ha consumido principalmente hachís (especialmente chicas). En 2021, respecto a los datos registrados en 2019, aumenta el consumo principalmente de marihuana en detrimento de los consumidores que toman principalmente hachís o los que consumen las dos modalidades indistintamente. Es importante resaltar que cerca de 9 de cada 10 estudiantes (87,7%) cuando fuman cannabis lo suelen mezclar con tabaco. Este hábito está implementado en ambos sexos y en todas las edades.

Tabla 5.1.3. Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2021.

		2016	2019	2021		
				Total	Hombre	Mujer
Tipo de consumo de cannabis	Principalmente marihuana (hierba)	51,1	43,8	49,8	47,7	52,2
	Principalmente hachís (resina, chocolate)	12,2	19,3	16,7	15,3	18,4
	De los 2 tipos	36,7	37,0	33,5	37,1	29,4
Mezcla de cannabis con tabaco	Sí	82,4	87,1	87,7	86,4	89,2
	No	17,6	12,9	12,3	13,6	10,8
Media de porros consumidos el día que se consume cannabis		3,4	3,4	3,3	3,7	2,7

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

En cuanto al **modo en el que se consume el cannabis**, se concluye que el porro o canuto fue la forma con mayor prevalencia de consumo (91,4%), seguido, muy de lejos, por el uso de pipas de agua, bongs, cachimbas o shishas (10,3%). Las otras dos formas de consumo de cannabis tienen un peso menor: 5,3% usan cigarrillos electrónicos y 1,4% lo consumen por vía oral (pasteles, galletas…). En línea con las prevalencias generales, evolutivamente descienden los consumos de cannabis en todos sus formatos, siendo los cigarrillos electrónicos el único modo que se mantiene estable respecto a 2019.

Tabla 5.1.4. Modo de consumo del cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2021.

	2016	2019	2021		
			Total	Hombre	Mujer
En forma de porro o canuto	97,7	98,9	91,4	90,8	91,9
Usando pipas de agua, bongs, cachimbas o shishas	17,9	11,9	10,3	14,3	5,8
Por vía oral: pasteles, galletas…	5,7	2,0	1,4	2,0	0,7
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	5,4	5,3	6,7	3,7

H=Hombres, M=Mujeres

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

Ante la pregunta de "Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana, ¿lo probarías?" (tabla 5.1.5), el 81,8% de los estudiantes de 14 a 18 años comentan que no estarían dispuestos a probarlo, pero sí lo probarían el 18,2% de los alumnos, lo que supondría una subida del dato de 2,8 puntos porcentuales respecto a 2019.

Aunque las diferencias entre sexo y edad no son notables, son las chicas las que muestran una actitud más propensa a probar cannabis si fuese legal (19,6% frente al 16,8%).

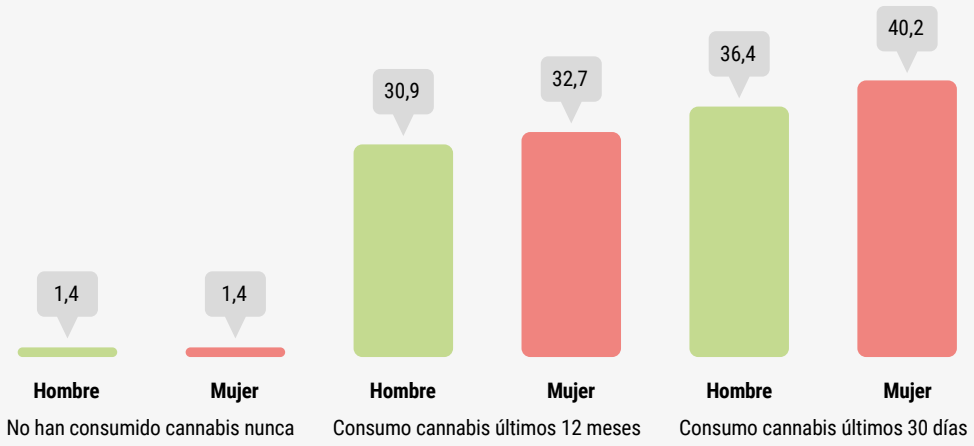
Tabla 5.1.5. Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que afirman que probarían o no hachís o marihuana si fuese legal, entre los estudiantes de 14 a 18 años que no lo han probado nunca, según sexo (%). España 2016-2021.

		2016	2019	2021		
				Total	Hombre	Mujer
Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana ¿lo probarías?	Sí	12,5	15,4	18,2	16,8	19,6
	No	87,5	84,6	81,8	83,2	80,4

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

Contrastando el consumo diario de tabaco de los alumnos según su consumo de cannabis, se obtienen resultados de interés. Así, solo el 1,4% de los no consumidores de cannabis mencionaron fumar tabaco a diario tanto hombres como mujeres, pero cuando consumen cannabis la relación crece de forma sustancial, ya que el 38,2% de los que lo consumieron en el último mes (36,4% chicos y 40,2% chicas), también han fumado tabaco diariamente.

Figura 5.1.3. Prevalencia del consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según su consumo de cannabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y 30 días y según sexo (%). España, 2021.

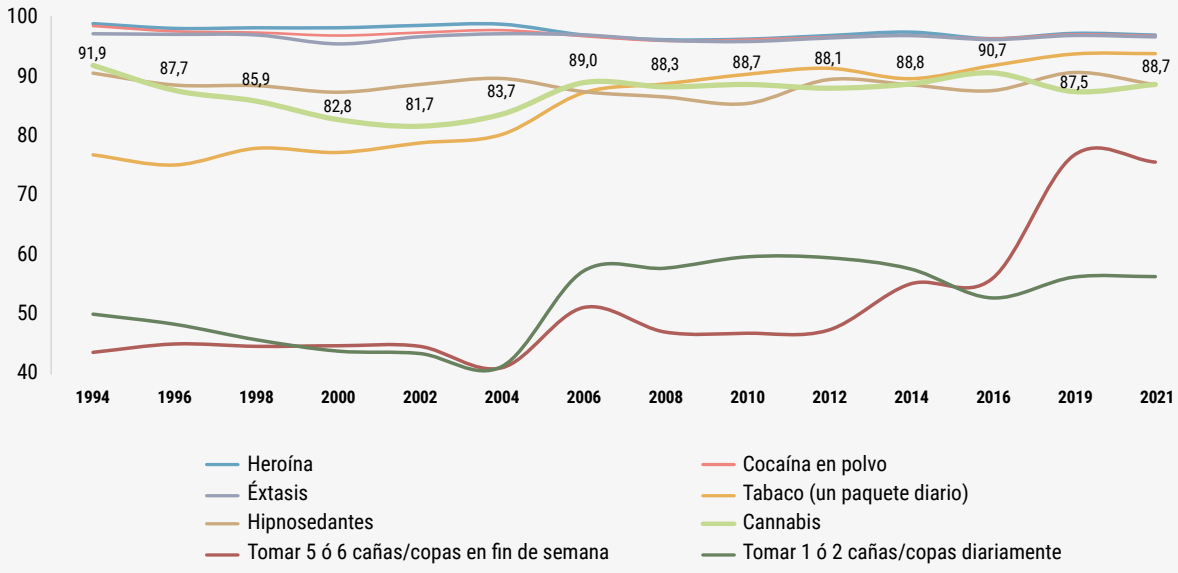


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

- **Percepciones y opiniones de la población ante el consumo de cannabis.**

La **percepción de riesgo** da idea de en qué medida los estudiantes piensan que una determinada conducta puede ocasionar problemas. En este sentido, el riesgo asociado al consumo se comporta como un elemento protector frente al consumo y constituye un freno al mismo, especialmente en estudiantes que se planteen probar cannabis.

Figura 5.1.4. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensa que el consumo habitual, una vez por semana o más frecuentemente, puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2021.



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

Los estudiantes expresaron un acuerdo casi absoluto respecto a la peligrosidad del consumo habitual de sustancias ilegales como la heroína (97,0%), la cocaína en polvo (96,8%) o el éxtasis (96,7%).

En el caso del **cannabis**, el 88,7% de los alumnos consideraron que su **consumo habitual** puede afectar notablemente a la salud (porcentaje similar al obtenido en ediciones pasadas).

En general, las alumnas tienen una mayor percepción de riesgo ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas, en comparación con los chicos. De todos los comportamientos evaluados, los que muestran una mayor diferencia entre ambos grupos son **fumar cannabis habitualmente** (91,9% en mujeres y 85,4% en hombres: 6,5 puntos porcentuales) y tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana (59,4% en mujeres y 53,5% en hombres: 5,9 puntos porcentuales).

Por edades, las percepciones de riesgo más altas están polarizadas: hay conductas que se consideran más peligrosas a los 14 años (fumar 1-5 cigarrillos diarios, beber alcohol a diario y **consumir cannabis habitualmente**) y otras a los 18 años (fumar un paquete de tabaco diario, tomar 5-6 bebidas alcohólicas el fin de semana o tomar hipnosedantes habitualmente).

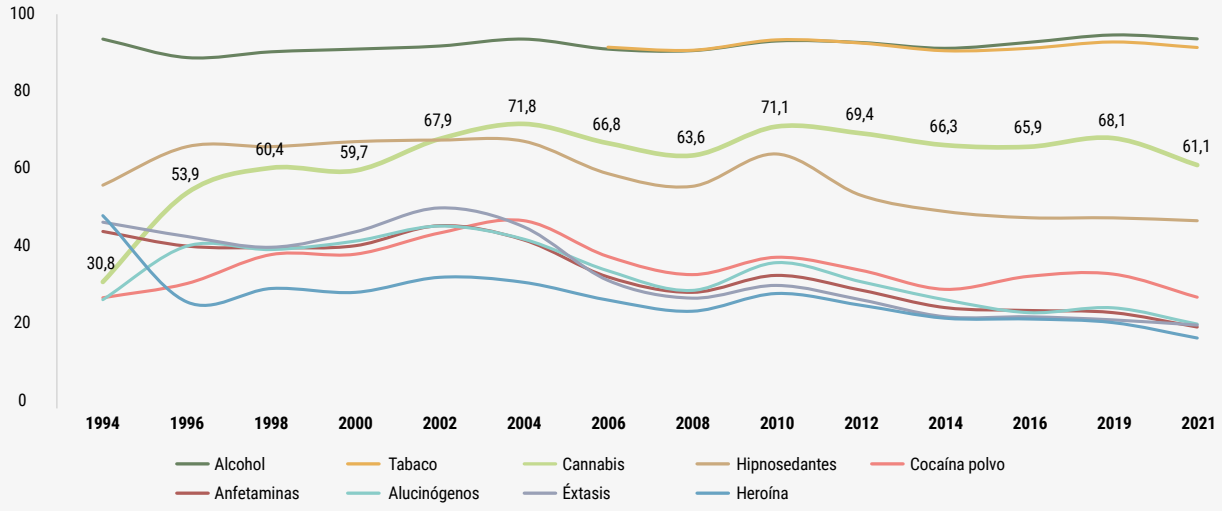
La percepción de riesgo de **fumar cannabis en alguna ocasión** muestra una tendencia descendente, de manera que en 2021 el 52,2% de los estudiantes consideró que puede tener consecuencias importantes para la salud, frente al 70,6% en 2006.

Respecto a la percepción de riesgo de fumar cannabis por edad, a diferencia de lo que sucede con otras sustancias, la percepción de riesgo se reduce según aumenta la edad.

La sensación de facilidad de acceso a las diferentes sustancias psicoactivas es lo que se conoce como **percepción de disponibilidad** de drogas.

De todas las sustancias ilegales, el **cannabis** es la que tiene una mayor percepción de disponibilidad: aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes piensan que es fácil o muy fácil adquirirlo. No obstante, respecto al año 2019, se experimenta un descenso en esta percepción, situándose así en niveles de 1998, probablemente en relación con las restricciones de movilidad causadas por Covid-19.

Figura 5.1.5. Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje de estudiantes que piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga si quisiera) (%). España, 1994-2021.



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

Comparando los resultados en función del sexo, las chicas creen, en mayor medida que los chicos, que tienen un acceso más fácil al alcohol, tabaco y, especialmente, a los hipnosedantes. Por el contrario, en los chicos se registra una percepción de disponibilidad de las drogas ilegales más alta que en el caso de las chicas. La percepción de disponibilidad del cannabis aumenta con la edad.

Tabla 5.1.6. Disponibilidad percibida de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) según edad y sexo (%). España, 2021.

	Total	Sexo		Edad				
		Hombre	Mujer	14	15	16	17	18
Bebidas alcohólicas	93,9	93,3	94,4	89,2	91,9	94,5	96,9	97,7
Tabaco	91,6	91,1	92,1	85,7	89,4	92,8	95,0	96,2
Cannabis	61,1	63,1	59,3	38,7	51,4	65,0	75,0	78,9
Hipnosedantes	46,7	44,3	48,8	35,4	40,5	47,3	55,2	63,1

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

La disponibilidad percibida de cannabis es mayor en los estudiantes que han hecho *binge drinking* o se han emborrachado en los últimos 30 días frente a los que no han realizado esas conductas.

Tabla 5.1.7. Disponibilidad percibida de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentaje de estudiantes que piensa que les sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cannabis si quisiera) (%). España, 2021.

	Ha hecho *binge drinking*	No ha hecho binge	Se ha emborrachado	No se ha emborrachado
Disponibilidad percibida de cannabis	78,9	52,7	82,2	52,8

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

Los consumidores de cannabis adquieren la droga principalmente por dos vías: a través de un amigo/conocido o a través de un vendedor (camello).

Tabla 5.1.8. Distintos modos en los que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han conseguido cannabis entre los estudiantes que han consumido cannabis alguna vez (%) España, 2021.

A través de un familiar/amigo/conocido	45,1
A través de un vendedor (camello)	35,7
En una zona de ocio (festival, concierto…)	9,1
A través de una tienda especializada (smart shop, herbolario...)	5,6
A través de internet	2,1

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

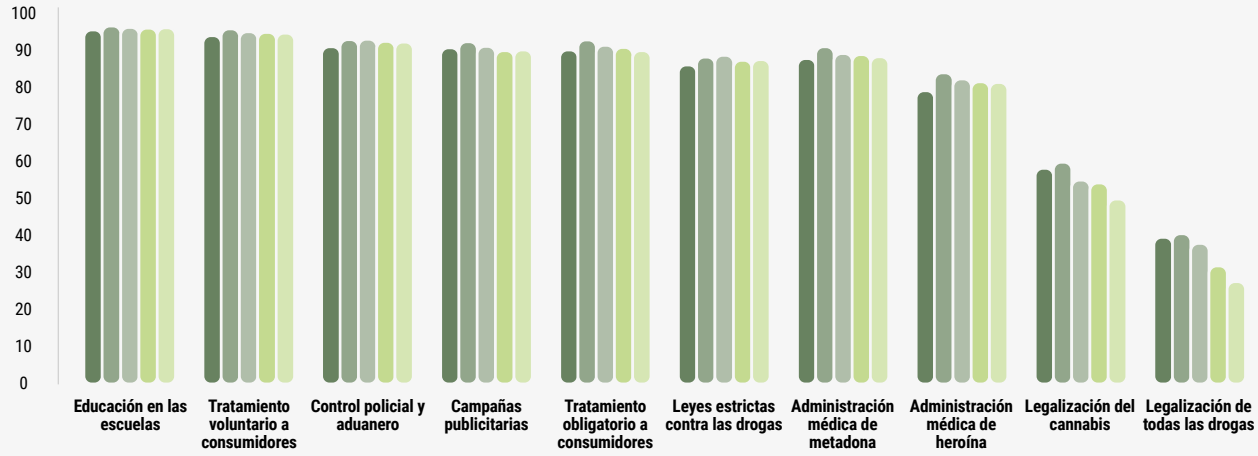
El 34,7% de los estudiantes comentan que, en alguna ocasión a lo largo del último año, **les han ofrecido** cannabis **ya sea de forma gratuita o para comprar**; casi de igual manera entre chicos (34,2%) y chicas (35,3%).

Opinión sobre diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

A la hora de valorar la importancia que pueden tener diversas medidas o acciones para intentar resolver el problema de las drogas (figura 5.1.6), casi todos los alumnos de 14 a 18 años están de acuerdo en que lo prioritario es la educación en el ámbito escolar (96,3%), el tratamiento voluntario a consumidores (94,9%) y el control policial y aduanero (92,4%).

Medidas que también serían efectivas para 9 de cada 10 estudiantes son las campañas publicitarias (90,3%) y el tratamiento obligatorio a consumidores (90,1%). Por el contrario, las acciones que gozan de un menor apoyo por parte de los jóvenes son las que tienen que ver con la legalización de sustancias psicoactivas (50,0% para el cannabis y 27,6% para todas las drogas).

Figura 5.1.6. Opinión sobre diversas acciones para resolver el problema de las drogas* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2012-2021.



	Educación en las escuelas	Tratamiento voluntario a consumidores	Control policial y aduanero	Campañas publicitarias	Tratamiento obligatorio a consumidores	Leyes estrictas contra las drogas	Administración médica de metadona	Administración médica de heroína	Legalización del cannabis	Legalización de todas las drogas
2012	95,7	94,2	91,2	90,9	90,3	86,2	88,0	79,3	58,3	39,6
2014	96,8	96,0	93,1	92,5	93,0	88,4	91,2	84,1	59,9	40,6
2016	96,4	95,2	93,2	91,3	91,6	88,9	89,3	82,5	55,1	38,0
2019	96,2	95,0	92,6	90,1	91,0	87,5	89,0	81,7	54,3	31,9
2021	96,3	94,9	92,4	90,3	90,1	87,7	88,4	81,5	50,0	27,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).
* Algo importante o muy importante

Desde 2014, las acciones relacionadas con la legalización del cannabis y de todas las drogas en general van teniendo, progresivamente, una menor consideración como medidas de alta importancia a la hora de resolver el problema de las drogas. En este sentido, la legalización del cannabis pasó de ser una acción muy importante para el 40,3% de los alumnos en 2014 al 28,4% en 2021; mientras que la legalización de todas las drogas desciende del 29,6% al 17,3% en el mismo periodo.

Evolutivamente, los chicos siempre han dado un mayor apoyo a la medida de legalizar el cannabis, en comparación a las chicas. Sin embargo, las chicas han dotado de más importancia a la acción de legalizar todas las drogas que los chicos salvo en 2021.

Respecto a la edad, a medida que incrementan los años de los estudiantes, hay un mayor consenso a la hora de valorar como muy importante la legalización del cannabis.

Tabla 5.1.9. Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que valoran como "muy importante" la legalización del cannabis y la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según sexo y edad (%). España 2012 - 2021.

			2012	2014	2016	2019	2021
Legalización del cannabis	Sexo	Total	37,7	40,3	36,4	34,2	28,4
		Hombre	39,3	40,9	36,7	35,7	29,1
		Mujer	35,9	39,8	36,1	32,8	27,6
	Edad	14	35,8	40,2	35,7	31,1	23,8
		15	36,3	39,2	35,5	32,1	26,0
		16	36,9	41,4	35,5	34,1	28,8
		17	38,4	39,7	36,8	36,7	31,5
		14-17	37,0	40,1	35,9	33,8	27,8
		18	41,1	42,7	43,1	40,4	34,8
Legalización de todas las drogas	Sexo	Total	27,0	29,6	26,8	20,8	17,3
		Hombre	25,7	27,5	25,3	20,4	17,3
		Mujer	28,4	31,8	28,4	21,3	17,2
	Edad	14	32,7	36,8	32,7	24,9	19,0
		15	28,9	31,5	28,7	21,2	18,3
		16	26,0	28,8	24,3	20,4	16,8
		17	24,4	24,1	22,1	18,2	15,9
		14-17	27,2	29,8	26,9	20,9	17,4
		18	25,7	27,0	26,1	20,0	16,0

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

Se observa que a medida que el consumo se intensifica, crece la opinión de que legalizar el cannabis serviría para solucionar el problema de las drogas.

Tabla 5.1.10. Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que valoran como "muy importante" la legalización del cannabis para resolver el problema de las drogas, según hayan consumido o no cannabis en los últimos 12 meses (%) España, 2014-2021.

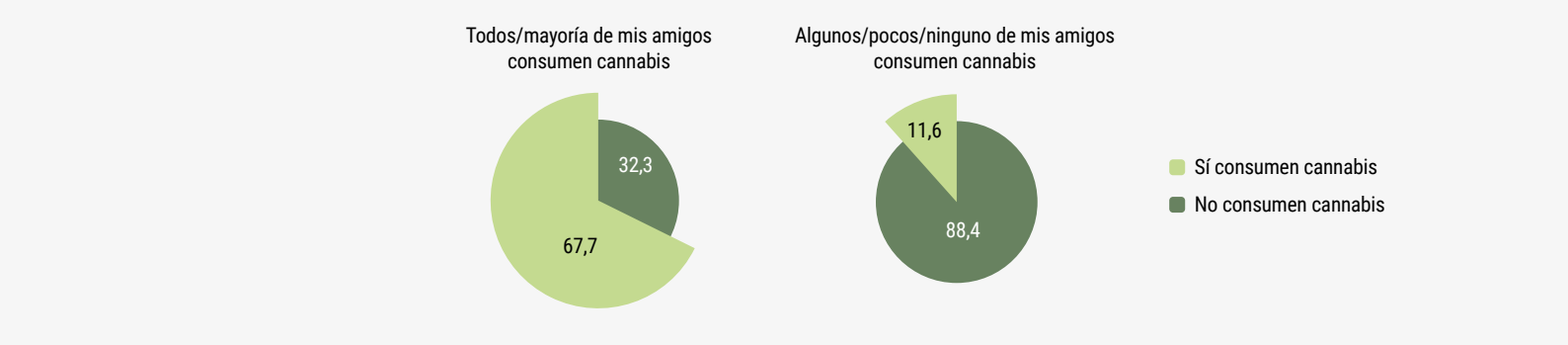
	2014	2016	2019	2021
No han consumido cannabis en el último año	22,6	19,5	18,0	22,7
Han consumido cannabis en el último año (CAST<4)	45,4	34,9	39,8	45,2
Han consumido cannabis en el último año (CAST ≥4 Consumo problemático)	58,2	48,2	51,8	63,2

CAST: Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo de cannabis. Amigos: relación/influencia de los iguales

El entorno social es una pieza clave para entender el fenómeno del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 67,7% de aquellos en que todos o la mayoría de sus amigos consumieron cannabis en el último mes también admitió consumir cannabis en este periodo. Sin embargo, en el grupo en el que pocos o ninguno de sus amigos consume, la prevalencia de consumo descendió al 11,6%.

Figura 5.1.7. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o solo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2021.



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

Entorno de ocio: actividades, salidas nocturnas (frecuencia y horario) y dinero disponible

Analizando el consumo de cannabis según las **actividades** que han realizado los estudiantes a lo largo del último año, observamos que los alumnos que salen por la noche con los amigos, visitan páginas solo para adultos en internet, no leen libros por diversión y no tienen otros hobbies, cuentan con mayores prevalencias de consumo de cannabis en los últimos 12 meses.

Tabla 5.1.11. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según las actividades de ocio realizadas (%). España, 2021.

	Consumo cannabis últimos 12 meses
Ha practicado algún deporte	22,1
No ha practicado ningún deporte	23,9
Ha leído libros para divertirse	18,2
No ha leído libros para divertirse	28,6
Ha salido con amigos por las noches	29,7
No ha salido con amigos por las noches	8,4
Ha salido con amigos por las tardes	23,0
No ha salido con amigos por las tardes	7,5
Tiene otros hobbies	20,5
No tiene otros hobbies	25,2
Ha usado internet para divertirse	22,3
No ha usado internet para divertirse	24,8
Ha visitado paginas solo para adultos	29,0
No ha visitado páginas solo para adultos	14,9
Realiza compras en internet	23,4
No realiza compras en internet	12,0

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

Hay que señalar que debido al contexto de pandemia global causado por Covid-19 y sus consiguientes restricciones de movilidad, el ocio nocturno vivido en 2020 y 2021 se vio afectado especialmente, de ahí que en general la mayoría de los estudiantes indique que, o bien han salido menos de una noche al mes (17,5%), o incluso en ninguna ocasión en el periodo analizado (25,3%). Además, los "toques de queda" en determinados meses influyeron en la hora de vuelta a casa, ya que más de la mitad de los estudiantes afirman que, cuando salieron a divertirse por la noche, regresaron a casa antes de las 12 de la noche.

No obstante, la correlación entre la **frecuencia de salidas nocturnas** y el consumo de cannabis en el último año es evidente: solo el 6,3% de los adolescentes que no han salido por la noche han consumido cannabis en el último año. Sin embargo, la prevalencia aumenta progresivamente cuando empieza a registrarse cierto hábito de salidas nocturnas, alcanzando el 44,3% de los alumnos que salieron más de 4 noches a la semana.

Tabla 5.1.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%). España, 2021.

Frecuencia de salidas nocturnas	Cannabis
Nunca	**6,3**
Menos de una noche al mes	18,3
De 1 a 3 noches al mes	26,8
1 noche a la semana	27,9
2 noches a la semana	34,2
3-4 noches a la semana	41,2
Más de 4 noches a la semana	44,3

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

Por otro lado, se observa que cuanto más tarde regresaron a casa los alumnos, mayor fue la prevalencia de consumo de cannabis.

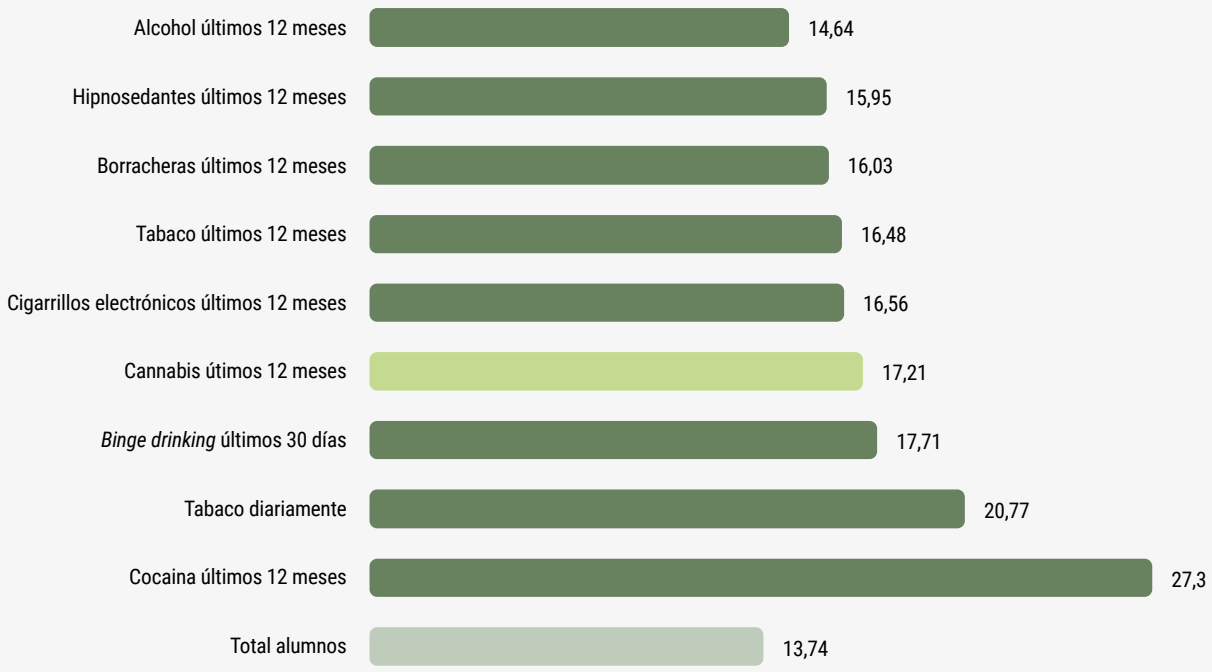
Tabla 5.1.13. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) (%). España, 2021.

Hora de regreso a casa	Cannabis
No ha salido	6,9
Antes de las 12 de la noche	18,1
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	21,7
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	27,0
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	32,2
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	43,1
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	52,1
Después de las 8 de la mañana	60,6

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

La **cantidad media de dinero semanal** con la que contaron los estudiantes que consumieron cannabis el último año (17,21 euros) fue superior al global con que contaron los estudiantes (13,74 euros) pero menor a la cantidad con que contaron los alumnos que hicieron *binge drinking* (17,71 euros) o fumaron tabaco a diario (20,77 euros).

Figura 5.1.8. Dinero disponible (euros) a la semana para gastos personales entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en función del consumo de sustancias psicoactivas. España, 2021.



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

Si se les pregunta a los estudiantes por la situación económica que cree que atraviesa su familia, se aprecia una distribución similar para el global de estudiantes y aquellos que se declararon consumidores de cannabis en los últimos 30 días.

Tabla 5.1.14. Situación económica de la familia entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según el consumo de sustancias en los últimos 30 días. España, 2021.

	Total estudiantes 14-18 años	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína
Por encima de la media	**12,7**	13,7	13,7	13,5	21,7
Más o menos como la media	**82,8**	81,7	80,7	79,7	64,5
Por debajo de la media	**4,5**	4,5	5,6	6,8	13,7

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

Entorno escolar: rendimiento escolar y conflictos

Cuando se observan los rendimientos académicos en función del consumo de cannabis se percibe que la proporción que saca habitualmente notables o sobresalientes es bastante mayor en el grupo que no consumió cannabis en el último mes (52,9%) frente al grupo que sí consumió cannabis (35,2%).

En cuanto a los que realizan un **consumo problemático de cannabis** solo el 22,5% consiguen obtener calificaciones de sobresaliente o notable frente a los que no tienen este tipo de consumo (52,9%).

Tabla 5.1.15. Rendimiento académico entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según el consumo de cannabis (%). España, 2021.

	Total	Notas que sacas habitualmente			Ha repetido curso alguna vez	
		Sobresaliente/ Notable	Bien/ Aprobado	Suspenso	Sí	No
TOTAL ESTUDIANTES		**50,1**	**43,3**	**6,6**	**20,9**	**79,1**
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	85,1	52,9	41,3	5,7	18,3	81,7
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	14,9	35,2	53,5	11,3	33,8	66,2
Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	3,0	22,5	62,7	14,8	51,0	49,0

CAST: Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Casi la mitad de los alumnos que han consumido cannabis en el último mes realizó pellas de clase en dicho periodo. La concentración de los estudiantes en clase se ve altamente afectada por el consumo de cannabis: de media, un 36% de los alumnos que consumieron cannabis tuvo problemas para atender en el colegio al día siguiente de salir.

Por último, un 15% de los estudiantes que consumieron cannabis fueron expulsados del centro alguna vez en el último año, como medida disciplinaria, porcentaje superior al de los no consumidores.

Tabla 5.1.16. Prevalencia de experimentar ciertas situaciones entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no cannabis (% de fila). España, 2021

	En los últimos 30 días ha hecho pellas	En los últimos 12 meses no ha podido concentrarse en el colegio al día siguiente de salir	En los últimos 12 meses ha sido expulsado del centro educativo
TOTAL ESTUDIANTES	**21,4**	**17,2**	**5,9**
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	46,7	36,0	15,0
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	16,9	13,9	4,3

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

Consecuencias negativas del consumo: riesgo de accidentes vehículos de motor, peleas/ agresiones y otras

En relación con el consumo de cannabis y la conducción de vehículos de motor, el 1,5% de los alumnos reconoce haber conducido bajo los efectos de esta droga en los últimos 12 meses, el 1,3% si se considera a los alumnos de 14 a 17 años y el 4,1% si se contempla el grupo de 18 años. Por otro lado, el porcentaje de alumnos que manifiesta haber viajado como pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis se sitúa en el 6,9%, dato que asciende hasta el 15,1% entre los estudiantes de 18 años.

Tabla 5.1.17. Conducción de un vehículo de motor bajo los efectos de sustancias psicoactivas y viajar como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2021.

	Total	SEXO		EDAD					
		Hombre	Mujer	14	15	16	17	18	14-17
He conducido un vehículo de motor bajo los efectos de hachís o marihuana	**1,5**	2,2	0,8	0,3	1,1	1,7	2,0	4,1	1,3
He viajado como pasajero de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de hachís o marihuana	**6,9**	7,4	6,4	1,9	4,2	7,1	10,7	15,1	6,2

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

Por otro lado, el 40,6% de los estudiantes de 14 a 18 años afirma haber tenido **algún conflicto o discusión importante con padres o hermanos**, proporción que aumenta considerablemente entre los consumidores de cannabis en los últimos 30 días (55,6%), logrando el mayor porcentaje entre los consumidores problemáticos de cannabis (CAST≥4), donde este dato supone el 65,4%.

Tabla 5.1.18. Prevalencia de experimentar ciertas situaciones en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido o no cannabis (%). España, 2021.

	Has tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos	No has podido recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido	Has tenido resaca	Has tenido relaciones sexuales sin preservativo
TOTAL ESTUDIANTES	**40,6**	**17,9**	**31,4**	**16,3**
Ha consumido cannabis en los últimos 30 días	55,6	42,9	66,9	42,7
No ha consumido cannabis en los últimos 30 días	38,0	13,7	25,3	11,8
Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	65,4	56,4	74,5	58,4

CAST: Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El 17,9% de los alumnos declara haber tenido problemas para **recordar lo sucedido la noche anterior tras haber salido** algún día del último año. Esta circunstancia crece de forma notable cuando consumieron cannabis en el último mes (42,9%), especialmente si realizaron un consumo problemático de cannabis (56,4%). En cuanto a las **relaciones sexuales sin preservativo**, el porcentaje de estudiantes que reconoce haberlas tenido es del 16,3%, incrementándose de manera importante también entre los consumidores de cannabis en el último mes (42,7%) sobre todo si se trataba de un consumo problemático (CAST≥4), entre los cuales las prevalencias de haber tenido relaciones sexuales sin protección están próximas al 60%.

Prevalencia de consumo de alcohol por comunidades y ciudades autónomas

En este apartado se expone el consumo de cannabis en las diversas CCAA y ciudades autónomas en los diferentes tramos temporales. Hay que tener en cuenta que la muestra correspondiente a Cantabria, Rioja, Ceuta y Melilla fue pequeña y el margen de error elevado, de forma que conviene tomar con precaución las comparaciones entre las diferentes comunidades autónomas.

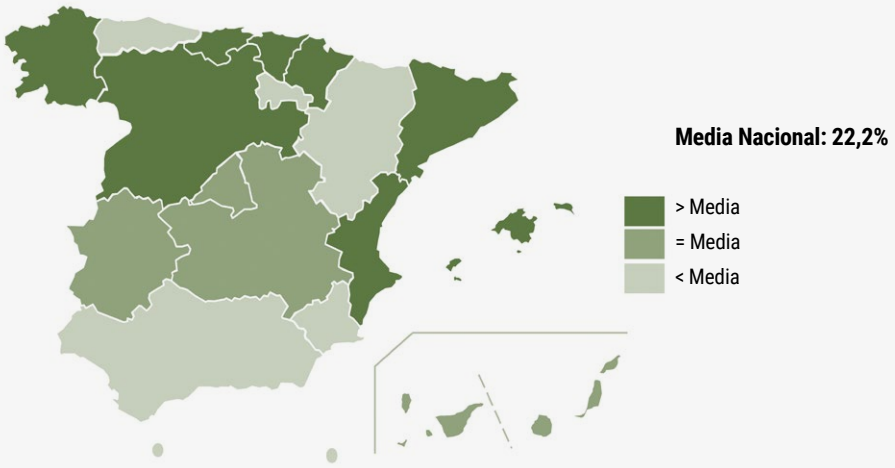
Las mayores prevalencias de consumo de cannabis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses se encuentran en los estudiantes de Navarra, Comunidad Valenciana y País Vasco. En estas regiones, el consumo de esta sustancia psicoactiva en alguna ocasión supera el 33%, mientras que para los últimos 12 meses está alrededor del 27% (5.1.19). En el otro extremo se encuentra Andalucía, llegando a una prevalencia de consumo de cannabis del 16,1% cuando el periodo analizado son los últimos 12 meses.

Tabla 5.1.19. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2021.

		Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses		
	Tamaño de muestra	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	2.659	21,4	19,8	23,0	16,1	14,7	17,5
Aragón	952	26,6	23,8	29,4	20,4	17,9	23,0
Asturias	789	23,6	20,7	26,6	18,5	15,8	21,2
Baleares	864	31,0	27,9	34,1	24,0	21,1	26,8
Canarias	1.150	28,2	25,6	30,8	21,8	19,4	24,2
Cantabria*	609	27,4	23,8	30,9	23,4	20,1	26,8
Castilla y León	1.156	30,1	27,4	32,7	24,0	21,5	26,4
Castilla la Mancha	1.195	28,2	25,6	30,7	22,2	19,8	24,5
Cataluña	2.493	32,3	30,5	34,2	25,6	23,9	27,3
C. Valenciana	1.891	36,5	34,4	38,7	27,4	25,4	29,5
Extremadura	848	29,6	26,5	32,6	22,8	20,0	25,6
Galicia	1.244	28,9	26,4	31,4	23,7	21,3	26,1
Madrid	2.343	27,8	26,0	29,6	21,8	20,2	23,5
Murcia	1.131	24,5	22,0	27,0	17,4	15,2	19,6
Navarra	824	33,5	30,3	36,8	27,6	24,5	30,6
País Vasco	1.226	33,5	30,8	36,1	26,6	24,1	29,1
Rioja*	451	26,7	22,6	30,8	20,5	16,8	24,2
Ceuta*	251	15,4	10,9	19,9	12,2	8,1	16,2
Melilla*	245	11,4	7,4	15,4	7,1	3,9	10,3
Total	**22.321**	**28,6**	**28,0**	**29,2**	**22,2**	**21,7**	**22,8**

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).
* Los valores de estas CCAA/CA deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de la muestra.

Figura 5.1.9. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2021.



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

En la mayoría de comunidades, el consumo está más extendido entre los chicos que entre las chicas, observándose las diferencias más altas en La Rioja, Navarra y Galicia.

Tabla 5.1.20. Prevalencias de consumo de cannabis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma, según sexo (%). España, 2021.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	22,6	20,0	17,0	15,1
Aragón	26,4	26,8	21,2	19,8
Asturias	25,2	22,1	19,9	17,3
Baleares	33,0	28,5	26,8	20,6
Canarias	27,7	28,6	22,0	21,6
Cantabria*	28,7	26,1	24,9	22,0
Castilla y León	32,6	27,5	25,7	22,2
Castilla la Mancha	27,4	29,0	22,9	21,4
Cataluña	31,9	32,8	24,7	26,5
C. Valenciana	38,2	34,9	28,4	26,5
Extremadura	32,9	26,6	25,3	20,6
Galicia	32,3	25,3	27,0	20,4
Madrid	26,1	29,4	20,2	23,4
Murcia	27,4	21,2	19,3	15,2
Navarra	36,8	30,0	31,4	23,5
País Vasco	34,0	33,0	25,9	27,3
Rioja*	31,9	22,0	24,5	16,8
Ceuta*	18,4	13,1	12,5	11,9
Melilla*	12,4	10,7	9,8	4,9
Total	**29,3**	**28,0**	**22,6**	**21,8**

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).
* Los valores de estas CCAA/CA deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de la muestra.

5.1.2. Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD)

La encuesta ESPAD (Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas) es un proyecto de investigación internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes en el mundo, en el que han participado más de 40 países europeos desde su inicio en 1995. El objetivo general del proyecto es reunir datos comparables sobre el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de 15 y 16 años de edad en Europa.

En 2019 se ha realizado la encuesta ESPAD en la que por primera vez España ha participado como país miembro, si bien desde 1995 España ha proporcionado datos comparables procedentes de la encuesta ESTUDES. Se puede encontrar toda la información sobre el proyecto ESPAD en la siguiente página web:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESPAD.htm

Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis.

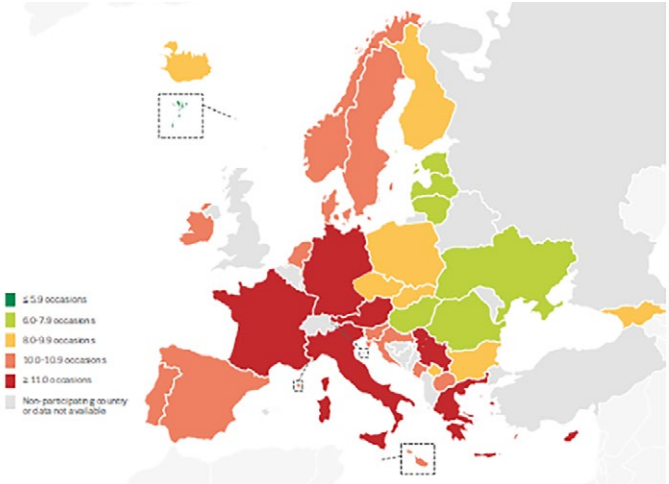
Prevalencia del consumo de cannabis

Respecto a la prevalencia de consumo, el cannabis es la droga ilícita más consumida, con una gran variabilidad entre los países de ESPAD. La prevalencia de consumo media alguna vez en la vida entre los adolescentes europeos permaneció estable en los mismos niveles que en 2015 y fue de un 16%. Por término medio, los chicos declararon consumir cannabis en mayor medida que las chicas (18% frente a 13%).

La prevalencia media del consumo en los últimos 30 días también presentó una tendencia estable en la media de países europeos (6,6% en 2015 y 7,1% en 2019). Se observó una gran variabilidad entre los países ESPAD, con la tasa máxima observada en Italia (15%) y la mínima en Kosovo (1,4%). Más chicos que chicas declararon haber consumido cannabis en los últimos 30 días (los chicos un 8,5% frente a las chicas un 5,8% de media), encontrándose diferencias de sexo estadísticamente significativas en más de dos tercios de los países ESPAD.

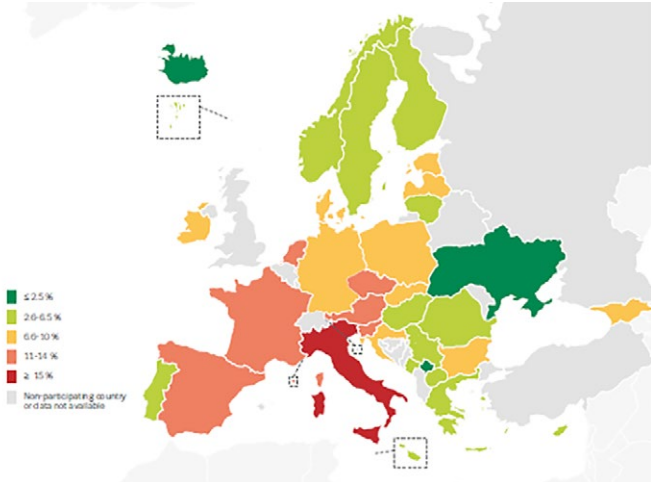
En España, la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida en los estudiantes de 15 y 16 años fue del 23% (24% en hombres y 22% en mujeres) y del 12% en los últimos 30 días (con la misma prevalencia del 12% en hombres y en mujeres). Ambos valores fueron superiores a la media europea (16% y 7,1% respectivamente).

Figura 5.1.10. Frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses (nº medio de ocasiones entre consumidores). ESPAD, 2019.



Fuente: Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD).

Figura 5.1.11. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días (%). ESPAD, 2019.



Fuente: Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD).

Disponibilidad percibida de cannabis

El cannabis está considerado entre los estudiantes europeos como la sustancia psicoactiva ilícita más fácil de conseguir. Alrededor de un tercio de los estudiantes de ESPAD (33% en 2019) consideran que el cannabis es fácil de obtener (32% en 2015). Se observa que, evolutivamente, la tendencia de la disponibilidad percibida de cannabis ha aumentado entre 1995 y 2019 del 27% al 35% entre los chicos y entre el 31% al 32% entre las chicas.

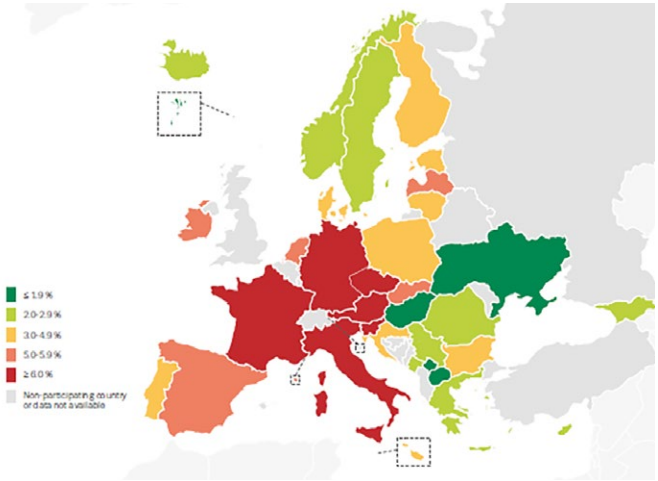
Para los estudiantes españoles la disponibilidad percibida de cannabis es del 41%, cifra superior a la media europea.

Consumo problemático de cannabis

Respecto al consumo problemático de cannabis, el 4,0% de los estudiantes europeos de 15 a 16 años están en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de cannabis. Se observa una gran variabilidad entre los países. Para medir dicho comportamiento se utilizó la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), definiendo a los consumidores con un posible consumo problemático a aquellos que cumplían los requisitos con un punto de corte de 2 o más en dicha escala.

En España la prevalencia de consumo problemático de cannabis fue de un 5,6% (6% en hombres y 5,3% en mujeres). Valor superior a la media europea.

Figura 5.1.12. Prevalencia de consumo problemático de cannabis (%). ESPAD, 2019.



Fuente: Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD).

Tabla 5.1.21. Porcentaje de estudiantes que declaran consumo de cannabis (%). ESPAD, 2019.

	España			ESPAD		
	Media	H	M	Media	H	M
Últimos 30 días	12,0	12,0	12,0	7,1	8,5	5,8
Consumo problemático (a)	5,6	6,0	5,3	4,0	4,7	3,3

(a) Definiendo a los consumidores con un posible consumo problemático a aquellos con un punto de corte de 2 o más en la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test).
Fuente: Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD).

5.2. Consumo en población de 15 a 64 años

5.2.1. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2020), se realizó en población general de 15 a 64 años residente en hogares. Se realiza bienalmente desde 1995, está promovida y financiada por la DGPNSD y cuenta con la colaboración de las comunidades y ciudades autónomas. El periodo de recogida de información fue del 7 de febrero al 13 de marzo de 2020, previo al inicio de la pandemia del COVID-19. El cuestionario y la metodología que se emplean para esta encuesta son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Para obtener una información más detallada sobre esta encuesta se puede consultar el siguiente enlace:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Se resumen a continuación los principales resultados referentes al consumo de cannabis.

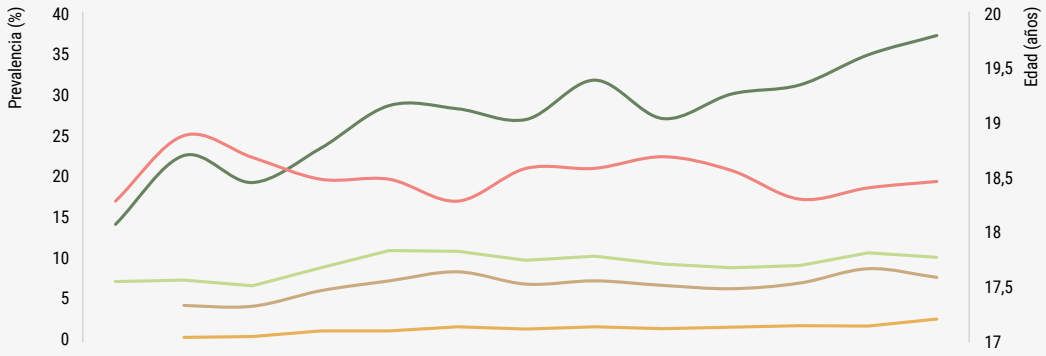
Prevalencia de consumo de cannabis

En la población de 15 a 64 años, el cannabis se posiciona en cuarto lugar como la sustancia psicoactiva más consumida detrás del alcohol, el tabaco y los hipnosedantes con o sin receta en todos los tramos temporales excepto en el consumo alguna vez en la vida que se coloca en tercer lugar por delante de los hipnosedantes. Además, es la droga ilegal más consumida en todos los periodos de tiempo.

En 2020, el 37,5% reconoció haber consumido cannabis **alguna vez en la vida**, proporción que ha continuado la tendencia creciente iniciada en 2013 y que ha supuesto un incremento en 2,3 puntos porcentuales respecto a la registrada en 2018 (35,2%) alcanzando el máximo de la serie histórica.

Con respecto al consumo en **el último año**, la prevalencia se situó en el 10,5%, y en el 8,0% cuando se analiza el consumo en el último mes. Para ambos tramos temporales, la prevalencia disminuyó ligeramente respecto al dato de 2018 (11,0% y 9,1%, respectivamente). El 2,9% de la población reconoció consumir cannabis de manera **diaria**, alcanzando en 2020 el máximo histórico.

Figura 5.2.1. Prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2020.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2	37,5
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5
Últimos 30 días		4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1	8,0
Diariamente en los últimos 30 días		0,7	0,8	1,5	1,5	2	1,7	2	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9
Edad media de inicio en el consumo	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3	18,4	18,5

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

Edad media de inicio en el consumo

El cannabis es la sustancia ilegal que empieza a consumirse a una edad más temprana (18,5 años). La edad de inicio de consumo se ha mantenido entre los 18 y los 19 años a lo largo de toda la serie histórica. Los hombres empiezan a consumir cannabis antes que las mujeres (18,1 y 19,1 años respectivamente).

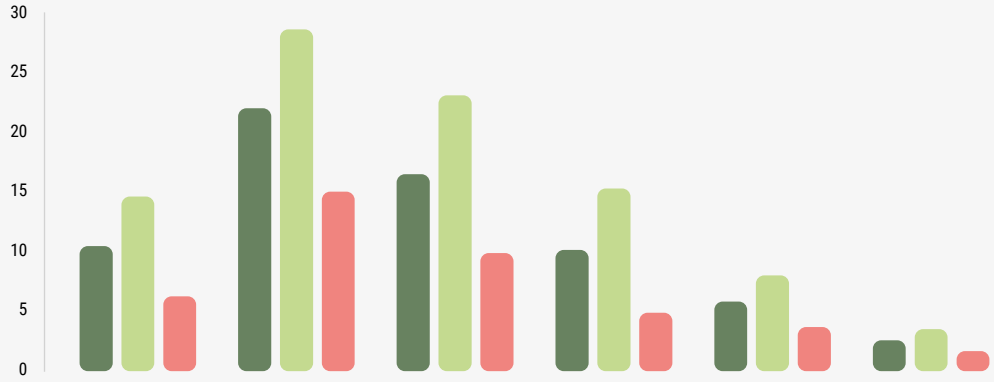
Como sucede con otras drogas, la diferencia en la edad media de inicio en el consumo encontrada en esta encuesta y la encuesta realizada en estudiantes de 14 a 18 años (14,9 años) se debe a que en EDADES se realiza a personas de 15 a 64 años, incluyendo personas que han empezado más tarde, mientras que en ESTUDES solo se pregunta a personas de 14 a 18 años, con lo que los que inician más tarde no entran en el cálculo de la edad media.

Prevalencia de consumo por edad y sexo

Analizando la prevalencia de consumo de cannabis en el **último año** en función de la edad, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye notablemente según aumenta la edad, situación que se repite tanto en hombres como en mujeres. Así se observa que, la máxima prevalencia para ambos sexos se da en el grupo de los jóvenes de 15 a 24 años, donde el 22,1% refiere haber consumido cannabis en los últimos 12 meses frente al 2,6% entre los de 55 a 64 años.

En función del sexo el consumo es más común entre los hombres que entre las mujeres (14,6% y 6,3%, respectivamente), situación que se repite en todos los tramos de edad.

Figura 5.2.2. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2020.



	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Total	10,5	22,1	16,6	10,2	5,8	2,6
Hombres	14,6	28,7	23,2	15,3	8,0	3,5
Mujeres	6,3	15,1	9,9	4,9	3,7	1,7

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

Haciendo el mismo análisis, pero, esta vez, respecto al consumo de cannabis en el **último mes**, se aprecia de nuevo una relación inversa entre la evolución de consumo de cannabis y la edad. Así, si para el total de la población de 15 a 64 años la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se situó en el 8,0%, ésta aumentó hasta el 15,9% entre los de 15 a 24 años, disminuyendo hasta situarse por debajo del 3% en el grupo de 55 a 64 años (2,2%). Esta situación se observa tanto en hombres como en mujeres.

Figura 5.2.3. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2020.

	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Total	8,0	15,9	12,7	8,0	4,6	2,2
Hombres	11,4	21,8	17,8	12,1	6,4	2,8
Mujeres	4,7	9,7	7,6	3,9	2,9	1,6

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

Es en el consumo del cannabis **alguna vez en la vida** donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 46,3% de los hombres han consumido cannabis frente al 28,7% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 20 puntos porcentuales. Evolutivamente, al igual que ocurrió en 2018, se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis. En función del sexo, de nuevo son los varones los que consumen en mayor medida con independencia del tramo de edad analizado.

Características del consumo de cannabis

Atendiendo al tipo de cannabis, históricamente la marihuana está más extendida que el hachís entre aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. El 48,7% indica haber fumado principalmente marihuana, y el 20,6% consumió principalmente hachís. El 30,8% indican haber fumado cannabis de los dos tipos.

El hecho de fumar ambos tipos (marihuana y hachís) está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, mientras que con el hachís pasa lo contrario.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (86,9%). Dato que disminuye 6 puntos porcentuales respecto a lo observado en 2018.

El número medio de porros consumidos en un episodio de consumo es de 2,9 porros, manejándose cifras similares en hombres y mujeres. Se observa para dicho valor una tendencia ascendente desde el año 2015.

Tabla 5.2.1. Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2020.

		2015			2018			2020		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Consumo cannabis últimos 30 días	Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0
	Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5
	De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	Sí	89,5	90,1	87,7	92,9	92,9	92,9	86,9	87,4	85,6
	No	10,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4
Media de porros consumidos en un episodio de consumo		2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8

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

Con independencia del sexo, la gran mayoría de los individuos consumió cannabis en forma de porro o canuto, aunque cabe destacar también que, un 4,4% de los consumidores de esta droga lo consume usando pipas de agua o cachimbas. Con respecto al año 2018 cabe destacar el aumento de individuos que utilizan los cigarrillos electrónicos para el consumo de cannabis.

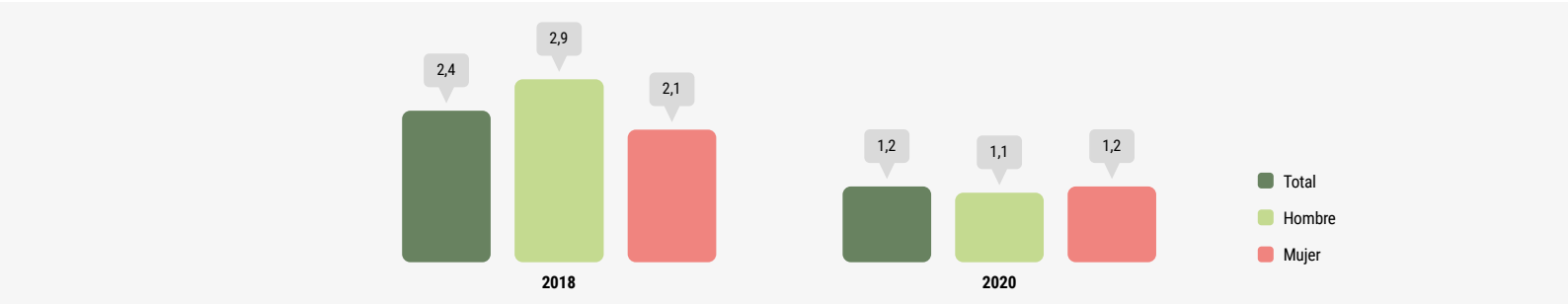
Tabla 5.2.2. Modo de consumo del cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2018-2020.

		2018			2020		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Consumo cannabis últimos 30 días	En forma de porro o canuto	97,9	98,6	96,2	97,9	97,8	98,2
	Usando pipas de agua, bongs, cachimbas o shishas	4,4	4,3	4,8	4,4	4,9	2,7
	Por vía oral: pasteles, galletas…	2,6	2,1	3,9	1,8	2,0	1,2
	Usando cigarrillos electrónicos	0,5	0,5	0,5	2,0	2,1	1,7

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

Entre los que nunca han consumido cannabis en su vida, únicamente el 1,2% de los encuestados indicó que consumiría cannabis si fuera una droga legal, obteniendo porcentajes muy similares con independencia del sexo.

Figura 5.2.4. Porcentaje de personas que afirman que si fuese legal el consumo de hachís o marihuana lo probarían. Respuesta entre los que no lo han probado nunca entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2018-2020.

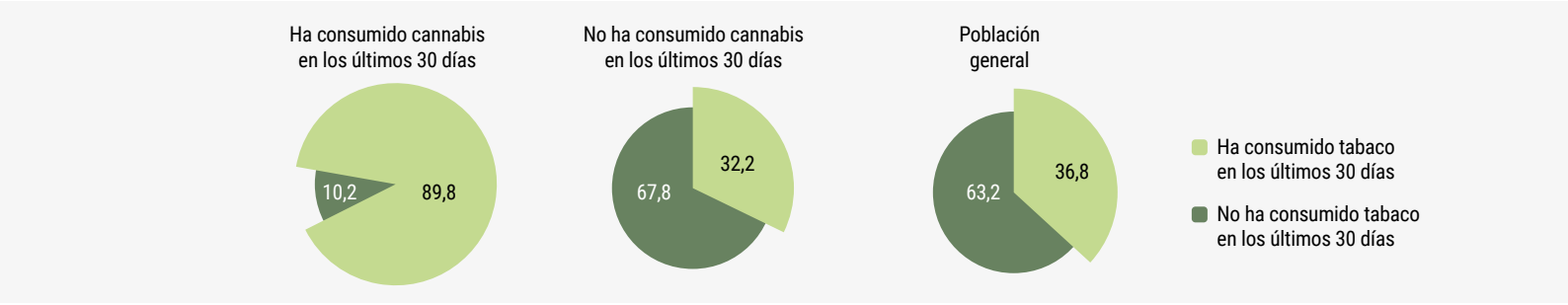


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de cannabis y tabaco

Nueve de cada diez personas que consumieron cannabis en el último mes reconocen haber consumido tabaco en este periodo (89,8%), disminuyéndose esta proporción hasta el 32,2% entre los que no han consumido cannabis, lo que confirma la estrecha relación en términos de consumo que existe entre ambas sustancias.

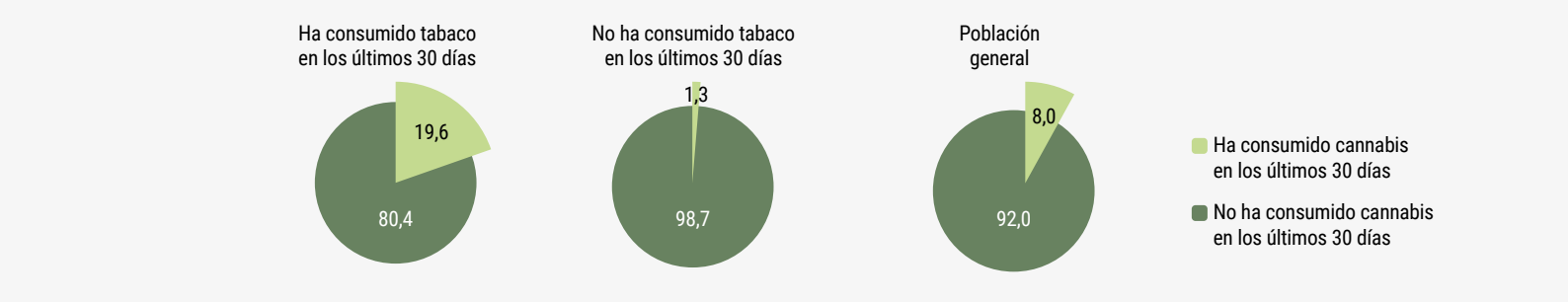
Figura 5.2.5. Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en función de que se haya consumido cannabis en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2020.



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

Realizando el análisis contrario, algo menos del 20% de los que ha consumido tabaco en los últimos 30 días declaró haber consumido cannabis en este plazo temporal frente al 1,3% de los que no han fumado tabaco en el último mes.

Figura 5.2.6. Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días en función de que se haya consumido tabaco en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2020.



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

Policonsumo

El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón aumenta los riesgos de las drogas, pudiendo potenciar sus efectos, reforzar la adicción, interferir el diagnóstico y dificultar el tratamiento.

Entre los consumidores de **una o dos sustancias psicoactivas** en los últimos 12 meses, el consumo de las drogas ilegales es muy bajo, siendo el cannabis la sustancia más consumida (0,3 y 5,1% respectivamente).

Entre las personas que consumieron **tres, cuatro o más sustancias psicoactivas** en los últimos 12 meses prácticamente siempre está presente el cannabis (62,5% y 92,8% respectivamente)

Tabla 5.2.3. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, según el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses (%). España, 2020.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Alcohol	85,6	94,7	98,9	99,2
Tabaco	10,0	80,9	97,6	96,9
Cannabis	0,3	5,1	62,5	92,8

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

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas y cannabis

Se consideran nuevas sustancias psicoactivas (NSP) aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis…). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom…) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos…

Nueve de cada diez personas que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, reconocen haber consumido también cannabis alguna vez en la vida (89,4%). El 58,7% de las que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida reconocen haber consumido cannabis en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, prevalencia que se reduce hasta el 9,7% entre los que nunca han tomado nuevas sustancias psicoactivas.

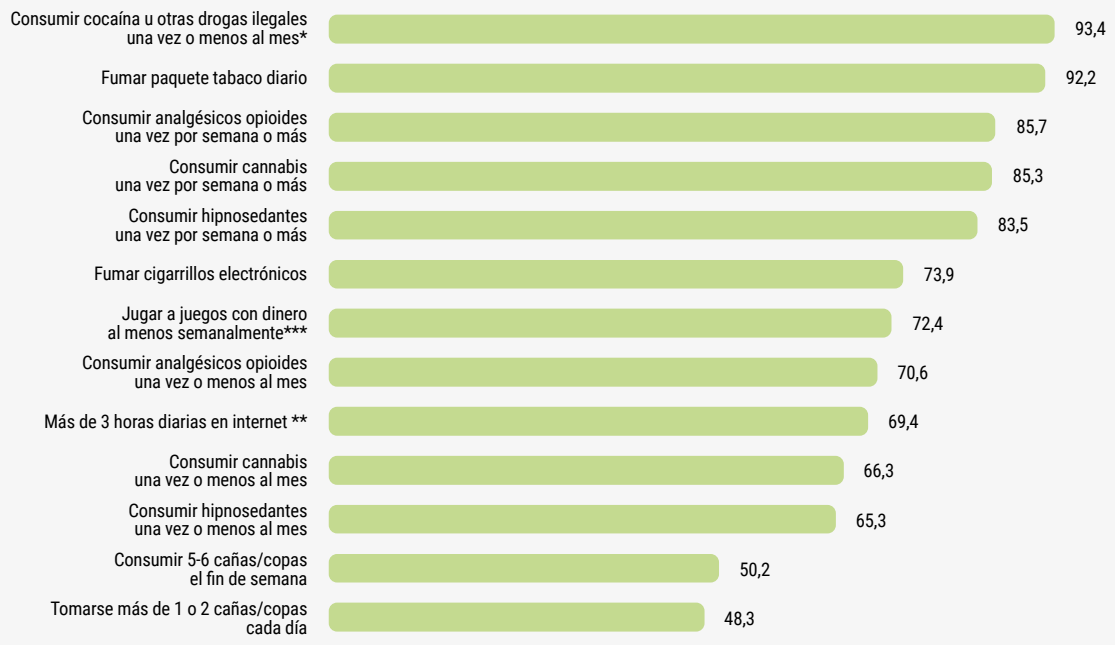
Percepciones y opiniones de la población ante el cannabis

La **percepción de riesgo** contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo.

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se incrementó en 3,8 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido al año 2018, estableciéndose en 85,3% el porcentaje de personas que piensa que consumir cannabis una vez por semana o más puede producir bastantes/muchos problemas para la salud.

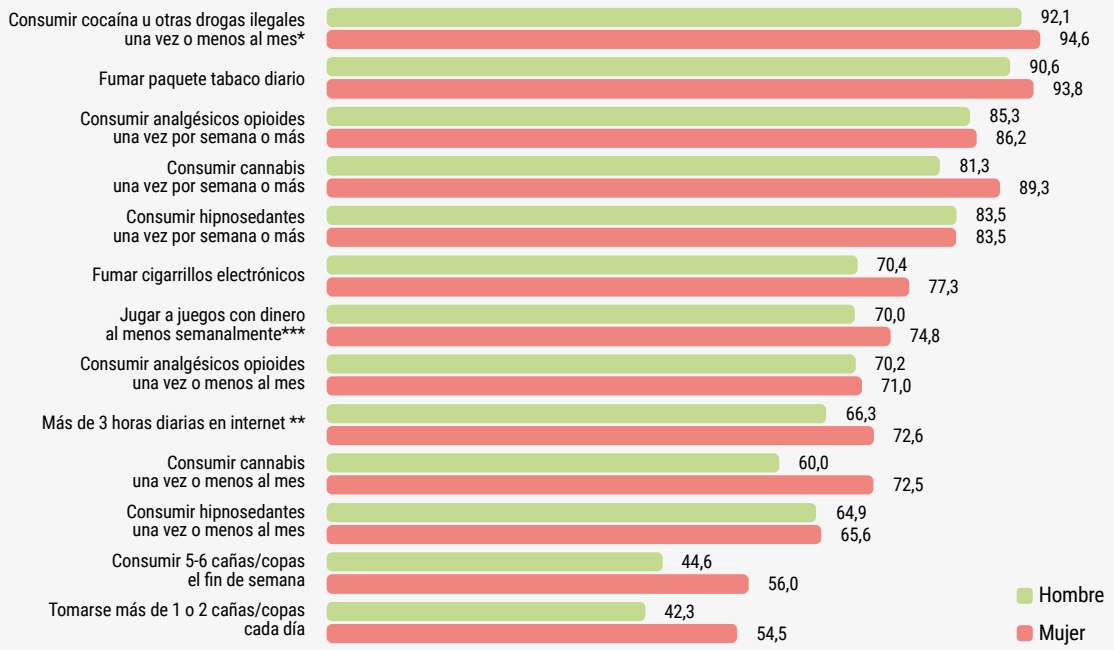
En lo que respecta al **consumo esporádico de cannabis** (una vez o menos al mes), en el año 2020 se ha obtenido un dato similar al de la medición anterior, siendo el 66,3% de las personas los que piensan que dicho consumo podría ser bastante o muy perjudicial para la salud (66,1% en 2018).

Figura 5.2.7. Riesgo percibido ante el consumo de drogas (porcentaje de población que piensa que cada conducta puede causar muchos o bastantes problemas). España, 2020.



* Otras drogas ilegales incluidas en 2020.
** Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales.
*** O apuestas.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Figura 5.2.8. Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2020.



* Otras drogas ilegales incluidas en 2020.
** Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales.
*** O apuestas.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

De manera general, la percepción de riesgo alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos. Comparativamente entre ambos sexos, las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol, cannabis y uso de internet.

Además de conocer el consumo de cannabis, es importante determinar en qué medida los ciudadanos consideran que es sencillo o no adquirirlo en 24 horas.

El **cannabis** destaca sobre el resto de sustancias ilegales en lo que a **accesibilidad** se refiere. El 59,4% piensa que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas, proporción inferior a la que se registró en 2018 (63,3%). La percepción de disponibilidad es ligeramente más alta para los hombres que para las mujeres (64,9 y 53,6% respectivamente).

Se puede apreciar que desde el año 2011 se viene produciendo un ligero descenso en la percepción de disponibilidad de esta sustancia.

Percepción de la importancia del problema de consumo de cannabis y visibilidad del problema

En relación a la visibilidad que tienen ciertas escenas relacionadas con el consumo de cannabis, se registra una situación similar a la ya descrita para la percepción de disponibilidad.

Las situaciones más habituales con las que se encuentran los individuos son las relacionadas con el consumo de cannabis y de alcohol, el 56,7% manifiesta que de manera frecuente se topan con personas fumando porros, y en lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor del 45,3% de los individuos dicen haberse encontrado de manera habitual con personas borrachas o haciendo botellón.

En cuanto a la visibilidad de vendedores ofreciendo drogas, al igual que ocurrió en 2018, se ha vuelto a registrar un ascenso, pasando del 10,1% al 12,1%, el porcentaje de personas que se encuentran a estos individuos de manera frecuente.

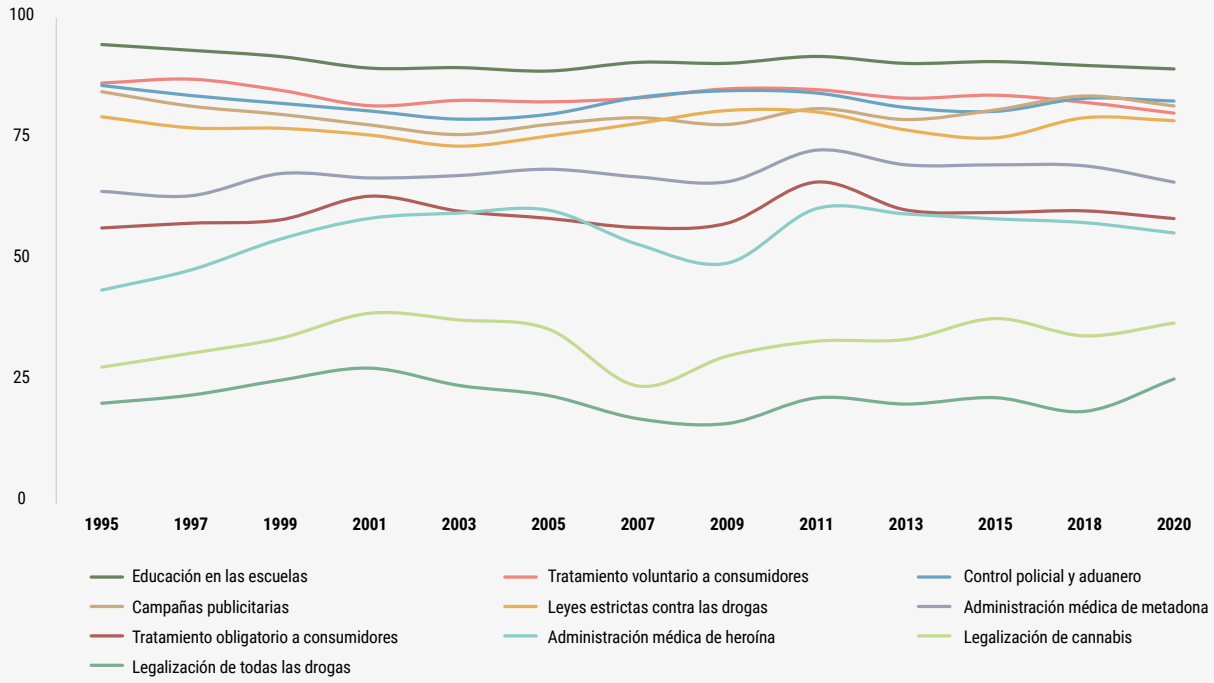
Opiniones sobre la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Se propone a los encuestados opinar acerca de una serie de acciones para solventar el problema del consumo de drogas entre la población. Las medidas que cuentan con un mayor grado de apoyo son la **educación en las escuelas**, y el **control policial y aduanero**, ya que el 89,2% y el 82,6% de la población piensan que estas medidas son muy importantes para resolver el problema de las drogas en nuestro país. A lo largo de la serie histórica, estas acciones han sido las que han contado con un mayor apoyo.

Otras acciones, que también son consideradas como muy importantes para resolver el problema de las drogas por una gran parte de la población son el **las campañas publicitarias** y el **tratamiento voluntario a los consumidores** (81,5% y 80,1%, respectivamente).

Finalmente, las acciones relacionadas con la legalización parecen ser importantes para una menor proporción de la población. El 36,5% de los individuos piensa que la **legalización del cannabis** sería una solución importante para resolver el problema de las drogas.

Figura 5.2.9. Valoración como "muy importantes" de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (%). España, 1995-2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
La proporción de mujeres que consideran estas medidas más importantes es mayor que en hombres para todas las acciones excepto para la legalización de cannabis.

Prevalencia del consumo de cannabis por comunidades y ciudades autónoma

En este apartado se expone el consumo de cannabis en las diversas CCAA y ciudades autónomas en los diferentes tramos temporales. Hay que tener en cuenta que la muestra correspondiente a Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla fue pequeña y el margen de error elevado, de forma que conviene tomar con precaución las comparaciones entre las diferentes comunidades autónomas.

Las comunidades autónomas con mayores prevalencias de consumo de cannabis **alguna vez en la vida** son, Navarra, Cataluña, Cantabria, La Rioja y País Vasco, todas con prevalencias iguales o superiores al 45%. En el lado opuesto, el consumo se encuentra algo menos extendido en las comunidades de Melilla y Ceuta, con unas prevalencias menores al 20%.

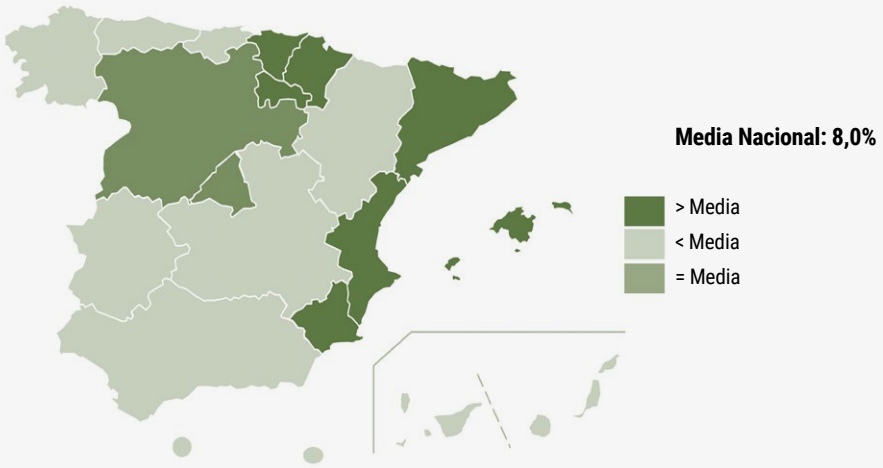
En el marco temporal de los últimos **12 meses**, las comunidades que registran unas prevalencias de consumo de cannabis mayores son Baleares, La Rioja, Cataluña, Murcia y Comunidad Valenciana, con prevalencias superiores al 10%. Las menores prevalencias las tenemos en Andalucía, Castilla-La Mancha Ceuta y Melilla, con prevalencias inferiores al 6,5%.

Tabla 5.2.4. Prevalencia de consumo de cannabis en la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2020.

Consumo de cannabis	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses		
	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior	Prevalencia	IC95% inferior	IC95% superior
Andalucía	**25,3**	23,2	27,4	**6,3**	5,1	7,4
Aragón	**37,7**	33,6	41,7	**8,4**	6,1	10,7
Asturias	**40,6**	37,6	43,7	**7,7**	6,1	9,3
Baleares	**43,9**	39,7	48,1	**20,5**	17,0	23,9
Canarias	**25,8**	22,0	29,5	**7,8**	5,5	10,1
Cantabria	**47,1**	42,9	51,2	**6,6**	4,6	8,7
Castilla y León	**39,5**	36,9	42,2	**10,8**	9,1	12,5
Castilla-La Mancha	**30,3**	27,5	33,2	**6,3**	4,8	7,8
Cataluña	**48,6**	46,3	50,9	**14,1**	12,5	15,7
C. Valenciana	**44,8**	42,8	46,9	**13,4**	12,0	14,8
Extremadura	**24,6**	21,6	27,7	**8,4**	6,4	10,3
Galicia	**32,2**	29,7	34,8	**8,0**	6,5	9,5
Madrid	**37,9**	35,6	40,2	**10,8**	9,3	12,3
Murcia	**42,2**	38,7	45,7	**13,6**	11,1	16,0
Navarra	**49,6**	45,1	54,0	**13,1**	10,1	16,1
País Vasco	**45,0**	41,9	48,2	**12,2**	10,2	14,3
La Rioja	**46,0**	41,4	50,6	**14,5**	11,3	17,8
Ceuta	**19,2**	14,3	24,1	**6,1**	3,2	9,1
Melilla	**9,8**	4,7	14,9	**5,0**	1,2	8,7
Media España	**37,5**	36,8	38,3	**10,5**	10,0	10,9

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

Figura 5.2.10. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2020.



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

El primer consumo de cannabis entre la población se sitúa entre los 17,5 y 19,4 años. La comunidad autónoma en la que más precozmente se inicia el consumo del cannabis es Canarias (17,5 años), mientras que la edad de inicio más tardía se registra en Melilla (19,4 años).

Tabla 5.2.5. Edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años por comunidad/ ciudad autónoma (%). España, 2020.

	Edad media inicio en el consumo de cannabis
Andalucía	18,6
Aragón	18,3
Asturias	18,7
Baleares	17,7
Canarias	17,5
Cantabria	18,4
Castilla y León	18,6
Castilla-La Mancha	18,4
Cataluña	18,6
C. Valenciana	18,4
Extremadura	18,5
Galicia	18,6
Madrid	18,8
Murcia	18,2
Navarra	18,5
País Vasco	18,3
La Rioja	19,1
Ceuta	18,1
Melilla	19,4
Media España	**18,5**

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

En todas las CCCA la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida es mayor en los hombres que en las mujeres.

Tabla 5.2.6. Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida en la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma y según sexo (%). España, 2020.

	Alguna vez en la vida	
	Hombre	Mujer
Andalucía	33,8	16,7
Aragón	46,7	28,3
Asturias	47,9	33,5
Baleares	54,1	33,4
Canarias	34,2	17,3
Cantabria*	55,2	39,1
Castilla y León	47,7	31,1
Castilla la Mancha	34,8	25,6
Cataluña	55,3	41,8
C. Valenciana	55,9	33,6
Extremadura	37,2	11,5
Galicia	40,7	23,9
Madrid	47,5	28,7
Murcia	55,1	28,5
Navarra	57,2	41,7
País Vasco	55,2	34,8
La Rioja*	57,1	34,6
Ceuta*	28,8	9,0
Melilla*	19,0	0,0
Total	**46,3**	**28,7**

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
* Los valores de estas CCCA deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de la muestra.

5.2.2. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España en población laboral

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que como se ha comentado en el apartado anterior, se realiza bienalmente en población de 15-64 años, incluye cada 6 años, desde 2007, la "Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España" para obtener un mejor conocimiento de la realidad de los consumos desde el punto de vista laboral, así como de las diferencias entre la población activa y la población general.

Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis procedentes de la última encuesta realizada en 2020, en población laboral residente en España de 16 a 64 años.

Se puede ampliar la información sobre esta encuesta en el siguiente enlace:

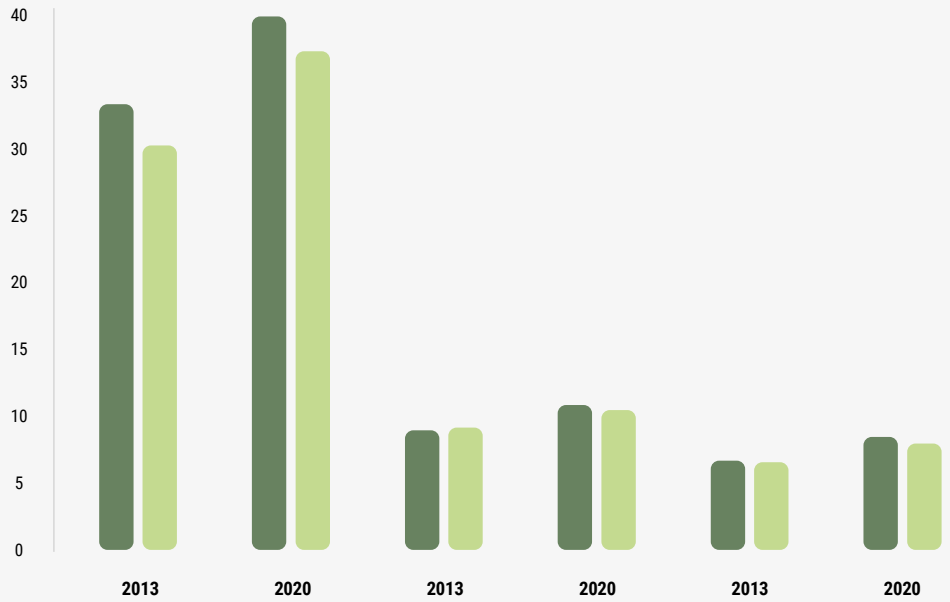
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_LABORAL.htm

Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis.

Evolución temporal del consumo de cannabis en la población general y la población laboral

El cannabis es la droga ilegal de mayor prevalencia de consumo tanto en la población laboral como en la población general en todos los periodos de tiempo.

Figura 5.2.11. Prevalencia del consumo de cannabis en la población general y en la población laboral (%). España 2013-2020.



	2013	2020	2013	2020	2013	2020
	Alguna vez en la vida (%)		Últimos 12 meses (%)		Últimos 30 días (%)	
Población laboral	33,5	41,3	9,0	10,9	6,7	8,5
Población general	30,4	37,5	9,2	10,5	6,6	8,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

En 2020 la prevalencia de consumo de cannabis en la población laboral fue del 41,3% **alguna vez en la vida**, el 10,9% en **el último año**, y el 8,5% en el **último mes**. Estas cifras son superiores a las alcanzadas por la población general en la misma edición (37,5% alguna vez en la vida, 10,5% en los últimos 12 meses y 8% en los últimos 30 días). Comparando con la edición de 2013, en la población laboral aumentaron las prevalencias de consumo de cannabis en estos periodos de tiempo, ligeramente por encima de lo que lo hicieron en la población general.

Prevalencia de consumo por edad y sexo

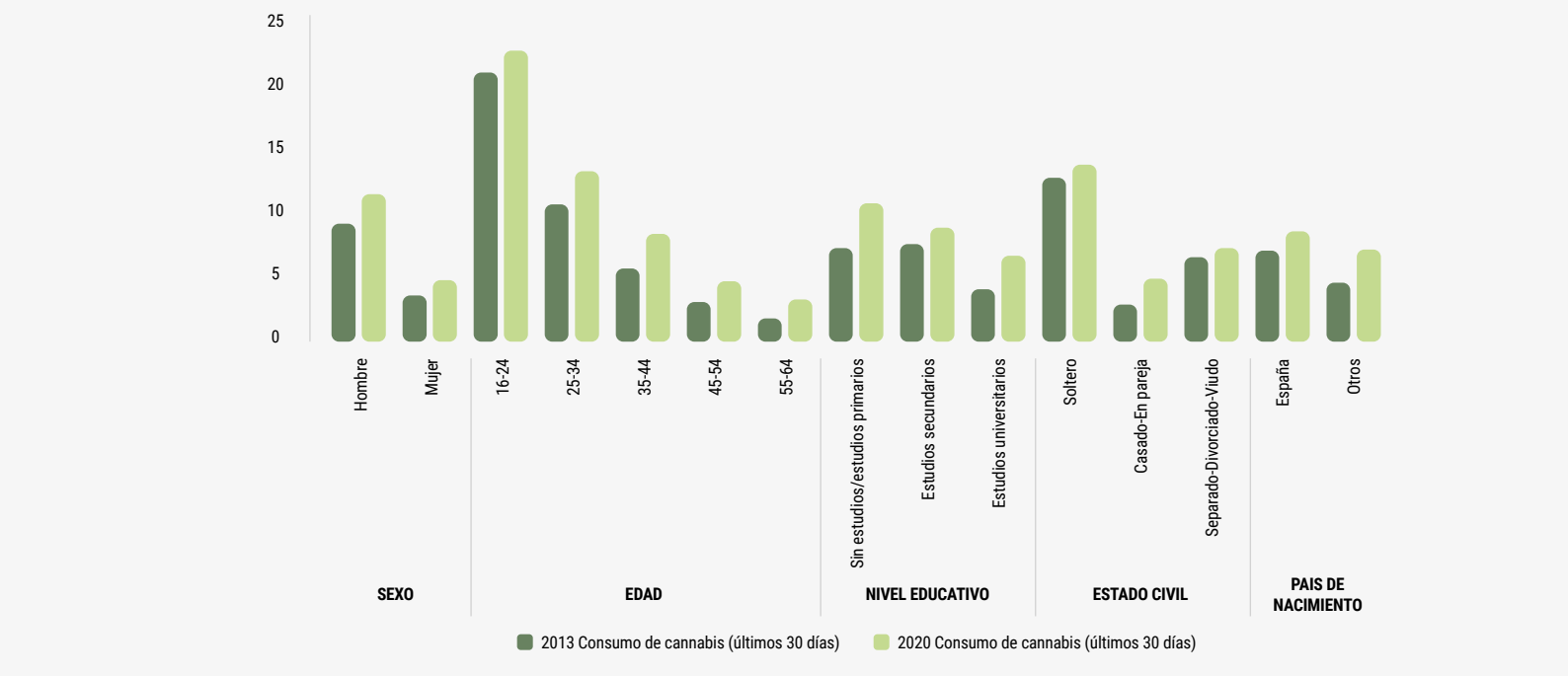
Evaluando la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses por sexo en la población laboral y general, en ambas poblaciones el consumo fue superior en el hombre (14,7% y 14,6% respectivamente) que en la mujer (6,3% y 6,3% respectivamente). En relación con la edad en el medio laboral, las personas menores de 35 años (19,7%) frente a los mayores de 34 años (7,7%), presentaron una prevalencia de consumo mayor de cannabis.

El consumo de cannabis en los últimos 30 días presenta también una prevalencia de consumo superior en hombres que tienen menos de 25 años (casi 1 de cada 3 se declaró consumidor de esta sustancia).

Características del consumo de cannabis en los últimos 30 días

Si se analizan las **variables sociodemográficas**, el consumo de cannabis presenta una prevalencia de consumo superior en personas sin estudios o con estudios primarios, y en relación a su estado civil, hay una mayor proporción de personas solteras, posiblemente favorecido por la mayor presencia de jóvenes en esta categoría, mientras que las casadas o en pareja manifiestan porcentajes por debajo del 5%.

Figura 5.2.12. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según variables sociodemográficas (%). España 2013-2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Analizando los patrones de consumo según la **situación laboral** de la población, se aprecia una mayor proporción de consumo de cannabis en el último mes entre personas en paro. Si bien hay un consumo más alto entre las personas en paro, es en las personas con empleo dónde se aprecia un mayor aumento desde 2013.

Tabla 5.2.7. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población de 16 a 64 años según situación laboral (%). España 2013-2020.

	2013	2020
Personas empleadas (trabajando actualmente o temporalmente ausentes)	5,3	7,8
Empleadas trabajando actualmente	5,3	7,9
Empleadas temporalmente ausentes	4,6	6,4
Personas paradas con trabajo previo	9,8	11,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

En función del sexo, el consumo es mayor entre los hombres independientemente de la situación laboral. Se aprecian diferencias significativas en la prevalencia de consumo en función de la situación laboral y la regresión logística. Controlando el efecto de la edad y el sexo, confirma que estar en paro se relaciona con mayor probabilidad de consumir cannabis.

Tabla 5.2.8. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población de 16 a 64 años según situación laboral y sexo (%). España 2020.

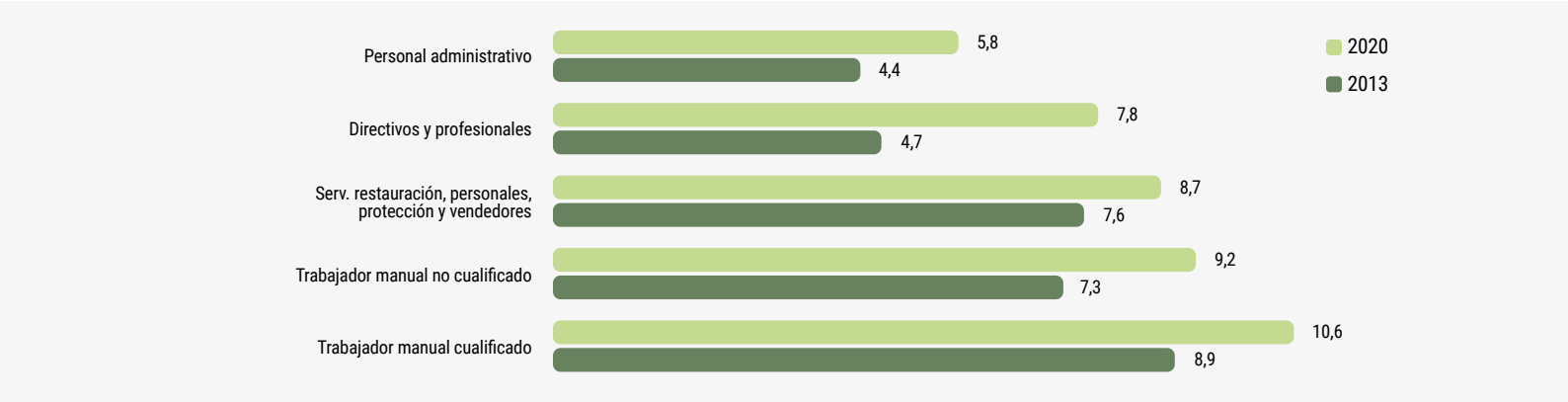
	Hombre	Mujer
Personas empleadas (trabajando actualmente o temporalmente ausentes)	10,5	4,7
Empleadas trabajando actualmente	10,5	4,7
Empleadas temporalmente ausentes	10,0	3,2
Personas paradas con trabajo previo	16,3	5,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Por **categoría ocupacional**, los trabajadores manuales cualificados presentan el consumo más elevado de cannabis, seguido por los no cualificados.

Evolutivamente, el consumo de cannabis se incrementa en todos los grupos, aunque de forma sustancial entre los directivos y profesionales (4,7% en 2013 y 7,8% en 2020).

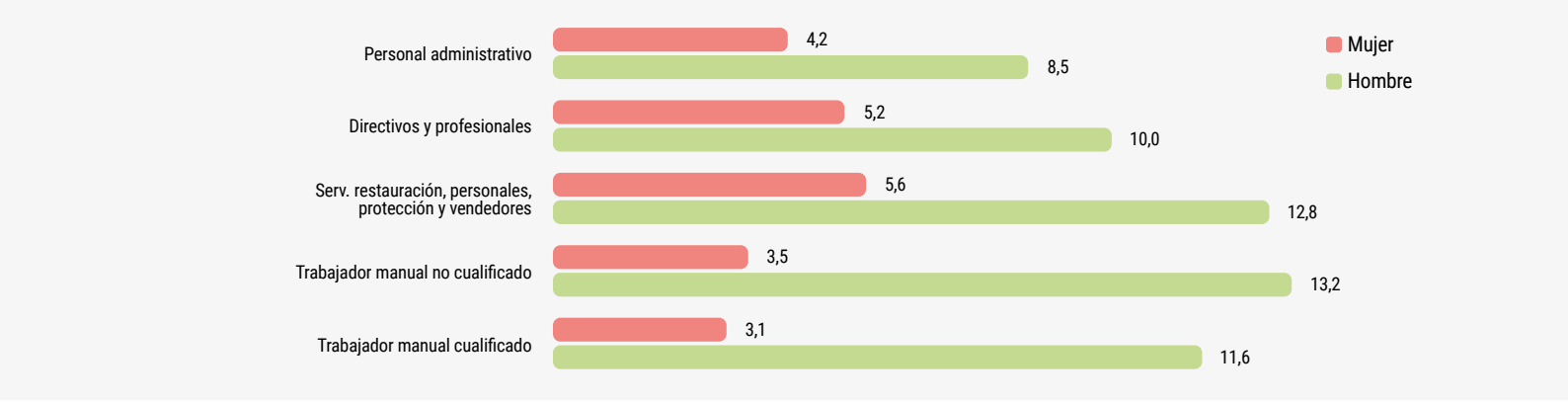
Figura 5.2.13. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según categoría ocupacional (%). España 2013-2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

En todas las categorías ocupacionales los hombres presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis que las mujeres.

Figura 5.2.14. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según categoría ocupacional y sexo (%). España 2020.



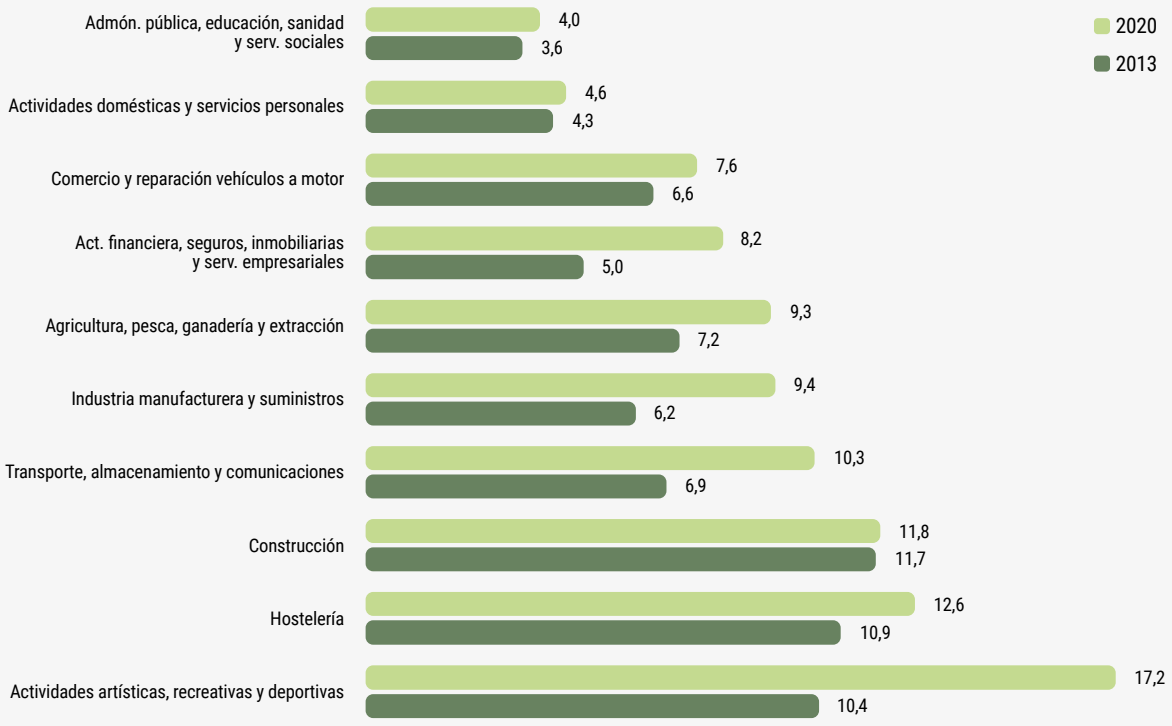
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

En cuanto al **sector de actividad**, la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días es mayor en el sector de actividades artísticas/recreativas/deportivas, seguido por la hostelería y construcción.

Por sexo, al margen de los sectores considerados, entre los hombres se observan las mayores prevalencias de consumo cannabis, aumentando las diferencias respecto a las mujeres en sectores como la construcción o la hostelería. Por el contrario, las diferencias en las prevalencias entre hombres y mujeres se reducen en el sector de la Administración pública.

Las diferencias observadas en el consumo en función del sector de actividad son estadísticamente significativas, lo que se confirma con el análisis de regresión logística, tras controlar el efecto de la edad y el sexo.

Figura 5.2.15. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según sector de actividad (%). España 2013-2020.

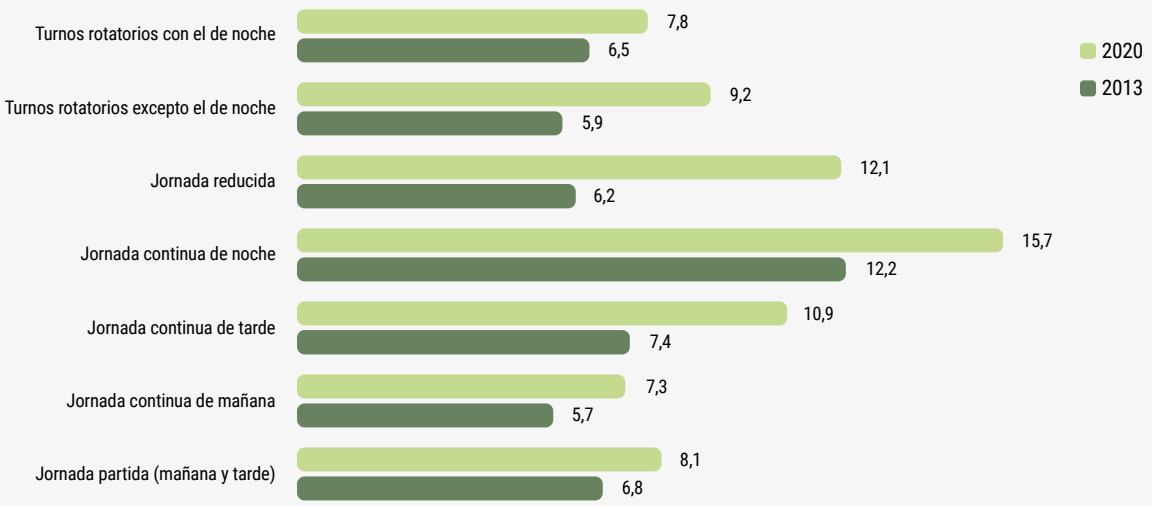


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Analizando **la jornada laboral**, las mayores prevalencias de consumo de cannabis se dan entre los trabajadores que realizan jornadas continuas de noche, seguido por aquellos con jornada reducida.

Se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de consumidores de cannabis en función de la jornada de trabajo, lo que se confirma con el análisis de regresión logística tras controlar el efecto de la edad y el sexo.

Figura 5.2.16. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según jornada de trabajo (%). España 2013-2020.

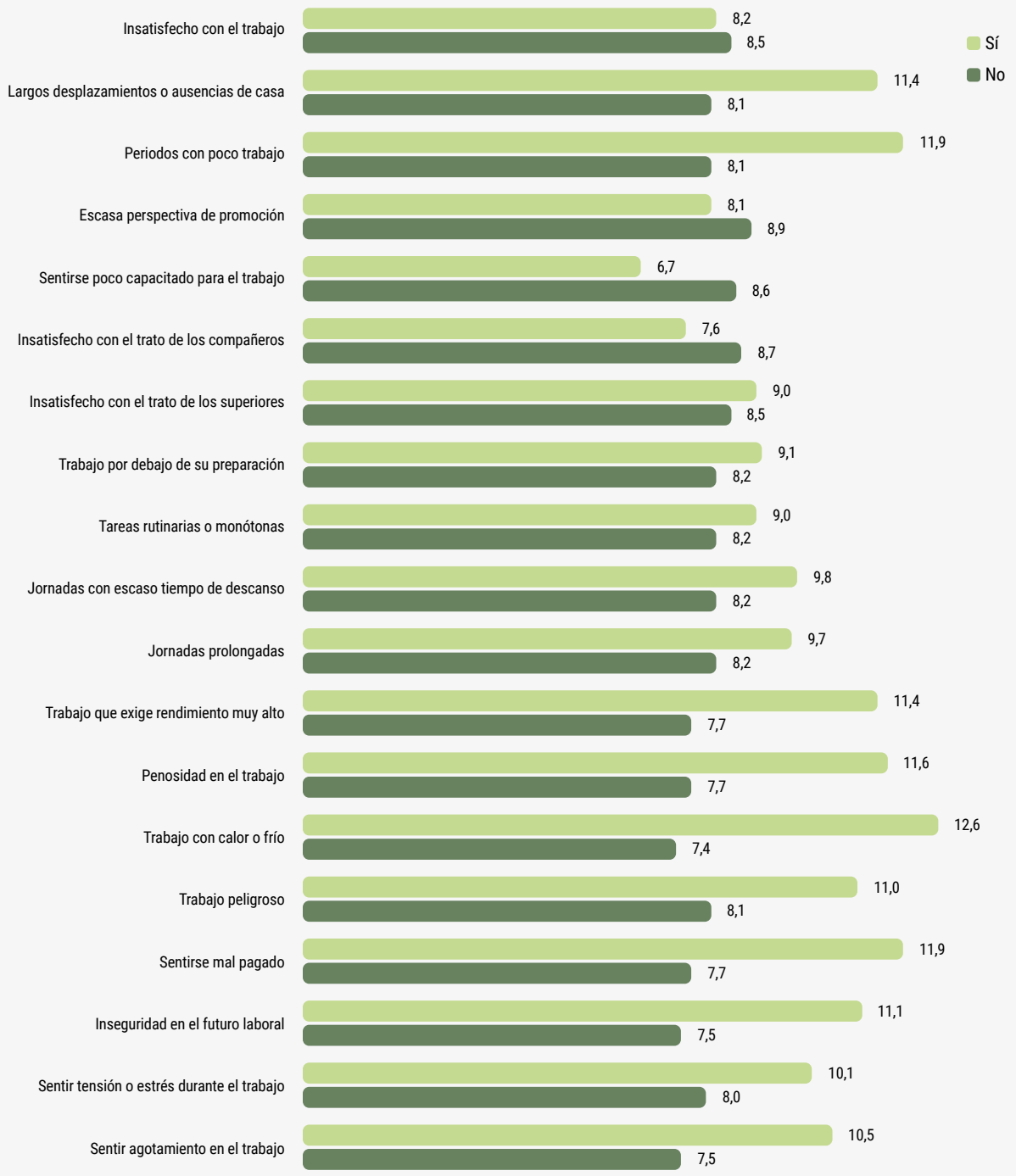


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Comparando con 2013, las mayores subidas en la prevalencia de consumo de cannabis se registran entre los empleados que tienen jornada reducida en su lugar de trabajo. El tamaño de muestra de algunas de las categorías (como la jornada continua de noche) requiere ser prudente con las comparaciones, ya que se trata de cifras muy inestables cuyo número de casos puede mostrar variaciones interanuales importantes.

Analizando los **factores de riesgo** en el entorno laboral, las mayores prevalencias de consumo de cannabis se dan entre los trabajadores que manifiestan padecer riesgos de seguridad. En concreto, la prevalencia de consumo más alta se encuentra entre los trabajadores que trabajan en situaciones de temperatura variable (frío/calor), con un 12,6% frente a un 7,4% que también consume cannabis, pero no reconoce tener este condicionante laboral. Además de estos factores, se hallan valores notables en trabajadores que tienen periodos con poco trabajo o que se sienten mal pagados.

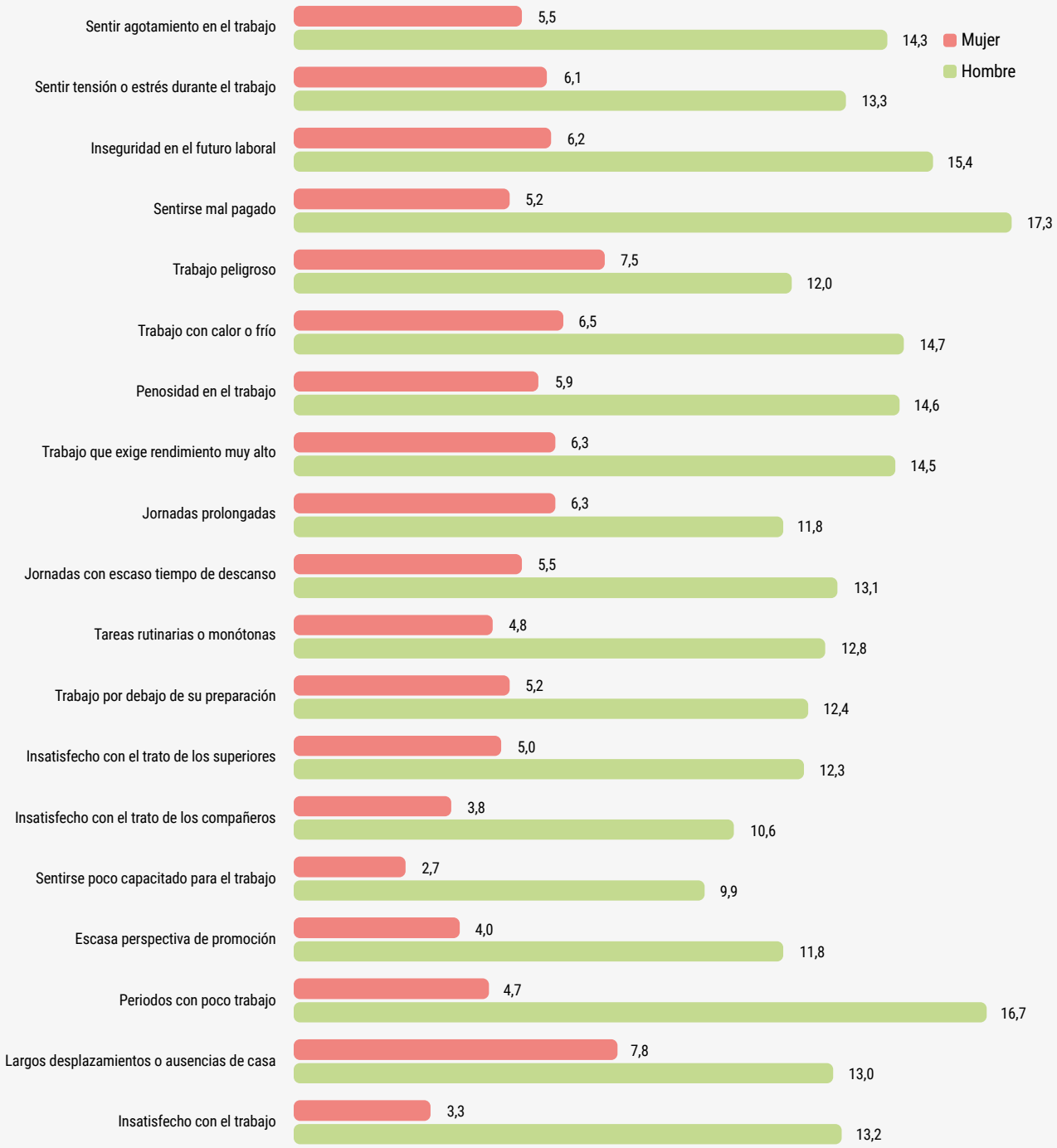
Figura 5.2.17. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según presenten o no diferentes riesgos en entorno laboral (%). España 2020.



Sí: número de personas que consumen/número de personas que sí declaran el factor de riesgo.
No: número de personas que consumen/número de personas que no declaran el factor de riesgo.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Independientemente del factor considerado, hay mayor prevalencia de consumo de cannabis entre los hombres que entre las mujeres.

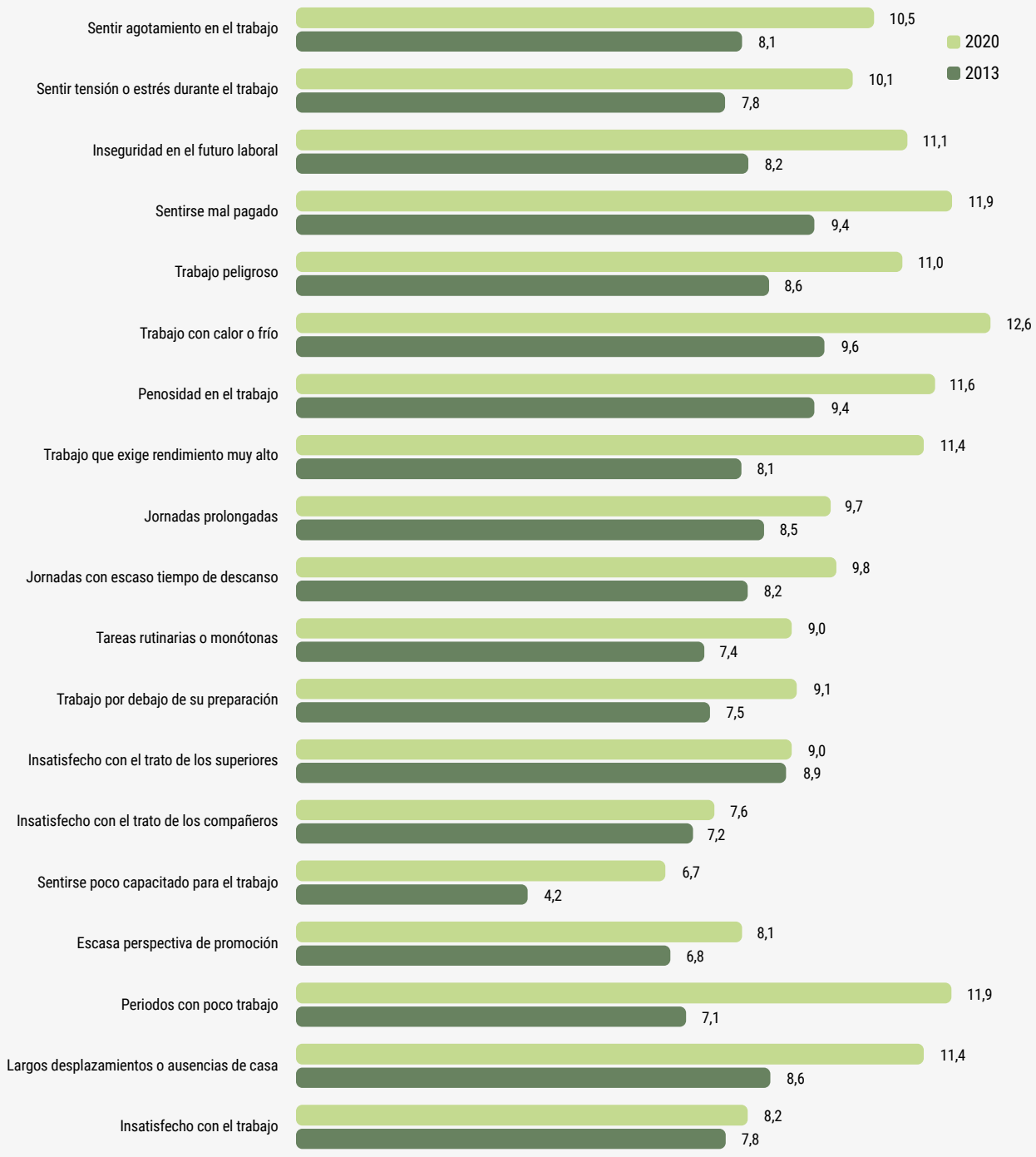
Figura 5.2.18. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según diferentes riesgos en el entorno laboral y según sexo (%). España 2020.



Dato mostrado: número de personas que consumen/número de personas que sí declaran el factor de riesgo.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

Respecto a 2013, se observa un aumento de prevalencia de consumo de cannabis en todas las categorías.

Figura 5.2.19. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según diferentes riesgos en el entorno laboral (%). España 2013-2020.



Dato mostrado: número de personas que consumen/número de personas que sí declaran el factor de riesgo.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-Laboral).

5.3. Consumo en población de mayores de 64 años (ESDAM)

La Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) se ha realizado por primera vez en 2020 en el marco del programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se centra en la población de 15 a 64 años, está dirigida por la DGPNSD y cuenta con la colaboración de las CCAA y ciudades autónomas. Su realización responde a la necesidad de estudiar de forma individual el comportamiento de las personas mayores de 64 años en relación con el consumo de alcohol, drogas y otras adicciones.

Para una información más detallada de puede consultar el siguiente enlace:

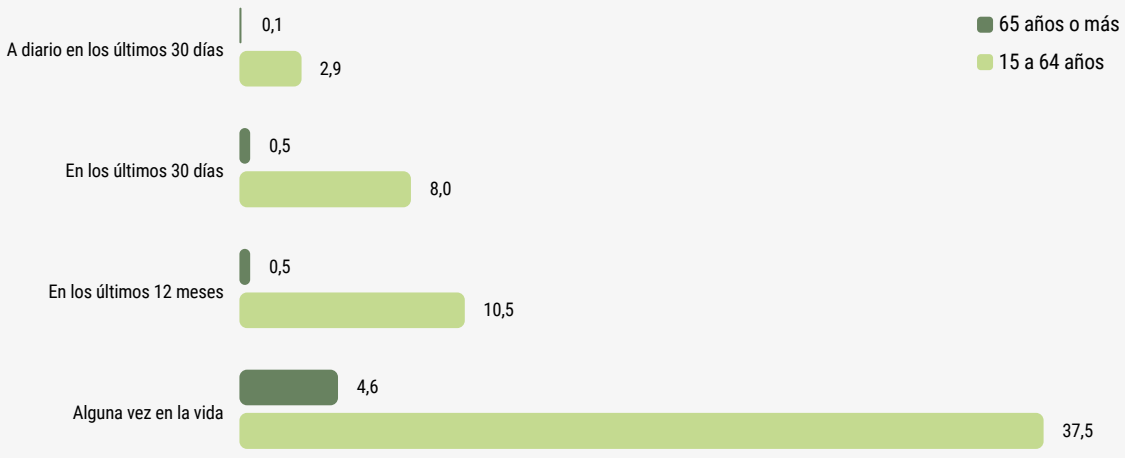
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-2020_ESDAM_FINAL.pdf

Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis.

Las sustancias psicoactivas de curso legal, es decir, alcohol, tabaco, hipnosedantes y analgésicos opioides, son las más consumidas entre la población de 65 o más años, variando su prevalencia según el marco temporal analizado.

Analizando el consumo de drogas ilegales, en las personas mayores de 64 años destaca únicamente el consumo de cannabis **alguna vez en la vida**, con una prevalencia del 4,6%. Aun así, la prevalencia de consumidores de cannabis es notablemente menor que en la población de 15 a 64 años (37,5%). Para el resto de sustancias ilegales, las personas mayores de 64 años registran prevalencias de consumo que podemos considerar residuales (≤1% en cada sustancia). La prevalencia para el consumo de cannabis en el **último año** (0,5%) y en el **último mes** es residual (0,5%).

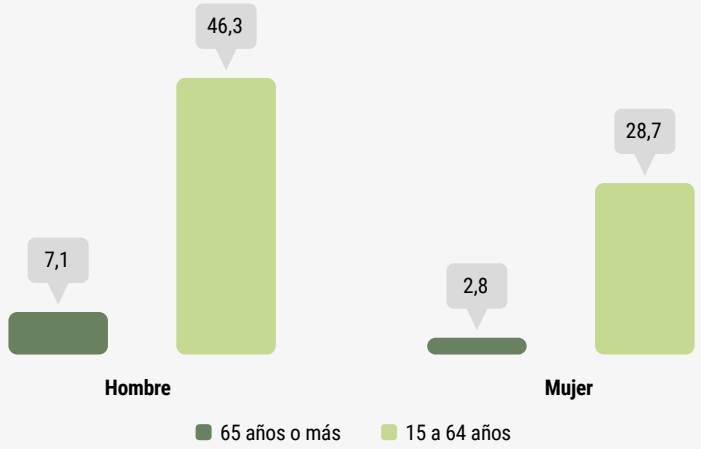
Figura 5.3.1. Prevalencia de consumo de cannabis en la población de 65 años o más y en la población de 15 a 64 años. España, 2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-ESDAM).

En cuanto al sexo, el consumo de cannabis alguna vez en la vida en este grupo de población es mayor entre los hombres (7,1%) que en las mujeres (2,8%).

Figura 5.3.2. Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida en la población de 65 años o más y en la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES-ESDAM).

5.4. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el consumo durante el año 2020

La pandemia por COVID-19 y las medidas adoptadas para su control han supuesto un importante impacto tanto sanitario como social y personal a todos los niveles, viéndose afectados el consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo. La DGPNSD y, en concreto, su OEDA realizó un seguimiento de la situación a través de los sistemas de información ya implantados, seguimiento que se reforzó mediante diferentes iniciativas. Una de las iniciativas más ambiciosas fue la realización de la encuesta OEDA-COVID 2020, diseñada para obtener información significativa y representativa de la población española sobre los potenciales cambios en las adicciones por esta pandemia.

La encuesta OEDA-COVID 2020 se realizó en población general residente en España y el trabajo de campo se llevó a cabo entre el 10 de noviembre y el 3 de diciembre de 2020. La encuesta se realizó mediante un cuestionario telefónico que incluyó 55 preguntas realizadas por una persona entrevistadora. Se utilizaron algunas preguntas del cuestionario de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), siendo la mayoría preguntas adaptadas a los parámetros del formato telefónico.

Se limitaron las preguntas sobre consumo de sustancias ilegales a las más prevalentes: cannabis y cocaína, y se incluyó la escala CAST para medir el posible consumo problemático de cannabis.

Se puede encontrar más información en el siguiente enlace:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/COVID-19/20210326_Informe_ENCUESTA_OEDA-COVID_2020_def.pdf

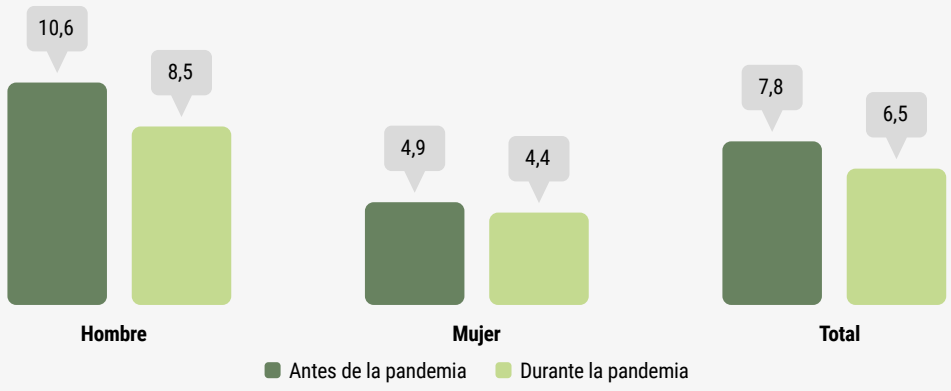
Se resumen a continuación los principales datos referentes al consumo de cannabis.

5.4.1. Consumo de cannabis en población de 15 a 64 años

La prevalencia de consumo de cannabis durante los meses previos a la pandemia por Covid-19, es decir, antes del mes de marzo de 2020, entre las personas de 15 a 64 años encuestadas, fue del 7,8%, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres (10,6% en hombres y 4,9% en mujeres).

El consumo disminuyó considerablemente durante la pandemia, siendo del 6,5% en el total de 15 a 64 años (8,5% en hombres y 4,4% en mujeres) y encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos (p<0,001).

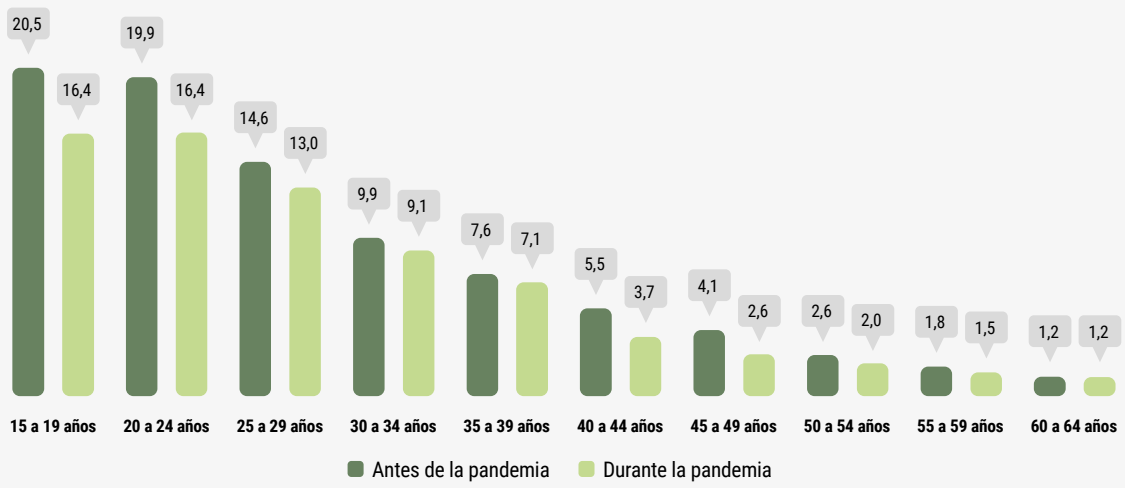
Figura 5.4.1. Prevalencia del consumo de cannabis antes y durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España.

Analizando los resultados **según la edad** se observa una reducción de la prevalencia de consumo de cannabis durante la pandemia por Covid-19 en todos los tramos de edad, produciéndose la mayor reducción en el consumo entre las personas menores de 25 años.

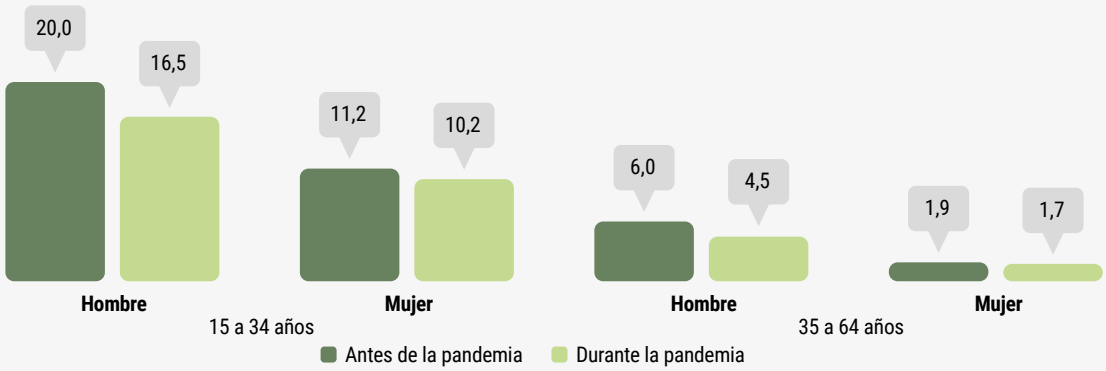
Figura 5.4.2. Prevalencia del consumo de cannabis antes y durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15 a 64 años, según edad (%). España, 2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España.

Teniendo en cuenta la edad y el sexo, el descenso de consumo durante la pandemia es más importante entre los hombres jóvenes que, no obstante, siguen siendo los mayores consumidores.

Figura 5.4.3. Prevalencia del consumo de cannabis antes y durante la pandemia por Covid-19 en la población de 15 a 64 años, según edad y sexo (%). España, 2020



FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España.

Respecto al **consumo problemático de cannabis**, medido mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) diseñada por Legleye et al.[44] en 2007, el 1,2% de las personas encuestadas de 15 a 64 años presentó un posible consumo de riesgo de cannabis (CAST≥4), dato que se eleva al 19% entre los que refirieron haber consumido cannabis durante la pandemia.

Respecto al **cambio de patrón de consumo de cannabis**, un 3,5% de la población dejó de consumir cannabis o disminuyó su consumo durante la pandemia, porcentaje que es mayor en hombres que en mujeres, mientras que el porcentaje de personas que comenzó a consumirlo durante la pandemia es inferior al 1%, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 5.4.1. Cambios en el patrón del consumo de cannabis durante la pandemia por Covid-19 entre la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2020.

	Total	Hombre	Mujer
No consumía y no consume	**91,5**	88,6	94,4
Abandono	**2,1**	2,9	1,2
Disminución	**1,4**	1,8	1,0
Mantenimiento	**2,8**	4,1	1,5
Aumento	**1,4**	1,7	1,2
Inicio de consumo	**0,8**	0,8	0,7

FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España.

Según la **edad**, durante la pandemia por Covid-19 fue entre las personas de 15 a 34 años donde se observaron mayores cambios en el consumo de cannabis. Los datos muestran que hay un mayor abandono o disminución del consumo de cannabis durante la pandemia entre las personas de 15 a 34 años (7,1%) que entre las personas mayores de 34 años (1,7%). El porcentaje de inicio fue inferior al 1% del total de personas entrevistadas, pero se concentró entre los más jóvenes (15 a 34 años), al igual que ocurrió con el aumento del consumo.

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

Tabla 5.4.2. Cambios en el patrón del consumo de cannabis durante la pandemia por Covid-19 entre la población de 15 a 64 años, según edad (%). España, 2020.

	Total	15-34 años	45-64 años
No consumía y no consume	**91,5**	82,8	95,7
Abandono	**2,1**	3,8	1,2
Disminución	**1,4**	3,3	0,5
Mantenimiento	**2,8**	5,1	1,7
Aumento	**1,4**	3,4	0,5
Inicio de consumo	**0,8**	1,6	0,4

FUENTE: OEDA. Encuesta OEDA-COVID 2020 en la población de 15 a 64 años en España.

5.4.2. Consumo de cannabis en la población mayor de 64 años

No se detecta consumo de ninguna de las dos drogas ilegales analizadas: **cannabis** y **cocaína** en la población mayor de 64 años.

5.5. Consumo en internos en instituciones penitenciarias 2016

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior y la Dirección General de Servicios Penitenciarios del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña, lleva a cabo, con periodicidad quinquenal, una Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). En 2022 debido al traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria, la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales del País Vasco se ha incorporado a la gestión de la realización de la nueva encuesta ESDIP 2022.

La recogida de información de la última encuesta ESDIP realizada fue del 2 de noviembre al 2 de diciembre de 2016. Actualmente está en curso una nueva encuesta cuyo trabajo de campo se ha realizado durante los meses de febrero y marzo del año 2022.

Se puede encontrar más información en el siguiente enlace:

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf

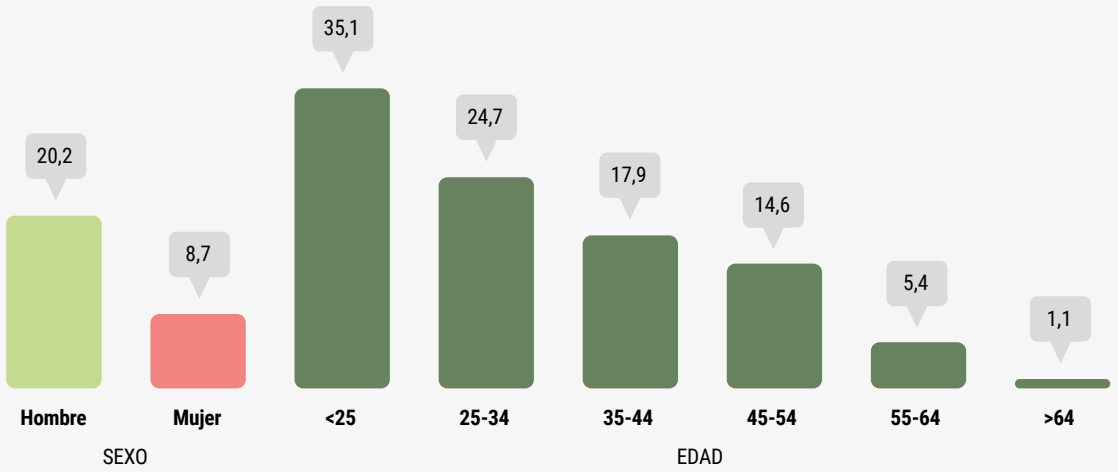
A continuación, se resumen los principales datos referentes al consumo de cannabis.

El cannabis fue la droga ilegal más consumida por la población penitenciaria tanto dentro como fuera de la prisión. Dentro de prisión consumieron cannabis el 19,4% de los internos en los últimos 30 días, de éstos el 32,5% durante 20 o más días en el último mes. El consumo está más extendido entre los hombres menores de 25 años.

El consumo en los últimos 12 meses de todas las drogas ilegales es claramente más elevado en la población penitenciaria (estando en libertad) que en la población general[45], destacando las diferencias en los consumos de cannabis (42,2% y 9,5% respectivamente) y cocaína (30,7% y 1,9% en polvo y 19,1% y 0,2% de cocaína base respectivamente). También se observa un mayor porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 30 días en prisión entre los internos de nacionalidad española (21,4%) frente a los extranjeros (15,2%) y entre los penados (20,1%) frente a los preventivos (15,1%). Desde 2011 a 2016 se observa una tendencia descendente en el consumo en prisión de cannabis.

Al ingresar en prisión disminuyó el porcentaje de consumidores de todas las drogas, descenso que es más llamativo en el consumo de bebidas alcohólicas, cocaína y cannabis. En relación con el tema que nos ocupa, el 37,8% consumió cannabis durante los últimos 30 días estando en libertad frente a un 19,4% que lo hizo en los últimos 30 días en prisión.

Figura 5.5.1. Porcentaje de consumidores de cannabis en prisión (últimos 30 días). España, 2016.



Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016.

La mayoría (95%) de los internos que consumió alguna vez una droga ilegal (cannabis, opiáceos, cocaína base y polvo, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o inhalables) la consumió por primera vez fuera de prisión.

La población penitenciaria empieza a consumir cannabis a edades más tempranas que la población general (16 y 18 años respectivamente). El 1,8% de los consumidores comenzó a consumir cannabis dentro de la prisión.

45 EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

06

CONSUMO PROBLEMÁTICO Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

VOLVER A ÍNDICE

6.1. Consumo problemático de cannabis

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es el consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema de salud, psicológico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, que ocasione consecuencias negativas a terceras personas[46].

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

Siguiendo la definición del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)[47] de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

En el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA, en la encuesta ESTUDES del año 2006, se realizó un estudio psicométrico, introduciendo diferentes escalas de screening que evaluaban el consumo problemático de cannabis, para determinar cuál era la escala más adecuada en base a sus propiedades psicométricas. Concretamente se utilizaron las escalas de screening: CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (American Psychiatric Association); optándose por la escala CAST que es la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de las escalas evaluadas[48,49].

La escala CAST consta de 6 ítems (tabla 6.1.1) que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines[50].

Tabla 6.1.1. Cuestionario CAST (Cannabis Abuse Screening Test).

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a mendo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral) ¿Cuáles?	

Fuente: Traducción realizada por el OEDA. DGPNSD.

A partir del estudio psicométrico del 2006, se ha mantenido la escala CAST en la encuesta ESTUDES y a partir del 2013 se introdujo en la encuesta EDADES lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

46 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu
47 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu
48 Klempova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G, Domingo A, Suelves JM, Llorens N, Prieto L, Brime B y Ramírez V. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. DGPNSD y EMCDDA. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf
49 Legleye, S, Karila, L, Beck, F, Reynaud, M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J. Subst. Use 2007;12: 233–242.
50 Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. Drug Alcohol Dependence 2011; 113:229-235.

El punto de corte a utilizar para considerar a una persona como posible consumidor problemático ha sido un tema que ha generado mucho debate entre los expertos en el tema. En un inicio, el autor de la escala estableció el 4 como punto de corte, pero estudios posteriores plantearon la posibilidad de utilizar otros puntos de corte y otras maneras de analizar los ítems que componen la escala CAST[51,52,53]. De hecho, algunas encuestas internacionales como, por ejemplo, ESPAD, ha utilizado diferentes puntos de corte en distintas ediciones de la misma, utilizando el punto de corte de 2 en el estudio realizado en el año 2019[54].

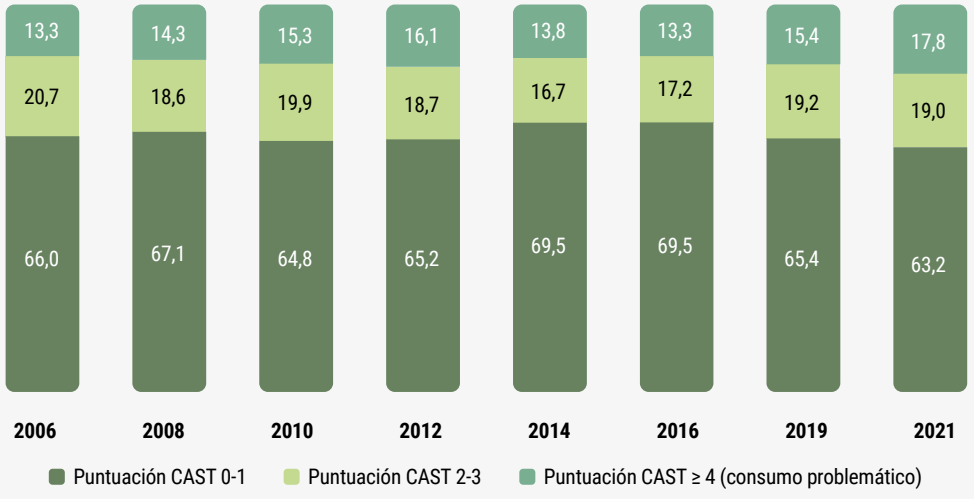
A raíz del citado estudio psicométrico realizado en 2006, se estableció que el punto de corte adecuado era el 4, considerando posibles consumidores problemáticos a aquellos que presentaban una puntuación de 4 o más. Este punto de corte se ha mantenido en todas las encuestas ESTUDES y EDADES realizadas y será el que se use a lo largo del presente informe.

A continuación, se presentan los resultados más importantes del consumo problemático de cannabis, procedente de las encuestas ESTUDES y EDADES.

6.1.1. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en 2021 y han contestado la escala CAST, el 63,2% presentan una puntuación de 0 a 1, el 19,0% una puntuación de 2 a 3 y el 17,8%, una puntuación de 4 o más (posible consumo problemático). Comparando con años previos, en 2021 se ha experimentado una subida superior a dos puntos porcentuales en el porcentaje de alumnos que presentan un consumo problemático de cannabis, situándose como el dato más alto de la serie histórica, por encima del registrado en 2012.

Figura 6.1.1. Categorización de resultados de la escala CAST entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2006-2021.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

51 Legleye S., Piontek D., Kraus L.; Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. Drug and Alcohol Dependence 2011; 113: 229–235.
52 Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C.; Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. Eur Addict Res 2012;18: 193–200
53 Gyepesi A., Urban R., Farkas J., Kraus L., Piontek D., Paksi B., Horvath G., Magi A., Eisinger A., Pilling J., Kokonyei G., Kun B., Demetrovics Z.; Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. Eur Addict Res 2014;20: 119–128.
54 ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Si se considera a la totalidad del conjunto de estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias, los consumidores problemáticos de cannabis representarían un 3,0% de dicha población, frenándose la tendencia creciente registrada desde 2016.

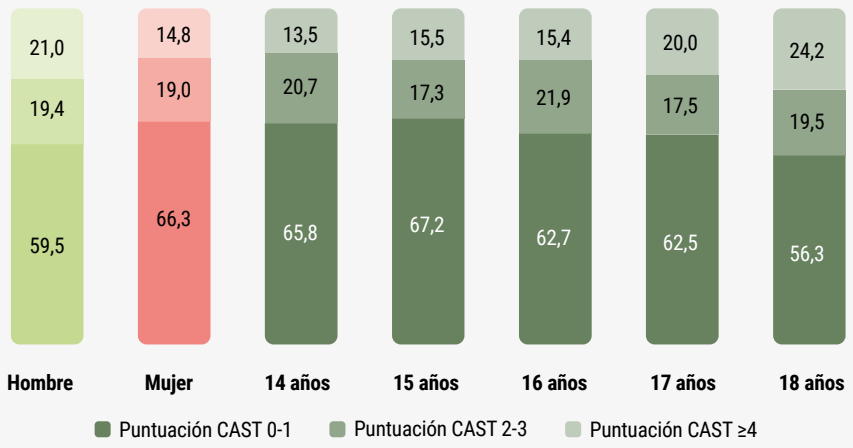
Tabla 6.1.2. Porcentaje y estimación de consumidores problemáticos de cannabis (según escala CAST) en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2006-2021.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021
Población de estudiantes de 14 a 18 años (en miles) con puntuación CAST ≥ 4 (consumo problemático)	52.468	55.025	78.572	65.239	37.238	43.844	55.387	51.788
Porcentaje entre la totalidad de estudiantes de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5	2,8	3,4	3,0

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En función del sexo, se pone de manifiesto que el consumo problemático de cannabis es más prevalente en los varones (21,0% frente a 14,8% en mujeres) y en cuanto a la edad, el consumo problemático aumenta a medida que avanza la edad, del 13,5% en el grupo de estudiantes de 14 años al 24,2% en el grupo de 18 años.

Figura 6.1.2. Categorización de resultados de la escala CAST entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%). España, 2021.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En cuanto al tipo de cannabis consumido, prácticamente la mitad de los estudiantes que realizan un posible consumo problemático de cannabis afirman consumir, indistintamente, marihuana y hachís. Esta preferencia es ligeramente mayor en el caso de las chicas. El uso principalmente de marihuana se encuentra ligeramente más extendido entre los chicos (29,7%) que entre las chicas (28,8%) con un consumo problemático, mientras que el uso principalmente de hachís tiene una extensión del 20,1% por igual entre chicos y chicas.

Independientemente del sexo, para los consumidores problemáticos, la forma más habitual de consumir cannabis es mezclándolo con tabaco. Si bien, en el grupo femenino esta prevalencia de consumo es mayor.

Por otra parte, la media de porros que consumen al día los estudiantes que muestran un posible consumo problemático de cannabis es de 5,1 (5,3 entre los chicos y 4,8 entre las chicas).

Tabla 6.1.3. Características de los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST≥4) en la población de estudiantes de 14-18 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2021.

		Total	Hombres	Mujeres
Consumo cannabis últimos 30 días	Principalmente marihuana	29,3	29,7	28,8
	Principalmente hachís	20,1	20,1	20,1
	De los 2 tipos	50,6	50,3	51,1
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	Sí	87,0	85,6	89,1
	No	13,0	14,4	10,9
Media de porros consumidos al día (nº)		5,1	5,3	4,8

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

Entre los consumidores problemáticos de cannabis se ha analizado si existe algún vínculo comportamental con el **consumo intensivo de alcohol**. Los datos indican que 3 de cada 4 alumnos con un posible consumo problemático de cannabis se han emborrachado en el último mes, lo cual triplica a la proporción registrada en el total de alumnos de 14 a 18 años (23,2%). Encontrándose también, prevalencias de borracheras más altas que en la población de estudiantes entre los consumidores de cannabis que puntúan con menos de 4 en la escala CAST (56,1%).

En cuanto a la relación con el *binge drinking*, la situación es similar: el 75,2% de los consumidores problemáticos de cannabis ha consumido alcohol en atracón en el último mes, mientras que el valor baja al 60,8% cuando la puntuación en la escala CAST es inferior a 4. Para ambos grupos la prevalencia de *binge drinking* es más alta que para el total de los estudiantes de 14 a 18 años (27,9%)

Tabla 6.1.4. Prevalencia de borracheras y *binge drinking* en los últimos 30 días entre el total de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y según la clasificación de los estudiantes en la escala CAST que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2021.

	Total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años	Clasificación CAST de los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses	
		Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	Consumo de cannabis con una puntuación en la escala CAST<4
Se han emborrachado en los últimos 30 días	23,2	75,6	56,1
Han hecho *binge drinking* en los últimos 30 días	27,9	75,2	60,8

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Respecto a la relación entre el consumo problemático de cannabis y el consumo de tabaco, se observa que, el **consumo diario de tabaco** entre los consumidores problemáticos de cannabis es del 65,7%. Sin embargo, la prevalencia de este hábito disminuye entre los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses con una puntuación en la escala CAST <4 (aproximadamente 3 de cada 10). Las diferencias son notables si se comparan con el dato global de consumo diario de tabaco (9,0%).

Tabla 6.1.5. Prevalencia de consumo de tabaco a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la clasificación de los estudiantes en la escala CAST que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2021.

		Total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años	Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	Consumo de cannabis últimos 12 meses con la puntuación en la escala CAST<4
Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días	Sí	9,0	65,7	29,0
	No	91,0	34,3	71,0

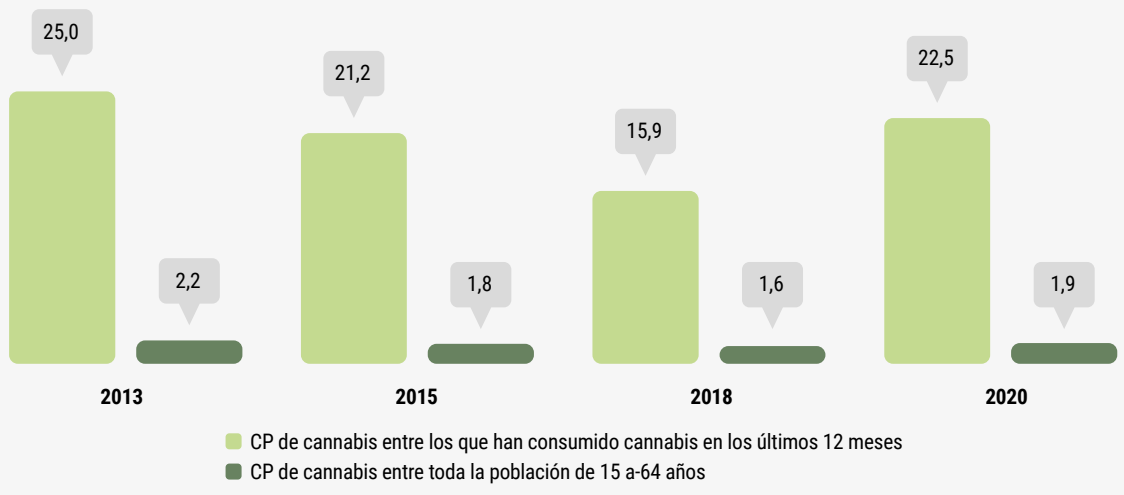
CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

6.1.2. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En 2020 la prevalencia de un posible consumo problemático de cannabis (CAST≥4) en la población de 15 a 64 años fue del 1,9%, (3,0% en hombres y 0,9% en mujeres).

Teniendo en cuenta a los individuos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses que han contestado a la escala CAST, se observó una prevalencia de posible consumo problemático del 22,5%, y está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (24,1% frente a 18,5%).

Figura 6.1.3. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) entre la población de 15 a 64 años y entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2013-2020.



CP= Consumo Problemático.
CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Evolutivamente, tras varios años registrando descensos, la prevalencia de un posible consumo problemático de cannabis ha registrado un repunte en el año 2020, obteniendo resultados cercanos a los de 2015.

Figura 6.1.4. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) entre la población de 15 a 64 años y entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2013-2020.

CP= Consumo Problemático.
CAST = Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Consumo de otras sustancias psicoactivas junto con cannabis

El 36,5% de los posibles consumidores problemáticos de cannabis reconoce haber consumido cocaína en alguna ocasión en el último año, prevalencia que disminuye hasta un 21,5% entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST<4, y cae hasta el 2,5% para el total de la población de 15 a 64 años. En el caso de los hipnosedantes con o sin receta, su prevalencia de consumo se sitúa en el 34,1% entre los consumidores que obtienen una puntuación en la escala CAST≥ 4, siendo muy superior a la que se da en el grupo que obtiene una puntuación en el indicador CAST por debajo de 4 (18,3%). Con independencia de la puntuación obtenida en la escala CAST, la práctica totalidad de los consumidores de cannabis ha bebido alcohol y ha fumado tabaco en el último año.

Tabla 6.1.6. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses, según su puntuación en la escala CAST (%). España, 2020.

	Consumo problemático de cannabis (CAST ≥4)	Consumo de cannabis (CAST <4)	Total población general
Alcohol	92,6	93,5	77,2
Borracheras	69,7	61,1	19,4
Botellón	31,7	27,7	9,9
Tabaco	96,4	94,3	39,4
Hipnosedantes con o sin receta	34,1	18,3	12,0
Cocaína (polvo y/o base)	36,5	21,5	2,5

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Características del consumo de cannabis

Si analizamos el tipo de consumo de cannabis realizado en los últimos 30 días en función de la puntuación obtenida en la escala CAST, no se aprecian grandes diferencias entre los consumidores con una puntuación CAST≥4 y los consumidores con una puntuación CAST<4, observando únicamente entre los que tienen una puntuación igual o mayor a 4 puntos en la escala CAST un porcentaje superior de individuos que consumen ambos tipos de cannabis y un porcentaje menor de individuos que consumen principalmente marihuana. En cuanto al número medio de porros fumados al día, los que presentan un posible patrón problemático de consumo fuman más cantidad que aquellos que han obtenido una puntuación en la escala CAST inferior a 4 (3,5 frente a 2,3).

Tabla 6.1.7. Características del consumo de cannabis en los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación CAST≥4) de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días. (%) España, 2020.

Características del consumo de cannabis		Consumo problemático de cannabis (CAST≥4)	Consumo de cannabis (CAST<4)
Consumo cannabis últimos 30 días	Principalmente marihuana	43,5	51,0
	Principalmente hachís	20,2	20,5
	De los dos tipos	36,3	28,6
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	Sí	90,1	88,6
	No	9,9	11,4
Media de porros consumidos al día		3,5	2,3

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

6.2. Admisiones a tratamiento por consumo de cannabis

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una comunidad/ciudad autónoma y en un año dado. Este indicador empezó a funcionar en 1987, pero hasta 1996 no se inició el registro de admisiones a tratamiento por cannabis. Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)[55].

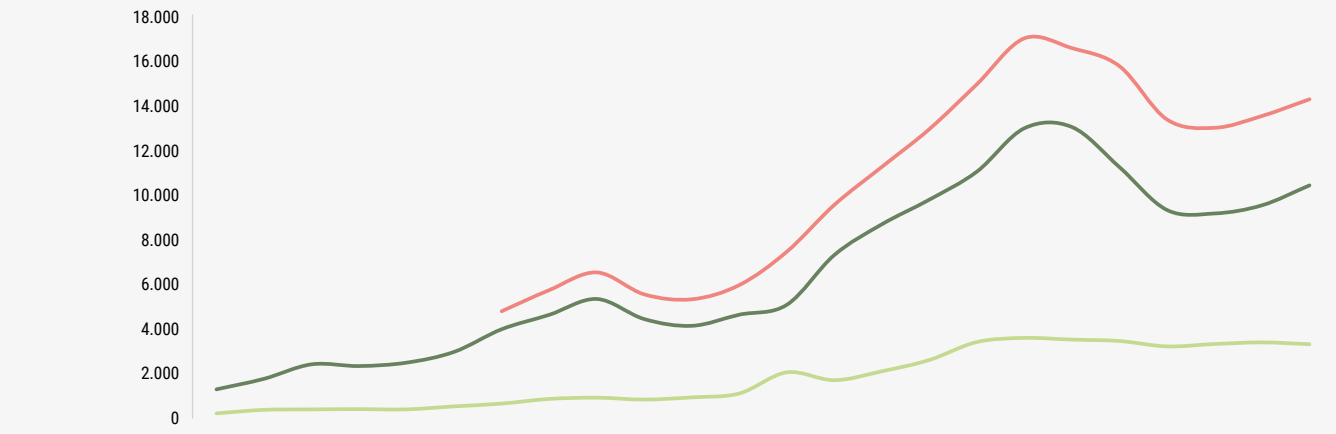
En 2019 se registraron un total de 50.035 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de substancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), siendo 14.202 admisiones generadas por el abuso o dependencia de cannabis.

En 1996 las admisiones a tratamiento por cannabis suponían menos del 5% del total de admisiones, pero el peso del cannabis en este indicador fue aumentando progresivamente, presentando un aumento fuerte de 2007 a 2013, superando por primera vez en 2012 las admisiones generadas por la heroína.

Actualmente el cannabis es la segunda sustancia (28,4%) responsable de las admisiones a tratamiento en España, por detrás de la cocaína (44,7% del total) y seguida de los opioides (22,3%), siendo en muchas CCAA la primera sustancia responsable de las admisiones a tratamiento.

55 Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm

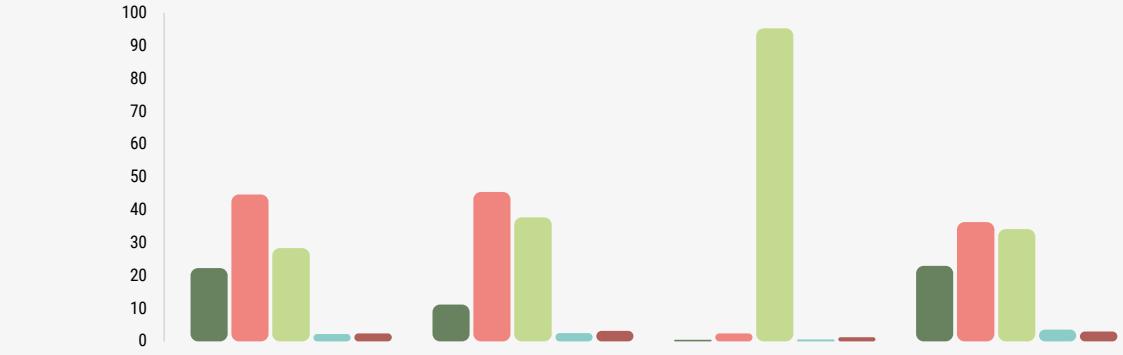
Figura 6.2.1. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2019.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015	2016	2017	2018	2019
Primeros tratamientos	1.300	1.768	2.412	2.335	2.487	2.966	3.972	4.613	5.319	4.426	4.125	4.619	5.058	7.273	8.639	9.736	10.982	12.912	12.968	11.185	9.278	9.122	9.485	10.372
Con tratamiento previo	230	387	407	418	408	540	665	871	928	844	941	1.114	2.055	1.705	2.101	2.603	3.402	3.585	3.510	3.448	3.208	3.314	3.386	3.306
Total							4.772	5.711	6.500	5.524	5.304	5.936	7.419	9.503	11.192	12.873	14.869	16.914	16.478	15.676	13.304	12.932	13.459	14.202

* Datos estimados para el conjunto nacional ya que algunas CCAA no han recogido la variable tratamiento previo.
Nota: el sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo.
Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 6.2.2. Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2019.



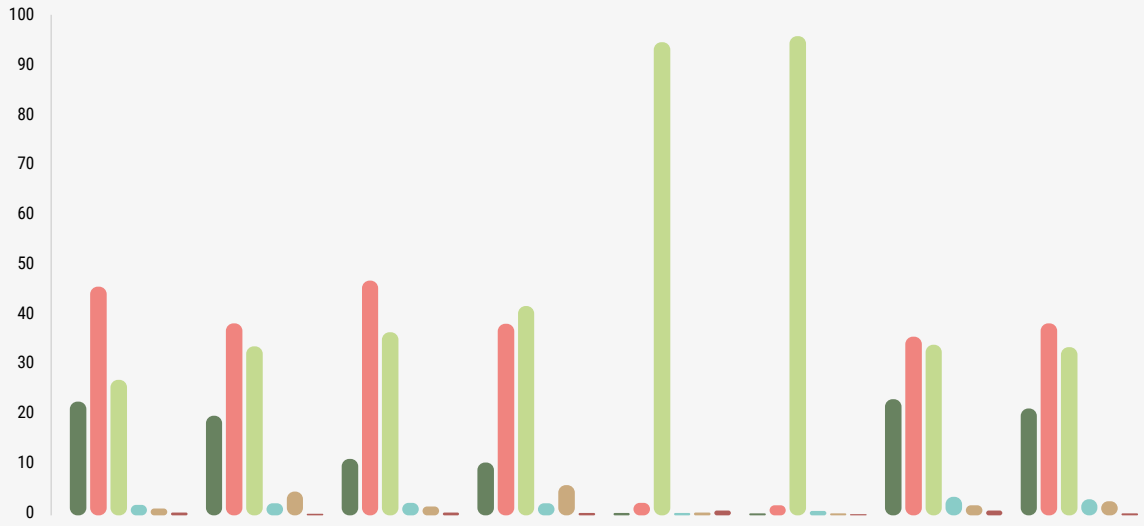
	Todas las admisiones	Admitidos primera vez en la vida	Admitidos menores 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	22,3	11,2	0,5	23,0
Cocaína	44,7	45,4	2,4	36,3
Cannabis	28,4	37,7	95,2	34,1
Otros estimulantes	2,2	2,5	0,6	3,6
Otras sustancias	2,4	3,2	1,3	3,0

* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.
Nota: el porcentaje puede o no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.
Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante resaltar, que el abuso o dependencia de cannabis es la primera causa entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 95,2% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2019 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis (figura 6.2.2)

La proporción de admitidos a tratamiento por cannabis es mayor en las mujeres tanto en el total de admisiones (33,9% en mujeres y 27,2% en los hombres), como si se analizan los admitidos por primera vez en la vida (42% en las mujeres y 36,7% en los hombres) o los admitidos menores de 18 años (96,1% de las chicas y 94,9% de los chicos) aunque en este último caso la diferencia es pequeña. Sin embargo, en los nacidos fuera de España el peso del cannabis es mayor entre los hombres que son los que más acuden solicitando tratamiento, aunque la diferencia es mínima.

Figura 6.2.3. Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol, en función del sexo (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años* y nacidos fuera de España) (%). España, 2019.



	Todas las admisiones		Admitidos primera vez en la vida		Admitidos menores 18 años*		Nacidos fuera de España	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Opioides	22,8	20,0	11,3	10,6	0,5	0,4	23,3	21,4
Cocaína	45,9	38,5	47,1	38,4	2,5	2,0	35,8	38,5
Cannabis	27,2	33,9	36,7	42,0	94,9	96,1	34,2	33,7
Otros estimulantes	2,1	2,4	2,5	2,4	0,5	0,9	3,7	3,2
Hipnosedantes	1,4	4,8	1,8	6,1	0,6	0,4	2,0	2,8
Otras sustancias	0,6	0,3	0,6	0,5	1,0	0,2	1,0	0,4

* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.
Nota: el porcentaje puede o no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.
Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 26,9 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Con estudios primarios, estudiando o parado habiendo trabajado antes. Acude por iniciativa propia o presionado por familia y/o amigos. Vive con la familia de origen, en hogares estables. Se iniciaron en el consumo a los 15,7 años, llegan a tratamiento consumiendo todos los días y la vía de consumo es la pulmonar o fumada, el 36,6% refieren haber consumido otras sustancias los 30 días previos al inicio del consumo, siendo la cocaína y el alcohol las sustancias más consumidas.

Tabla 6.2.1. Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis, total y por sexo (%). España, 2019.

		Hombre	Mujer	Total
Número de casos		11.294	2.894	14.202
Porcentaje de casos (%)		79,6	20,4	100,0
Tratados previamente (%)		24,9	21,2	24,2
Edad media (años)		26,9	26,8	26,9
Máximo nivel de estudios completados (%)	Sin estudios	0,7	0,4	0,6
	Primaria	55,1	49,6	54,0
	Secundaria	40,7	43,8	41,3
	Estudios superiores	3,5	6,2	4,1
Situación laboral principal (%)	Trabajando	27,3	25,9	27,0
	Parado, no habiendo trabajado	9,1	7,9	8,9
	Parado, habiendo trabajado	29,4	31,1	29,7
	Otras situaciones	34,1	35,1	34,3
Español		85,0	88,5	85,7
Extranjero		15,0	11,5	14,3
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)	Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	1,9	2,2	1,9
	Médico general, Atención Primaria de Salud	14,8	14,5	14,7
	Hospitales u otros servicios de salud	10,9	15,3	11,8
	Servicios Sociales	5,3	12,6	6,8
	Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	6,3	2,4	5,5
	Servicios legales o policiales	12,7	8,2	11,8
	Empresas o empleadores	0,1	0,1	0,1
	Familiares o amigos/as	15,7	13,3	15,2
	Iniciativa propia	29,0	27,2	28,6
	Servicios de educación	1,3	1,7	1,4
	Otras	2,0	2,5	2,1
Nº Hijos		0,4	0,6	0,5
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)	Solo/a	10,2	9,6	10,1
	Únicamente con pareja	7,4	11,8	8,2
	Únicamente con hijos/as	0,7	5,3	1,6
	Con la pareja e hijos/as	10,2	10,6	10,3
	Con padres o familia de origen	58,3	51,5	56,9
	Con amigos/as	2,8	3,5	2,9
	Detenido (ej. Centro penitenciario, centro de inserción social)	4,5	1,7	3,9
	En instituciones no detenido (ej. Albergue)	4,5	4,2	4,5
	Otros	1,5	1,9	1,6
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)	Casas, pisos, apartamentos	88,6	92,3	89,4
	Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	4,9	1,7	4,2
	Otras instituciones	3,8	3,8	3,8
	Pensiones, hoteles, hostales	0,3	0,2	0,3
	Alojamiento inestable/precarios	1,6	1,0	1,5
	Otros lugares	0,8	1,0	0,9
Otras sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 30 días	Opioides	2,8	1,8	2,6
	Cocaína	40,6	38,4	40,2
	Estimulantes sin cocaína	10,8	11,6	10,9
	Hipnosedantes	5,3	6,3	5,5
	Alucinógenos	1,9	1,3	1,8
	Inhalables Volátiles	0,5	0,2	0,4
	Cannabis	0,0	0,0	0,0
	Alcohol	70,7	68,2	70,3
	Otras sustancias psicoactivas	0,5	0,4	0,5
Edad de inicio		15,4	16,4	15,7
Frecuencia de consumo	Todos los días	68,5	67,0	68,2
	4-6 días a la semana	5,5	4,5	5,3
	2-3 días a la semana	7,9	7,6	7,8
	1 día a la semana	2,1	2,6	2,2
	Menos de 1 día a la semana	3,5	4,0	3,6
	No consumió	12,5	14,2	12,8
Vía de administración	Oral	1,8	1,4	1,8
	Pulmonar o fumada (en chinos, papel de plata)	97,4	97,8	97,5
	Intranasal o esnifada	0,5	0,5	0,5
	Inyectada o parenteral	0,0	0,0	0,0
	Otras	0,2	0,2	0,2

Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El análisis por sexo, informa de un perfil similar, en el que destaca un nivel de estudios terminados más alto en las mujeres admitidas a tratamiento que entre los hombres (el porcentaje de personas con estudios primarios es mayor en los hombres y el de estudios secundarios y universitarios mayor en las mujeres). Un porcentaje de empleados ligeramente mayor entre los hombres (27,3%) que entre las mujeres (25,9%). No se encuentran diferencias importantes en cuanto a los modelos de convivencia (salvo un ligero mayor porcentaje de mujeres, 5,3% que viven solas con sus hijos frente al 0,7% de los hombres) y tipo de alojamiento por sexo. Tampoco se detectan diferencias por sexo en la frecuencia de uso del cannabis, pero se observa mayor prevalencia de uso simultáneo de otras sustancias entre los hombres que entre las mujeres.

6.3. Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis

El indicador de Urgencias hospitalarias por reacción aguda al consumo no médico de sustancias psicoactivas, recoge una muestra nacional de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

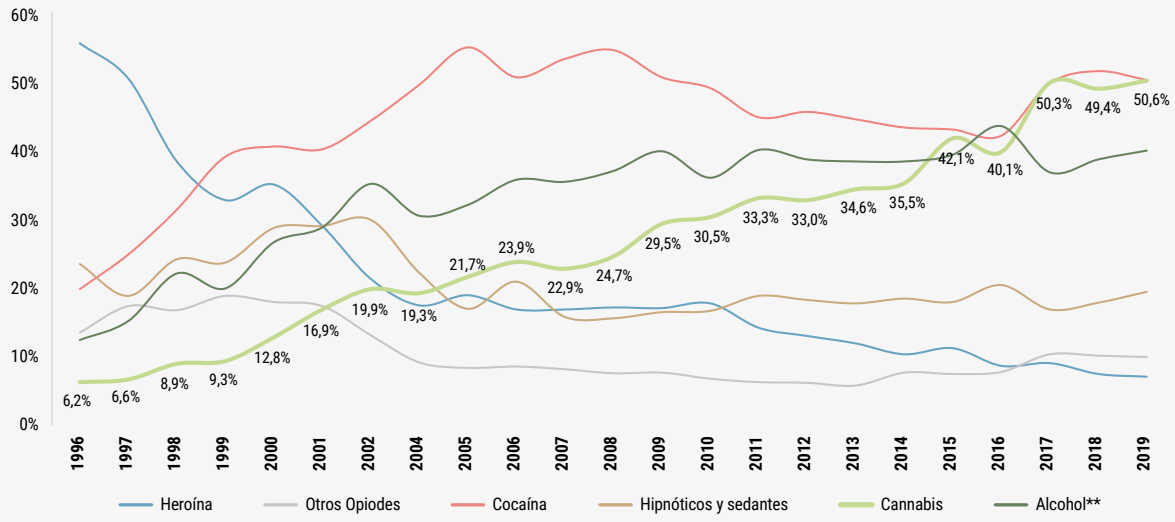
Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA realizan una recogida continua en algunos hospitales. Este indicador es muestral lo que impide valorar directamente el número de casos notificados, pero sí que permite conocer el peso que tienen las distintas sustancias en los episodios de urgencias, así como cambios de tendencia. En este indicador se registran las sustancias para las que el profesional expresa en la historia clínica una relación directa con la urgencia. Además, de acuerdo al protocolo de notificación, solamente se recoge información de los episodios de urgencias relacionados con el consumo de alcohol en el caso de que el alcohol aparezca junto con otra sustancia psicoactiva. Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas[56].

En 2019 se registraron en la muestra 5.352 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna sustancia psicoactiva[57], tamaño muestral estable desde 2010. En estos 5.352 episodios, las sustancias que más presencia tienen son la cocaína y el cannabis, que se relacionaron respectivamente con el 50,7% y 50,6% de los episodios de urgencia analizados. Por sexos, se observó que el cannabis estaba presente prácticamente en el mismo porcentaje de los episodios ocurridos entre los hombres (50,8%) que en las mujeres (50,2%).

Como puede verse en la siguiente figura, referente a la evolución temporal de las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias entre 1996 y 2019, cabe destacar el incremento continuado del porcentaje de episodios relacionados con el consumo de cannabis, que pasó de relacionarse con el 6,2% de los episodios en 1996 al 50,6% en 2019. Esto supone una clara tendencia ascendente en las urgencias relacionadas con cannabis a lo largo de toda la serie histórica del indicador. Este incremento continuado que se observa en las urgencias relacionadas con cannabis no se ha observado para ninguna otra de las sustancias ilegales detectadas en este indicador.

56 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm
57 Acorde al protocolo de este indicador, esta cifra corresponde a los episodios encontrados en la revisión de las urgencias acontecidas durante una semana seleccionada de manera aleatoria para cada mes del año en los hospitales seleccionados por las CCAA que han participado en la recogida de datos en 2019.

Figura 6.3.1. Porcentaje de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis y otras drogas, por año. España* 1996-2019.



* Comunidades autónomas que declaran al Indicador Urgencias.
** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.
FUENTE: Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

En general, los resultados del indicador de urgencias son consistentes con lo observado en el resto de indicadores y en las encuestas nacionales, donde la cocaína y el cannabis ocupan una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España.

Respecto al perfil habitual de los episodios de urgencia, en general se trata de un hombre (74,3%), de edad media 34,1 años, que ha consumido más de una sustancia (60%), y suele resolverse con el alta médica (73%). En los episodios de urgencia relacionada con el consumo de cannabis el perfil habitual es el de un hombre (75,3%) con una edad media de 30,9 años. El 72,4% de estos episodios acaba con alta médica, el 17,7% con ingreso hospitalario y un 3,0% es trasladado a otro centro. La edad media en los episodios de urgencia por cannabis es más baja que la encontrada para otras sustancias, aunque ha mostrado una clara tendencia ascendente, que parece estabilizarse en los últimos años.

Tabla 6.3.1. Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cualquier sustancia psicoactiva y con el consumo de cannabis. Total y según sexo. España*, 2019.

	Episodios relacionados con cualquier sustancia psicoactiva			Episodios relacionados con cannabis		
	T	H	M	T	H	M
Número de episodios	5.352	3.971	1.372	2.559	1.927	632
Porcentaje de urgencias (%)	100	74,3	25,7	50,6	75,3	24,7
Edad media (años)	34,1	34,5	32,9	30,9	31,5	29,0
Resolución de la urgencia (%)						
Alta médica	73,0	72,7	74,2	72,4	71,8	74,5
Alta voluntaria	8,8	9,3	7,2	6,9	7,1	6,2
Ingreso hospitalario	15,1	15,2	14,6	17,7	18,1	16,4
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,1	2,8	3,8	3,0	3,0	2,9

* Comunidades autónomas que declaran al indicador Urgencias.
T: total, H: hombre, M: mujer.
Fuente: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Evolutivamente el perfil ha cambiado, aumentando, además de la edad media de los atendidos, el peso de las mujeres, que ha pasado de suponer menos del 17% en 1997 a llegar al 24,7% en 2019. Aumentando también con el tiempo el porcentaje de urgencias por cannabis que acaban con ingreso hospitalario.

6.4. Mortalidad relacionada con cannabis

6.4.1. Registro Específico de Mortalidad por Reacción Aguda a Drogas (OEDA)

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

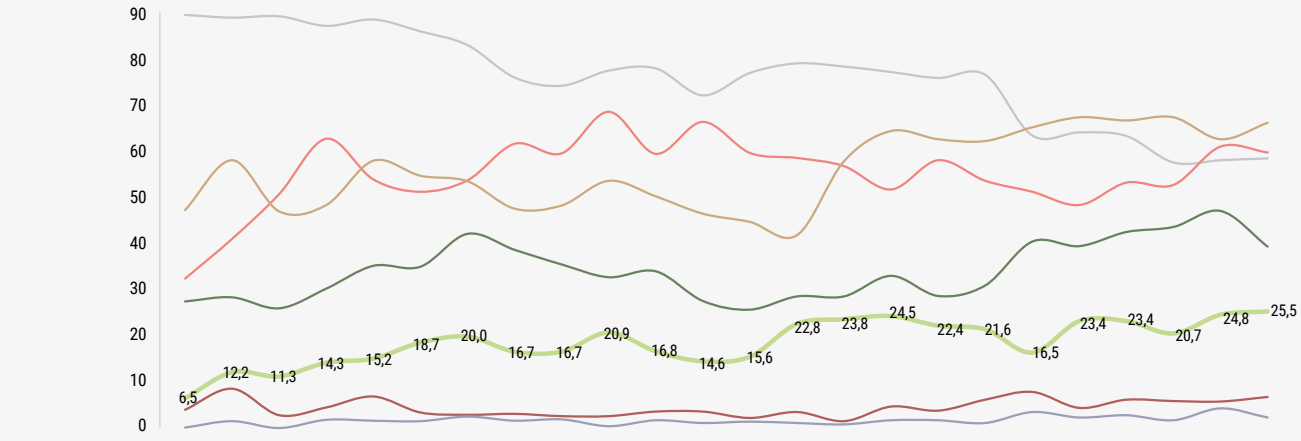
La fuente primaria de información procede de fuentes forenses y toxicológicas, como los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología e Institutos de Medicina Legal, que notifican los datos a la comunidad o ciudad autónoma en la que están ubicados.

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y/o cocaína, pero, actualmente, se notifican además otras muchas sustancias psicoactivas.

En 2019, se notificaron al Registro Especifico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 920 defunciones. De éstas, se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 819 casos.

El análisis del Indicador Mortalidad confirma que, en 2019, las sustancias presentes en las personas fallecidas son principalmente hipnosedantes y cocaína, seguidos de opioides, alcohol y cannabis. La mayoría de los fallecidos (90,2%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. Evolutivamente el cannabis venía mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, estabilizándose en los últimos 10 años, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol). En 2019 se ha detectado cannabis en 209 fallecidos, 25,5% del total de fallecidos con informe toxicológico. En 2 casos se detectó como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, en el 25,5% de los fallecidos en los que se detectó cannabis también se detectó alcohol, en el 59,8% se detectó cocaína, en el 67% se detectaron hipnosedantes y en el 89% opioides.

Figura 6.4.1. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectada en el análisis toxicológico, por año. España*, 1996-2019.

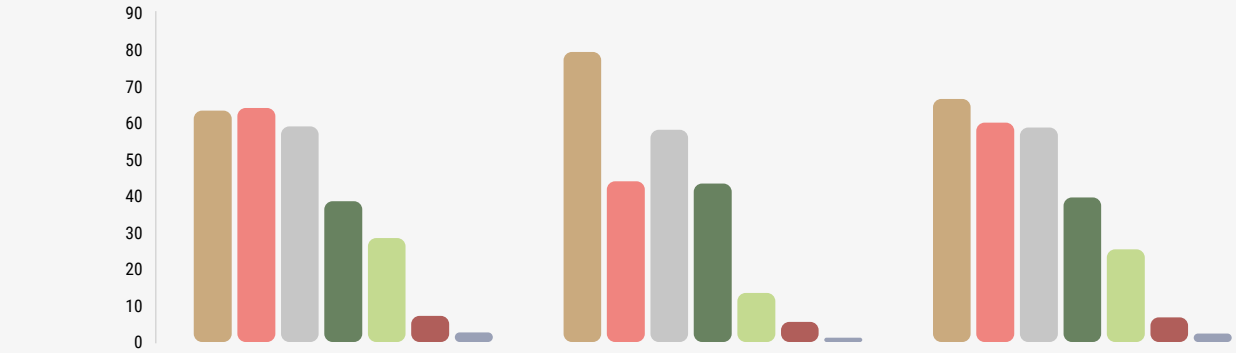


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Opioides	90,4	89,8	90,1	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7	63,9	58,1	58,6	59,0
Cocaína	32,7	41,4	51,2	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8	53,7	53,2	61,6	60,3
Hipnosedantes	47,7	58,6	47,4	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0	67,3	68,0	63,2	66,8
Anfetaminas	4,0	8,6	2,8	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4	6,2	5,9	5,8	6,8
Cannabis	6,5	12,2	11,3	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4	23,4	20,7	24,8	25,5
Extasis	0,1	1,5	0,0	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3	2,8	1,7	4,3	2,3
Alcohol**	27,7	28,6	26,2	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33,0	34,3	27,8	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8	42,9	44,0	47,5	39,7

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.
** El alcohol solo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.
Fuente: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro específico de Mortalidad.

Las sustancias detectadas presentan diferencias en función del sexo, siendo más habitual la detección de cannabis entre los fallecidos varones (28,6%) que entre las mujeres (13,5%).

Figura 6.4.2. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico, por sexo. España*, 2019.



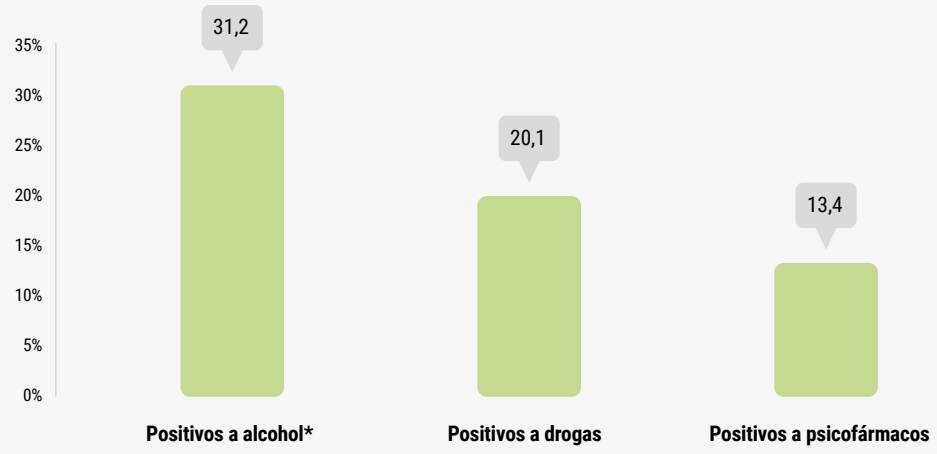
	Hombres	Mujeres	Total
Hipnosedantes	63,6	79,8	66,8
Cocaína	64,3	44,2	60,3
Opioides	59,3	58,3	59,0
Alcohol**	38,7	43,6	39,7
Cannabis	28,6	13,5	25,5
Anfetaminas	7,2	5,5	6,8
Extasis	2,6	1,2	2,3

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.
** El alcohol solo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.
Fuente: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro específico de Mortalidad.

6.5. Siniestralidad vial relacionada con cannabis

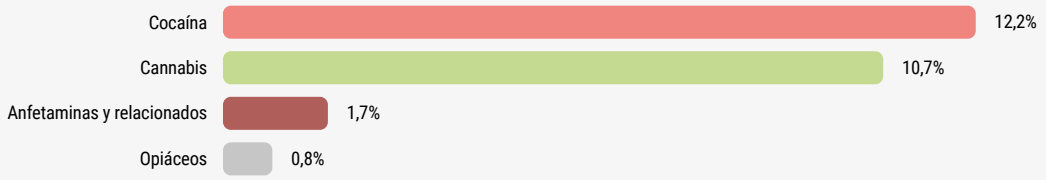
De acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses[58] el año 2020 ha sido un año excepcional en el que la movilidad vial se ha visto reducida como consecuencia de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, lo que ha producido un descenso en el número de accidentes de tráfico y, por tanto, de víctimas mortales, alcanzándose un mínimo histórico de 873 fallecidos a 24 horas en vías interurbanas, lo que supone un descenso del 21% con respecto al año 2019. Los análisis realizados en fallecidos por accidente de tráfico en 2020 muestran que entre los 597 conductores que fallecieron en accidentes de tráfico y fueron sometidos a autopsia, 291 (48,7%) arrojaron resultados toxicológicos positivos[59] a alcohol, drogas de abuso y psicofármacos, aisladamente o en combinación. Las drogas más consumidas por los 597 conductores fallecidos en accidentes de tráfico y sometidos a autopsia y a un análisis toxicológico, fueron el alcohol (31,2%,) seguido por cocaína (12,2%) y cannabis (10,7%).

Figura 6.5.1. Porcentaje de conductores fallecidos (n=597) en los que se detectan sustancias (alcohol, drogas y/o psicofármacos) sin tener en cuenta las posibles asociaciones (%). España, 2020.



* Positivos a alcohol: concentración de alcohol en sangre igual o superior a 0,30 g/L.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

Figura 6.5.2. Porcentaje de conductores fallecidos (n=597), según las drogas detectadas*. España, 2020.

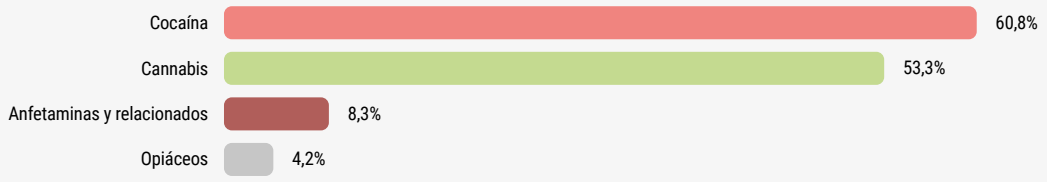


* En un mismo fallecido pueden detectarse más de una droga.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

58 Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Disponible en: https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/MemoriaTrafico2020.pdf
59 «Positivo»: resultado del análisis que objetive la presencia de cualquier droga de abuso o psicofármaco, sin tener en cuenta la cantidad, o una concentración de alcohol en sangre superior a 0,3 g/l.

Cuando se evalúan los 120 conductores fallecidos que dieron positivo a drogas, el 53,3% dio positivo a cannabis, de los cuales el 19,2% se encuentra en la franja de 25 a 34 años y el 39,2%% entre 25 y 54 años.

Figura 6.5.3. Porcentaje de conductores fallecidos positivos a drogas (n= 120), según la droga detectada*. España, 2020.

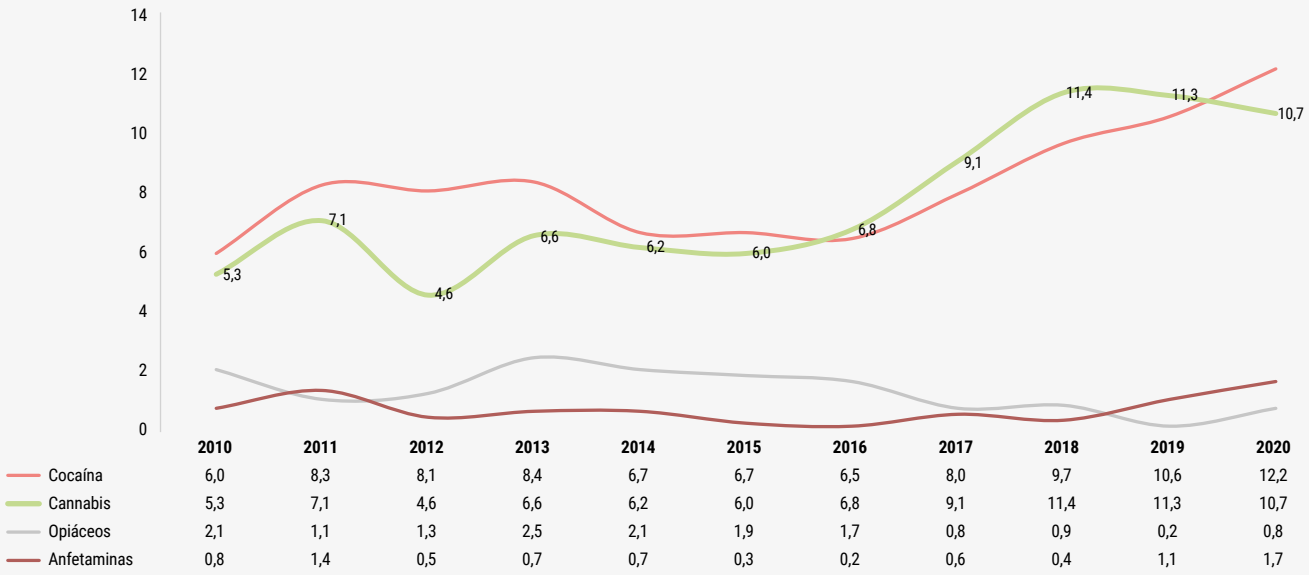


* En un mismo fallecido pueden detectarse más de una droga.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

De 136 peatones fallecidos por atropello en accidente de tráfico que fueron sometidos a autopsia, 56 (41,2%) arrojaron resultados toxicológicos positivos a alcohol, drogas de abuso y psicofármacos aisladamente o en combinación. De los que dieron positivo (56 peatones), casi el 54% fue positivo al alcohol y el 25% a otras drogas (principalmente cocaína y cannabis).

Desde 2016 se observa una marcada tendencia al alza en la proporción de positivos a cannabis y cocaína entre los conductores fallecidos en accidente de tráfico. Un incremento en ese periodo (2016-2020) del 3,9% en el caso del cannabis, que parece estabilizarse desde 2018.

Figura 6.5.4. Evolución de las sustancias detectadas en los conductores fallecidos que han dado positivos. España 2010-2020.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cocaína	6,0	8,3	8,1	8,4	6,7	6,7	6,5	8,0	9,7	10,6	12,2
Cannabis	5,3	7,1	4,6	6,6	6,2	6,0	6,8	9,1	11,4	11,3	10,7
Opiáceos	2,1	1,1	1,3	2,5	2,1	1,9	1,7	0,8	0,9	0,2	0,8
Anfetaminas	0,8	1,4	0,5	0,7	0,7	0,3	0,2	0,6	0,4	1,1	1,7

Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2020) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

07

CANNABINOIDES SINTÉTICOS

VOLVER A ÍNDICE

Pese a su consumo relativamente poco frecuente, se han incluido los cannabinoides sintéticos en este informe por su carácter emergente y la preocupación que plantean.

La siguiente información general sobre los cannabinoides sintéticos ha sido elaborada a partir de publicaciones del EMCDDA.[60,61]

Los cannabinoides sintéticos son un grupo de sustancias que simulan los efectos del (–)-trans-Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), que es la principal sustancia responsable de los efectos psicoactivos más importantes del cannabis. Al igual que el THC, los cannabinoides sintéticos se unen a los receptores de cannabinoides del organismo. Los científicos desarrollaron originalmente cannabinoides sintéticos para estudiar el sistema endocannabinoide del cuerpo, así como para proporcionar información sobre enfermedades y ayudar a desarrollar nuevos medicamentos. A mediados de la década de 2000, empezaron a aparecer en Europa vendiéndose como sustitutos "legales" del cannabis. Estas sustancias constituyen el mayor grupo de nuevas sustancias psicoactivas que son objeto de vigilancia por el EMCDDA al través del Early Warning System (EWS), que es el sistema de alerta temprana de la UE.

Normalmente, los cannabinoides sintéticos se vehiculizan en "mezclas de hierbas para fumar", que se venden bajo nombres comunes como spice. También se han distribuido en productos en forma de polvos, tabletas y productos con aspecto de resina de cannabis. En los últimos años, han aparecido en el mercado de las drogas nuevas formas de dosificación que los contienen, como los líquidos para vapear con cigarrillos electrónicos (*e-liquids* en inglés), así como el papel impregnado de cannabinoides sintéticos. Es fácil obtener estos productos a través de internet y, en determinados países, en tiendas físicas («head shops» y «smart shops»).

Desde 2008, se han detectado en Europa un gran número de cannabinoides sintéticos en cientos de productos diferentes, aunque sus efectos suelen ser muy similares. El número de cannabinoides sintéticos, su diversidad química y su velocidad de aparición hacen que la detección, el control y la respuesta a este grupo de compuestos sean retos particularmente difíciles. Cuando un cannabinoide sintético es, o está a punto de ser, controlado legalmente, los fabricantes tienen una o varias sustancias de sustitución preparadas para la venta.

La información sobre el nivel de consumo de productos con cannabinoides sintéticos es limitada; no obstante, el conocimiento de la situación está mejorando a medida que un mayor número de países incluye preguntas sobre su consumo en encuestas generales de población. A partir de la información disponible parece deducirse que la prevalencia del consumo en la población general es escasa en Europa, pero puede ser mayor en poblaciones socialmente marginadas, como las personas sin hogar y los reclusos.

Aunque los casos han sido raros en Europa, durante 2015 más de 200 personas fueron hospitalizadas durante unos días en Polonia tras fumar un producto distribuido bajo el nombre "Mocarz" (mezcla de hierbas que contiene cannabinoides sintéticos). Dado que estos productos rara vez indican sus ingredientes, la mayoría de las personas no son conscientes de que están consumiendo un cannabinoide sintético. Más recientemente, se informó de un total de 21 muertes relacionadas con el 4F-MDMB-BICA en Hungría durante un periodo de cuatro meses en 2020. Muchos de los cannabinoides sintéticos que se venden en el mercado de las drogas son más potentes que el THC. Esto puede explicar por qué los efectos nocivos de los cannabinoides sintéticos, como las intoxicaciones graves y mortales, pueden ser más frecuentes que en el caso del cannabis. Otro factor importante puede ser las grandes dosis a las que se expone la gente[62].

60 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/Synthetic%20cannabinoids_2017_ES.pdf
61 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14035/Synthetic-cannabinoids-in-Europe-EMCDDA-technical-report.pdf
62 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2753/Synthetic%20cannabinoids_2017_ES.pdf

Las mezclas para fumar se elaboran rociando cannabinoides sintéticos sobre material vegetal. Este proceso tosco puede dar lugar a mezclas que contienen grandes cantidades de cannabinoides muy potentes, así como a "hot pockets" dentro de los productos individuales donde el cannabinoide está muy concentrado. Estos factores dificultan el control de la dosis por parte de los usuarios, que pueden tomar una cantidad tóxica sin darse cuenta. Las mezclas para fumar han provocado varias intoxicaciones masivas en Estados Unidos, mientras que el papel impregnado de cannabinoides sintéticos puede suponer un riesgo de intoxicación igualmente elevado porque la cantidad de cannabinoide sintético puede distribuirse de forma desigual.

La posibilidad de que se produzcan brotes de intoxicación y otros daños provocados por estas sustancias pone de manifiesto la importancia de mantener y reforzar la identificación, notificación y seguimiento de cualquier acontecimiento adverso grave asociado a su consumo. En este sentido, los sistemas de alerta temprana desempeñan un papel esencial en la identificación y respuesta a los daños causados por los cannabinoides sintéticos. El EMCDDA ha emitido una serie de comunicaciones de riesgo que abordan una serie de preocupaciones de salud pública relacionadas con los cannabinoides sintéticos y, desde 2016, ha sometido a una evaluación formal de riesgos a una serie de cannabinoides sintéticos.

Los servicios de lucha contra las drogas deben centrarse en el individuo, sus síntomas y el entorno en el que se produce el consumo, más que en la identificación de la sustancia específica que se consume. Es importante reconocer que las necesidades de las personas que consumen cannabinoides sintéticos pueden diferir significativamente de las de los consumidores de cannabis.

La información disponible sobre el consumo de cannabinoides sintéticos en nuestro país procede de tres fuentes:

- Encuestas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).
- Indicadores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) sobre el uso de nuevas sustancias psicoactivas (NSP).

7.1. Encuestas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

La información obtenida en las encuestas la proporciona directamente la persona entrevistada. Es importante aclarar que el sujeto que consume cannabinoides sintéticos sabe que consume productos con efectos similares al cannabis, habitualmente un material vegetal impregnado en cannabinoides llamado spice, pero no conoce exactamente qué sustancias psicoactivas está consumiendo. Por eso, en las encuestas se pregunta directamente por el consumo de spice especificando que también se incluyen dentro de este grupo spice drugs, cannabinoides sintéticos o marihuana sintética.

7.1.1. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en población de 15 a 64 años

En 2020, la prevalencia de consumo de spice alguna vez en la vida se sitúa en un 0,6% en la población de 15 a 64 años. Respecto al sexo se observa que es mayor el consumo en hombres que en mujeres.

Tabla 7.1.1. Prevalencia de consumo de spice en la población de 15-64 años alguna vez en la vida, según sexo (%). España, 2020.

	Total	Hombres	Mujeres
Consumo de spice alguna vez en la vida	0,6	0,9	0,3

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

Según la edad, el consumo de spice es mayor en los menores de 35 años (1,0%), y especialmente en aquellos entre los 25 y 34 años.

Tabla 7.1.2. Prevalencia de consumo de spice en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2020.

	Edad (años)						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-34	35-64
Consumo de spice alguna vez en la vida	0,9	1,2	0,6	0,3	0,2	1,0	0,4

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

En cuanto a la evolución del consumo de spice, desde el año 2011 la prevalencia de consumo se mantiene estable en valores inferiores al 1%.

Tabla 7.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de spice en la población de 15 a 64 años (%). España, 2011-2020.

	2011	2013	2015	2017	2020
Consumo de spice alguna vez en la vida	0,8	0,5	0,8	0,4	0,6

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

Los consumidores de spice suelen presentar otros patrones de consumo de riesgo, como el policonsumo de sustancias psicoactivas, siendo más frecuente en este colectivo que a nivel general en la población española de 15 a 64 años.

Entre los consumidores de spice, se detectan mayores prevalencias de consumo de todas las sustancias (tanto legales como ilegales). Es remarcable que el 95,1% de los consumidores de spice han consumido también cannabis, valor que disminuye al 37,5% entre la población general.

Tabla 7.1.4. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de sustancias psicoactivas en las personas de 15-64 años y en los consumidores de spice alguna vez en la vida (%). España, 2020

	Población general 15-64 años	Consumidores de spice
Alcohol	93,0	99,1
Tabaco	70,0	93,2
Anfetaminas/speed	4,3	65,2
Alucinógenos	5,5	78,8
Hipnosedantes con o sin receta	22,5	38,7
Cannabis	37,5	95,1
Éxtasis	5,0	70,9
Cocaína polvo y/o base	11,2	84,0

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

Como se observa en la tabla inferior, el consumo de spice está muy relacionado con el policonsumo, el 90,9% de las personas que han consumido spice alguna vez en la vida han consumido 4 sustancias psicoactivas o más.

Tabla 7.1.5. Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas* entre los consumidores de spice alguna vez en la vida (%). España, 2020.

Número de sustancias psicoactivas* consumidas	(%)
Una sola sustancia	0,0
Dos sustancias	4,2
Tres sustancias	4,9
Cuatro o más sustancias	90,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
* Alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína en polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles.

7.1.2. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) en estudiantes de 14 a 18 años

En 2021 la prevalencia de consumo de spice alguna vez en la vida se sitúa en un 0,6% entre los estudiantes de 14 a 18 años. En general, este consumo es más frecuente entre los chicos (0,8%) que en las chicas (0,5%), y las mayores prevalencias se dan a la edad de 18 años en el caso de los chicos (1,4%), y a los 17 años en las chicas (0,9%). La gran mayoría de los que han consumido spice alguna vez en la vida había consumido en los últimos 12 meses, pues la prevalencia en este tramo temporal (0,5%) es similar al observado alguna vez en la vida.

Tabla 7.1.6. Prevalencia de consumo de spice entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2021.

	TOTAL			POR EDAD Y SEXO														
	Total	H	M	14 T	14 H	14 M	15 T	15 H	15 M	16 T	16 H	16 M	17 T	17 H	17 M	18 T	18 H	18 M
Alguna vez en la vida	0,6	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,6	0,9	0,3	1,0	1,2	0,9	0,8	1,4	0,2
En los últimos 12 meses	0,5	0,6	0,4	0,3	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,3	0,7	0,8	0,6	0,6	1,0	0,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).
T: Total; H: Hombre; M: Mujer.

En cuanto a la evolución de la prevalencia del consumo de spice en los estudiantes de 14 a 18 años, desde el año 2010 la prevalencia de consumo ha ido decreciendo, situándose en 2021 en mínimos históricos.

Tabla 7.1.7. Evolución de la prevalencia de consumo de spice entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2010-2021.

Prevalencia de consumo de spice alguna vez en la vida						Prevalencia de consumo de spice en los últimos 12 meses					
2010	2012	2014	2016	2019	2021	2010	2012	2014	2016	2019	2021
1,1	1,4	0,8	0,9	0,8	0,6	0,8	1,0	0,6	0,7	0,5	0,5

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

Respecto a la percepción del riesgo que supone el consumo de spice, la mayoría (75,0%) de los estudiantes de 14 a 18 años considera que su consumo una vez al mes o menos frecuentemente puede causar bastantes o muchos problemas. Esta percepción del riesgo es mayor entre las chicas que en los chicos y también a los 18 años que en edades menores.

Tabla 7.1.8. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de spice una vez al mes o menos frecuentemente (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según sexo y edad (%). España, 2012-2021.

2012	2014	2016	2019	2021	2021						
Total	Total	Total	Total	Total	Sexo		Edad				
					H	M	14	15	16	17	18
72,4	**82,7**	**77,7**	**74,8**	**75,0**	70,3	80,1	72,0	72,6	74,3	77,1	80,8

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

Sin embargo, cabe destacar que la percepción del riesgo es mucho menor en aquellos estudiantes que han consumido spice alguna vez en la vida frente a los que no han consumido spice en el mismo periodo, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 7.1.9. Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de spice una vez al mes o menos frecuentemente (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según hayan consumido o no spice alguna vez en la vida (%). España, 2016-2021.

2016		2019		2021	
Riesgo percibido		Riesgo percibido		Riesgo percibido	
SÍ han consumido spice	NO han consumido spice	SÍ han consumido spice	NO han consumido spice	SÍ han consumido spice	NO han consumido spice
46,0	78,7	47,9	75,8	50,4	75,8

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

En cuanto a la percepción de la disponibilidad de spice, aproximadamente la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir spice. Esta facilidad para conseguir spice la reconocen una mayor proporción de estudiantes en los últimos años, 2016-2021, en comparación con lo observado en los años 2010-2014.

Tabla 7.1.10. Evolución de la disponibilidad percibida de spice entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir spice). España, 2010-2021.

2010	2012	2014	2016	2019	2021
39,8	42,6	41,4	53,7	55,3	51,5

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

Como ocurre con la percepción del riesgo, la percepción de poder obtener spice fácilmente es más frecuente entre aquellos estudiantes que han consumido alguna vez spice.

Tabla 7.1.11. Evolución de la disponibilidad percibida de spice entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir spice) según hayan consumido alguna vez en la vida o no la sustancia (%). España, 2010-2021.

SÍ consumen spice						NO consumen spice					
2010	2012	2014	2016	2019	2021	2010	2012	2014	2016	2019	2021
79,1	73,4	78,9	86,5	85,6	83,0	39	41,4	40,6	52,6	54,3	50,9

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

En cuanto al conocimiento de la existencia de spice, en 2021 el 63,2% de los estudiantes de 14-18 años nunca habían oído hablar de esa sustancia. La proporción de estudiantes que nunca han oído hablar de spice ha ido aumentando desde 2014, mostrándose estable desde 2019.

Tabla 7.1.12. Evolución del desconocimiento de la existencia de spice entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2012-2021.

% de estudiantes que nunca ha oído hablar de esta droga				
2012	2014	2016	2019	2021
44,7	42,3	58,3	64,2	63,2

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

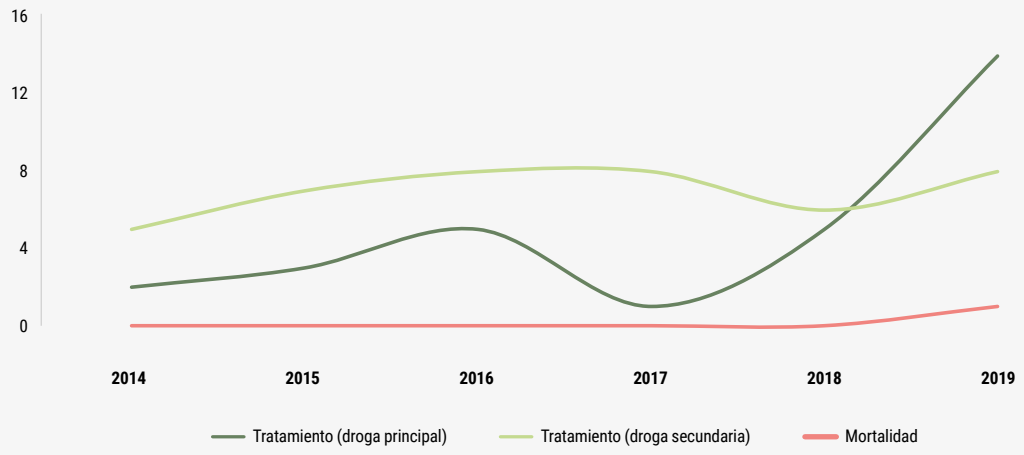
7.2. Indicadores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

Los siguientes indicadores informan sobre algunas de las consecuencias del consumo de spice, y de forma indirecta aportan información sobre la situación y tendencias del consumo de spice.

El spice en los indicadores se empezó a registrar de manera específica en 2014, desde el inicio del registro ha presentado una baja presencia, siendo responsable de 14 admisiones a tratamiento en 2019, apareciendo ese mismo año, en 8 admisiones a tratamiento como droga secundaria y no detectándose en ninguno de los episodios de urgencias registrados. Entre los fallecidos se ha detectado por primera vez en 2019 en un caso, encontrándose otras sustancias en el fallecido, concretamente opiáceos, cocaína, hipnosedantes y cannabis. La vía de administración notificada por los admitidos a tratamiento es la vía pulmonar o fumada.

El perfil del admitido a tratamiento por spice, es el de un hombre de 21 años, que vive en la casa familiar con la familia de origen, con estudios primarios y que sigue estudiando.

Figura 7.2.1. Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de spice y fallecidos en los que se detecta spice. España, 2014-2019.



Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

7.3. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

La continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en los diferentes mercados de sustancias, que intenta burlar la normativa que rige la circulación de las clásicas sustancias ya fiscalizadas, ha supuesto un reto para los Convenios internacionales y para los responsables de la formulación de políticas y legisladores europeos y ha motivado el desarrollo de sistemas de vigilancia y alerta rápida tanto a nivel nacional como internacional. El objetivo de estos sistemas de alerta temprana es compartir de forma rápida la información disponible en los diferentes territorios sobre nuevas sustancias, o nuevos riesgos sobre sustancias ya conocidas, y agilizar y coordinar la respuesta frente a estas nuevas amenazas.

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)[63] fue creado en 1997 por el EMCDDA[64] y la Oficina Europea de Policía (Europol)[65] en colaboración con los Estados miembros de la UE, en el marco de la Acción Común de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis[66]. Cada Estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna[67].

El EWS tiene como objetivo la notificación de NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de "nuevas drogas" o "nuevas sustancias psicoactivas", entendiendo por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas. Asimismo, es también posible utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo, muertes o intoxicaciones asociadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

El Sistema Español de Alerta temprana (SEAT) es el sistema de intercambio rápido de información sobre el uso de NSP en nuestro país. A través del SEAT las CCAA comunican información sobre NSP al punto central, el OEDA, que a su vez circula a nivel nacional toda información de interés sobre NSP.

Los cannabinoides sintéticos de nueva aparición son considerados, en principio, NSP y como tal se mantienen en vigilancia a nivel nacional e internacional a través de los sistemas de alerta temprana. Más adelante, si se constata para alguno de ellos una circulación continuada y unos riesgos potenciales importantes, el EMCDDA realiza una evaluación formal de la situación respecto a esa o esas sustancias en concreto. En función de los resultados de esta evaluación, puede proponer a la Comisión Europea su inclusión en la lista de sustancias fiscalizadas.

Es importante aclarar que la notificación a los sistemas de alerta temprana implica, normalmente, la identificación mediante técnicas analíticas de sustancias concretas contenidas en una muestra de un producto. Por tanto, se notifican directamente los cannabinoides sintéticos, y no la materia que los contiene, que suele ser un material vegetal impregnado (spice) o en menor medida, papel impregnado o algún aceite o fluido para vapear, fumar o consumir de otra forma.

En 2021, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) amplió las medidas de fiscalización incorporando a la lista II de sustancias psicótropas sometidas a fiscalización de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 (lista verde, edición 32) dos cannabinoides sintéticos (CUMIL-PEGACLONE y MDMB-4en-PINACA)[68], lo que elevó a más de 144 el total de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional, de los cuales más de 20 son cannabinoides sintéticos.

Las notificaciones de las adulteraciones de cannabis con nuevos cannabinoides sintéticos, ponen de manifiesto los nuevos riesgos de un consumo accidental de estas potentes sustancias. Como se ha comentado anteriormente, los cannabinoides sintéticos se consideran nuevas sustancias psicoactivas (NSP), y en total se han detectado en la UE 209 nuevos cannabinoides sintéticos desde 2008, incluidos 11 de ellos notificados por primera vez en 2020. En 2019, en los Estados miembros se realizaron aproximadamente 6.500 incautaciones, lo que corresponde a 200 kg incautados. Junto con las catinonas, representan casi el 60% del número de incautaciones de NSP en 2019.

Cada país de la UE notifica al EWS la circulación de NSP detectadas en su territorio. Para ello, el EWS tiene establecidos dos sistemas principales de notificación de NSP:

63 EWS. Early Warning System. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/eu-early-warning-system
64 EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. http://www.emcdda.europa.eu/
65 Europol. https://www.europol.europa.eu/
66 Acción común de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas (DOL 167 de 25-6-97, p.1)
67 Early Warning System, National Profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. https://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews_en
68 https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/2021/Green_list_SPA_V21.pdf

- **Informe anual de situación (Annual Situation Report, ASR)**

  Es un sistema que aporta información puntual de cada país al EWS una vez al año. Se trata de un documento que cada país cumplimenta con información agregada de todas las NSP notificadas a lo largo de todo el año en su territorio. Este documento informa, para cada sustancia, sobre el formato o formatos en que se presenta, el número de incautaciones o muestras recogidas en ese año, la cantidad total de sustancia, y la entidad que la notifica.

- **Base de datos europea sobre nuevas sustancias psicoactivas** (**European Database on New Drugs, EDND).** Es un sistema para la notificación continuada de NSP de forma individualizada. Se trata de una plataforma informática que permite aportar en cualquier momento información pormenorizada de un evento concreto que implique la identificación de una o varias NSP en cualquiera de los países de la UE. Aunque la plataforma está abierta a la notificación de cualquier evento relacionado con NSP, se pide priorizar la notificación de hechos especialmente relevantes, que incluyen, por ejemplo:

  - NSP detectadas por primera vez en el país, o en Europa.
  - NSP sometidas a seguimiento intensivo por el EMCDDA.
  - Eventos adversos graves relacionados con NSP (muertes, intoxicaciones agudas).
  - Brotes relacionados con NSP.
  - Información sobre NSP obtenida a partir de muestras biológicas.
  - NSP en adulteraciones o falsificaciones de otras sustancias.
  - Nuevas vías de administración de NSP o de sustancias ya conocidas.

La plataforma EDND permite incluir información con muy alto grado de detalle en la notificación, como, por ejemplo, la fecha y tipo de evento, las entidades implicadas en la obtención de la muestra y en su análisis, la descripción física de la muestra y la caracterización química de la sustancia o sustancias detectadas, incluyendo las técnicas analíticas empleadas e informes de resultados analíticos.

A continuación, se presentan datos sobre cannabinoides sintéticos notificados al EMCDDA por nuestro país en los últimos años.

Cannabinoides sintéticos notificados vía Annual Situation Report (ASR)

En 2019, España notificó al EMCDDA vía ASR 1.650 casos relacionados con 84 NSP diferentes. De estas 84 NSP, 17 eran cannabinoides sintéticos, que acumulaban un total de 83 notificaciones. El cannabinoide sintético más frecuentemente notificado en 2019 fue la 4F-MDMB-BINACA, con un total de 24 casos.

En 2020, España notificó al EMCDDA vía ASR 2.501 casos relacionados con 87 NSP diferentes. De estas 87 NSP, 13 eran cannabinoides sintéticos, que acumulaban un total de 197 casos. Los cannabinoides sintéticos más frecuentemente notificados en 2020 fueron CUMYL-THPINACA, que se notificó en 58 ocasiones, seguida de CUMYL-PeGACLONE, con 54 casos. Comparando ambos años, se observa una reducción del número de cannabinoides sintéticos notificados, pero un gran aumento del número de notificaciones.

Tabla 7.3.1 Cannabinoides sintéticos notificados por España al EMCDDA vía Annual Situation Report en 2019 y 2020.

2019	
NSP detectada	**Número de casos**
4F-MDMB-BINACA	24
5F-MDMB-PICA	17
UR-144	14
CUMYL-PEGACLONE	6
5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	5
MDMB-4en-PINACA	3
5FUR-144 / XLR-11	2
AMB-FUBINACA	2
FUB-144	2
4F-MDMB-PICA	1
5F-ADB-PINACA	1
5F-MDMB-BUTINACA	1
CUMYL-5F-P7AICA	1
CUMYL-5FPINACA	1
FUB-AKB48	1
JWH-122	1
NM-2201	1
Total, 17 cannabinoides	**83 casos**

2020	
NSP detectada	**Número de casos**
CUMYL-THPINACA	58
CUMYL-PeGACLONE	54
5F-MDMB-PICA	28
MDMB-4en-PINACA	24
4F-MDMB-BINACA	14
5F-MDMB-PINACA	4
CUMYL-CBMICA	4
Cumyl-CH-MeGaClone	4
CUMYL-4CN-BINACA	2
RCS-4	2
5F-AKB48	1
A-836,339	1
AB-FUBINACA	1
Total, 13 cannabinoides	**197 casos**

FUENTE: OEDA. Datos notificados al EMCDDA a través del ASR 2019 y ASR 2020.

Cannabinoides sintéticos notificados vía EDND

Según los datos disponibles en EDND a fecha 7 de diciembre de 2021, el EWS monitoriza 881 sustancias diferentes, y entre ellas, 222 son cannabinoides sintéticos.

Atendiendo a los datos de nuestro país, a fecha 11 de noviembre de 2021 en EDND constan 202 sustancias notificadas por España desde el año 2012, de las cuales, 39 son cannabinoides sintéticos.

Tabla 7.3.2. Cannabinoides sintéticos notificados por España al EMCDDA entre 2012 y 2021, según datos de EDND*:

Sustancia notificada:
4F-MDMB-BINACA
5F-3,5-AB-PFUPPYCA
5F-AKB48
5F-AMB (5F-AMB-PINACA)
5F-AMB-PICA
5F-Cumyl-PeGaClone
5F-EMB-PINACA
5F-MDMB-PICA
5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)
5FUR-144 (XLR-11)
AB-CHMINACA
AB-FUBINACA
ADB-BUTINACA
ADB-CHMINACA
ADB-FUBINACA
ADB-PINACA
AM-2201
AM-2201 carboxylate analogue quinolinyl derivative (5F-PB-22)
AM-2233
AMB-FUBICA
AMB-FUBINACA
Apinaca
CRA-13
CUMYL-4CN-BINACA
CUMYL-5F-P7AICA
CUMYL-5FPINACA
EG-018
FUB-AKB48
JWH-018
JWH-302
JWH-methylcyclohexane-8quinolinol (BB-22)
MAM-2201
M-CHMIC
MDA 19 (BZO-HEXOXIZID)
MDMB-4en-PINACA
MDMB-CHMICA
NM-2201
UR-144
URB-597

* Fecha de extracción de datos: 11-11-2021.
FUENTE: OEDA. Datos notificados al EMCDDA a través de EDND.

08

MEDIDAS DE CONTROL

VOLVER A ÍNDICE

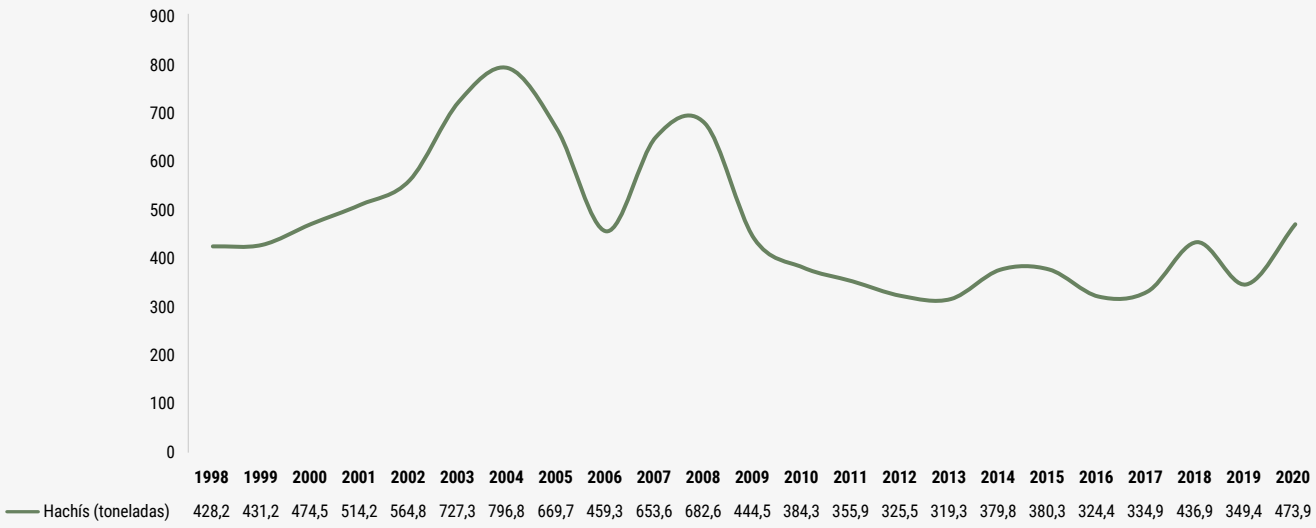
8.1. Número de decomisos y cantidades de cannabis decomisadas

Desde el 2019 se notificaron en Europa en torno a 1,1 millones de incautaciones, siendo las más frecuentes las de productos de cannabis. En concreto, en 2019 los Estados miembros de la UE notificaron 326.000 incautaciones de resina de cannabis (465 toneladas) y 313.000 incautaciones de hierba de cannabis (148 toneladas). En cuanto al precio del gramo, oscilan en cifras similares, siendo la media de 7-12 €/gramo para la resina, y de 8-13 €/gramo para la hierba.

Las cantidades de cannabis incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de esta droga 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.

En España. el perfil de las cantidades incautadas de **hachís** entre 1998 y 2020 ha sufrido cambios notables, que se resumen a continuación. En 1998 se inicia un aumento importante de las cantidades de hachís incautadas alcanzándose el máximo histórico en 2004 (796,8 toneladas). A partir de 2005 se inicia un descenso mantenido hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,3 toneladas) a pesar de pequeños repuntes en 2007 y 2008. Desde 2014 el volumen de incautaciones se ha mantenido con pequeños repuntes como el de 2018. No obstante, en el año 2020, la cantidad incautada (473,9 toneladas) ha aumentado con respecto a 2019.

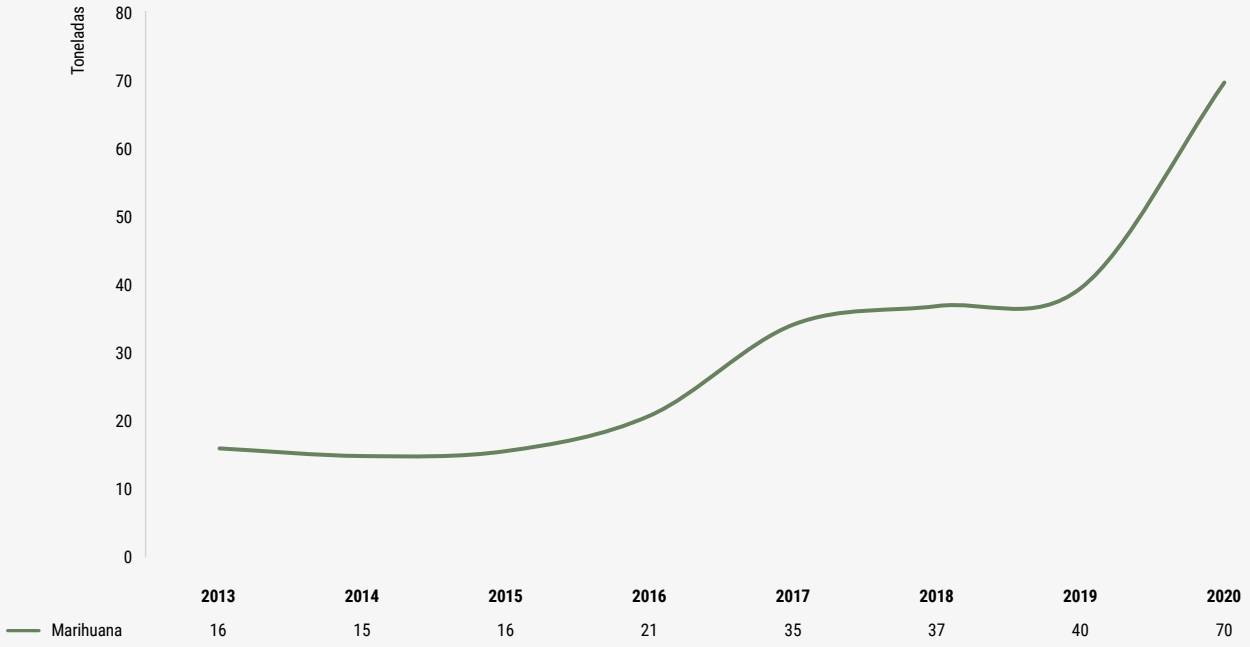
Figura 8.1.1. Cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2020.



Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Respecto a la **marihuana**, se observa una tendencia creciente respecto a las cantidades incautadas desde el año 2013. La cantidad de marihuana incautada es aproximadamente 10 veces inferior a la cantidad de hachís incautado.

Figura 8.1.2. Cantidad de marihuana incautada (toneladas) en España, 2013-2020.



Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

8.2. Precio y concentración de THC del cannabis decomisado

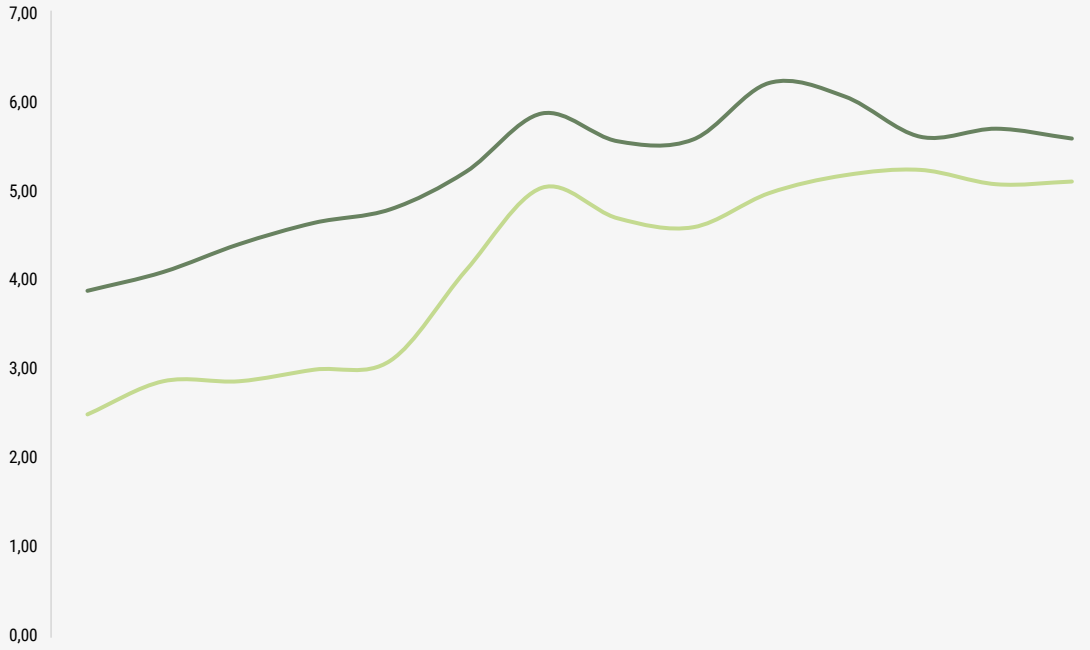
8.2.1. Precio

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable al cannabis, 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 del cannabis en el mercado ilícito a medio plazo, se puede observar una tendencia al alza del precio medio del gramo de la resina de hachís que, si en el año 2000 era de 3,87 euros, en 2020 llegó a 5,57 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la grifa/marihuana que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 5,09 euros.

En cualquier caso, el precio medio del gramo de resina de hachís siempre es superior al de la grifa/marihuana.

Figura 8.2.1. Precios medios del cannabis (tanto de resina como de marihuana) en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2020.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,20	5,85	5,54	5,56	6,19	6,04	5,59	5,68	5,57
Marihuana (gramo)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,10	5,02	4,68	4,58	4,96	5,16	5,22	5,06	5,09

Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

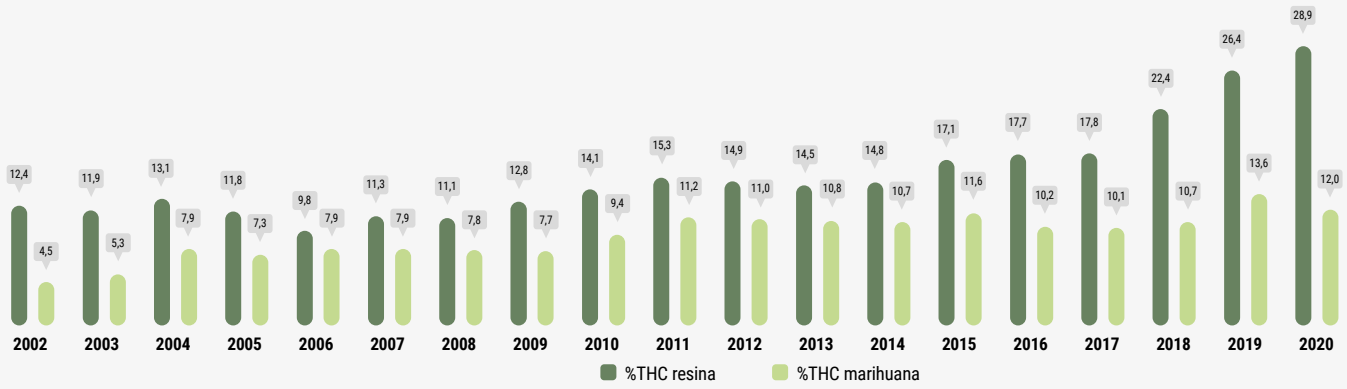
8.2.2. Concentración de THC

En relación a la concentración media en THC (tetrahidrocannabinol) del cannabis decomisado, a lo largo de todo el período 2002-2020, se puede observar que siempre es mayor en la resina que en la hierba. De hecho, en el año 2020, la concentración de THC de la resina fue de un 28,9% mientras que la de la hierba fue de un 12% (menos de la mitad).

Por lo que respecta a la evolución temporal, la concentración de THC de la resina muestra una tendencia descendente desde el año 2004 hasta el año 2008 (con mínimo histórico del 9,8% en 2006). A partir de 2009 se inicia un aumento primero ligero que desde el año 2017 (17,8%) se intensifica, hasta llegar al 28,9% en el año 2020.

En el caso de la evolución temporal de la concentración de THC de la hierba, fue en aumento desde 2002 hasta 2011, fecha en la que se puede decir que, más o menos, se estabilizó.

Figura 8.2.2. Porcentaje de THC (tetrahidrocannabinol) presente en cannabis según el tipo de presentación analizada; THC contenido en la resina de cannabis y THC contenido en la hierba de cannabis o marihuana. España, 2002-2020.



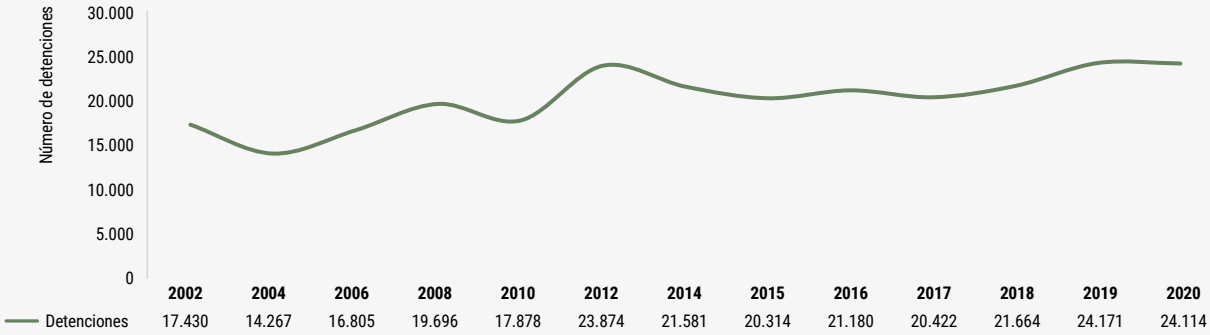
Fuente: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

En toda Europa la resina de cannabis que se vende ahora es más potente que antes, con un contenido medio de THC de entre el 20% y el 28%, casi el doble que el de la hierba de cannabis. Entre los productos de cannabis disponibles en Europa se incluyen productos con un alto contenido de THC y nuevas formas de cannabis en el mercado ilegal, así como una amplia gama de productos que contienen extractos de cannabis, aunque con un bajo contenido de THC, que se venden comercialmente[69].

8.3. Detenidos por tráfico de cannabis y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de cannabis

Las detenciones por tráfico de drogas, conforme a los datos del Ministerio del Interior realizadas desde 2002 (17.430) presentan una tendencia creciente hasta el año 2012 (23.874), año en que inician un periodo de relativo descenso. Los últimos tres años se ha invertido la tendencia, situándose en valores máximos y superiores a las 24.000 detenciones desde el 2019.

Figura 8.3.1. Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2020.

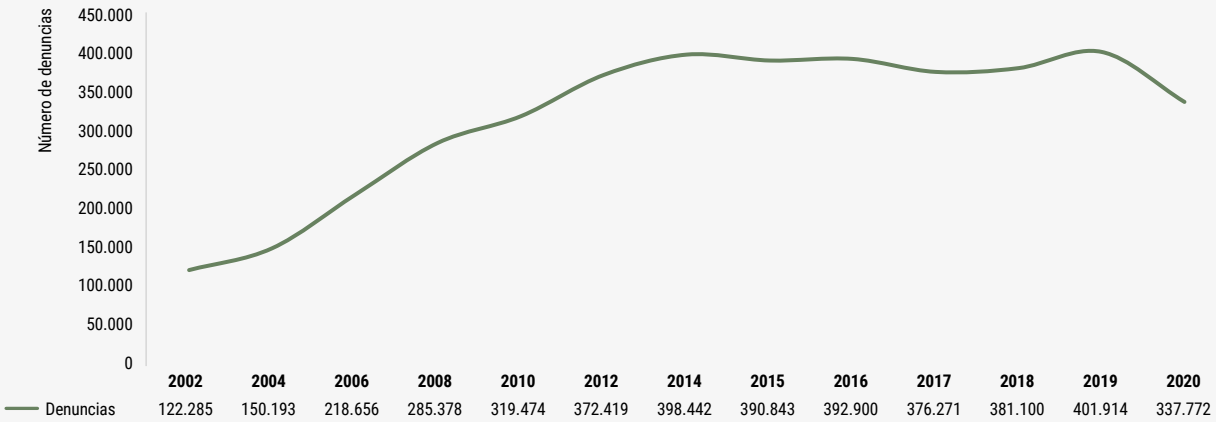


Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

69 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf

Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas en el espacio público, basadas en la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, que se registran desde 2002 (122.285), mostraron un progresivo aumento hasta 2014. Se encuentra estabilizado desde entonces en valores inferiores a las 400.000, con pequeños repuntes como en 2019.

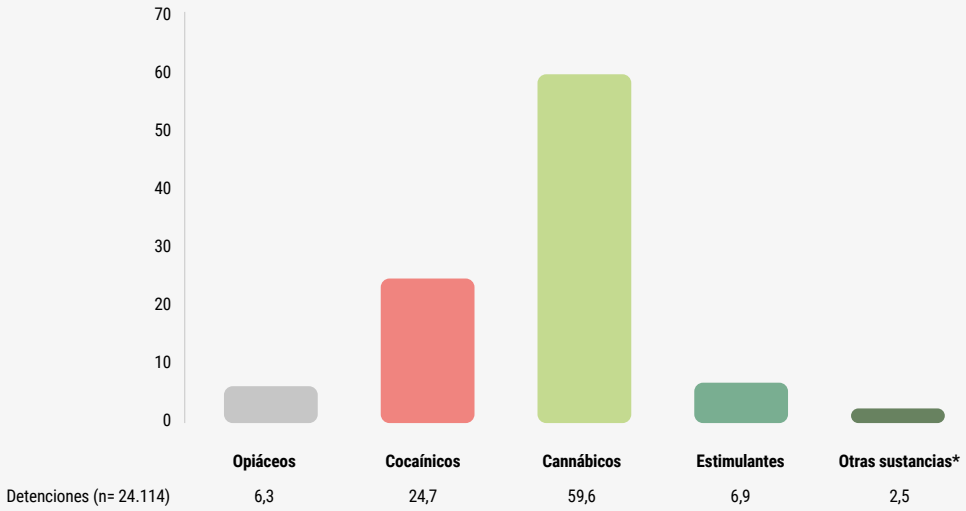
Figura 8.3.2. Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2020.



Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

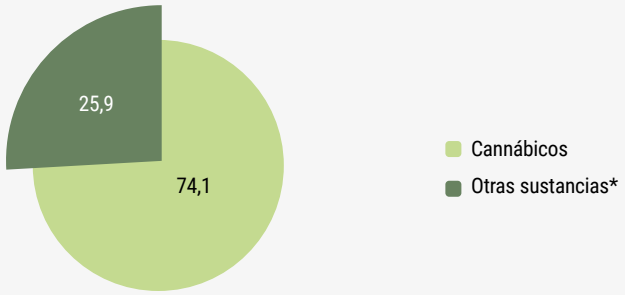
Como en años anteriores, en 2020 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (59,6% y 74,1%, respectivamente).

Figura 8.3.3. Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2020.



* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.
Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

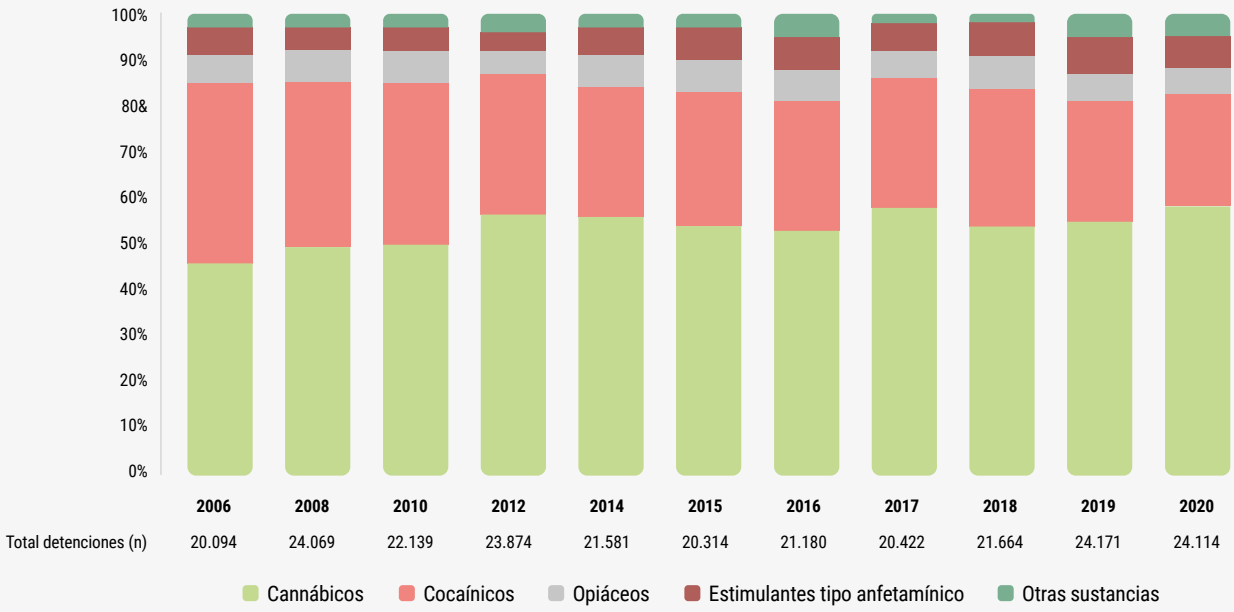
Figura 8.3.4- Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2020.



* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.
Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

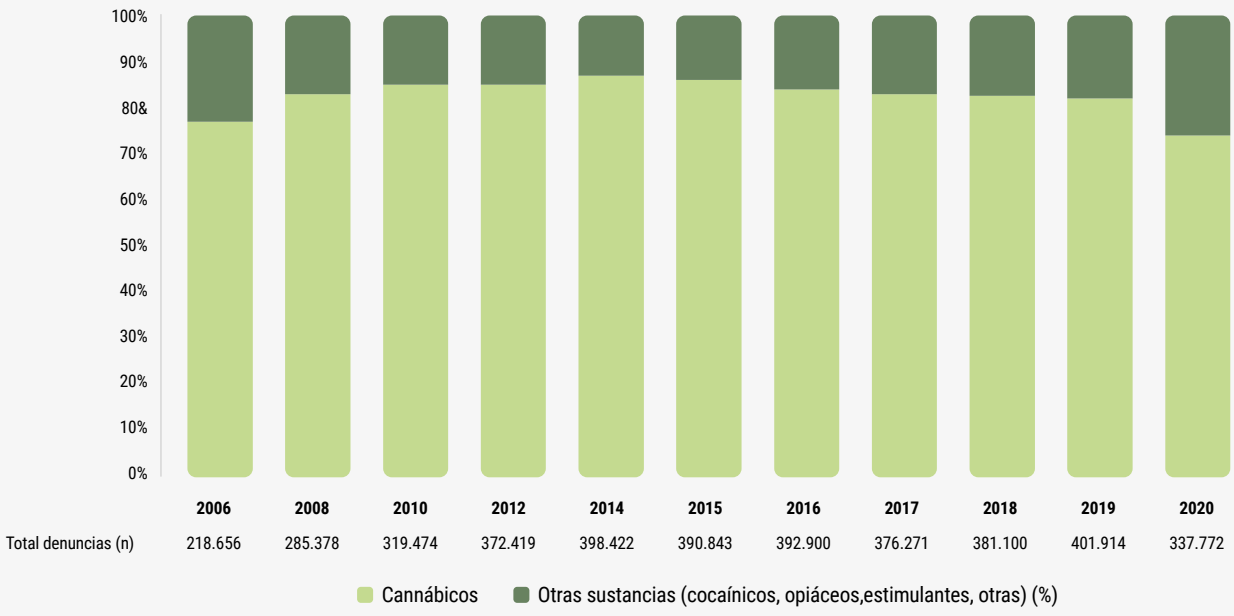
Por lo que respecta a la evolución temporal, se puede observar que en la serie histórica de 2006 a 2020, tanto el porcentaje de detenciones como el de denuncias de cannabis, ha ido aumentando ligeramente, aunque con patrones diferentes: en el caso de las detenciones, el máximo lo encontramos en 2020 mientras que, para denuncias, el máximo lo encontramos entre los años 2012-2014, reduciéndose su número desde entonces (figuras 8.3.5 y 8.3.6).

Figura 8.3.5. Detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2020.



Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 8.3.6. Denuncias por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2020.



Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.
FUENTE: Figura elaborada por el OEDA a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

09

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE CONSUMO DE CANNABIS EN ESPAÑA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE AGUAS RESIDUALES CON FINES EPIDEMIOLÓGICOS

VOLVER A ÍNDICE

Autores: miembros de la Red ESAR-Net (www.esarnet.es)[70, 71]

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos al aplicar el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos a la medida de 11-Nor-9-carboxi-delta-9-THC (THC-COOH), principal metabolito del THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) para analizar la evolución temporal del consumo de cannabis en los últimos 10 años.

Metodología

En este estudio se tomaron muestras de agua residual en diferentes depuradoras españolas (detalladas en cada subapartado) durante una semana completa (generalmente empezando un martes y finalizando un lunes) garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 h). Los muestreos se realizaron durante el primer semestre de cada año (2011-2021), por lo general durante los meses de marzo y abril, evitando días festivos o eventos especiales.

La concentración de THC-COOH en cada una de las muestras se determinó mediante extracción en fase sólida y cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas. Posteriormente, las concentraciones se convirtieron en masa de metabolito excretada por día y normalizada a 1000 habitantes (denominada aquí carga de THC-COOH), empleando para ello el caudal de agua residual recibido por cada depuradora durante el día muestreado y la población servida por la misma. Esta carga podría convertirse en consumo conociendo el metabolismo de la sustancia y su(s) vía(s) de excreción, pero en el caso del cannabis existe una cierta incertidumbre sobre los mismos, por lo que se decidió establecer las tendencias temporales y geográficas solo en base a la carga de metabolito. En aquellas ciudades en las que se realizó el estudio en más de una depuradora, se calculó la media ponderada por la población para estimar la carga normalizada en la ciudad de manera global.

Para más información sobre la metodología del análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos se pueden consultar las referencias [72], [73]. Los laboratorios participantes en el análisis realizan cada año un ejercicio interlaboratorio para garantizar la comparabilidad de los resultados[74].

70 J.B. Quintana, R. Rodil, R. Montes, A. Estévez-Danta, S. Méndez-Martínez (Universidade de Santiago de Compostela); F. Hernández, L. Bijlsma, A. Celma, M.C. Campos, E. Gracia, C. Simarro (Universitat Jaume I); Y. Picó, V. Andreu, D. Sadutto, L. Herrera-Vera (Centro de Investigación sobre Desertificación, UV-CSIC-GV); M. López de Alda, C. Postigo, R. Bonansea, P. Alcalá (Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC); Y. Valcárcel, N. Domínguez, S. Martínez (Universidad Rey Juan Carlos); E. Pocurull, R.M. Marcé, N Fontanals (Universitat Rovira i Virgili); I. González-Mariño (Universidad de Salamanca); A. Rico (IMDEA-Agua); Ll. Corominas, S. Rodríguez-Mozaz (Institut Català de Recerca de l'Aigua); M. Miró (Universitat de les Illes Balears); A. Prieto, N. Etxebarria, G. Orive (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea); P. Lara, S. Santana (Universidad de Cádiz); M. Isorna (Universidade de Vigo); U. Lertxundi (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

71 Este trabajo ha sido posible gracias la colaboración de todas las entidades y ayuntamientos responsables de la gestión de las depuradoras de aguas residuales, imprescindible para llevar a cabo estos estudios, y al proyecto "Exploración de las aguas residuales como indicador complementario, rápido y objetivo sobre el consumo de sustancias de abuso" financiado en la convocatoria 2020 de proyectos de investigación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (nº exp. 2020I009)".

72 Bijlsma et al. Análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: aplicaciones a la estimación del consumo de sustancias de abuso y en salud pública en general. Red española ESAR-Net. Revista Española de Salud Pública., 2018, 92: 20 de agosto e201808053.

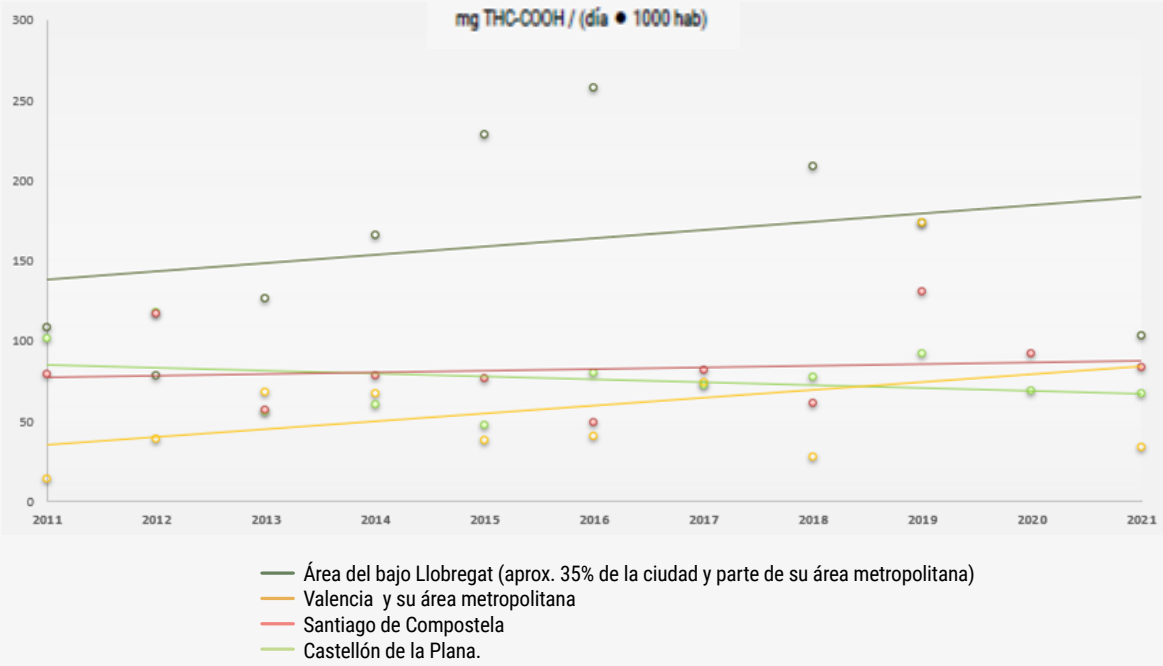
73 Pocurull et al. El análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos: presente y futuro en España. Revista Española de Drogodependencias, 2020, 45, 91-103.

74 van Nuijs et al. Multi-year interlaboratory exercises for the analysis of illicit drugs and metabolites in wastewater: development of a quality control system. Trends in Analytical Chemistry, 2018, 103, 34-43.

9.1. Estudio de la tendencia temporal en 4 localidades

La figura 9.1.1 muestra los resultados obtenidos en 4 estaciones (El área del Bajo Llobregat, Valencia y su área metropolitana, Santiago de Compostela y Castellón de la Plana) españolas que llevan aplicando esta metodología desde 2011 y enviando los resultados obtenidos al EMCDDA[75], [76]. Dichos datos corresponden a una semana por año, como se ha mencionado anteriormente. En 2020 solo se dispone de datos de dos localidades (Castellón de la Plana y Santiago de Compostela) debido a las dificultades derivadas de la pandemia. En este año, además, el muestreo se retrasó a julio (en lugar del período habitual marzo-abril).

Figura 9.1.1. Evolución de la carga normalizada de THC-COOH en 4 estaciones. Área del Bajo Llobregat (aprox. 35% de la ciudad y parte de su área metropolitana), Valencia y su área metropolitana, Santiago de Compostela y Castellón de la Plana, 2011-2021.



Población total muestreada (excepto en 2020): 2,7 millones de habitantes.
Fuente: Red Española de Análisis de Aguas Residuales con fines epidemiológicos.

Como puede apreciarse en la figura 1, teniendo en cuenta que los datos representan la media de una única semana cada año, se observa una variabilidad importante, especialmente en el área del Bajo Llobregat. En cualquier caso, el consumo parece estar estabilizado, no detectándose una tendencia estadísticamente significativa en las cargas normalizadas de THC-COOH a lo largo de la serie temporal en ninguna de las cuatro estaciones muestreadas (p-valor 0,33-0,68, r: -0,29-0,35, correlación de Pearson).

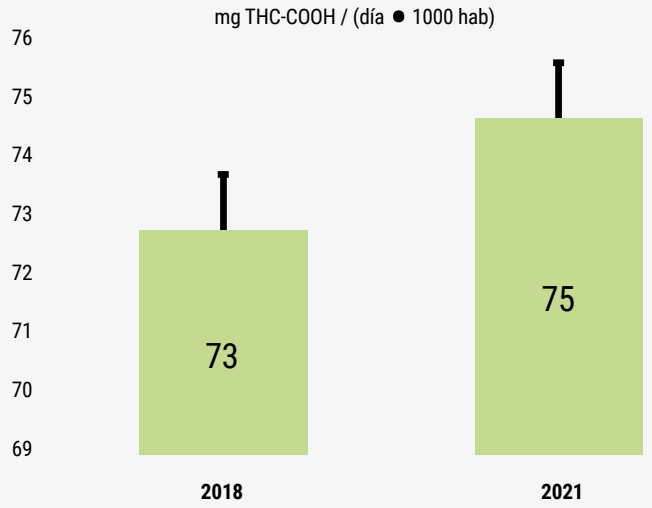
75 González-Mariño et al. Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring. Addiction, 2020, 115, 109-120.
76 https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

9.2. Estudio de la tendencia global en 9 localidades

En la figura 9.2.1 se representa la carga promedio de THC-COOH global en 9 localidades, que sumarían un total de aproximadamente 4 millones de habitantes, determinada en 2018[77] y 2021 (no publicado aún), correspondiente a una semana por año en cada localidad. Estas localidades son: Valencia y su área metropolitana, Toledo, Lleida, Tarragona, Reus, Bilbao y su área metropolitana, Santiago de Compostela, Castellón de la Plana y la ciudad de Madrid (en este caso la población cubierta sería de aprox. 30% de la ciudad). Se ha excluido la estación del Bajo Llobregat de este estudio debido al carácter diferencial expuesto en la sección anterior.

Para obtener el valor global se ha realizado la media ponderada por población en cada día de la semana y finalmente se representa la media global y desviación estándar.

Figura 9.2.1. Carga promedio ponderada por población en 9 localidades (aprox. 4 millones de habitantes). Valencia y su área metropolitana, Toledo, Lleida, Tarragona, Reus, Bilbao y su área metropolitana, Santiago de Compostela, Castellón de la Plana y la ciudad de Madrid, 2018 y 2021.



Las barras de error representan la desviación estándar.
Población total muestreada en 2018 y 2021: aproximadamente 4 millones de habitantes.
Fuente: Red Española de Análisis de Aguas Residuales con fines epidemiológicos.

Los resultados del análisis de las 9 localidades en su conjunto (figura 9.2.1) confirman que no ha habido un cambio global significativo en el uso de cannabis (test t de Student, p-valor: 0,78).

Cabe mencionar que estos datos no son necesariamente representativos de toda la población española, ya que pueden existir fenómenos locales, similares a los detectados en el área del Bajo Llobregat, en otras localidades que no han podido ser muestreadas. Por otro lado, también hay que considerar que la metodología empleada puede relacionarse con la cantidad de THC consumido, pero no con el número de veces que se consume, ya que esto estará también relacionado con la forma de consumo y la potencia del cannabis consumido cada año.

77 Bijlsma et al. The embodiment of wastewater data for the estimation of illicit drug consumption in Spain. Science of the Total Environment, 2021, 772: 144794.

10

CONCLUSIONES

VOLVER A ÍNDICE

El cannabis es, con diferencia, la droga ilegal más consumida por la población española en todas las edades. Su principal consumo en España es como marihuana o como hachís, y aunque en los últimos años han aparecido en Europa una gran variedad de productos cannábicos, lo que se conoce como cannabinoides sintéticos, su consumo en España es bajo.

El consumo de cannabis se da principalmente entre los hombres y en jóvenes, situándose la edad media de inicio en el consumo a los 14,9 años, edad más baja de todas las sustancias ilegales. Mostrando incidencias de consumo cada vez mayores entre los estudiantes de 14 a 18 años.

Aunque su consumo suele ser experimental, normalmente concentrado en un periodo corto (al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta), algunos consumidores presentan un patrón de consumo problemático, llegando a tener que iniciar tratamiento para el abuso o la dependencia de esta sustancia.

Esto ha provocado que en los últimos 10 años haya aumentado exponencialmente el número de admisiones a tratamiento por esta sustancia, siendo la segunda sustancia que más admisiones a tratamiento genera en población general, por detrás de la cocaína y siendo responsable de más del 95% del total de admisiones en menores de 18 años.

Las altas prevalencias de consumo de esta sustancia tanto en población general como en población de estudiantes, se refleja en un aumento de las denuncias por consumo o tenencia ilícita de cannabis y un aumento de las detenciones por tráfico de drogas que en 2020 alcanzaron su máximo histórico.

Además, se ha observado un aumento de la concentración de THC en los productos decomisados, hecho que podría estar en la base del aumento del cannabis en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, que ya suponen el 50% del total de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias.

Los datos de las encuestas también apuntan a una disminución de la percepción de riesgo y un aumento de la disponibilidad, factores que la literatura ha relacionado directamente con las prevalencias de consumo. De hecho, la situación de restricción de la movilidad provocada por la pandemia por COVID-19 en 2020 y 2021, ha mostrado un impacto en los patrones de consumo de cannabis de la población, disminuyendo el consumo de cannabis en ambos sexos y en todos los grupos de edad, en especial en los grupos más jóvenes. Esto vendría a reforzar el concepto de que las medidas de prevención ambiental que disminuyen la oferta y disponibilidad, son eficaces para reducir el consumo de cannabis, sobre todo entre jóvenes y menores. En este punto, también toma especial relevancia aumentar la percepción de riesgo del cannabis, haciendo participe a la sociedad en general de las consecuencias reales del consumo.

Como conclusión señalar que para poder reducir las prevalencias de consumo del cannabis y los daños producidos por esta sustancia es necesario un abordaje intersectorial y construirlo requiere analizar y utilizar los datos y el conocimiento disponibles. Esta monografía se ha preparado para contribuir a este proceso. Así, aspira a ser un documento útil para todos los actores implicados, con una vocación de actualización periódica que permita disponer de la información más actualizada en cada momento.

11

GLOSARIO

VOLVER A ÍNDICE

Las definiciones utilizadas a lo largo del documento son las siguientes:

- **Cannabis**: término genérico utilizado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta del cannabis[78]. En este informe se utilizará el término cannabis en general en lugar de otros términos como marihuana, hachís o aceite de hachís, cuando no se refiera específicamente a ninguno de ellos. Por "cannabis" se entienden las sumidades, floridas o con fruto, de la planta del cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe. Por "planta de cannabis" se entiende toda planta del género *Cannabis*. Por "resina de cannabis" se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis[79].

- **Cannabinoides naturales:** sustancias encontradas en la planta de cannabis. Las principales son el tetrahidrocannabinol (THC), que es el compuesto psicoactivo y el cannabidiol (CBD) que es el compuesto no psicoactivo.

- **Cannabinoides sintéticos:** grupo de nuevas sustancias psicoactivas que simulan los efectos del (−)-trans-Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), que es la principal sustancia responsable de los efectos psicoactivos más importantes del cannabis. Al igual que el THC, los cannabinoides sintéticos se unen a los receptores de cannabinoides del organismo. Por este motivo, estas sustancias se han utilizado para crear una gran variedad de productos «euforizantes legales» que se venden como sustitutos legales del cannabis.

- **Consumo problemático de sustancias psicoactivas**: consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema de salud, psicológico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, que ocasione consecuencias negativas a terceras personas[80].

- **Edad media de inicio en el consumo de cannabis:** promedio en años de la edad de comienzo del consumo.

- **Estupefaciente:** cualquiera de las sustancias de las Listas I, II, III y IV de la Convención de 1961, naturales o sintéticas[81], incluidas en la Lista Amarilla, que contiene la lista actual de los estupefacientes sujetos a fiscalización internacional, preparada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)[82].

- **Incidencia:** porcentaje de población que, sin haber consumido previamente una sustancia determinada, ha comenzado a consumirla en los últimos 12 meses. Se calcula considerando conjuntamente a la población que nunca ha consumido y aquella que ha comenzado en este periodo de tiempo.

78 Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Catalogación (CIP). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
79 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Naciones Unidas. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
80 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones. http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu
81 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Naciones Unidas. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf
82 https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/60th_edition/60_Yellow_List_SP_rev1.pdf

- **Nuevas sustancias psicoactivas (NSP):** sustancias en forma pura o de preparado que no están contempladas en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, ni en el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que pueden entrañar riesgos para la salud o sociales similares a aquellos que entrañan las sustancias contempladas en dicha Convención y Convenio. "Preparado" es una mezcla que contiene una o más sustancias psicoactivas nuevas.[83] La definición de NSP utilizada por el EMCDDA incluida en el European Model Questionnaire es la siguiente: NSP son aquellas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis….). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom…) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc.[84]

- **Población estudiante**: se refiere a la población de estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en centros públicos o privados, que constituye el marco muestral de la encuesta ESTUDES.

- **Población laboral**: se refiere a la población de 16 a 64 años que se declara, empleada y trabajando en el momento actual; empleada, pero temporalmente ausente; o en paro, habiendo trabajado antes. Constituye el marco muestral de la encuesta LABORAL.

- **Población penitenciaria**: se refiere a la población de más de 18 años internos en los centros penitenciarios. De acuerdo a su clasificación penal en el marco muestral se incluyen preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar. Constituye el marco muestral de la encuesta en PENITENCIARIAS.

- **Spice**: nombre genérico que suele utilizarse para referirse a productos basados en mezclas de hierbas para fumar que contienen cannabinoides sintéticos. En origen, spice es un nombre comercial bajo el que se comercializaba este tipo de productos. Existen otros términos utilizados para referirse a estos productos, como por ejemplo K2 o spicky.

83 Artículo 1 de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas.
84 https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/voluntary-emq-module-monitoring-use-new-and-not-so-new-psychoactive-substances-nps-general-adult-population-surveys-and-school-surveys_en

12

ABREVIATURAS

VOLVER A ÍNDICE

CAST	Cannabis Abuse Screening Test.
CBD	Cannabidiol.
CBN	Cannabinol.
CCAA	Comunidades autónomas.
CCCA	Comunidades y ciudades autónomas.
CITCO	Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado.
CND	Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas (United Nations Commission on Narcotic Drugs)**.**
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019 (Coronavirus Disease 2019).
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
ECDD	Comité de Expertos sobre Drogodependencias de la OMS (WHO Expert Committee on Drug Dependence).
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España.
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).
ENA	Estrategia Nacional sobre Adicciones.
ESAR-Net	Red Española de Análisis de Aguas Residuales con Fines Epidemiológicos.
ESPAD	Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs).
ESDIP	Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias.
ESDAM	Encuesta sobre Alcohol y Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años en España.
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.
EWS	Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (Early Warning System).
IARC	Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer)**.**
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (International Narcotics Control Board).
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONUDC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (United Nations Office on Drugs and Crime, ONUDC).
SEAT	Sistema Español de Alerta Temprana.
SEIDA	Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones.
THC	Tetrahidrocannabinol.

MONOGRAFÍA CANNABIS 2022

CONSUMO Y CONSECUENCIAS

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS