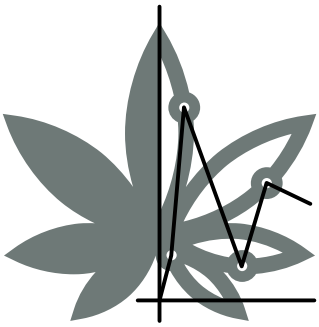
CANNABIS

2025

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

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

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

Begoña BRIME. Alberto DOMÍNGUEZ. Luz Mª LEÓN. Luisa Mª LÓPEZ. Patricia MORENO. Eva SÁNCHEZ. Sandra RAMÍREZ. Cristina RODRÍGUEZ.

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 (ESAR-Net).
- Entidades y ayuntamientos responsables de la gestión de las depuradoras de aguas residuales.
- Centro de Inteligencia contra el terrorismo y el crimen organizado (CITCO)
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)

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, 2025

Centro de Publicaciones

© Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO
133-25-063-5

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 2025. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2025. 134 p.

ÍNDICE

- **1. Objetivos** **4**
- **2. Metodología** **6**
- **3. Introducción** **14**
- **4. Conceptos generales sobre el cannabis** **16**
- **5. Situación a nivel mundial** **27**
- **6. Situación a nivel europeo** **31**
- **7. Consumo de cannabis** **36**
  - 7.1. Consumo de cannabis en los estudiantes de 14 a 18 años 37
  - 7.2. Consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años 54
  - 7.3. Consumo de cannabis en la población laboral de 16 a 64 años 66
  - 7.4. Consumo de cannabis en la población privada de libertad de 18 años o más 74
- **8. Consumo de riesgo y consecuencias del consumo de cannabis** **79**
  - 8.1 Consumo de riesgo de cannabis 80
  - 8.2 Admisiones a tratamiento por consumo de cannabis 85
  - 8.3 Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis 90
  - 8.4 Hospitalizaciones relacionadas con el consumo de cannabis 92
  - 8.5 Mortalidad relacionada con el consumo de cannabis 94
  - 8.6 Siniestralidad vial relacionada con el consumo de cannabis 97
- **9. Cannabinoides sintéticos** **100**
  - 9.1 Generalidades 101
  - 9.2 Situación legal de los cannabinoides sintéticos 102
  - 9.3 Consumo de cannabinoides sintéticos y problemas asociados en Europa 103
  - 9.4 Consumo de cannabinoides sintéticos y problemas asociados en España 105
- **10. Medidas de control** **115**
  - 10.1 Número de decomisos y cantidades de cannabis decomisadas 116
  - 10.2 Precio y concentración de THC del cannabis decomisado 118
  - 10.3 Detenidos por tráfico de cannabis y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de cannabis 119
- **11. Análisis de la evolución de consumo de cannabis en España mediante el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos** **123**
  - 11.1 Metodología 124
  - 11.2 Resultados 125
- **12. Conclusiones** **127**
- **13. Glosario** **129**
- **14. Abreviaturas** **132**

01

OBJETIVOS DE ESTE INFORME

VOLVER A ÍNDICE

OBJETIVO GENERAL

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 y la evolución que ha mostrado. 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:

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 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.

02

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.

2.1.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 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.
- **Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población privada de libertad en Instituciones Penitenciarias (ESDIP):** se lleva a cabo mediante entrevista personal a población privada de libertad de centros penitenciarios de España, de manera quinquenal desde 2006. La última disponible es de 2022.

Encuestas Internacionales en las que participa el OEDA, financiadas por la DGPNSD:

- **Encuesta Escolar Europea sobre Alcohol y otras Drogas (ESPAD):** se lleva a cabo mediante cuestionario autoadministrado en estudiantes de educación secundaria de 15 y 16 años de edad, desde 2019.

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

ESTUDES

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. En 2014-2015 el periodo de recogida de información ha sido del 14 de noviembre de 2014 al 8 de abril de 2015. En 2016-2017 el periodo de recogida de información se realizó del 18 de noviembre de 2016 al 8 de marzo de 2017. En 2019 el periodo de recogida de información se realizó del 4 de febrero al 5 de abril. En 2021 el periodo de recogida de información se realizó del 8 de marzo al 18 de mayo. En 2023 el periodo de recogida de información se realizó del 5 de febrero al 28 de mayo.
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	En 2014 se obtienen resultados de 941 centros educativos y 1.858 aulas, con una muestra valida final de 37.486 alumnos. En 2016 se obtienen resultados de 863 centros educativos y 1.726 aulas, con una muestra valida final de 35.369 alumnos. En 2019 Se obtienen resultados de 917 centros educativos y 1.769 aulas, con una muestra valida final de 38.010 alumnos. En 2021 se obtienen resultados de 531 centros educativos y 1.324 aulas, con una muestra valida final de 22.321 alumnos. En 2023 se obtienen resultados de 888 centros educativos y 1.992 aulas, con una muestra valida final de 42.208 alumnos.

DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Error muestral	En 2014 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. En 2016 el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y p=q=0,5 es del +0,5% para los estudiantes españoles de 14 a 18 años. En 2019 el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y p=q=0,5 es del +0,5% para los estudiantes españoles de 14 a 18 años. En 2021 el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y p=q=0,5 es del +0,7% para los estudiantes españoles de 14 a 18 años. En 2023 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. El encuestador permanece en el aula durante todo el proceso y recoge los cuestionarios una vez finalizados. El cuestionario es de tipo "auto-administrado" cumplimentándose por escrito (papel y lápiz) y por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	En 2014 el 87% de los centros seleccionados participaron en la encuesta. En 2016 el 91,4% de los centros seleccionados y el 99,1% de los alumnos presentes participaron en la encuesta. En 2019 el 93,2% de los centros seleccionados y el 99,3% de los alumnos presentes participaron en la encuesta. En 2021 el 88,7% de los centros seleccionados participaron en la encuesta. En 2023 el 86,7% de los centros seleccionados y el 99,7% de los alumnos presentes participaron en la encuesta.
NOVEDADES	
Módulos Específicos	En 2014: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre consumo problemático de cannabis (incluye la escala CAST) y un módulo sobre uso de internet (incluye la escala CIUS) y otras conductas relacionadas. En 2016: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre consumo problemático de cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre uso de internet (incluye la escala CIUS) y un módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio. En 2019: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre consumo problemático de cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre uso de internet (incluye la escala CIUS), módulo sobre juegos de azar (incluye la escala Lie/Bet), módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio y un módulo sobre videojuegos (incluye la escala DSM-5). En 2021: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre consumo problemático de cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre uso de internet (incluye la escala CIUS), módulo sobre juegos de azar (incluye la escala Lie/Bet), módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio y un módulo sobre videojuegos (incluye la escala DSM-5). En 2023: módulo sobre consumo problemático de cannabis (incluye la escala CAST), un módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), un módulo sobre uso de internet (incluye la escala CIUS), un módulo sobre juegos de azar (incluye la escala Lie/Bet), un módulo sobre sustancias estimulantes que mejoran el rendimiento en el estudio, un módulo sobre videojuegos (incluye la escala DSM-5) y un módulo sobre pornografía.

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

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. En 2015-2016 el periodo de recogida de información se realizó del 1 al 18 de diciembre de 2015 y del 7 de febrero al 29 de abril de 2016. En 2018 el periodo de recogida de información se realizó del 5 de febrero al 27 de abril. En 2020 el periodo de recogida de información se realizó del 7 de febrero al 13 de marzo. En 2022 el trabajo de campo se ha realizado entre el 15 de febrero y el 3 de junio. En 2024 el trabajo de campo se ha realizado entre el 12 de febrero y el 21 de junio.
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	Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar. En 2015 las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.127 en 2015), correspondientes a 8.117 municipios en 2015. En 2015 se seleccionaron 2.277 secciones censales correspondientes a 948 municipios. En 2018 las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.215), correspondientes a 8.125 municipios. Se seleccionaron 2.147 secciones censales correspondientes a 954 municipios. En 2020 las unidades de primera etapa son las secciones censales (36.288), correspondientes a 8.123 municipios. Se seleccionaron 1.793 secciones censales correspondientes a 744 municipios. En 2022 las unidades de primera etapa fueron las secciones censales 36.366, correspondientes a 8.131 municipios. Se seleccionaron 2.639 secciones censales correspondientes a 1.004 municipios. En 2024 las unidades de primera etapa fueron las secciones censales 36.372, correspondientes a 8.131 municipios. Se seleccionaron 2.658 secciones censales correspondientes a 1.052 municipios.
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.

ASPECTOS GENERALES	
Tamaño de la muestra	En 2015, 22.541 cuestionarios válidos. En 2018, 21.249 cuestionarios válidos. En 2020, 17.899 cuestionarios válidos. En 2022, 26.344 cuestionarios válidos. En 2024, 26.878 cuestionarios válidos.
Error muestral	En 2016 el error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) fue del ±0,7%, oscilando entre el ±2% en la Comunidad Valenciana y el 6,7% en Melilla. En 2018 el error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) fue del ±0,8%, oscilando entre el ±2,1% en Andalucía y el 4,7% en La Rioja. En 2020 el error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) fue del ±0,8%, oscilando entre el ±2,1% para la Comunidad Valenciana y el 8,6% para Melilla. En 2022 el error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) fue del ±0,71%, oscilando entre el ±1,96% para la Comunidad de Madrid y el ±6,48% para Melilla. En 2024 el error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para p=0,5) fue del ±0,61%, oscilando entre el ±2,00% para la Comunidad de Madrid y el ±4,03% para Ceuta.
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	En 2015 la tasa efectiva de respuesta fue del 50,5%. En 2018 la tasa efectiva de respuesta fue del 51%. En 2020 la tasa efectiva de respuesta fue del 37,2%. En 2022 la tasa efectiva de respuesta fue del 32,45%. En 2024 la tasa efectiva de respuesta fue del 34,21%.
NOVEDADES	
Módulos Específicos	En 2011: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y módulo laboral. En 2013: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP) En 2015: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), un módulo sobre hipnosedantes (incluye la escala DSM-5) y un módulo sobre internet (incluye la escala CIUS). En 2018: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juegos de azar (incluye la escala DSM-5) y módulo sobre internet (incluye la escala CIUS). En 2020: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juegos de azar (incluye la escala DSM-5), módulo sobre internet (incluye la escala CIUS) y módulo laboral. En 2022: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juegos de azar (incluye la escala DSM-5), módulo sobre internet (incluye la escala CIUS) y módulo sobre salud mental. En 2024: módulo sobre nuevas sustancias psicoactivas (NSP), módulo sobre alcohol (incluye la escala AUDIT), módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), módulo sobre analgésicos opioides, módulo sobre juegos de azar (incluye la escala DSM-5), módulo sobre internet (incluye la escala CIUS), módulo sobre salud mental y un módulo sobre pornografía que se ha incluido por primera vez esta edición.

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.

ESDIP 2022

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	ESDIP 2022. 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**: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior (SGIIPP), Dirección General de Asuntos Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña (DGAP) y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales a través del Programa de Análisis e Inspección de Centros Penitenciarios del Gobierno Vasco.
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 1 de febrero y el 19 de marzo de 2022.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Formaron parte de la muestra **5.512 internos**, distribuidos en **78 centros** penitenciarios. Se incluyen hombres y mujeres de más de 18 años con conocimiento de castellano o árabe 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 5.512internos.
Error muestral	Error muestral máximo: 1,24% (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 86,4%.

2.1. 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.

2.2. 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.

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 Tráfico** (2023), 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).

1 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm
2 https://www.euda.europa.eu/activities/eu-early-warning-system-on-nps_en#:~:text=The%20EWS%20is%20part%20of,risk%20assessment%20and%20control%20measures.

03

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 en 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 de la EUDA 2025 , 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 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

04

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL CANNABIS

VOLVER A ÍNDICE

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 planta *Cannabis sativa* contiene al menos 125 cannabinoides diferentes[6]. Los tres más importantes, son el delta-9-tetrahidrocannabinol (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].

El contenido de cannabinoides depende de varios factores como la parte de la planta, el tipo (existen distintos genotipos o variedades) y el momento en que es recolectada. La mayor concentración de cannabinoides se encuentra en los brotes florecientes de la planta femenina y en las hojas, mientras que las concentraciones son bajas en el tallo, raíces y semillas. Los cannabinoides sintéticos, que son sustancias fabricadas en laboratorio y químicamente similares a los compuestos que se encuentran en la planta de cannabis, pueden producir graves efectos negativos para la salud[8]. Estos productos, también conocidos como "*spice*", K2, marihuana sintética o hierba falsa pueden tener una concentración mucho mayor de THC y pueden ser mucho más potentes. El consumo de cannabinoides sintéticos se asocia a efectos graves para la salud, potencialmente mortales[9,10] .

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 un producto concentrado derivado de la resina del cannabis.

4.1. Vías de administración

Estos preparados de cannabis (marihuana, hachís…) 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. Las vías tópicas y transmucosas (normalmente sublinguales) se utilizan para algunos productos de cannabis medicinal, pero rara vez con fines recreativos.

6 Radwan MM, Chandra S, Gul S, ElSohly MA. Cannabinoids, Phenolics, Terpenes and Alkaloids of Cannabis.Molecules. 2021;26(9):2774. Published 2021 May 8. doi:10.3390/molecules26092774

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.

8 de Oliveira MC, Vides MC, Lassi DLS, et al. Toxicity of Synthetic Cannabinoids in K2/Spice: A Systematic Review. Brain Sci. 2023;13(7):990. Published 2023 Jun 24. doi:10.3390/brainsci13070990

9 Cohen K, Weinstein AM. Synthetic and Non-synthetic Cannabinoid Drugs and Their Adverse Effects-A Review From Public Health Prospective. Front Public Health. 2018;6:162. Published 2018 Jun 7. doi:10.3389/fpubh.2018.00162

10 Castaneto MS, Gorelick DA, Desrosiers NA, Hartman RL, Pirard S, Huestis MA. Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. Drug Alcohol Depend. 2014;144:12-41. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.08.005

4.2. Lugar de acción

El receptor de cannabinoides es un receptor acoplado a proteína G, que inhibe la adenilil ciclasa y estimula la conductancia del potasio. Hay dos receptores cannabinoides conocidos: CB1 y CB2[11]:

- **CB1** se encuentra en el sistema nervioso central, incluidos los ganglios basales, la sustancia negra, el cerebelo, el hipocampo y la corteza cerebral. Actúa presinápticamente e inhibe la liberación de varios neurotransmisores, incluidos acetilcolina, L-glutamato, ácido gamma aminobutírico (GABA), norepinefrina, dopamina y 5-hidroxitriptamina.
- **CB2** se encuentra periféricamente en los tejidos del sistema inmunológico (p. ej., macrófagos esplénicos y linfocitos B), terminales nerviosas periféricas y conductos deferentes. Se postula que desempeña un papel en la regulación de las respuestas inmunitarias y las reacciones inflamatorias. La anandamida y la palmitoiletanolamida son ligandos endógenos conocidos de receptores de cannabinoides.

4.3. Farmacocinética

El tetrahidrocannabinol (THC) delta-9 es el cannabinoide más psicoactivo. La farmacocinética y la farmacodinamia del THC varían según la ruta de exposición de la siguiente manera[12,13]:

- **CANNABIS INHALADO:** después de la inhalación del humo del cannabis, la aparición de efectos psicoactivos se produce rápidamente, con efectos máximos que se sienten entre 15 y 30 minutos y que duran hasta cuatro horas. Estos efectos reflejan las concentraciones plasmáticas de THC. La biodisponibilidad pulmonar varía del 10 al 35% de una dosis inhalada y está determinada por la profundidad de la inhalación junto con la duración de la inhalación y la retención de la respiración.
- **CANNABIS CONSUMIDO POR VÍA ORAL:** en comparación con la inhalación la absorción es más lenta. La ingestión de cannabis tiene un inicio retardado de los efectos psicoactivos que oscila entre 30 minutos y tres horas pudiendo durar los mismos unas 6 horas. Su biodisponibilidad puede variar entre un 5 y un 10% debido a que es destruido parcialmente por el ácido gástrico y al importante metabolismo de primer paso en el hígado. Los efectos clínicos pueden durar hasta 12 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. La concentración máxima de THC en plasma aparece a las 2-4 horas. El THC es soluble en lípidos, se une altamente a las proteínas (95 a 99%) y tiene un volumen de distribución de 2,5 a 3,5 L/kg[14] . El THC, tras su consumo, 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.

11 Borgelt LM, Franson KL, Nussbaum AM, Wang GS. The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. Pharmacotherapy 2013; 33:195.

12 Schwilke EW, Schwope DM, Karschner EL, et al. Delta9-tetrahydrocannabinol (THC), 11-hydroxy-THC, and 11-nor-9-carboxy-THC plasma pharmacokinetics during and after continuous high-dose oral THC. Clin Chem 2009; 55:2180.

13 Cooper ZD, Haney M. Comparison of subjective, pharmacokinetic, and physiological effects of marijuana smoked as joints and blunts. Drug Alcohol Depend 2009; 103:107.

14 McGilveray IJ. Pharmacokinetics of cannabinoids. Pain Res Manag 2005; 10 Suppl A:15A.

4.4. Efectos sobre el organismo

Cuando se consume cannabis en dosis pequeñas el efecto puede ser placentero, mientras que en 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.

4.4.1. Efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC)

Los efectos sobre el SNC son los más relevantes ya que constituyen la base de su abuso y se asocian a algunas de las complicaciones más frecuentes tras el consumo agudo y crónico: euforia, bienestar, relajación, somnolencia, alteración de la memoria a corto plazo, dificultad en la concentración, empeoramiento de conducción, disminución del dolor.

El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico. Tras una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción, ansiedad) le sigue una fase donde predomina la sedación y relajación. Se produce una ligera distorsión del espacio y tiempo.

En algunos sujetos, especialmente inexpertos o tras dosis elevadas puede aparecer ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico, que habitualmente desaparecen de forma espontánea en pocas horas. La intoxicación aguda por cannabis puede cursar con un episodio psicótico agudo que se caracteriza por ideas delirantes, alucinaciones, confusión, amnesia, ansiedad y agitación. Habitualmente estos cuadros agudos desaparecen espontáneamente a las pocas horas a medida que el THC se elimina del organismo.

El uso de cannabis a diario y durante periodos prolongados provoca déficits cognitivos y un menor volumen del hipocampo [15] que puede traducirse en deficiencias en la memoria, la atención, percepción, la concentración, dependiendo de la dosis.

Cannabis y trastornos mentales.

El consumo de cannabis se correlaciona con una mayor probabilidad y un inicio más temprano de psicosis, así como síntomas esquizofrénicos más intensos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia[16].

Efectos sobre el rendimiento psicomotor y la conducción de vehículos

El cannabis afecta a las áreas del cerebro que controlan los movimientos, el equilibrio, la coordinación y la memoria. El consumo de cannabis puede afectar habilidades importantes necesarias para una conducción segura, aumentando el tiempo de reacción y la capacidad para tomar decisiones[17].

4.4.2. Sistema cardiovascular

El cannabis presenta efecto hipotensor y taquicardizante, podría aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca y otras enfermedades vasculares [18,19].

15 Meier MH, Caspi A, R Knodt A, Hall W, Ambler A, Harrington H, Hogan S, M Houts R, Poulton R, Ramrakha S, Hariri AR, Moffitt TE. Long-Term Cannabis Use and Cognitive Reserves and Hippocampal Volume in Midlife. Am J Psychiatry. 2022 May;179(5):362-374. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21060664. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35255711; PMCID: PMC9426660.

16 Urits I, Gress K, Charipova K, Li N, Berger AA, Cornett EM, Hasoon J, Kassem H, Kaye AD, Viswanath O. Cannabis Use and its Association with Psychological Disorders. Psychopharmacol Bull. 2020 May 19;50(2):56-67. PMID: 32508368; PMCID: PMC7255842.

17 Marcotte TD, Umlauf A, Grelotti DJ, et al. Driving Performance and Cannabis Users' Perception of Safety: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2022; 79:201.

18 Richards JR, Blohm E, Toles KA, et al. The association of cannabis use and cardiac dysrhythmias: a systematic review. Clin Toxicol (Phila) 2020; 58:861.

19 Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M, Micallef J, French Association of the Regional Abuse and Dependence Monitoring Centres (CEIP-A) Working Group on Cannabis Complications. Cannabis use: signal of increasing risk of serious cardiovascular disorders. J Am Heart Assoc 2014; 3:e000638.*

4.4.3. Sistema respiratorio

El cannabis fumado contiene las mismas toxinas y carcinógenos que el humo de tabaco. Estas sustancias incluyen monóxido de carbono, amoníaco, acetaldehído, formaldehído, acroleína, fenoles, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos y otras. Muchos de estos compuestos son cancerígenos y dañinos para el epitelio respiratorio.

El consumo regular de cannabis se ha relacionado con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar intersticial, neumonía eosinofílica, bronquitis aguda y otras infecciones respiratorias (aspergilosis, legionelosis, tuberculosis) y neumotórax [20].

4.4.4. Fertilidad y embarazo

El cannabis puede afectar los procesos relacionados con la salud reproductiva femenina, incluida la secreción de FSH y LH, la ovulación y la ciclicidad menstrual[21]. En hombres, el THC se asocia con una espermatogénesis reducida y un deterioro de la función de los espermatozoides, induciendo anomalías en su morfología [22].

El consumo de cannabis durante el embarazo (exposición prenatal al cannabis) se asocia con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, tamaño pequeño para la edad gestacional e ingreso en cuidados intensivos neonatales[23].

El THC y el cannabidiol aparecen en la leche materna de las mujeres lactantes que consumen cannabis[24]. La concentración de THC en la leche materna es de dos a seis veces mayor que su concentración en el plasma. El THC es detectable en la leche materna durante varias semanas después de que la madre deje de consumir cannabis. Los efectos de los cannabinoides en la leche materna sobre el lactante son inciertos.

4.5. Trastorno por consumo de cannabis

El 18 de mayo de 2013 se publicó la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la American Psychiatric Association (APA), y a finales de 2014 apareció la traducción en español: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)[25]. Dentro del apartado de trastornos por consumo de sustancias se incluye el trastorno por consumo de cannabis. El trastorno por consumo de cannabis es una enfermedad mental grave que afecta a la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con trastorno por consumo de cannabis son incapaces de dejar de consumirlo a pesar de que les cause consecuencias negativas en su vida. En la tabla siguiente aparecen reflejados los criterios que incluyen un trastorno por consumo de cannabis.

20 Jett J, Stone E, Warren G, Cummings KM. Cannabis Use, Lung Cancer, and Related Issues. J Thorac Oncol. 2018 Apr;13(4):480-487. doi: 10.1016/j.jtho.2017.12.013. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29374567.

21 Lo JO, Hedges JC, Girardi G. Impact of cannabinoids on pregnancy, reproductive health, and offspring outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2022 Oct;227(4):571-581. doi: 10.1016/j.ajog.2022.05.056. Epub 2022 May 31. PMID: 35662548; PMCID: PMC9530020.

22 Payne KS, Mazur DJ, Hotaling JM, Pastuszak AW. Cannabis and Male Fertility: A Systematic Review. J Urol. 2019 Oct;202(4):674-681. doi: 10.1097/JU.0000000000000248. Epub 2019 Sep 6. PMID: 30916627; PMCID: PMC7385722.

23 Singh S, Filion KB, Abenhaim HA, Eisenberg MJ. Prevalence and outcomes of prenatal recreational cannabis use in high-income countries: a scoping review. BJOG. 2020 Jan;127(1):8-16. doi: 10.1111/1471-0528.15946. Epub 2019 Oct 24. PMID: 31529594.

24 Moss MJ, Bushlin I, Kazmierczak S, Koop D, Hendrickson RG, Zuckerman KE, Grigsby TM. Cannabis use and measurement of cannabinoids in plasma and breast milk of breastfeeding mothers. Pediatr Res. 2021 Oct;90(4):861-868. doi: 10.1038/s41390-020-01332-2. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33469174.

25 APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.

Tabla 4.1. Criterios DSM-5 de trastorno por consumo de cannabis

A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis).
b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Algunos de los factores de riesgo asociados al trastorno por consumo de cannabis son:

- **FRECUENCIA DE CONSUMO**: el principal factor de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de cannabis es la frecuencia de consumo de cannabis[26].

26 Richter L, Pugh BS, Ball SA. Assessing the risk of marijuana use disorder among adolescents and adults who use marijuana. Am J Drug Alcohol Abuse 2017; 43:247.

- **DURACIÓN DEL CONSUMO:** la duración del consumo de cannabis también es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por consumo de cannabis[27].
- **POTENCIA DEL CANNABIS:** una revisión sistemática encontró una asociación positiva entre la potencia del cannabis consumido (evaluada en términos de concentración de THC) y la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis[28].
- **FACTORES GENÉTICOS:** los estudios familiares y en gemelos sugieren que existe un grado sustancial de heredabilidad para ciertos patrones de consumo de cannabis y el desarrollo del trastorno por consumo de cannabis[29].
- **FACTORES PSICOSOCIALES:** estudios observacionales de gran escala basados en la población y estudios longitudinales prospectivos más pequeños sugieren varios factores de riesgo y de protección asociados con el consumo de cannabis y el desarrollo del trastorno por consumo de cannabis durante la adolescencia y la edad adulta temprana, tras controlar las características sociodemográficas y el consumo de otras sustancias[30].
  - > **Factores psicológicos:** el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, los problemas de conducta persistentes en la niñez o la adolescencia o un trastorno psiquiátrico preexistente se asocian con un mayor riesgo de iniciar el consumo de cannabis entre adolescentes y adultos jóvenes y de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis[31].
  - > **Consumo de otras sustancias:** el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias se asocia con un mayor riesgo de consumo de cannabis, consumo diario de cannabis y desarrollo de un trastorno por consumo de cannabis[32].
  - > **Educación:** Un mayor número de años de educación se asocia con una menor prevalencia de consumo de cannabis[33].
  - > **Otros:** Otros factores asociados con el consumo de cannabis y el desarrollo del trastorno por consumo de cannabis incluyen el consumo de cannabis por parte de los padres, experiencias adversas en la infancia (abuso físico, emocional o sexual) y acontecimientos vitales estresantes (como desempleo, dificultades económicas)[34].
  - > **Factores de protección:** Los factores de protección contra el inicio del consumo de cannabis o el desarrollo de un trastorno por consumo de cannabis incluyen la estrecha vigilancia de los padres, su oposición al consumo de cannabis, el establecimiento de normas, el recibir cariño de los padres y la asistencia a servicios religiosos[35].

4.6. Usos del cannabis

Además de los usos recreacionales, el Cannabis se ha utilizado de forma empírica desde la antigüedad por sus supuestas propiedades terapéuticas. En los últimos años se ha descrito su consumo por parte de grupos de pacientes afectados por algunas enfermedades y se ha investigado su posible utilidad en diferentes indicaciones.

27 Volkow ND, Han B, Einstein EB, Compton WM. Prevalence of Substance Use Disorders by Time Since First Substance Use Among Young People in the US. JAMA Pediatr 2021; 175:640.
28 Petrilli K, Ofori S, Hines L, et al. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. Lancet Psychiatry 2022; 9:736.
29 Lopez-Leon S, González-Giraldo Y, Wegman-Ostrosky T, Forero DA. Molecular genetics of substance use disorders: An umbrella review. Neurosci Biobehav Rev 2021; 124:358.
30 Suárez-Maldonado MT, Domínguez-Martínez T, Benjet C. Why Do Some People Become More Involved in Cannabis Use Than Others? A Systematic Narrative Review on Cannabis Use Transition Predictors. J Stud Alcohol Drugs 2022; 83:781.
31 Solmi M, Dragioti E, Croatto G, et al. Risk and protective factors for cannabis, cocaine, and opioid use disorders: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. Neurosci Biobehav Rev 2021; 126:243.
32 Verweij KJH, Treur JL, Vink JM. Investigating causal associations between use of nicotine, alcohol, caffeine and cannabis: a two-sample bidirectional Mendelian randomization study. Addiction 2018; 113:1333.
33 Blanco C, Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, et al. Predictors of initiation of nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine use: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Am J Addict 2018; 27:477.
34 Myers B, McLaughlin KA, Wang S, et al. Associations between childhood adversity, adult stressful life events, and past-year drug use disorders in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). Psychol Addict Behav 2014; 28:1117.
35 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294 p.

Los datos de ensayos clínicos que se resumen a continuación (tabla 1) indican que algunos cannabinoides podrían aliviar los síntomas de algunas enfermedades. En estos casos, los cannabinoides se utilizan a menudo como tratamiento complementario, lo que significa que se añaden a otros tratamientos médicos, en lugar de emplearse solos. Además, normalmente se utilizan solo cuando un paciente no ha respondido a los tratamientos recomendados para estos trastornos .[36]

Tabla 4.2. Resumen de la evidencia científica sobre el uso médico del cannabis y los cannabinoides.

ENFERMEDAD/ SÍNTOMAS	PRODUCTOS EVALUADOS	FORTALEZA DE LA EVIDENCIA	LIMITACIONES
Náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia	Cannabinoides	**Débil**	Pocos estudios de comparación con antieméticos más nuevos y eficaces. Las nuevas pautas de quimioterapia producen menos náuseas.Existen pocos datos sobre el uso en otros tipos de náuseas.
Estimulante del apetito en pacientes con emaciación relacionada con el SIDA	Dronabinol/THC	**Débil**	Ahora hay menos casos relacionados con el SIDA que puedan tratarse. Existen pocos datos sobre su uso para estimular el apetito en personas con otras enfermedades.
Espasmos musculares en pacientes con esclerosis múltiple	Nabiximoles	**Moderada**	Los pacientes refieren disminuciones, pero el efecto en las puntuaciones clínicas es más limitado
Dolor crónico no oncológico, incluido el dolor neuropático	Cannabis y cannabinoides	**Moderada**	Efecto pequeño (pero estadísticamente significativo) en comparación con un placebo
Cuidados paliativos para el cáncer	Cannabinoides	**Insuficiente**	Se necesitan ensayos más extensos y mejor diseñados.
Epilepsia infantil resistente al tratamiento	CBD	**Moderada**	Pruebas a favor del uso como tratamiento complementario en personas con síndrome de Dravet o Lennox-Gastaut. Se necesitan más estudios para investigar la posología, las interacciones y el uso en personas con otras formas de epilepsia.
Otros usos médicos, como trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos neurológicos degenerativos y enfermedad inflamatoria intestinal	Cannabis o cannabinoides	**Insuficiente**	Algunos datos de los efectos a corto plazo en algunos trastornos (p. ej., trastornos del sueño), pero se necesitan ensayos más extensos y mejor diseñados, con un seguimiento más prolongado.

Fuente EUDA. Uso médico del cannabis y los cannabinoides.

36 *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Publications Office of the European Union, Luxembourg.*

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:** contiene dronabinol (THC sintético) y cannabidiol (CBD). Medicamento de diagnóstico hospitalario. Está indicado como tratamiento para la mejoría de los síntomas en pacientes adultos con espasticidad moderada o grave debida a la esclerosis múltiple (EM) que no han respondido de forma adecuada a otros medicamentos antiespásticos. Este medicamento ha sido autorizado en España para su comercialización el 16 de julio de 2010.
- **®EPIDYOLEX:** principio activo cannabidiol. Medicamento de diagnóstico hospitalario. Está indicado como tratamiento complementario de crisis asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) o el síndrome de Dravet (SD) y como tratamiento complementario para las crisis asociadas con el complejo de esclerosis tuberosa (CET). Este medicamento ha sido autorizado como medicamento huérfano e inició su comercialización en España 5 de diciembre de 2019.

Los datos de ventas de los medicamentos con cannabinoides están disponibles Subdirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad desde el año 2016, primer año para el que se disponen de datos de consumo hospitalario, ya que ambos medicamentos (Sativex® y Epidyolex®) son de diagnóstico hospitalario y sin cupón precinto diferenciado, de dispensación en servicios de farmacia hospitalaria.

ATC5	DESCRIPCIÓN ATC5	MARCA COMERCIAL	FECHA ALTA EN FINANCIACIÓN	CONSUMO HOSPITALARIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N02BG10	Cannabinoides	Sativex	01/03/2011	Consumo nº envases	9.139	10.225				13.480	14.105	16.065	15.913
N03AX24	Cannabidiol	Epidyolex	01/09/2021	Consumo nº envases						1.219	8.763	15.899	23.389
				Consumo nº DDD						17.414,63	125.188,22	227.133,11	334.135,25
				Consumo DHD						0,00101	0,00722	0,01294	0,01883

Fuente: Subdirección general de farmacia. Ministerio de Sanidad

Para el Sativex no se puede facilitar la información de consumo hospitalario en nº DDD/DHD al no tener DDD asignada por la OMS. La fuente de información son los datos corresponde con los datos de consumo en los hospitales de la red pública del SNS facilitados por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), responsable de los datos de Ceuta y Melilla.

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. 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.

En el mundo, el uso médico del cannabis es legal en casi medio centenar de países entre ellos se encuentran Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Chipre, Costa Rica, Croacia, Dinamarca, Finlandia, Malta, México... En Estados Unidos, el cannabis medicinal es legal a nivel estatal en 38 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de Estados Unidos y Guam, pero sigue siendo ilegal a nivel federal.

Fórmulas magistrales de estandarizados de cannabis con fines terapéuticos en España

En septiembre de 2024 el Ministerio de Sanidad publicó el borrador del Real Decreto que regula la dispensación de fórmulas magistrales de estandarizados de cannabis con fines terapéuticos. El texto, que se ha sometido a trámite de audiencia e información pública, establece de forma específica las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis. También se establece la creación de un registro para asegurar la trazabilidad y calidad de los preparados estandarizados de cannabis utilizados en la elaboración de fórmulas magistrales.

La prescripción se limitará a médicos especialistas y las fórmulas magistrales de preparados estandarizados de cannabis se elaborarán en servicios de farmacia hospitalaria, para asegurar un seguimiento farmacoterapéutico adecuado.

Esta norma, que responde a la petición de la subcomisión creada para analizar la regulación del cannabis medicinal a instancias de la Comisión de Sanidad y Consumo el 13 de mayo de 2021, busca facilitar el acceso a medicamentos conteniendo preparados estandarizados de cannabis a determinados pacientes en los que los medicamentos autorizados no han sido eficaces.

La norma regula la prescripción, elaboración, dispensación y uso de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis, y establece un procedimiento de evaluación e inscripción en un registro específico para estos preparados, garantizando su calidad.

Las patologías que pueden beneficiarse y que se incluirán en la monografía correspondiente, son aquellas para las que existe evidencia científica de beneficio terapéutico del cannabis y sus extractos:

- Espasticidad por esclerosis múltiple: rigidez y espasmos musculares asociados a la esclerosis múltiple.
- Formas graves de epilepsia refractaria: ciertos tipos de epilepsia que no responden a los tratamientos convencionales.
- Náuseas y vómitos por quimioterapia
- Dolor crónico refractario: dolor persistente que no se alivia con los tratamientos habituales.

El borrador de Real Decreto establece que la monografía del Formulario Nacional especificará las indicaciones legalmente reconocidas para estos medicamentos. Por lo tanto, la lista de indicaciones podría ampliarse o modificarse, con la necesaria agilidad, en función de la evidencia científica y las decisiones regulatorias futuras. La AEMPS publicará la monografía en el Formulario Nacional para las fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis. La monografía incluirá la acción e indicaciones legalmente reconocidas para estos medicamentos.

Los laboratorios fabricantes de los preparados normalizados deben cumplir las normas de correcta fabricación de medicamentos de la UE, asegurar el cumplimiento de las normas de correcta fabricación y buenas prácticas de distribución por parte de sus proveedores, auditarlos regularmente y documentar la cadena de suministro de cada material de partida. Solo pueden suministrar estos preparados a servicios de farmacia hospitalaria o para exportación.

Los preparados estandarizados deben estar inscritos en el registro público de la AEMPS creado a tal efecto. Los laboratorios fabricantes deben solicitar la inscripción, proporcionando la información requerida en el Anexo para su evaluación previa a la inscripción.

Las fórmulas magistrales tipificadas se usarán cuando no existan medicamentos autorizados o estos no se ajusten a las necesidades del paciente. La prescripción se limitará a médicos especialistas que traten las indicaciones detalladas en la monografía. Se debe justificar el tratamiento en la historia clínica e informar al paciente sobre la evidencia clínica, beneficios y riesgos. El médico debe evaluar periódicamente la utilidad y seguridad del tratamiento y considerar su cese si no hay beneficio o la relación beneficio-riesgo es desfavorable. La elaboración y dispensación se limitará a servicios de farmacia hospitalaria que brindan atención farmacéutica y seguimiento integral al paciente en colaboración con el equipo médico.

Los cambios regulatorios del cannabis no medicinal en algunos países

Aunque algunos países como España no penalicen el consumo de cannabis ni de otras drogas, la producción y comercialización de cannabis están prohibidas en España y en la mayoría de los países. Recientemente algunos países están cambiando la regulación y aumentando la disponibilidad legal de cannabis para el consumo de adultos. Esto hace que sea necesario vigilar los efectos sobre la salud pública de estos cambios. La legalización del cannabis para adultos desde hace años en Uruguay, Canadá, diversos estados de los EEUU, y más recientemente en algún país europeo ha aumentado el acceso de los adultos a productos de cannabis, a un coste inferior al del mercado ilícito. Estos cambios parecen haber llevado a un aumento del consumo diario de cannabis entre los adultos que ya lo consumían. Posteriormente se ha descrito un aumento de las visitas a los servicios de urgencias por parte de adultos que informan de efectos adversos, y un aumento de las intoxicaciones infantiles por ingestión de productos derivados del cannabis en ambos países [37].

37 Tesfa Mekonen Yimer, Eva Hoch, Benedikt Fischer, Danielle Dawson, Wayne Hall. Lancet Public Health 2025; 10: e148–59

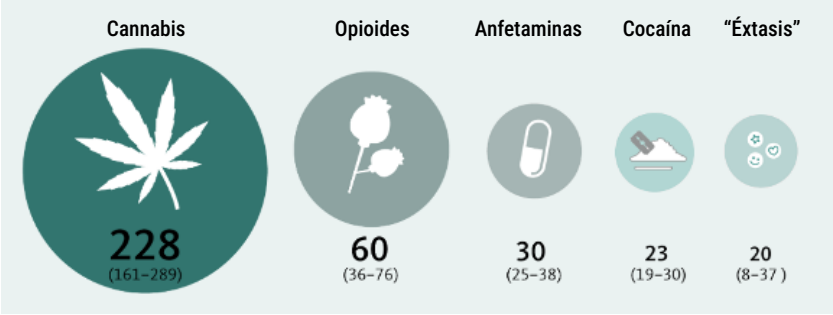
05

SITUACIÓN A NIVEL MUNDIAL

VOLVER A ÍNDICE

Según el Informe Mundial sobre Drogas (World Drug Report) del año 2024[38] 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. Se estima que unos 228 millones de personas (entre 161 millones y 289 millones, el equivalente a casi el casi el 4% de la población mundial) consumieron cannabis en 2022. Le siguieron los opioides (60 millones), los estimulantes de tipo anfetamínico (30 millones) y la cocaína y el éxtasis (23 y 20 millones, respectivamente).

Figura 5.1. Estimación del número de consumidores de drogas en todo el mundo en millones de personas, 2022



Fuente: UNODC. World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends[39]

Se estima que el número total de personas que han consumido cannabis ha aumentado un 3.64% en los tres últimos años (de 220 en 2019 a 228 en 2022) y casi un 28% en los últimos 10 años (2011-2021). La prevalencia del consumo de cannabis puede variar según la región, el grupo de edad y el sexo.

5.1. Consumo por sexo

En general, los hombres son más propensos que las mujeres a consumir drogas[40] (las mujeres representan aproximadamente una de cada cuatro personas que consumieron alguna droga en el último año), y también es así en el caso del cannabis: Los varones jóvenes, entre 17 y 34 años, siguen representando la gran mayoría de los consumidores de cannabis en todo el mundo.

Figura 5.2. Consumidores de cannabis de acuerdo a la edad y género en todo el mundo, 2022

Fuente: UNODC. World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends

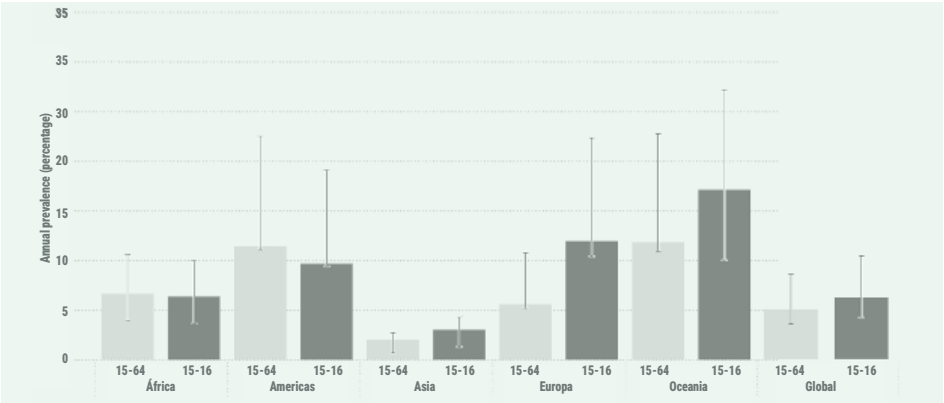
38 *World Drug Report 2024. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html*
39 *World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html*
40 *World Drug Report 2024 - Special Points of Interest. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/2411140S.pdf*

No obstante, la proporción de consumidores puede variar también según la ubicación geográfica; por ejemplo, en Asia o África solo entorno a un 9 o 10% de los consumidores de cannabis son mujeres, mientras que en América del Norte las mujeres representan el 45% de los consumidores de dicha droga.

5.2. Consumo por edad

En adolescentes de 15 y 16 años, la prevalencia anual del consumo de cannabis es mayor que en adultos (5,5% frente al 4,4%, respectivamente) a nivel global. En Europa y Oceanía, la prevalencia del consumo de cannabis es notablemente mayor entre la población joven que entre la población adulta, y ligeramente mayor en Asia. Sin embargo, es similar entre los dos grupos en África y menor entre los jóvenes de 15 a 16 años que entre la población general en América.

Figura 5.3. Consumidores de cannabis por regiones en población adulta (15-64 años) vs población adolescente (15-16 años) en todo el mundo, 2022.

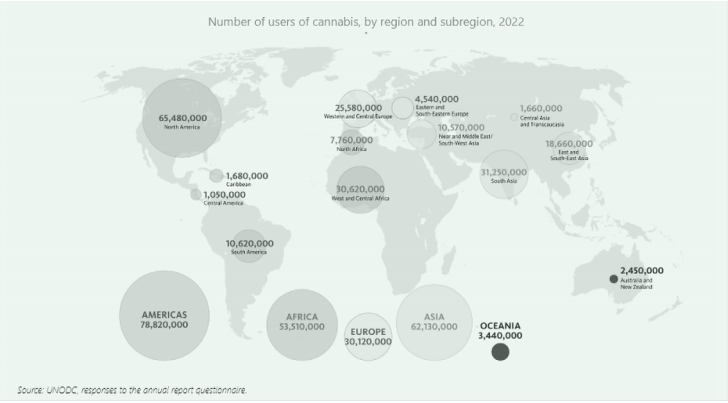


Fuente: UNODC. World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends

5.3. Consumo por regiones

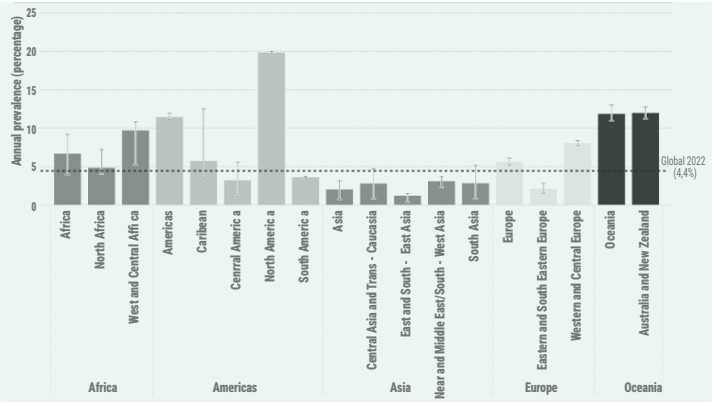
América es la región que tiene el mayor número de consumidores, 78.820.000, destacando con diferencia América del Norte (65.480.000), seguido de Asia (62.130.000) y África (53.510.000).

Figura 5.4. Consumidores de cannabis por región y subregión en todo el mundo, 2022.



Fuente: UNODC. World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends

Figura 5.5. Consumidores de cannabis por región y subregión en todo el mundo, 2022.



Fuente: UNODC. World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends

1. AMÉRICA.

La región donde más cannabis se consume sigue siendo América del Norte, donde el 19,8 % de la población de 15 a 64 años consumió esta droga en 2022. La diferencia entre sexos en lo que respecta al consumo se está recortando: Las mujeres representan el 45% de los consumidores de dicha droga en 2022, frente a un 42% en 2021[41] . Aunque la tendencia general del consumo de cannabis en adolescentes parece estable, el vapeo de cannabis se ha duplicado desde 2017. En estados Unidos la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud (NSDUH) del año 2023 estimó que las tasas de prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes en la población estadounidense de 12 años o más fueron del 47,1%, el 21,8% y el 15,4%, respectivamente[42].

2. ÁFRICA.

El consumo de cannabis es especialmente elevado en África Occidental y Central, donde la prevalencia del consumo en 2022 fue de casi el 10% (31 millones de personas).

3. ÁSIA.

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, esto se traduce en que son unos 62 millones de consumidores, lo que supone casi un tercio (27%) del número mundial estimado de consumidores de cannabis.

4. OCEANÍA.

El consumo de cannabis es notablemente superior a la media mundial; en la subregión de Australia y Nueva Zelandaa, la prevalencia del consumo es superior al 10%. No obstante, y al contrario que en el caso de Asia, al tener mucha menos población que otras regiones esto se traduce en que son unos 3,4 millones de consumidores.

5. EUROPA.

El consumo de cannabis en Europa en la población de 15 a 64 años es de un 5,59% (más de 30 millones consumidores), prácticamente igual al de la media global, pero con mayor prevalencia en Europa Oeste y central. El consumo entre los jóvenes de 15-16 años se está incrementado respecto al de la media global en esta misma edad, como se ha comentado anteriormente.

En resumen, el consumo de cannabis y su prevalencia están en aumento a nivel mundial, con variaciones significativas según la región y el grupo de edad.

06

SITUACIÓN A NIVEL EUROPEO

VOLVER A ÍNDICE

La EUDA proporciona a la Unión Europea (UE) y sus países miembros información real, objetiva, fiable, comparable a escala europea, sobre las drogas y sus consecuencias, con el objetivo de orientar sobre la creación de políticas relacionadas con las adicciones y dirigir las iniciativas en la lucha contra la droga a nivel europeo.

La EUDA recopila una serie de indicadores relacionados con el cannabis, que sirven de base para los informes europeos anuales sobre drogas: los European Drug Reports (EDR).

Los datos de prevalencia que se presentan en el EDR 2024[43] se basan en las encuestas de población general más recientes realizadas por los centros de referencia nacionales, por lo que las fechas de estudios realizados pueden variar entre países entre 2013 y 2023. En el caso de España, los datos recogidos en este último informe corresponden al año 2022.

Según se recoge en el EDR del año 2024 el cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa[44,45,46]: 85,4 millones de personas de entre 15 a 64 años (un 29,9% de la población) lo ha consumido alguna vez en su vida, y 22,8 millones lo han consumido en el último año (8% de la población). La proporción de consumo es comparativamente alta entre los adultos europeos más jóvenes: se estima que 15,1 millones de personas de entre 15 y 34 años han consumido cannabis en el último año.

Se estima que alrededor del 1,3% (3,7 millones) de los adultos (de 15 a 64 años) consumen cannabis a diario o casi a diario (es decir, han consumido la droga durante 20 días o más en el último mes). Entre los jóvenes de 15 a 34 años, se estima que un 2,0% (2,0 millones) consumen cannabis a diario o casi a diario. Alrededor de las tres cuartas partes de los usuarios adultos (de 15 a 64 años) son hombres y la mayoría (54%) tienen menos de 35 años.

Figura 6.1. Estimaciones del consumo de cannabis en la Unión Europea.

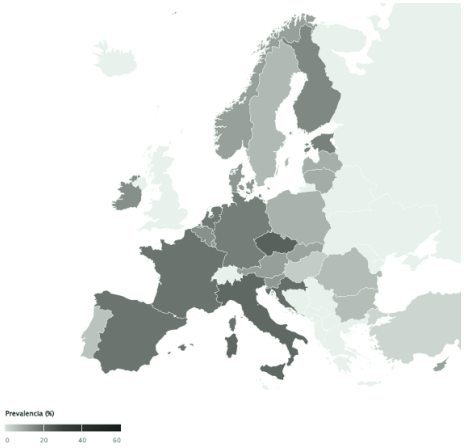
Fuente: EUDA. Informe Europeo sobre Drogas 2024.

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 40,9% (datos de 2022) está por encima de la media europea (21,5%) y ocupa el segundo lugar detrás de Francia (44,3%, datos de 2021). 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 2022) está por encima de la media europea (11,96%), ocupando el quinto lugar esta vez detrás de República Checa (22,9% en 2020), Italia (21,5% en 2022), Croacia (20,3% en 2019) y Francia (19,2% en 2021).

43 European Drug Report 2024. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
44 EU Drug Market: Cannabis. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/publications/eu-drug-markets/cannabis/introduction_en
45 Informe Europeo sobre Drogas 2024: Tendencias y evoluciones. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_es#pdf
46 Cannabis: la situación actual en Europa (Informe Europeo sobre Drogas 2024). Disponible en: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/cannabis_es

Es decir, entre 2021 y 2022 el consumo en España en la población adulta ha aumentado en un 3,4% (37,5 a 40,9%), mientras que la media europea ha descendido en un 5,7% (27,2 a 21,5%). En la población adulta joven española la prevalencia de consumo permanece estable (19,1%).

Figura 6.2. Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 34 años en Europa (%).



Fuente: EUDA. Informe Europeo sobre Drogas 2024.

6.1. 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[47] y 1971[48]), 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[49] 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 •

47 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Naciones Unidas. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
48 https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf
49 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63Reconvened/Press_statement_CND_2_December.pdf

- **EL COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE DROGODEPENDENCIAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** (WHO Expert Committee on Drug Dependence, ECDD)[50] 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[51,52].
- La **JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)** o 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 diciembre de 2024, publicó una nueva Lista de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional y formularios[53] para informar sobre las sustancias controladas en virtud del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- **EL GRUPO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL SOBRE DROGAS Y ADICCIONES DEL CONSEJO DE EUROPA[54] (GRUPO POMPIDOU)** es la plataforma de cooperación del Consejo de Europa en asuntos de política de drogas. Fue creado en 1971, por el presidente francés Georges Pompidou junto con los primeros ministros de los otros seis países europeos, como respuesta a 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 41 Estados, extendiéndose más allá de las fronteras de Europa, y con la Comisión Europea, la EUDA y la CICAD como observadores permanentes. 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. España fue parte del Grupo Pompidou entre 1984 y 2011.
- **COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD) / INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION[55]** . Creada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1986. Está integrada en la actualidad por 34 Estados miembros del continente americano y hay asimismo una serie de países terceros que tienen la condición de Observadores, entre los que se encuentra España. Es el órgano consultivo y asesor de la OEA sobre drogas, que sirve como foro para que los Estados Miembros que la constituyen discutan y encuentren soluciones al problema de las drogas, y brinda asistencia técnica para aumentar su capacidad para contrarrestar dicho problema.
- **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)[56], 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.

54 https://www.coe.int/en/web/pompidou
55 https://www.oas.org/ext/es/principal/oea/nuestra-estructura/entidades-y-organismos/comision-cicad/
56 United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. United Nations publication; 2024. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html.

- **LA AGENCIA DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE DROGAS: EUROPEAN UNION DRUGS AGENCY (EUDA)[57].** Agencia comunitaria con sede en Lisboa, creada por el Reglamento (UE) 2023/1322 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de junio de 2023[58] , anteriormente denominada **OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT) / EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)**, creado 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, con el objetivo de orientar sobre la creación de políticas relacionadas con las adicciones y dirigir las iniciativas en la lucha contra la droga a nivel europeo. La EUDA publica anualmente el Informe Europeo sobre Drogas (European Drug Report, EDR)[59] 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. Además, la EUDA ha publicado en febrero de 2025 los resultados de la Encuesta Web Europea sobre Drogas / European Web Survey on Drugs (EWSD) 2024 , que revelan los hábitos actuales de consumo de drogas de más de 66.000 europeos.

57 https://www.euda.europa.eu/index_en

58 Reglamento (UE) 2023/1322 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de junio de 2023 sobre la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) y por el que se deroga el Reglamento (CE) nº 1920/2006. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2023-80927

59 European Drug Report 2024. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
European Web Survey on Drugs (EWSD) 2024. Disponible en: https://www.euda.europa.eu/ewsd2024_en

07

CONSUMO DE CANNABIS

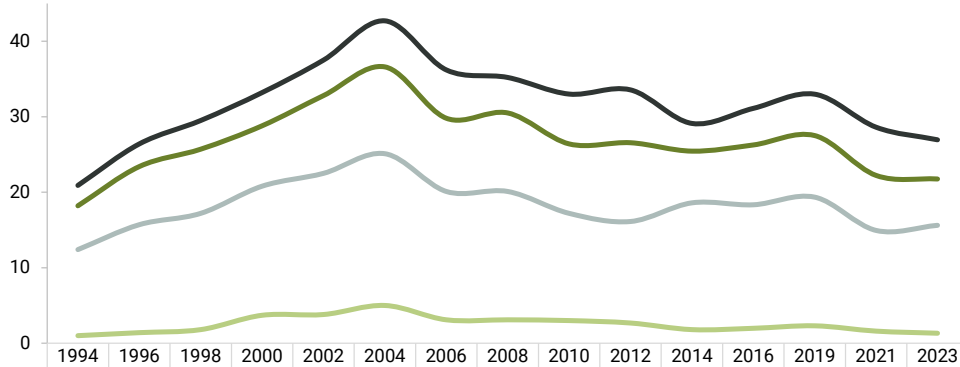
VOLVER A ÍNDICE

7.1. Consumo de cannabis en los estudiantes de 14 a 18 años

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad realiza desde el año 1994 y cada 2 años en todo el ámbito nacional la Encuesta sobre alcohol y drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). El universo de esta encuesta está compuesto por los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España (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). El procedimiento de muestreo es por conglomerados bietápico, seleccionando aleatoriamente centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. El método de recogida fue a través de un cuestionario estandarizado y anónimo, autoadministrado y cumplimentado en papel y lápiz durante una clase normal (45-60 minutos) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas. El cuestionario está disponible en castellano, catalán, euskera, gallego y valenciano. La tasa de respuesta de los centros se sitúo en el 86,7% y entre los alumnos fue del 99,7%. En el año 2023 el tamaño muestral final válido fue de 42.208 alumnos. A continuación, se muestran los resultados relativos al consumo de cannabis en esta población.

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo en 2023 un 26,9% aquellos que admitieron haberla consumido alguna vez en su vida. La prevalencia de consumo del cannabis presentó una tendencia creciente desde 1994 hasta 2004, cuando alcanzó su máximo nivel con un 42,7% que reconocía haberlo consumido en alguna ocasión. A partir de aquel año, la prevalencia de consumo comenzó una tendencia descendente, con ligeros repuntes en 2012 y 2019. En 2023, se registra la prevalencia de consumo alguna vez en la vida más baja desde 1998 (26,9%). Analizando el tramo temporal de los últimos 30 días, los estudiantes que confirman un consumo de cannabis representan el 15,6%.

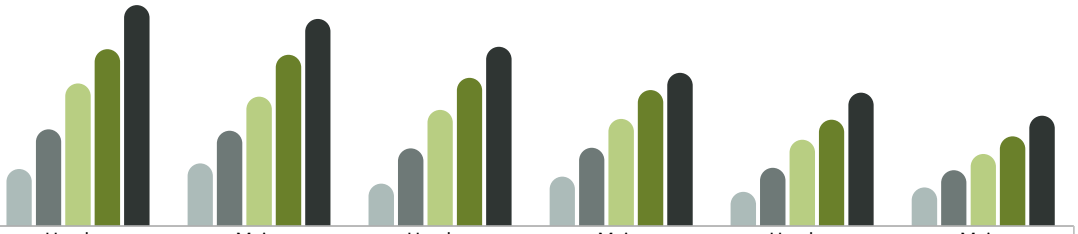
Figura 7.1. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2023.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
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	26,9
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	21,8
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	15,6
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	1,3

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

Figura 7.2. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

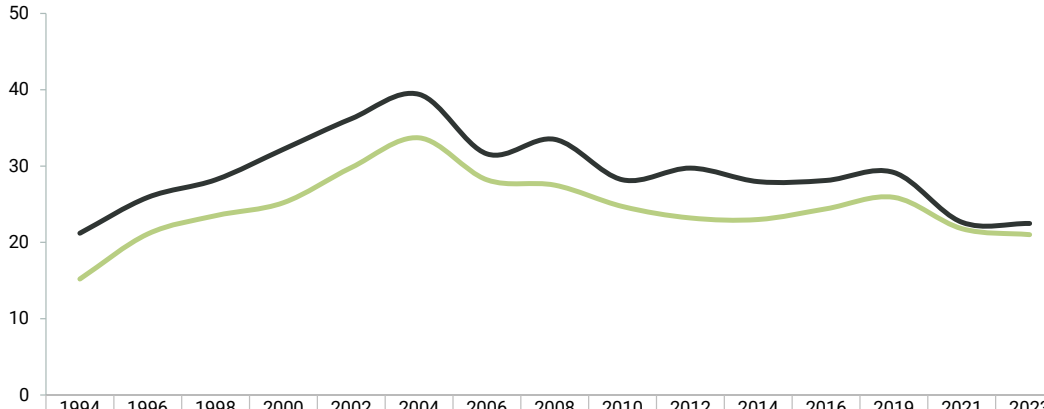


	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
14	12,2	13,3	9,1	10,6	7,3	8,2
15	20,7	20,4	16,6	16,7	12,4	11,9
16	30,4	27,6	24,8	22,9	18,4	15,4
17	37,8	36,5	31,6	29,0	22,7	19,2
18	47,2	44,2	38,2	32,7	28,5	23,6

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

En general, el consumo de cannabis se encuentra más extendido en los chicos. Las únicas excepciones se registran entre los alumnos de 14 años donde se registran prevalencias más altas entre las chicas en todos los tramos de consumo analizados. Tanto en los hombres como en las mujeres la prevalencia de consumo aumenta a medida que aumenta la edad, en todos los tramos temporales. A lo largo de la serie histórica, el consumo de cannabis siempre ha estado más extendido entre los chicos, sin embargo, a medida que pasan los años se ha ido reduciendo la diferencia por sexos en todos los tramos temporales.

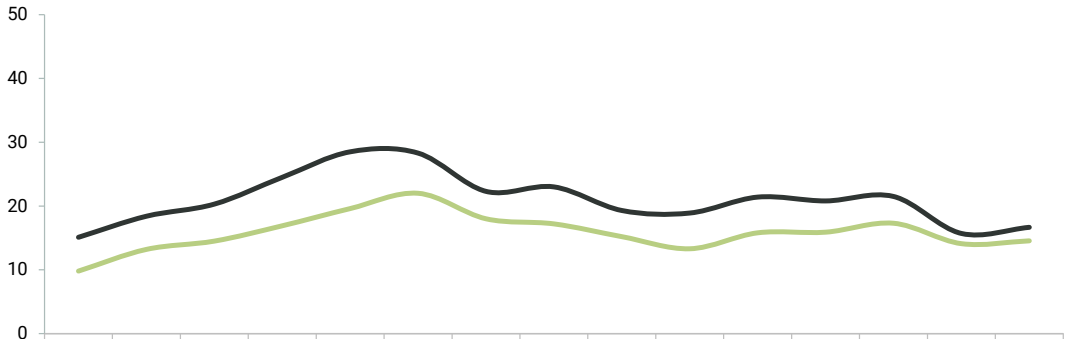
Figura 7.3. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2023.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Hombre	21,2	25,9	28,2	32,2	36,2	39,4	31,6	33,5	28,2	29,7	28,0	28,1	29,2	22,6	22,5
Mujer	15,2	21,1	23,5	25,2	29,8	33,7	28,2	27,5	24,7	23,2	23,0	24,4	25,9	21,8	21,0

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

Figura 7.4. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1994-2023.

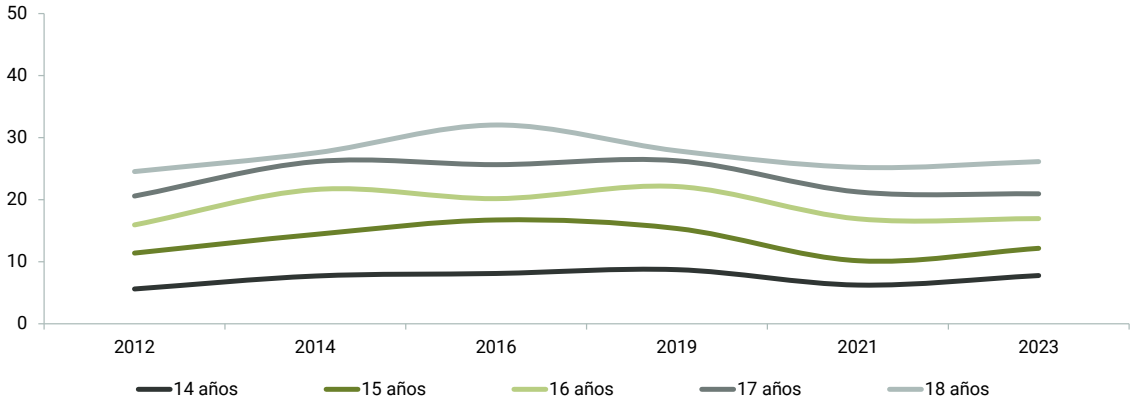


	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Hombre	15,1	18,4	20,3	24,5	28,5	28,3	22,3	23,0	19,3	18,9	21,4	20,8	21,5	15,7	16,7
Mujer	9,8	13,2	14,5	16,9	19,6	22,0	18,0	17,2	15,2	13,3	15,8	15,9	17,3	14,1	14,5

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

Evolutivamente el consumo en los últimos 30 días se ha estabilizado en todas las edades. Respecto a 2021, se observa en ambos sexos un descenso en la prevalencia de consumo para alguna vez en la vida y los últimos 12 meses, registrándose, sin embargo, un incremento en la presencia de alumnos que reconocen su consumo durante los últimos 30 días. Analizando la frecuencia de consumo en el último mes, lo más frecuente, tanto en chicos como en chicas, es que el cannabis se haya tomado de forma esporádica (1 o 2 días). Sólo en casos residuales, el consumo alcanza la frecuencia de 20 o más días (1,7% en alumnos y 1,0% en alumnas).

Figura 7.5. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad (%). España, 2012-2023.



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

Tabla 7.1. Características del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 1996-2023.

	1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Encuestados (nº)	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8
Prevalencia (%) últimos 12 meses	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5
Prevalencia (%) últimos 30 días	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2
FRECUENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS														
Nunca	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5
1 a 2 días	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1
3 a 5 días	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8	5,0	4,6
6 a 9 días	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8	2,6	1,8
10 a 19 días	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8	3,6	2,0
20 a 29 días	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2	4,5	1,9

	2010		2012		2014		2016		2019		2021		2023	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Encuestados (nº)	15.595	16.372	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205	21.247	20.961
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	34,9	31,1	36,3	30,7	31,5	26,8	33,2	28,9	34,5	31,5	29,2	27,9	27,6	26,2
Prevalencia (%) últimos 12 meses	26,8	23,3	29,7	23,3	28,0	23,0	28,1	24,4	29,2	25,9	22,6	21,8	22,5	21,0
Prevalencia (%) últimos 30 días	18,6	14,6	18,9	13,3	21,4	15,8	20,8	15,9	21,5	17,3	15,7	14,1	16,7	14,5
FRECUENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS														
Nunca	80,3	84,7	81,1	86,7	83,1	87,9	84,2	88,2	82,3	86,6	87,6	89,1	89,1	90,5
1 a 2 días	6,9	6,8	7,1	6,2	6,5	6,0	5,7	5,5	7,0	6,5	5,1	5,4	4,7	4,8
3 a 5 días	3,9	3,7	3,9	3,0	3,9	2,8	3,6	2,7	3,8	3,1	2,6	2,2	2,4	2,1
6 a 9 días	2,2	1,4	2,1	1,3	2,0	1,1	1,8	1,3	1,5	1,2	1,2	1,0	1,0	0,8
10 a 19 días	2,5	1,6	2,0	1,3	1,9	1,2	1,9	1,1	2,1	1,2	1,3	1,2	1,2	0,8
20 a 29 días	4,3	1,8	3,8	1,5	2,6	1,0	2,7	1,3	3,3	1,4	2,1	1,1	1,7	1,0

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

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE CANNABIS: CANTIDAD Y TIPO

En cuanto a la cantidad consumida, el día que un estudiante ha consumido cannabis en los últimos 30 días, ha fumado 3,4 porros de media. Los chicos realizan un consumo más intensivo de esta sustancia, pues cuando consumen, por término medio, fuman más de un porro de diferencia de lo que declaran las chicas (4,0 vs. 2,8 porros). En cuanto a la forma de consumo del cannabis, se observa que todas las opciones tienen un peso similar (principalmente marihuana, principalmente hachís y de los dos tipos) entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último mes, siendo algo mayor la prevalencia de consumo de marihuana, sobre todo en las mujeres.

Tabla 7.2. 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, 2016-2023.

		2016	2019	2021	2023		
		TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	HOMBRE	MUJER
Tipo de consumo de cannabis	Principalmente marihuana (hierba	51,1	43,8	49,8	35,2	32,2	38,7
	Principalmente hachís (resina, chocolate)	12,2	19,3	16,7	30,2	31,7	28,4
	0,1 cm	36,7	37,0	33,5	34,6	36,1	32,9
Mezcla de cannabis con tabaco	SÍ	82,4	87,1	87,7	75,7	74,4	77,2
	NO	17,6	12,9	12,3	24,3	25,6	22,8
Media de porros consumidos el día que se consume cannabis		3,4	3,4	3,3	3,4	4,0	2,8

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

Entre los consumidores de cannabis, el 30,2% ha consumido principalmente hachís o resina, destacando el importante incremento que ha tenido esta forma de consumo del cannabis respecto al dato de las últimas encuestas (13,5 puntos porcentuales respecto al dato de 2021). Por otra parte, la mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco (75,7%). Sin embargo, destaca en esta edición el aumento de aquellos que consumen cannabis sin mezclarlo con tabaco, que ha aumentado en 12 puntos porcentuales respecto al dato de 2021.

Tabla 7.3. 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, 2016-2023.

	2016	2019	2021	2023		
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	HOMBRE	MUJER
EN FORMA DE PORRO O CANUTO	97,7	98,9	91,4	96,7	96,8	96,7
USANDO PIPAS DE AGUA, BONGS, CACHIMBAS, SHISHAS	17,0	11,9	10,3	10,1	12,7	7,0
POR VÍA ORAL: PASTELES, GALLETAS…	5,7	2,0	1,4	9,4	9,1	9,8
USANDO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS	1,8	5,4	5,3	4,5	5,8	2,9

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

La mayoría de los que consumen cannabis en los últimos 30 días lo hacen en forma de porros. Cabe destacar en los últimos años del aumento del uso de cannabis por vía oral.

Respecto al **perfil** de los que han consumido cannabis en los últimos 30 días, son hombres, con una edad media de 16 años, cuyos padres y madres tienen en su mayoría estudios secundarios o universitarios y cuya situación económica consideran que está más o menos como la media. En comparación con el total de los estudiantes de 14 a 18 años encuestados, el porcentaje de padres o madres sólo con estudios primarios completados entre los que han consumido cannabis en el último mes, es mayor.

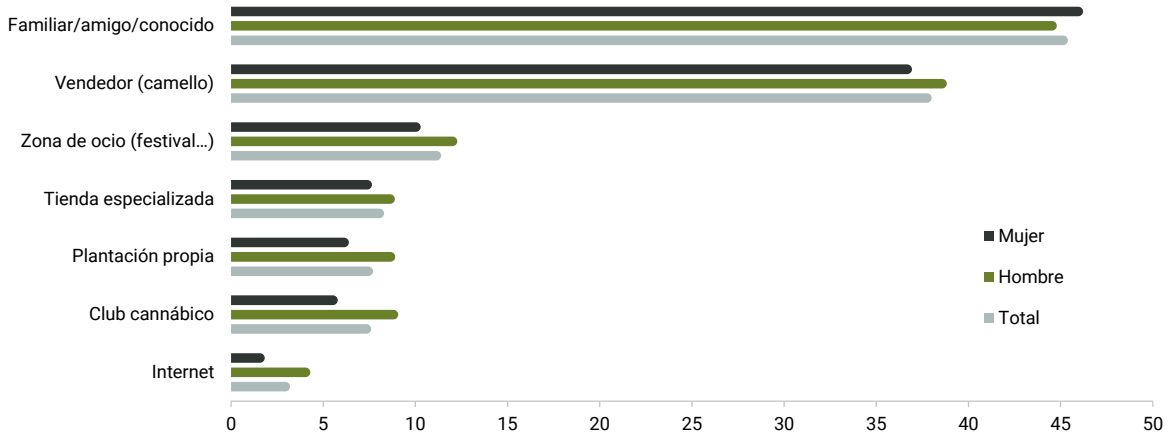
Tabla 7.3. Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2016-2023.

		TOTAL ESTUDIANTES 14-18 AÑOS	CONSUMIDORES CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS
SEXO	HOMBRE	50,8	54,0
	MUJER	49,2	46,0
EDAD	EDAD MEDIA	15,7	16,2
NACIDOS FUERA DE ESPAÑA (%)		8,6	9,1
ESTUDIOS QUE COMPLETÓ TU PADRE	SIN ESTUDIOS/PRIMARIOS	7,8	9,5
	SECUNDARIOS	47,4	49,7
	UNIVERSITARIOS	44,8	40,8
ESTUDIOS QUE COMPLETÓ TU MADRE	SIN ESTUDIOS/PRIMARIOS	10,2	14,1
	SECUNDARIOS	53,2	54,8
	UNIVERSITARIOS	36,6	31,2
SITUACIÓN ECONÓMICA DE TU FAMILIA	POR ENCIMA DE LA MEDIA	13,2	15,7
	MÁS O MENOS COMO LA MEDIA	82,2	77,6
	POR DEBAJO DE LA MEDIA	4,6	6,7

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

Respecto a la **obtención de cannabis** los estudiantes de 14 a 18 años lo obtienen mayoritariamente a través de amigos, familiares o vendedores por el contrario internet es el modo de obtención que menos usan. Según el sexo las mujeres recurren más a familiares o amigos para obtener el cannabis que los hombres, sin embargo, los otros métodos de obtención son más usados por los hombres.

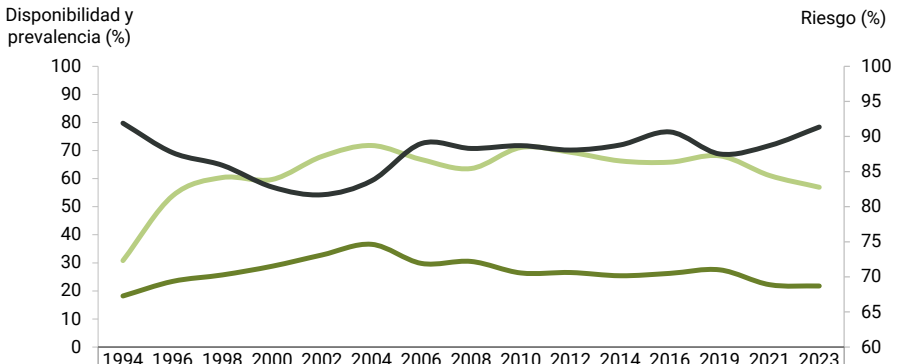
Figura 7.6. Modos de obtención de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2023.



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

A lo largo del tiempo se observa que a medida que aumenta la **percepción del riesgo** y disminuye la **percepción de disponibilidad**, disminuye la prevalencia de consumo.

Figura 7.7. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, riesgo percibido ante su consumo habitual y disponibilidad de cannabis percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2023.



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Disponibilidad percibida	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1	69,4	66,3	65,9	68,1	61,1	56,9
Prevalencia de consumo último año	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	21,8
Riesgo percibido ante uso habitual	91,9	87,7	85,9	82,8	81,7	83,7	89,0	88,3	88,7	88,1	88,8	90,7	87,5	88,7	91,4

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

La amplia mayoría de los estudiantes de 14 a 18 años que no han probado el cannabis declaran que no lo probarían, aunque fuese legal. En el lado opuesto, la **legalidad del cannabis** animaría al 12,9% a probar el cannabis, lo que supone una bajada de 5,3 puntos porcentuales respecto al dato de 2021.

Tabla 7.5. 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 (%). España 2016-2023.

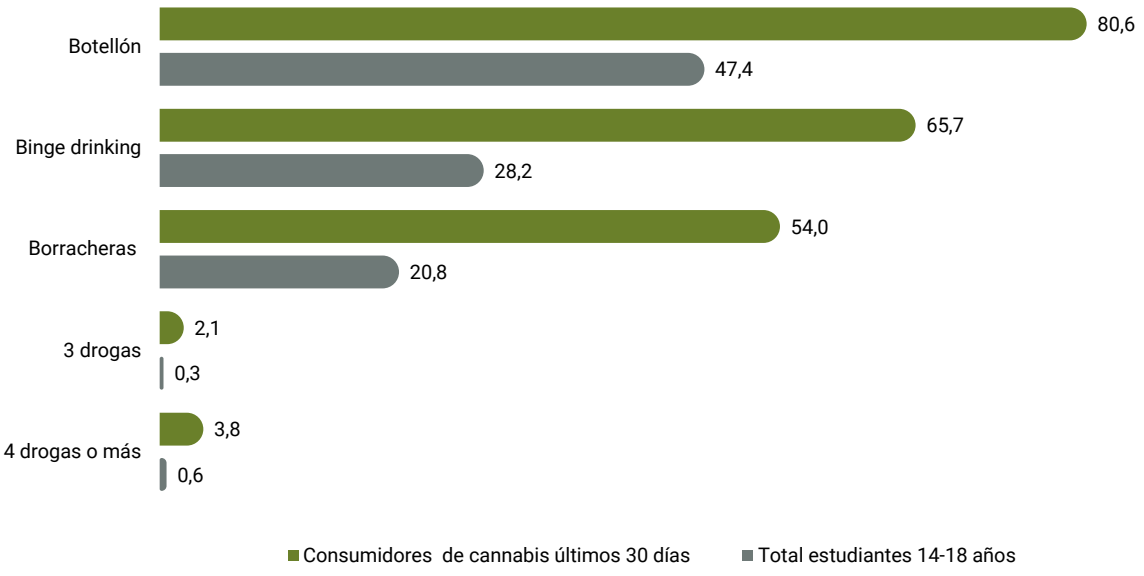
		2016	2019	2021	2023
Si fuese legal el consumo de hachís o marihuana ¿lo probarías?	SÍ	12,5	15,4	18,2	12,9
	NO	87,5	84,6	81,8	87,1

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

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

El consumo de cannabis en los últimos 30 días está relacionado con el policonsumo de otras sustancias psicoactivas y con el consumo intensivo de alcohol.

Figura 7.8. Prevalencia de borracheras y binge drinking en los últimos 30 días y botellón en los últimos 12 meses y número de drogas consumidas en los últimos 30 días entre la población de estudiantes de 14 a 18 años y entre los consumidores de cannabis en los últimos 30 días (%). España, 2023.



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

Entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último mes se observa mayor prevalencia de consumo de drogas legales, ilegales, NPS y el uso de sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio. Respecto a las adicciones comportamentales también se observa mayor prevalencia de juego de azar con dinero online y presencial y mayor prevalencia de posible juego de azar problemático. La prevalencia de posible trastorno por uso de videojuegos es algo mayor y en este grupo de estudiantes se observa que disponen de más dinero semanal para gastar en salidas con amigos, ir al cine o ir a tomar algo.

Tabla 7.6. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, de adicciones comportamentales y otras variables sociodemográficas entre los estudiantes de 14 a 18 años y entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días (%). España 2023.

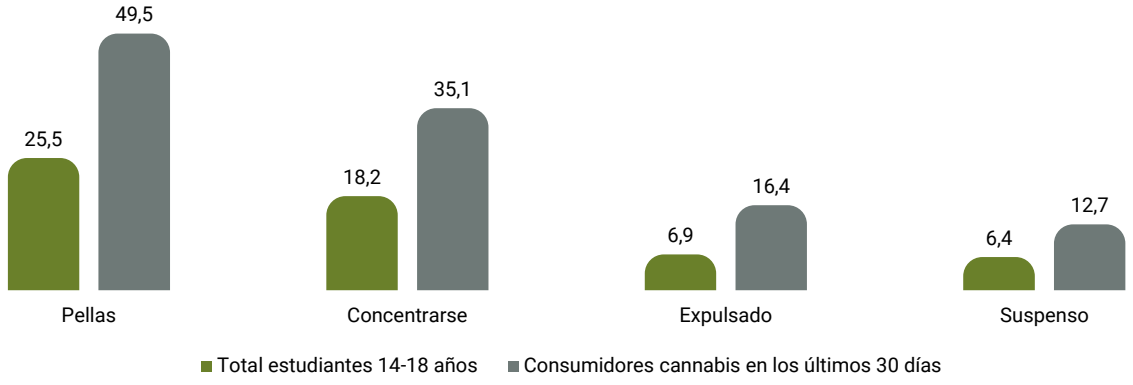
		TOTAL ESTUDIANTES 14-18 AÑOS	CONSUMIDORES CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS
DINERO MEDIO GASTADO EN SALIR CON LOS AMIGOS	MEDIA EN EUROS	15,6	21,0
POSIBLE TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS	DSM-5≥5	5,1	7,2
JUEGO CON DINERO ÚLTIMOS 12 MESES	JUEGO CON DINERO ONLINE	10,7	20,4
	JUEGO CON DINERO PRESENCIAL	17,7	32,6
POSIBLES PROBLEMAS CON EL JUEGO	LIE/BET>1	4,0	10,5
CONSUMO DE DROGAS LEGALES	DROGAS LEGALES ÚLTIMOS 30 DÍAS	61,1	93,6
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES	DROGAS ILEGALES ÚLTIMOS 12 MESES	23,1	100,0
CONSUMO DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NPS)	NPS ALGUNA VEZ EN LA VIDA	3,7	16,0
SUSTANCIAS ESTIMULANTES PARA ESTUDIAR	SE ALGUNA VEZ EN LA VIDA	7,3	22,2

Lie/Bet[61]. Cuestionario creado por Johnson et al (1997) siguiendo criterios del DSM-IV y sirve de herramienta de cribado para el juego problemático.
DSM-5. Quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatras para poder detectar un posible trastorno por videojuegos.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Respecto al **rendimiento académico**, los estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días han hecho más pellas, se han concentrado menos en clase, han sido expulsados del centro educativo con más frecuencia y han suspendido más que el total de estudiantes de la misma edad.

61 Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisentsein N, Engerhart C. The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. Psychol Rep, 80 (1997), pp. 83-8. http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1997.80.1.83.

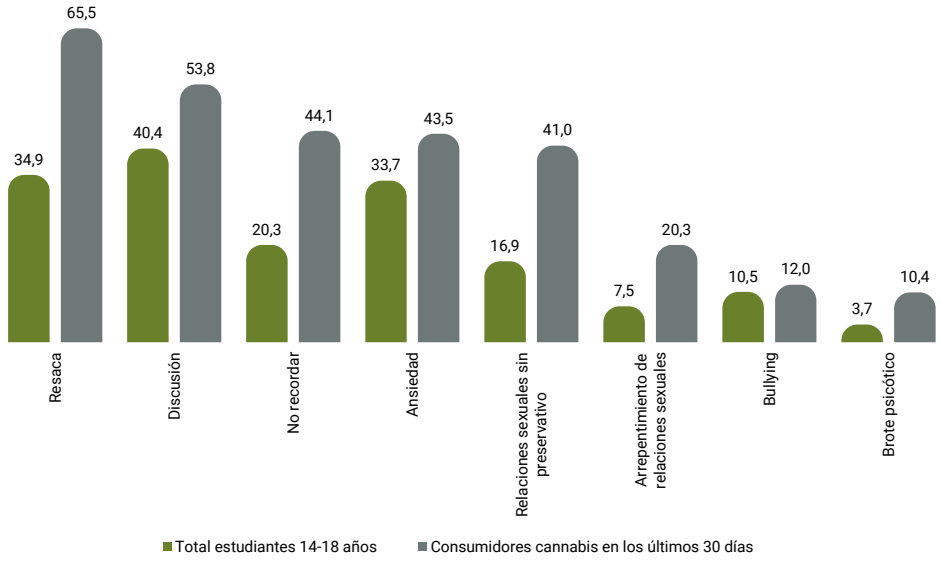
Figura 7.9. Porcentaje del total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y porcentaje de estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días que han hecho pellas, no han podido concentrarse en clase o han sido expulsados del centro educativo, o han sacado nota media de suspenso (%). España, 2023.



Pellas: En los últimos 30 días ha hecho pellas
Concentrarse: En los últimos 12 meses no has podido concentrarte en el colegio al día siguiente de salir
Expulsado: En los últimos 12 meses ha sido expulsado del centro educativo
Suspenso: Habitualmente saca notas de 0 a 4.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

También se observa que hay un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 que ha consumido cannabis en el último mes y que realizan **comportamientos de riesgo** en comparación con el total de estudiantes de la misma edad. Estos comportamientos son: tener un conflicto o discusión importante con padres o hermanos, no poder recordar lo que sucedió la noche anterior después de haber salido, tener resaca al día siguiente después de salir, tener relaciones sexuales de las que se han arrepentido al día siguiente, tener relaciones sexuales sin preservativo, sufrir un brote psicótico (alucinaciones, delirios…), sufrir un ataque de ansiedad o sufrir bullying (acoso) a través de internet o por otros medios (directo o indirecto físico, verbal, psicológico, sexual o social).

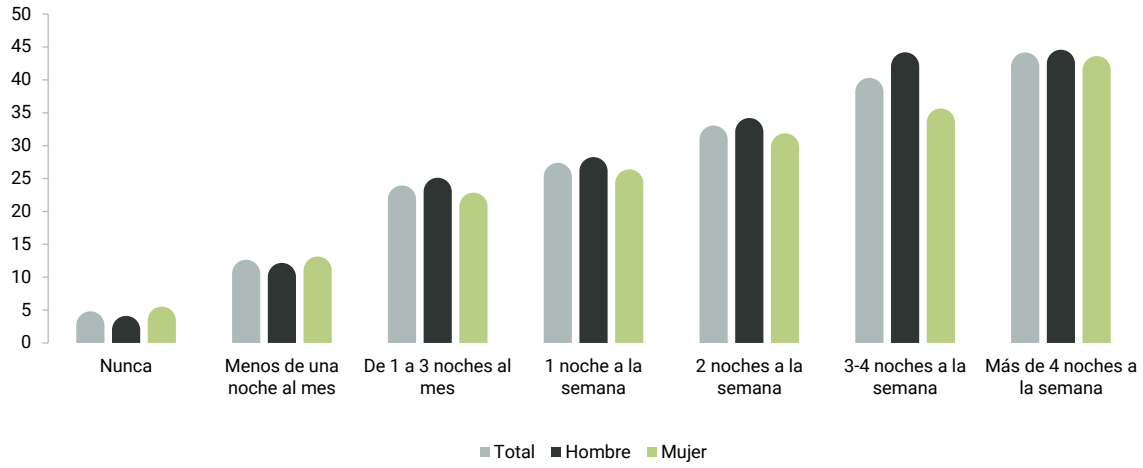
Figura 7.10. Porcentaje del total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y porcentaje de estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días que han tenido resaca o no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior al día siguiente después de salir, que les han hecho bullying, han tenido ansiedad, un brote psicótico o han mantenido relaciones sexuales de riesgo (%). España, 2023.



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

Respecto a la **frecuencia de salidas nocturnas** se observa que entre los estudiantes que salen más veces a la semana hay una mayor prevalencia de consumo de cannabis en el último año, siendo la prevalencia de consumo mayor en los hombres que en las mujeres en frecuencias de salidas mayores.

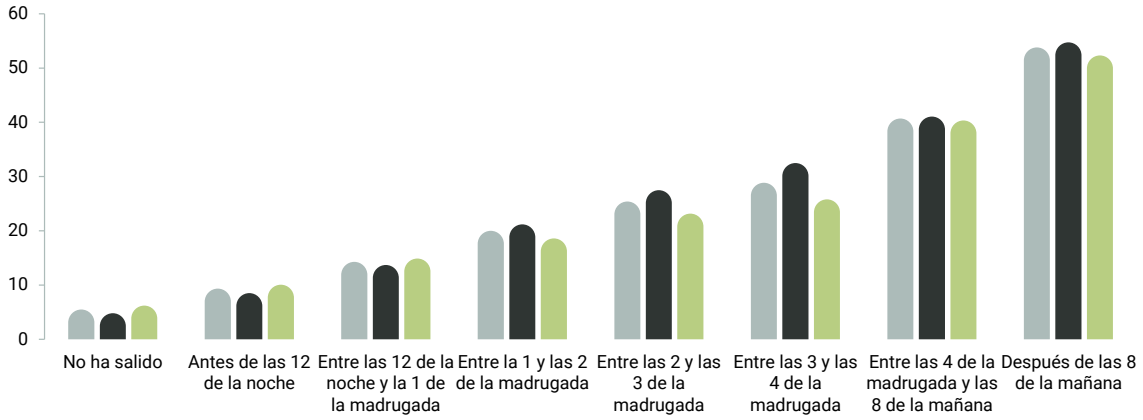
Figura 7.11. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses y según sexo (%). España, 2023.



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

Un comportamiento muy parecido ocurre con la **hora de regreso a casa,** se observa que entre los estudiantes que regresan más tarde a casa el día que salen hay una mayor prevalencia de consumo de cannabis en el último año, siendo la prevalencia de consumo mayor en los hombres que en las mujeres en horas de regreso más tardías.

Figura 7.12. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según el horario de regreso a casa en los últimos 12 meses y según sexo (%). España, 2023.



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

Tabla 7.7. Porcentaje de estudiantes que han conducido un vehículo a motor bajo los efectos del cannabis, o que han sido pasajeros de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cannabis, o que han sufrido un accidente de tráfico siendo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas al accidente o que han participado en alguna pelea o agresión física habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas a la pelea, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España, 2019-2023.

	2019			2021			2023		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PASAJERO	9,4	9,8	9,0	6,9	7,4	6,4	6,8	6,9	6,7
PELEA	6,3	8,0	4,6	4,8	6,2	3,3	4,9	5,9	3,9
CONDUCCIÓN	1,9	3,0	0,9	1,5	2,2	0,8	1,5	2,3	0,6
ACCIDENTE DE TRÁFICO	0,6	0,8	0,5	0,5	0,7	0,4	1,0	1,3	0,7

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

A lo largo de los años se observa un menor porcentaje de estudiantes que han sido **pasajeros** de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cannabis y un menor porcentaje de estudiantes que han **conducido** ellos mismos bajo los efectos del cannabis. También se observa una disminución del porcentaje de estudiantes que han participado en **peleas o han sufrido una agresión física** habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas a la pelea. Sin embargo, se observa un pequeño incremento en el porcentaje de estudiantes que han sufrido un **accidente de tráfico** siendo ellos mismos los conductores de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas al accidente.

Entre aquellos estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días estos comportamientos se multiplican por cuatro, siendo más prevalentes, al igual que en el total de estudiantes, entre el sexo masculino.

Tabla 7.8. Porcentaje de estudiantes que han conducido un vehículo a motor bajo los efectos del cannabis, o que han sido pasajeros de un vehículo de motor conducido por alguien bajo los efectos de cannabis, o que han sufrido un accidente de tráfico siendo el conductor de moto o motocicleta, o de otro vehículo de motor habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas al accidente o que han participado en alguna pelea o agresión física habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas a la pelea, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2023.

	2023		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PASAJERO	27,6	28,5	26,5
PELEA	17,2	20,0	13,9
CONDUCCIÓN	8,9	13,4	3,8
ACCIDENTE DE TRÁFICO	3,7	5,0	2,2

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

Factores de protección frente al consumo de cannabis

Entre los consumidores de cannabis en los últimos 30 días se observa que hay menor número de estudiantes que han practicado algún deporte, o han leído libros por diversión o han practicado otros hobbies tales como tocar un instrumento, cantar, pintar o escribir que en el total de estudiantes de 14 a 18 años.

Tabla 7.9. Porcentaje del total de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y porcentaje de estudiantes que han consumido cannabis en los últimos 30 días que han practicado algún deporte, han leído libros como diversión o han practicado otros hobbies tales como tocar un instrumento, cantar pintar o escribir (%). España, 2023.

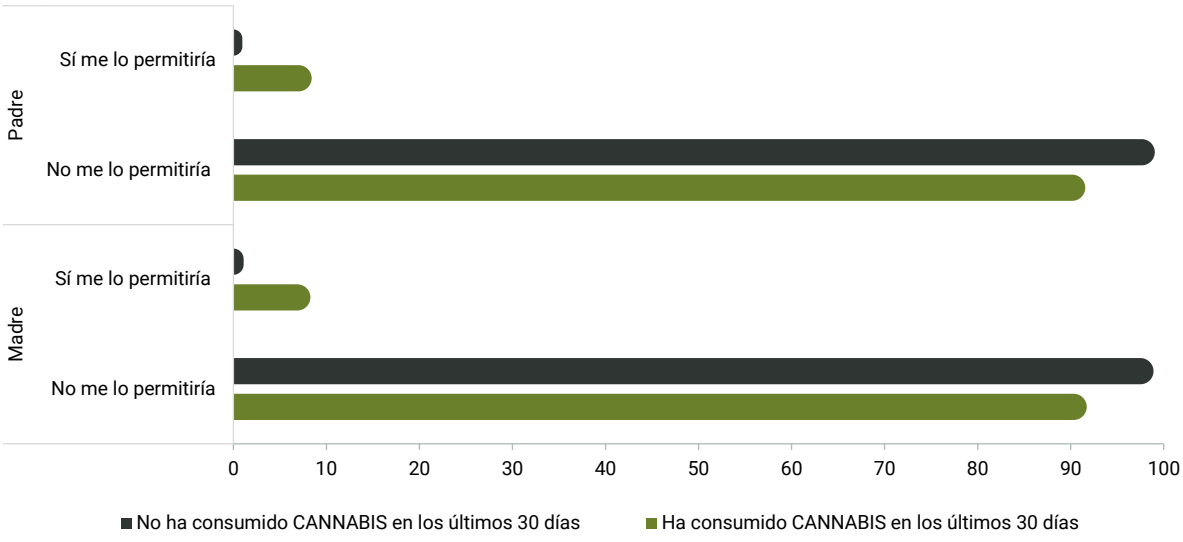
		TOTAL ESTUDIANTES 14-18 AÑOS	CONSUMIDORES CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS
DEPORTE	NUNCA	11,2	15,4
	ALGUNA VEZ	16,6	18,1
	FRECUENTEMENTE	72,2	66,6
LECTURA	NUNCA	38,7	51,9
	ALGUNA VEZ	38,7	32,7
	FRECUENTEMENTE	22,6	15,4
OTROS HOBBIES	NUNCA	42,2	49,5
	ALGUNA VEZ	24,6	23,2
	FRECUENTEMENTE	33,3	27,3

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

Permisividad ante el consumo de cannabis

Cuanto más permisivos creen los hijos que son sus madres o sus padres frente al consumo de cannabis, más cannabis consumen los hijos.

Figura 7.13. Permisividad de las madres y padres ante el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido cannabis en los últimos 30 días o no (%). España, 2023.



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

Relaciones con los padres y el consumo de cannabis

Los estudiantes de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días consideran que las relaciones con su madre y su padre son peores que aquellos estudiantes de la misma edad que no han consumido cannabis en el último mes.

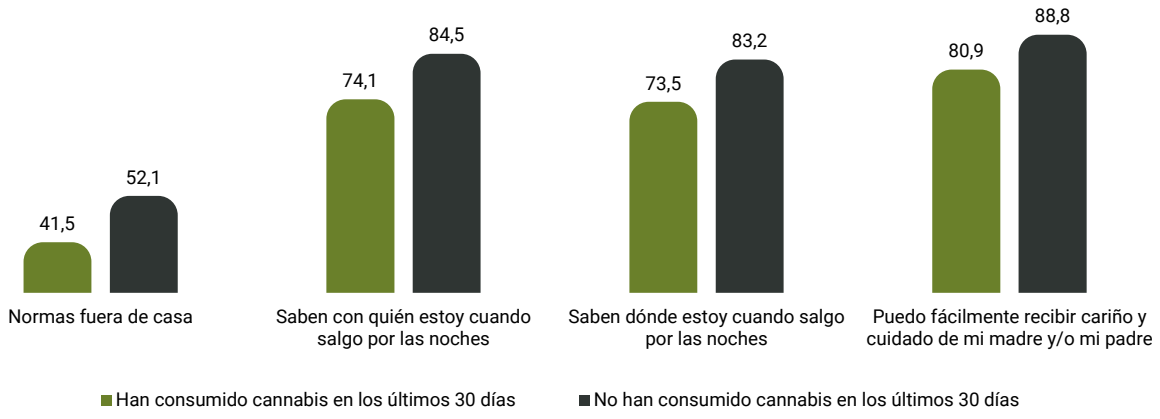
Tabla 7.10. Relación de las madres y padres con sus hijos estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según hayan consumido cannabis en los últimos 30 días o no (%). España, 2023.

		CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	
		SÍ	NO
RELACIÓN MADRE	BASTANTE MALAS O MUY MALAS	4,4	1,8
	REGULARES	18,1	11,9
	BASTANTE BUENAS O MUY BUENAS	77,5	86,3
RELACIÓN PADRE	BASTANTE MALAS O MUY MALAS	7,5	3,9
	REGULARES	24,0	16,7
	BASTANTE BUENAS O MUY BUENAS	68,5	79,4

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

En general, se observa que las familias en donde los hijos perciben que existen normas, o sus padres conocen cuando salen dónde van y con quién van, o en la que los hijos se sienten queridos, el consumo de cannabis en los últimos 30 días por parte de los hijos estudiantes de 14 a 18 años es menor.

Figura 7.14. Establecimiento de normas y relaciones con las madres y padres según el consumo de cannabis que hayan hecho sus hijos estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en los últimos 30 días o no (%). España, 2023.



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

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 Ceuta y Extremadura 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 se encuentran en los estudiantes de Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana, con cifras iguales o superiores al 29%.

Respecto al consumo en el último año, Baleares se sitúa también en primer lugar con una prevalencia del 26,5%, seguida de Extremadura, Murcia, Castilla la Mancha y Canarias que registran datos entorno al 24%.

En el otro extremo, se encuentran Ceuta y Melilla, en el caso del consumo ocasional (alguna vez en la vida), con prevalencias del 10,8% y 11,1% respectivamente; mientras que, en los últimos 12 meses, los menores consumos se hallan en País Vasco y la Rioja con cifras entorno al 8%.

Respecto al consumo reciente (último mes), una vez más las cifras más elevadas se recogen en Baleares (19%) y las más bajas en Ceuta y Melilla, (alrededor del 6%).

Tabla 7.11. Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

		ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	TAMAÑO DE MUESTRA	PREVA-LENCIA	IC95% INFERIOR	IC95% SUPERIOR	PREVA-LENCIA	IC95% INFERIOR	IC95% SUPERIOR	PREVA-LENCIA	IC95% INFERIOR	IC95% SUPERIOR
ANDALUCÍA	4.021	23,3	22,0	24,6	18,7	17,5	19,9	13,6	12,6	14,7
ARAGÓN	2.251	28,8	27,0	30,7	23,6	22,3	25,4	16,9	15,3	18,4
ASTURIAS	2.015	27,1	25,2	29,1	22,2	20,9	24,0	15,6	14,0	17,1
BALEARES	2.207	31,4	29,4	33,3	26,5	25,2	28,4	19,0	17,4	20,7
CANARIAS	2.488	26,1	24,4	27,8	21,1	19,8	22,7	15,9	14,5	17,4
CANTABRIA	1.865	28,7	26,6	30,7	24,0	22,6	25,9	17,9	16,2	19,7
CASTILLA Y LEÓN	2.574	27,5	25,7	29,2	22,0	20,7	23,6	14,8	13,4	16,2
CASTILLA-LA MANCHA	2.110	26,2	24,3	28,1	20,4	19,1	22,1	14,4	12,9	15,9
CATALUÑA	2.675	29,6	27,8	31,3	24,0	22,6	25,6	17,0	15,6	18,4
C. VALENCIANA	3.636	29,0	27,6	30,5	22,3	21,0	23,6	15,5	14,3	16,7
EXTREMADURA	847	25,9	23,0	28,9	20,5	19,3	23,2	14,9	12,5	17,3
GALICIA	2.185	28,6	26,7	30,5	24,7	23,4	26,5	18,5	16,9	20,2
MADRID	3.901	26,9	25,5	28,3	21,8	20,5	23,1	15,1	14,0	16,3
MURCIA	2.100	22,0	20,2	23,8	17,6	16,4	19,2	12,4	11,0	13,8
NAVARRA	2.151	28,0	26,2	29,9	23,4	22,1	25,2	16,9	15,3	18,4
PAÍS VASCO	1.184	28,7	26,2	31,3	24,1	22,7	26,5	19,3	17,1	21,5
RIOJA	1.586	24,8	22,7	26,9	20,3	19,1	22,3	14,4	12,7	16,1
CEUTA	682	11,1	8,7	13,4	7,8	7,0	9,8	5,6	3,8	7,3
MELILLA	1.730	10,8	9,3	12,3	8,3	7,4	9,6	6,1	4,9	7,2
TOTAL	42.208	26,9	26,5	27,4	21,8	20,5	22,1	15,6	15,3	16,0

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 7.15. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023

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

En la mayoría de las comunidades, el consumo está más extendido entre los chicos que entre las chicas, observándose las diferencias más altas en Aragón para el tramo temporal últimos 12 meses y Extremadura en el caso del consumo ocasional (alguna vez en la vida).

Tabla 7.12. Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma y según sexo (%). España, 2023.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
ANDALUCÍA	24,7	21,8	20,0	17,2
ARAGÓN	30,6	26,8	26,2	20,6
ASTURIAS	26,9	27,5	22,1	22,3
BALEARES	30,9	31,8	26,6	26,4
CANARIAS	26,9	25,3	21,8	20,3
CANTABRIA	29,4	28,0	23,8	24,1
CASTILLA Y LEÓN	28,8	26,2	23,9	20,1
CASTILLA-LA MANCHA	26,8	25,6	20,9	19,8
CATALUÑA	29,3	29,8	24,0	23,9
C. VALENCIANA	29,2	28,9	22,5	22,1
EXTREMADURA*	28,9	22,6	22,7	18,1
GALICIA	31,1	25,9	26,7	22,4
MADRID	26,1	27,6	20,7	22,8
MURCIA	24,5	19,5	20,0	15,2
NAVARRA	28,5	27,6	24,3	22,5

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
PAÍS VASCO	30,8	26,1	26,1	21,5
RIOJA	27,2	21,8	22,1	18,2
CEUTA*	10,6	11,4	8,5	7,3
MELILLA	12,8	9,1	10,6	6,4
TOTAL	27,6	26,2	22,5	21,0

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

El primer consumo de cannabis entre la población se sitúa entre los 14,7 y 15,2 años. La comunidad autónoma en la que más precozmente se inicia el consumo del cannabis es Cataluña (14,7 años), mientras que la edad de inicio más tardía se registra en Ceuta y Melilla (15,2 años).

Tabla 7.13. Edad media de inicio en el consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2023.

	TAMAÑO DE MUESTRA	EDAD MEDIA INICIO EN EL CONSUMO DE CANNABIS
ANDALUCÍA	4.021	15,1
ARAGÓN	2.251	14,9
ASTURIAS	2.015	14,9
BALEARES	2.207	14,9
CANARIAS	2.488	14,8
CANTABRIA	1.865	14,9
CASTILLA Y LEÓN	2.574	15,0
CASTILLA-LA MANCHA	2.110	14,9
CATALUÑA	2.675	14,7
C. VALENCIANA	3.636	14,9
EXTREMADURA*	847	15,0
GALICIA	2.185	15,0
MADRID	3.901	14,9
MURCIA	2.100	14,9
NAVARRA	2.151	14,8
PAÍS VASCO	1.184	14,9
RIOJA	1.586	14,8
CEUTA*	682	15,2
MELILLA	1.730	15,2
TOTAL	42.208	14,9

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

7.2. Consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2024), 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 de la edición de 2024 fue del 12 de febrero al 21 de junio. 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.

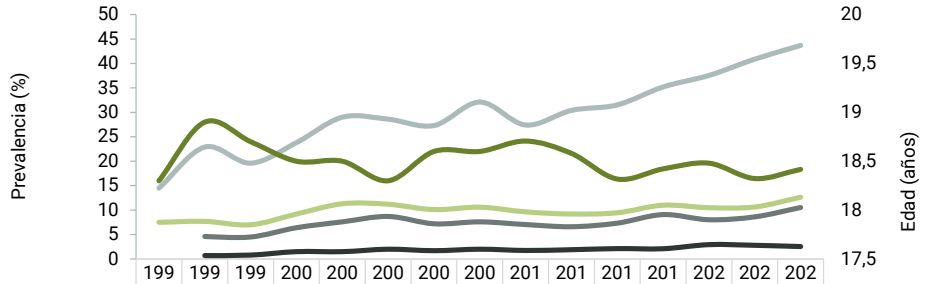
Prevalencia de consumo de cannabis

El cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo en España en la población de 15 a 64 años. En 2024, el 43,7% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, continuando así con la tendencia creciente iniciada en 2013 y alcanzando en esta edición el valor máximo de la serie histórica.

Respecto al consumo en el último año, se observa que la prevalencia es del 12,6%, situándose en el 10,5% cuando se analiza el consumo en el último mes. En ambos escenarios la cifra es superior a la registrada en 2022.

Finalmente, el 2,5% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes. Evolutivamente, se observa que al contrario de lo que ocurre en el resto de los plazos temporales, esta cifra no supera la que se registraba hace dos años.

Figura 7.16. Prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad media de inicio en el consumo de cannabis (años) en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2024.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024
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	40,9	43,7
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5	10,6	12,6
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	8,6	10,5
Diariamente en los últimos 30 días		0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,7	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9	2,8	2,5
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	18,3	18,4

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

Edad media de inicio en el consumo

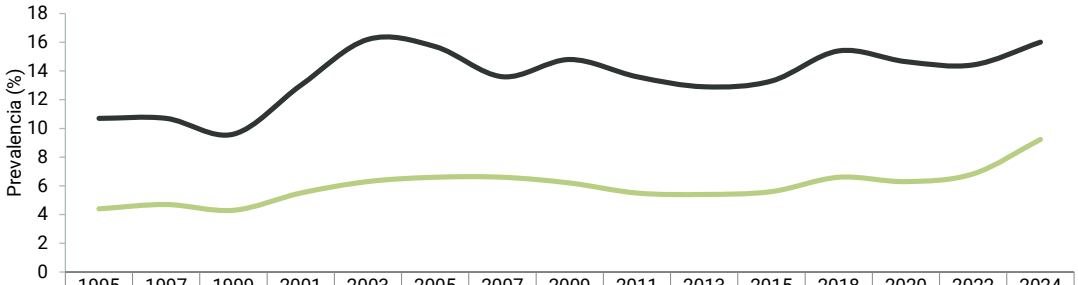
La edad media de inicio de consumo se sitúa ligeramente por encima de los 18 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las ediciones. Se trata de la sustancia ilegal con la edad de inicio en el consumo más temprana (18,4 años). Los hombres empiezan a consumir cannabis antes que las mujeres (18,1 y 19 años respectivamente).

Prevalencia de consumo por edad y sexo

En función del **sexo**, el consumo de esta sustancia en el último año es más común entre los hombres que entre las mujeres (Figura 7.17), situación que se repite en todos los tramos temporales analizados, y en todos los rangos de edad. Es en el consumo del cannabis alguna vez en la vida donde se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (en 2024, el 51,3 % de los hombres han consumido cannabis frente al 36% de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de más de 15 puntos porcentuales.

Analizando las prevalencias en base a la **edad** de los individuos, se observa que el consumo de cannabis disminuye según aumenta la edad de estos. Esto sucede tanto para el consumo en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días, y tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.18 y 7.19).

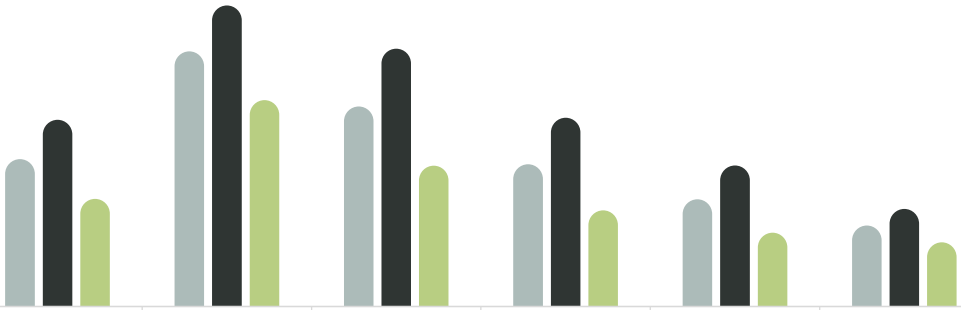
Figura 7.17. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 1995-2024.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024
Hombre	10,7	10,7	9,6	13,0	16,2	15,7	13,6	14,8	13,6	12,9	13,3	15,4	14,6	14,4	16,0
Mujer	4,4	4,7	4,3	5,5	6,3	6,6	6,6	6,2	5,5	5,4	5,6	6,6	6,3	6,8	9,2

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

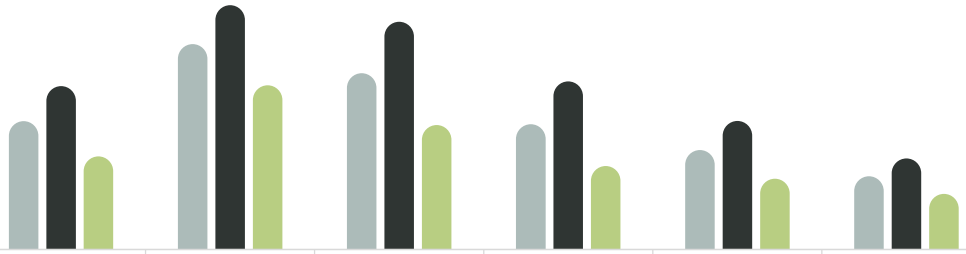
Figura 7.18. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2024.



	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Total	12,6	21,9	17,1	12,2	9,2	6,9
Hombres	16,0	25,8	22,1	16,2	12,1	8,4
Mujeres	9,2	17,7	12,1	8,2	6,3	5,5

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

Figura 7.19. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España. 2024.



	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Total	10,5	16,9	14,5	10,3	8,2	6,0
Hombres	13,4	20,1	18,7	13,8	10,5	7,5
Mujeres	7,6	13,5	10,2	6,8	5,8	4,6

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

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 53,8% indica haber fumado principalmente marihuana, porcentaje que se reduce notablemente para aquellos que han consumido principalmente hachís (21,7%). Entre las mujeres que han consumido destaca todavía más la predilección por la marihuana (Tabla 7.14).

Como viene siendo habitual, la **gran mayoría** de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido **mezclándolo con tabaco** (90,6%). El **número medio de porro**s consumidos en un mismo día es de 2,6 porros, siendo esta cifra algo superior entre los hombres (2,8) que entre las mujeres (2,1) Tabla 7.14). La **mayoría** (98,8%) **consumen cannabis en forma de porros,** y en mucha menor proporción usando pipas de agua (3,9%), por vía oral (1,3%) o usando vapers (0,4%).

Tabla 7.14. Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2024.

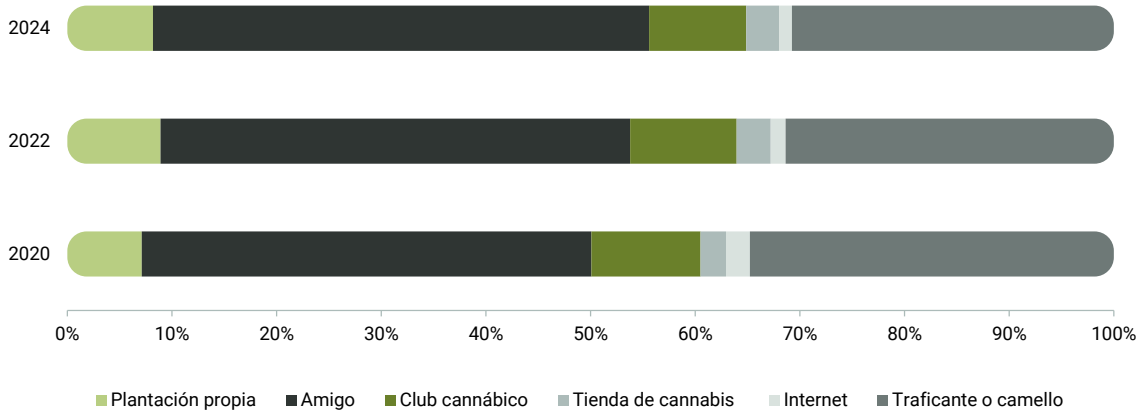
		2015			2018			2020		
		TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
CONSUMO CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS	PRINCIPALMENTE MARIHUANA	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0
	PRINCIPALMENTE HACHÍS	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5
	DE LOS DOS TIPOS	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	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 AL DÍA		2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8

		2022			2024		
		TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
CONSUMO CANNABIS	PRINCIPALMENTE MARIHUANA	49,0	47,9	51,9	53,8	51,3	59,7
	PRINCIPALMENTE HACHÍS	21,9	21,8	22,3	21,7	22,2	20,5
	DE LOS DOS TIPOS	29,1	30,4	25,8	24,5	26,5	19,9
CONSUMO CANNABIS MEZCLADO CON TABACO ÚLTIMOS 30 DÍAS	SÍ	88,1	88,7	86,8	90,6	91,5	88,7
	NO	11,9	11,3	13,2	9,4	8,5	11,3
MEDIA DE PORROS CONSUMIDOS AL DÍA		2,7	2,8	2,5	2,6	2,8	2,1

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

El **modo** más común **de obtención** del cannabis en el último mes entre los consumidores, ha sido a través de amigos (Figura 7.20).

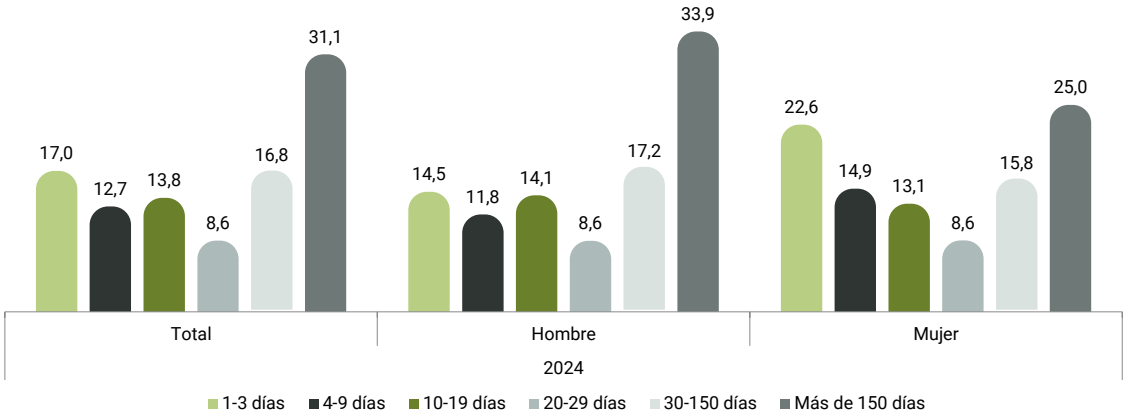
Figura 7.20. Lugares donde en los últimos 30 días han obtenido cannabis las personas de 15 a 64 años que han consumido cannabis, España, 2020-2024.



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

Respecto a la frecuencia de consumo de los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses (Figura 7.21), lo más común entre los hombres es consumir más de 150 días al año (33,9%). Las mujeres sin embargo refieren un consumo más esporádico (un 37,5% consumen de 1 a 9 días al año)

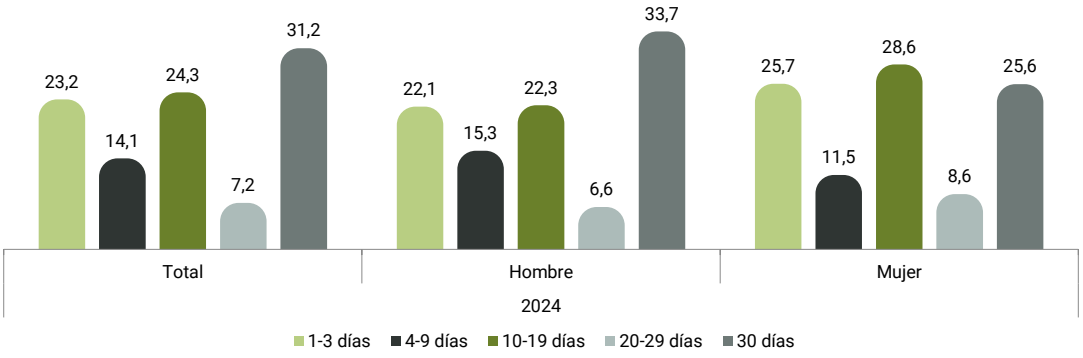
Figura 7.21. Frecuencia (días) de consumo de cannabis, marihuana o hachís en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años que lo ha consumido en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2022-2024.



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

Respecto a los consumidores en el último mes (Figura 7.22), lo más común en el conjunto de esta población, así como en los hombres, es el consumo diario (31,2% y 33,7%, respectivamente); sin embargo, en las mujeres es más habitual el consumo de 10 a 19 días al mes (28,6%)

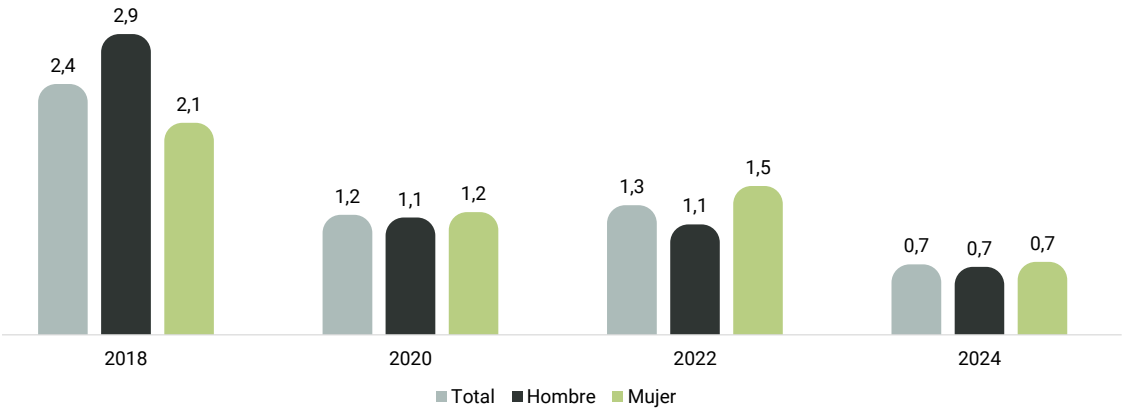
Figura 7.22. Frecuencia (días) de consumo de cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años que lo ha consumido en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2022-2024.



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

Entre los que nunca han consumido cannabis, únicamente el 0,7% de los encuestados indicó que consumiría cannabis si fuera una droga legal, no hallándose diferencias en función del sexo (Figura 7.23).

Figura 7.23. Prevalencia de personas que afirman que si fuese legal el consumo de hachís o marihuana lo probarían. Respuesta entre los que no la han probado nunca en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2018-2024.

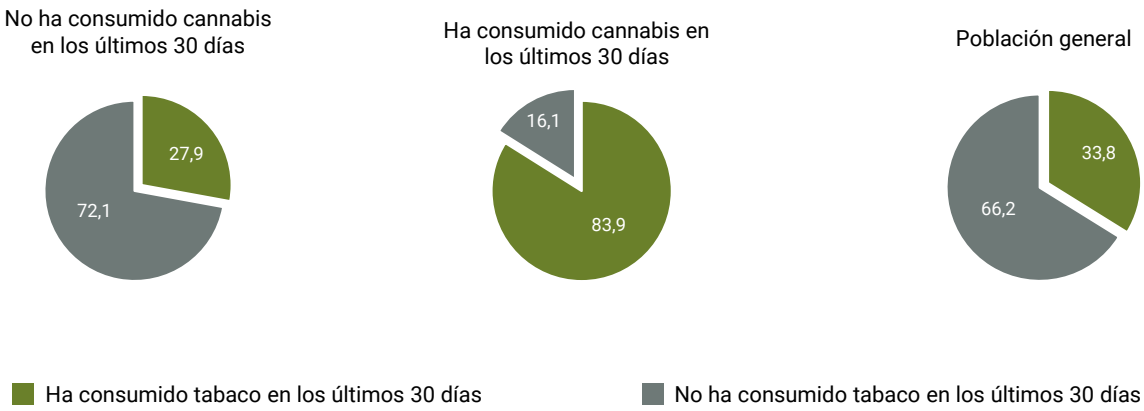


Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Consumo de cannabis y tabaco

Un 83,9 % de las personas que consumieron cannabis en el último mes reconocen haber consumido tabaco en este periodo, disminuyéndose esta proporción hasta el 27,9% entre los que no han consumido cannabis, lo que confirma la estrecha relación en términos de consumo, que existe entre ambas sustancias (Figura 7.24).

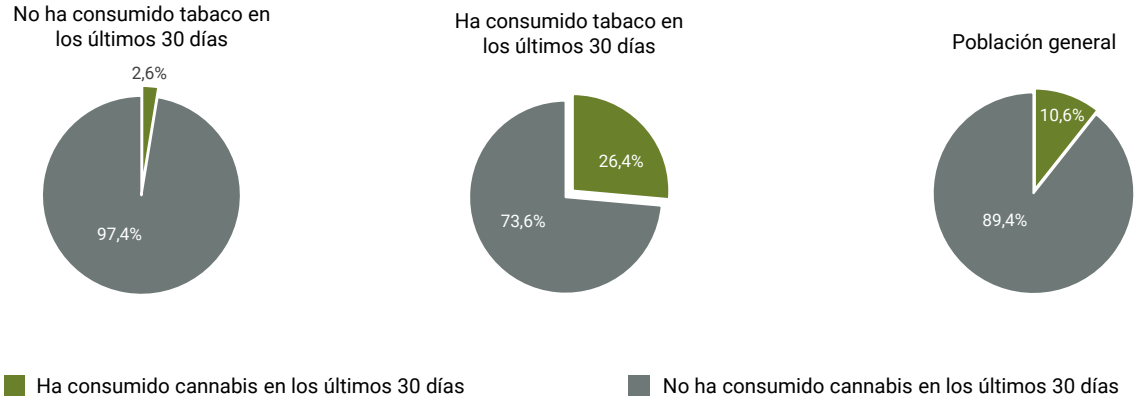
Figura 7.24. Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en función de que se haya consumido cannabis en los últimos 30 días o no y en la población general (%). España, 2024.



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

Realizando el análisis contrario, más del 25% de los que ha consumido tabaco en los últimos 30 días declaró haber consumido cannabis en este plazo temporal frente al 2,6% de los que no han fumado tabaco en el último mes (Figura 7.25).

Figura 7.25. 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, 2024.



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 (0,6 y 9% respectivamente).

Entre las personas que consumieron tres, cuatro o más sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses prácticamente siempre está presente el cannabis (63,1% y 93,2% respectivamente).

Tabla 7.15. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas* según sustancia consumida en los últimos 12 meses. España, 2024.

	UNA SUSTANCIA	DOS SUSTANCIAS	TRES SUSTANCIAS	CUATRO O MÁS SUSTANCIAS
ALCOHOL	87,2	93,5	98,1	99,8
TABACO	8,0	77,5	96,5	98,2
CANNABIS	0,6	9,0	63,1	93,2

* SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES (Alcohol, Tabaco, Hipnosedantes, Cannabis, Cocaína polvo, Cocaína base, Éxtasis, Anfetaminas, Alucinógenos, Heroína, Inhalables volátiles)
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 legales (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…

Ocho 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 (80,7%). El 45,9 % 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 11,7% entre los que nunca han tomado nuevas sustancias psicoactivas.

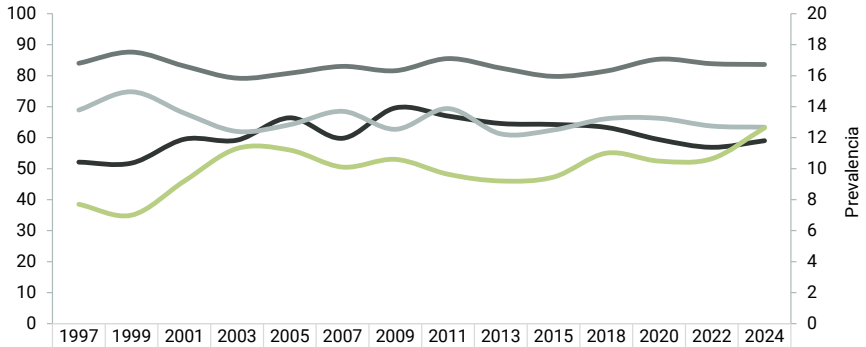
Percepciones y opiniones de la población ante el cannabis

Además de conocer el consumo de las sustancias psicoactivas, es importante determinar en qué medida los ciudadanos consideran que es fácil o no adquirir las mismas, es decir la **disponibilidad percibida**. Observando las diferentes sustancias psicoactivas, el cannabis destaca sobre el resto de las sustancias en lo que a accesibilidad se refiere. En 2024, el 59,0% piensa que le sería fácil o muy fácil conseguir esta sustancia en 24 horas. La **percepción de riesgo**, por otro lado, 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 lo que respecta al consumo esporádico de cannabis (una vez o menos al mes), en el año 2024 se ha obtenido un dato similar al de la medición anterior, siendo el 63,4% de las personas los que piensan que dicho consumo podría ser bastante o muy perjudicial para la salud (63,7% en 2022). También son similares a la edición anterior los datos relativos a la percepción de riego del consumo habitual de cannabis, siendo en este caso un 83,6% de las personas las que piensan que el mismo puede ocasionar problemas (83,9% en 2022).

Evolutivamente se aprecia una tendencia en aumento en la disponibilidad percibida y en descenso en la percepción del riesgo del consumo tanto esporádico como habitual, lo cual encaja con el aumento en la prevalencia que se observa desde el 2020.

Figura 7.26. Disponibilidad percibida y percepción del riesgo de consumo (%). España 1997-2024



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022	2024
Disponibilidad percibida	52,1	51,8	59,5	59,2	66,4	59,8	69,6	67,0	64,6	64,3	63,3	59,4	56,9	59,0
Riesgo consumo esporádico	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3	63,7	63,4
Riesgo consumo habitual	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3	83,9	83,6
Prevalencia de consumo 12 meses	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5	11,0	10,5	10,6	12,6

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

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

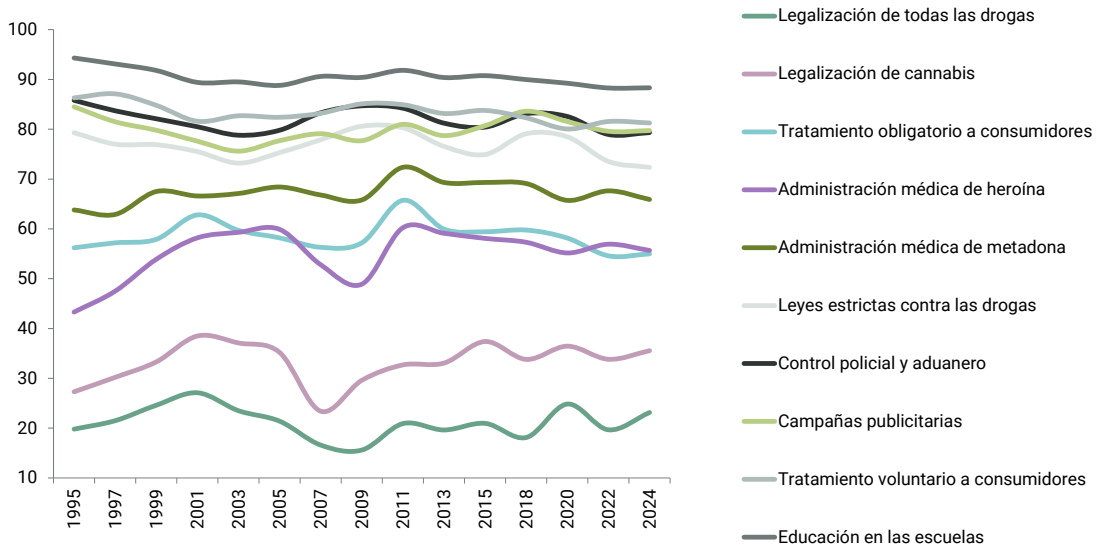
En relación a la visibilidad que tienen ciertas escenas relacionadas con el consumo de drogas, se registra una situación similar a la ya descrita para la percepción de disponibilidad. Las situaciones más habituales con las que se encuentran los individuos son las relacionadas con el consumo de cannabis y de alcohol: el 51,9% manifiesta que de manera frecuente se topan con personas fumando porros, y en lo que respecta al consumo de alcohol, alrededor del 42% de los individuos dicen haberse encontrado de manera habitual con personas borrachas o haciendo botellón.

En cuanto a la visibilidad de vendedores ofreciendo drogas, se registra un ligero descenso respecto a las cifras de 2022, pasando de 13,1% a 12,2%, 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 tratamiento voluntario a consumidores, ya que el 88,3% y el 81,3% de la población, respectivamente piensan que estas medidas son muy importantes para resolver el problema de las drogas en nuestro país. Otras acciones, que también son consideradas como muy importantes son las campañas publicitarias y el control policial y aduanero (79,7% y 79,3%, respectivamente). Finalmente, las acciones relacionadas con la legalización parecen ser importantes para una menor proporción de la población. El 35,5% de los individuos piensa que la legalización del cannabis sería una solución importante para resolver el problema de las drogas.

Figura 7.27. Valoración como "muy importantes" de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 14-64 años (%). España, 1995-2024.



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

La proporción de mujeres que consideran estas medidas importantes es mayor que en hombres para todas las acciones excepto para la legalización del cannabis (36,1% en hombres vs 35% en mujeres), y el control policial y aduanero que es igual en ambos sexos (79,3%).

Prevalencia del consumo de cannabis 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 Extremadura, Baleares, 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.

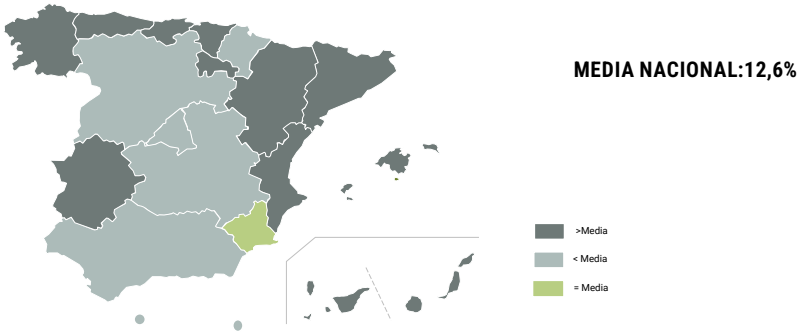
Las comunidades autónomas con mayores prevalencias de consumo de cannabis alguna vez en la vida son, Comunidad Valenciana y Cantabria con prevalencias superiores al 55%. En el lado opuesto, el consumo se encuentra algo menos extendido en las comunidades de Andalucía, Melilla y Ceuta, con prevalencias menores al 30%. En el marco temporal de los últimos 12 meses, las comunidades que registran unas prevalencias de consumo de cannabis mayores son Extremadura, Canarias y Aragón, con prevalencias superiores al 15%. Las menores prevalencias las tenemos en Andalucía, Madrid, Ceuta y Melilla, con prevalencias inferiores o iguales al 10%.

Tabla 7.16. Prevalencia de consumo de cannabis por comunidades y ciudades autónomas. España 2024

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES		
	PREVALENCIA	IC95% INFERIOR	IC95% SUPERIOR	PREVALENCIA	IC95% INFERIOR	IC95% SUPERIOR
ANDALUCÍA	27,1	25,2	28,9	10	8,8	11,3
ARAGÓN	45,9	43,2	48,6	15,6	13,7	17,6
ASTURIAS	51,8	49	54,6	14,5	12,5	16,4
BALEARES	52,4	49	55,8	14,9	12,5	17,3
CANARIAS	44,9	42,5	47,2	16,1	14,3	17,9
CANTABRIA	56,8	53,7	59,9	13,8	11,6	15,9
CASTILLA Y LEÓN	43,1	40,8	45,4	10,9	9,4	12,4
CASTILLA-LA MANCHA	44,7	42,2	47,1	10,5	9	12
CATALUÑA	52,7	50,6	54,9	14,3	12,8	15,8
C. VALENCIANA	60,5	58,5	62,5	14,2	12,8	15,7
EXTREMADURA	48,7	45,2	52,3	23,1	20,1	26
GALICIA	40,4	38,1	42,8	13	11,4	14,6
MADRID	35,9	34	37,7	9,7	8,5	10,8
MURCIA	36,8	34,4	39,3	12,5	10,8	14,2
NAVARRA	45,7	42,8	48,6	10,8	9	12,6
PAÍS VASCO	54,9	52	57,9	14,1	12,1	16,2
RIOJA	43,6	40,5	46,7	13,7	11,6	15,9
CEUTA	30	26,4	33,6	8,2	6	10,4
MELILLA	28,3	24,8	31,9	9,4	7,1	11,7
TOTAL	43,7	43,1	44,3	12,6	12,2	13

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

FIGURA 7.28. PREVALENCIA DE CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR COMUNIDAD/ CIUDAD AUTÓNOMA. ESPAÑA 2024.



FUENTE: OEDA ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES)

El primer consumo de cannabis entre la población se sitúa entre los 17,7 y 19 años. La comunidad autónoma en la que más precozmente se inicia el consumo del cannabis es Castilla la Mancha (17,7 años), mientras que la edad de inicio más tardía se registra en Castilla León (19 años).

TABLA 7.17. EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS POR COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA (%). ESPAÑA, 2024.

	EDAD MEDIA INICIO EN EL CONSUMO DE CANNABIS
ANDALUCÍA	18,1
ARAGÓN	18,7
ASTURIAS	18,6
BALEARES	19
CANARIAS	18,5
CANTABRIA	18,4
CASTILLA Y LEÓN	19
CASTILLA-LA MANCHA	17,7
CATALUÑA	18,3
C. VALENCIANA	18,8
EXTREMADURA	17,9
GALICIA	18,5
MADRID	18,3
MURCIA	18,4
NAVARRA	18,7
PAÍS VASCO	18,4
RIOJA	18,3
CEUTA	18,8
MELILLA	18,9
TOTAL	18,4

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

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

TABLA 7.18. 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

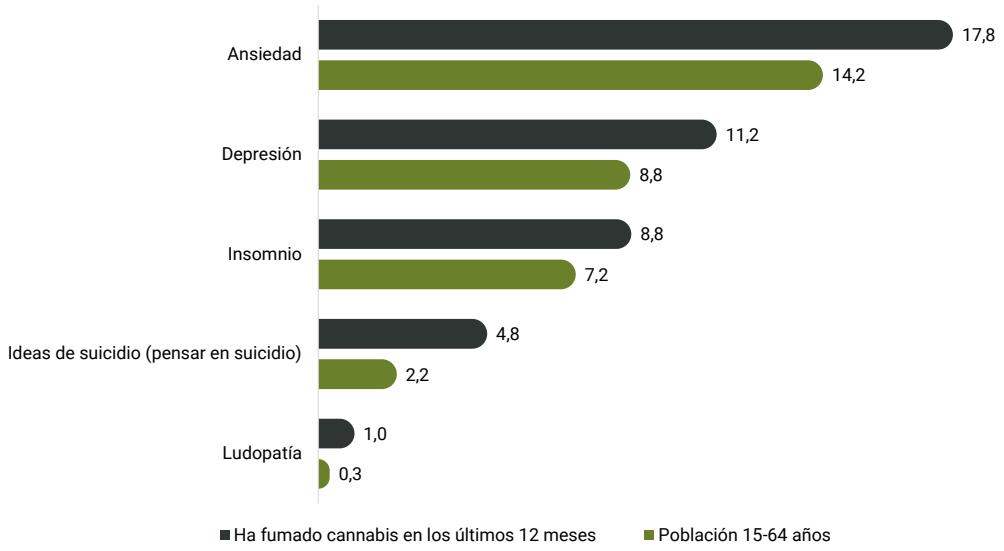
	HOMBRE	MUJER
ANDALUCÍA	33,1	20,9
ARAGÓN	53,6	37,8
ASTURIAS	61,4	42,4
BALEARES	60,9	43,6
CANARIAS	52,5	37,1
CANTABRIA	66,1	47,6
CASTILLA Y LEÓN	50,9	35,1
CASTILLA-LA MANCHA	54,4	34,4
CATALUÑA	59,5	45,8
C. VALENCIANA	70,1	50,8
EXTREMADURA	57,6	39,6
GALICIA	44,9	36
MADRID	44,2	27,9
MURCIA	45,6	27,6
NAVARRA	53	38,1
PAÍS VASCO	62,3	47,4
RIOJA	52,4	34,6
CEUTA	38,7	20,8
MELILLA	32,2	24,2
TOTAL	51,3	36

***LOS VALORES DE ESTAS CCAA/CA DEBEN INTERPRETARSE CON CAUTELA DEBIDO AL REDUCIDO TAMAÑO DE LA MUESTRA.**
FUENTE: OEDA ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES)

Salud mental y consumo de cannabis

En 2022 se incorporaron en el cuestionario de EDADES, una serie de preguntas con el objetivo de conocer la salud mental de la población de 15 a 64 años. Al comparar la prevalencia autodeclarada de distintas patologías e ideas de suicidio en la población general de 15 a 64 años y en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis, se observa que en todos los casos se obtienen prevalencias superiores en la población que ha sido consumidora de cannabis en los últimos 12 meses.

Figura 7.29. Prevalencia autodeclarada de distintas patologías e ideas de suicidio en la población general de 15 a 64 años y en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2024.



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

7.3. Consumo de cannabis en la población laboral de 16 a 64 años

Atendiendo al ámbito laboral, el consumo de drogas puede afectar a la realización del trabajo, modificando la calidad o el rendimiento en el mismo, así como provocando accidentes laborales. A esto se unen las consecuencias sociosanitarias derivadas del uso de sustancias psicoactivas que pueden afectar a nivel individual o social, a la persona trabajadora o a terceras personas, siendo un claro ejemplo el caso de la exposición de las personas no fumadoras al humo del tabaco. Para abordar esta temática, es necesario llevar a cabo estudios que permitan conocer mejor la situación de los consumos de drogas en el ámbito laboral en España y aportar información para el desarrollo de intervenciones.

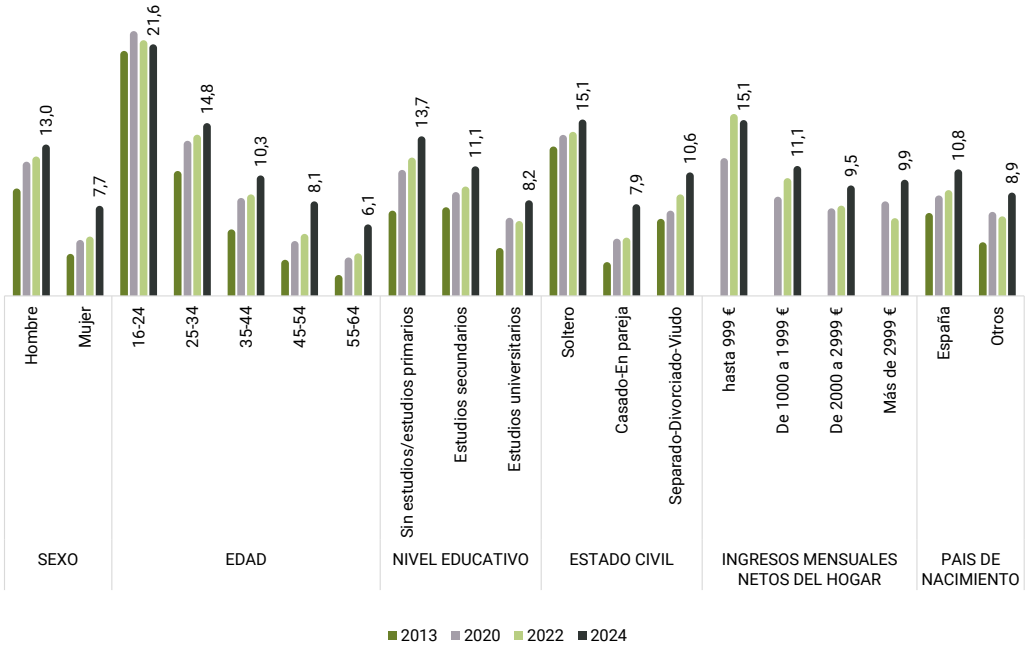
En este sentido, la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el Ámbito Laboral, integrada por representantes de los trabajadores, de los empresarios y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), consensuó incluir un módulo específico en EDADES para obtener información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población laboral en España. Así, en el año 2007 se llevó a cabo por primera vez esta "Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en población laboral en España", que se realizó nuevamente en 2013 y en 2020; la próxima edición está prevista para 2026. Además, de forma bianual (en cada edición de la encuesta EDADES), se recopila cierta información sobre la vida laboral de los encuestados que, si bien de forma no tan amplia como en la encuesta laboral, permite tener conocimiento del consumo de sustancias en la población en función de las distintas características laborales. A continuación, se exponen los principales resultados y conclusiones de la última encuesta EDADES (2024) en cuanto al consumo de cannabis en el ámbito laboral.

En 2024, el consumo de cannabis presenta una prevalencia del 10,5 % en la población laboral, superior en hombres (13%), en menores de 34 años (1 de cada 3 se declara consumidor de esta sustancia) y en personas sin estudios o con estudios primarios. En relación con el estado civil, hay una mayor proporción de consumidores entre las personas solteras, posiblemente favorecido por la mayor presencia de jóvenes en esta categoría, mientras que las casadas/en pareja manifiestan porcentajes por debajo del 8%.

Existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cannabis, en función de todas las variables sociodemográficas estudiadas (Figura 7.30). La regresión logística confirma que la edad y el sexo influyen en el consumo de cannabis.

Comparando con lo registrado en años anteriores, se observa un aumento generalizado en la prevalencia de consumo; destaca el crecimiento de más de 3 puntos porcentuales en la población laboral que refiere ingresos mensuales en su hogar superiores a 2999 euros. En aquellos con ingresos iguales o inferiores a 999 euros, el consumo sin embargo disminuye ligeramente respecto a 2022 (año en el que se observó un notable ascenso). Asimismo, en el grupo de edad de 16 a 24 años las cifras se muestran en tendencia de descenso desde 2020 no obstante, continúan siendo superiores a las de 2013 y las máximas en relación con el resto de los grupos de edad.

Figura 7.30. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según variables sociodemográficas (%). España 2013-2024.



Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Analizando las prevalencias de consumo según la situación laboral de la población, se aprecian diferencias significativas observándose un mayor consumo de cannabis en el último mes en las personas en paro. 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 7.19. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población de 16 a 64 años según situación laboral (%). España 2013-2024.

	2013	2020	2022	2024
EMPLEADOS (TRABAJANDO ACTUALMENTE O TEMPORALMENTE AUSENTES)	5,3	7,8	8,2	10,0
EMPLEADOS TRABAJANDO ACTUALMENTE	5,3	7,9	8,2	10,0
EMPLEADOS TEMPORALMENTE AUSENTES	4,6	6,4	8,1	8,5
PARADOS CON TRABAJO PREVIO	9,8	11,4	12,5	14,0

Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En función del sexo, el consumo es mayor entre los hombres independientemente de la situación laboral.

Tabla 7.20. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población de 16 a 64 años según situación laboral y sexo (%). España 2024.

	HOMBRE	MUJER
PERSONAS EMPLEADAS (TRABAJANDO ACTUALMENTE O TEMPORALMENTE AUSENTES)	12,2	7,5
EMPLEADAS TRABAJANDO ACTUALMENTE	12,1	7,6
EMPLEADAS TEMPORALMENTE AUSENTES	12,6	6,2
PERSONAS PARADAS CON TRABAJO PREVIO	19,7	8,9

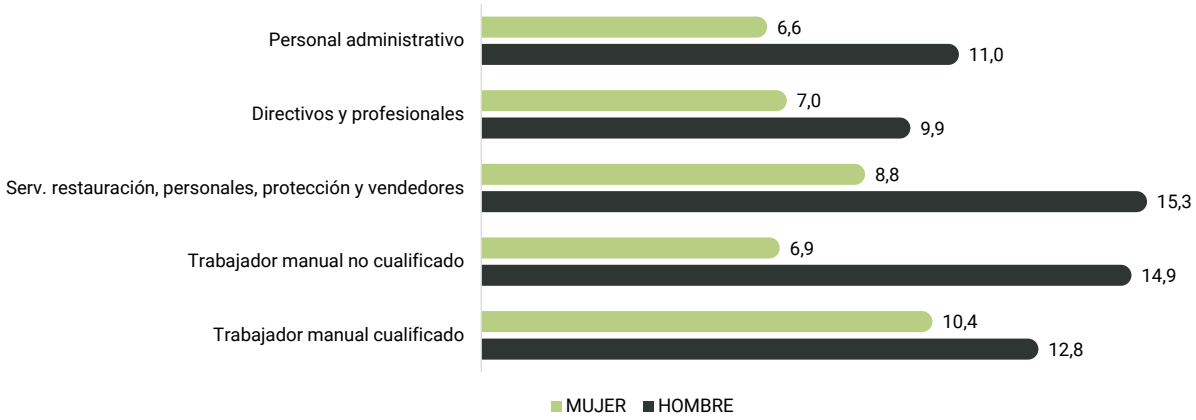
Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años. T=total; H=hombre; M=mujer
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 7.31. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según categoría ocupacional (%). España 2013-2024

Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En 2024, los trabajadores manuales cualificados son la categoría ocupacional que refiere un mayor consumo de cannabis, seguido por los trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores, ocupando los trabajadores manuales no cualificados la tercera posición. En todas las categorías, los hombres mantienen un mayor consumo de cannabis que las mujeres.

Figura 7.32. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según categoría ocupacional y sexo (%). España 2024.

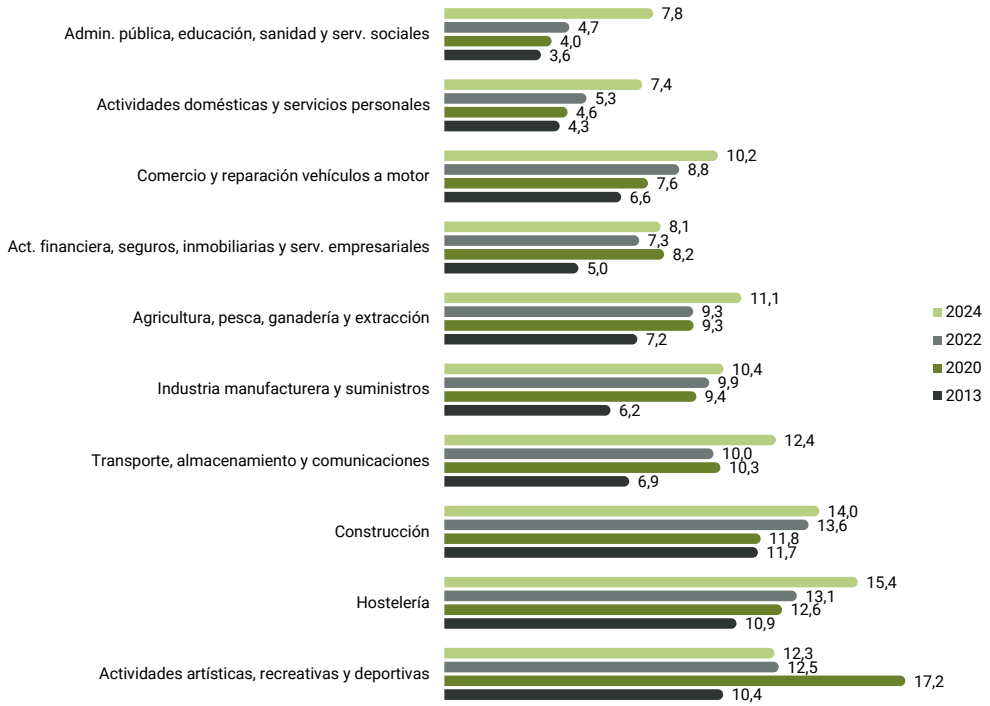


Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuentye: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de consumidores en base a la categoría ocupacional. El análisis de regresión logística indica que estas diferencias se mantienen al ajustar el modelo por edad y sexo.

Evolutivamente, el consumo de cannabis se incrementa en todos los segmentos, aunque de forma sustancial entre el personal administrativo (8,2% en 2024).

Figura 7.33. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según sector de actividad (%). España 2013-2024.

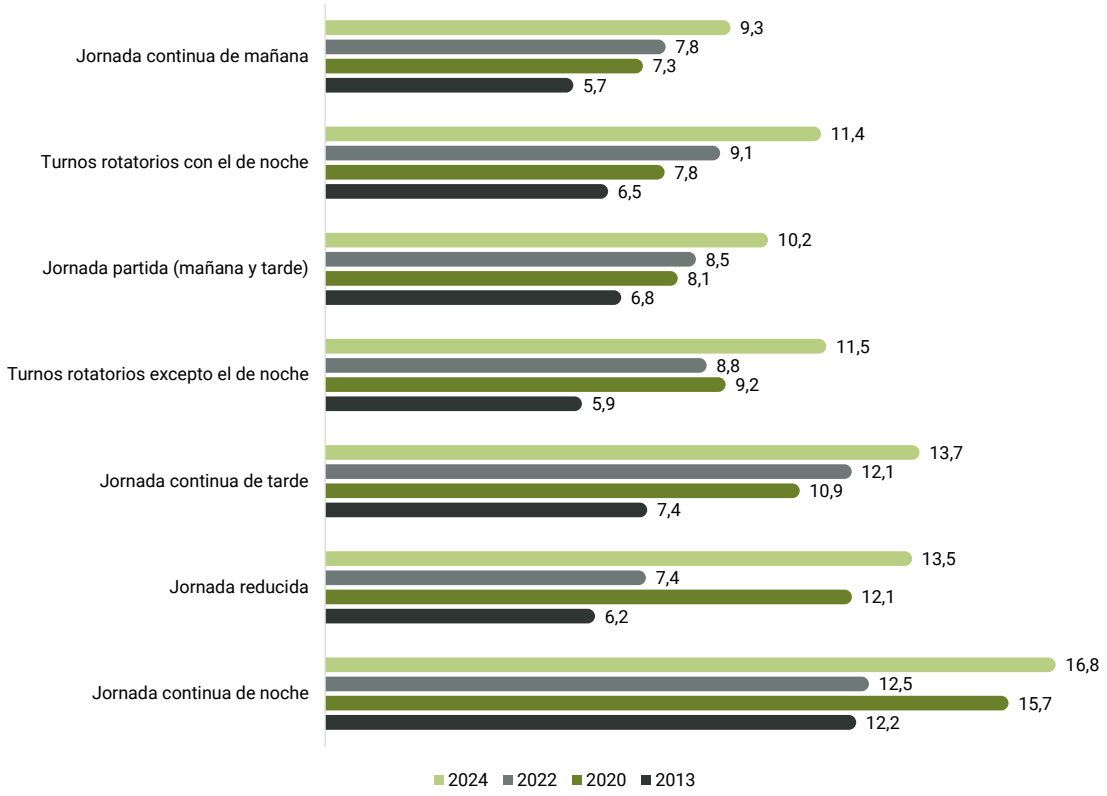


Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En cuanto al sector de actividad, la prevalencia de consumo reciente alcanza las prevalencias más altas en el sector de hostelería, seguido por construcción. 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.

Por sexo, salvo en el sector de las actividades artísticas y recreativas, donde las prevalencias de consumo de cannabis son ligeramente superiores en las mujeres, se registran mayores consumos entre los hombres. Las diferencias en las prevalencias entre hombres y mujeres se reducen en el sector de la Administración pública.

Figura 7.34. Prevalencia de consumo de cannabis (últimos 30 días) en la población laboral según jornada de trabajo (%). España 2013-2024.



Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En 2024, las mayores prevalencias de consumo de cannabis se dan entre los trabajadores que realizan jornadas continuas de noche, seguido por aquellos con jornada continua de tarde y 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.

Comparando con 2022, los mayores ascensos en la prevalencia de consumo 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 o la jornada reducida) requiere ser prudente con las comparaciones, ya que se trata de cifras muy inestables cuyo número de casos puede mostrar variaciones interanuales importantes.

Consumo problemático de cannabis en la población laboral

En 2024 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población laboral fue del 1,5%, dato muy similar al del resto de la población estudiada en la encuesta EDADES (1,4%). En función del sexo, el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (p<0,001), que se confirman en el análisis de regresión logística.

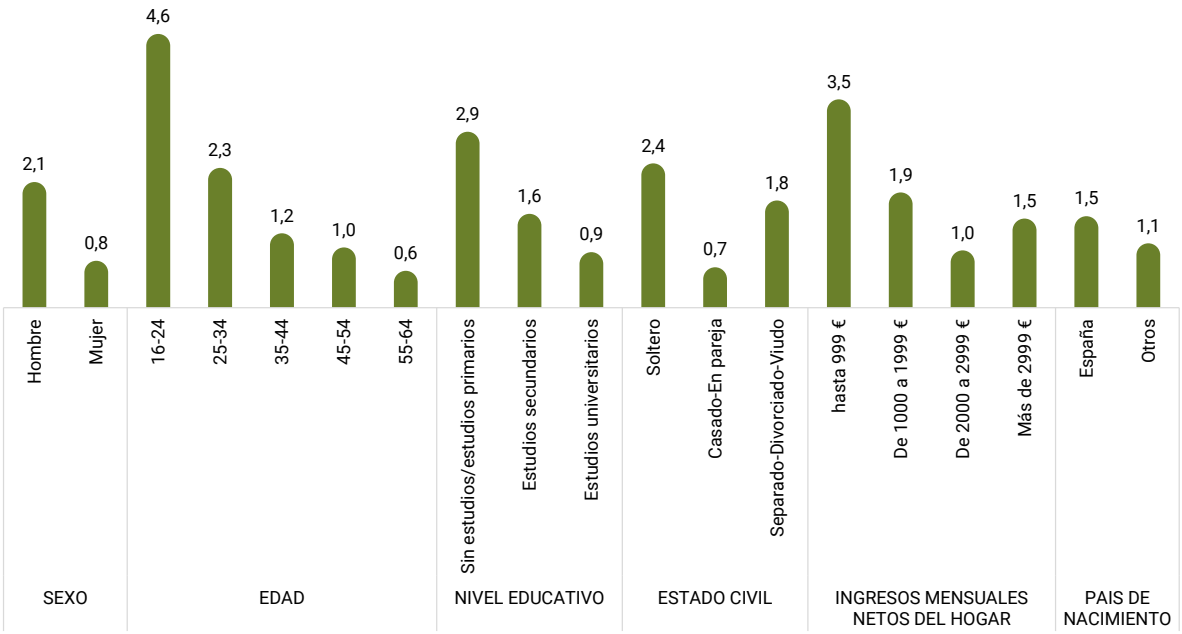
Tabla 7.21. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población laboral y en el resto de la población estudiada en la encuesta EDADES (población no laboral de 15 a 64 años). España, 2024.

	2024		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
POBLACIÓN LABORAL	1,5	2,1	0,8
RESTO DE LA POBLACIÓN	1,4	2,4	0,6

Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4)
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

El análisis del consumo problemático de cannabis en la población laboral en función de sus características sociodemográficas pone de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un hombre, de edad comprendida entre 16 y 24 años, soltero, con bajo nivel de estudios y unos ingresos mensuales netos en el hogar igual o inferiores a 999 €.

Figura 7.35. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población laboral según variables sociodemográficas. España, 2024.



Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4).
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

La población en paro registra una prevalencia de consumo problemático de cannabis casi 3 veces superior a la registrada entre los que se encuentran empleados. Se hallan diferencias estadísticamente significativas en la población estudiada en función de la situación laboral, que se confirman en el análisis de regresión logística tras ajustar el modelo por edad y por sexo. Tanto en la población empleada como en la población en paro el consumo es mayor en hombres que en mujeres, maximizándose estas diferencias en el caso de las personas paradas.

Tabla 7.22. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 16 a 64 años, según situación laboral y según sexo. España, 2024.

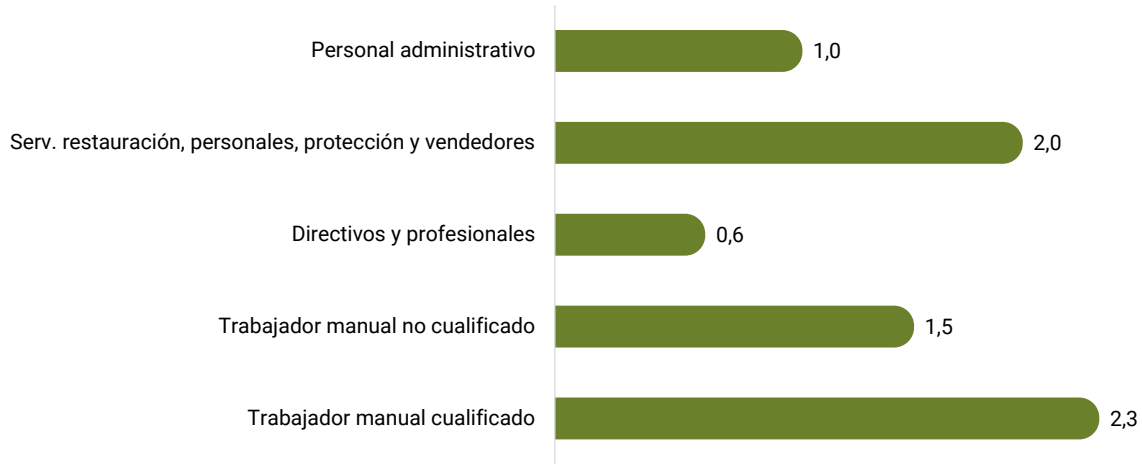
	HOMBRE	MUJER	TOTAL
PERSONAS EMPLEADAS (TRABAJANDO ACTUALMENTE O TEMPORALMENTE AUSENTES)	1,7	0,7	1,2
EMPLEADAS TRABAJANDO ACTUALMENTE	1,7	0,7	1,2
EMPLEADAS TEMPORALMENTE AUSENTES	1,2	0,4	0,7
PERSONAS PARADAS CON TRABAJO PREVIO	5,4	1,2	3,2

Población laboral: Empleada (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y en paro (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4)
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

La categoría ocupacional que refiere mayor prevalencia de consumo problemático de cannabis es la de los trabajadores manuales cualificados.

Las diferencias halladas en el consumo problemático de cannabis en función de la categoría ocupacional resultan ser estadísticamente significativas y se confirman en el análisis de regresión logística al ajustar el modelo por edad y sexo.

Figura 7.36. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población laboral según categoría ocupacional. España, 2024.



Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4).
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

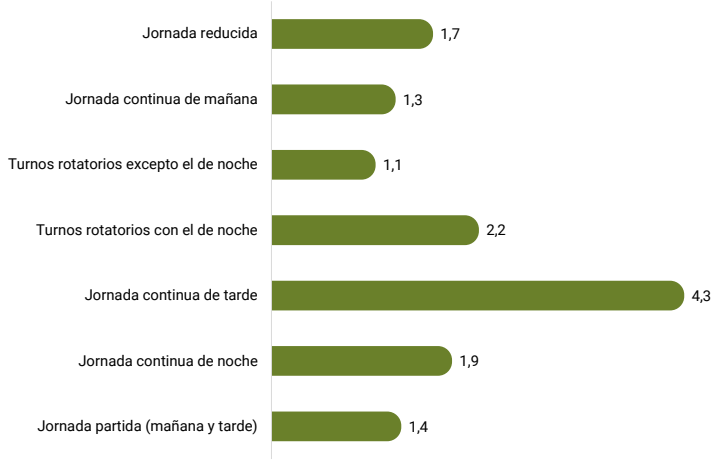
Es entre las personas trabajadoras en el sector de la hostelería donde se registra un mayor consumo problemático de cannabis, siendo la prevalencia superior en hombres que en mujeres. Se hallan diferencias estadísticamente significativas en el consumo problemático de cannabis en función del sector de actividad que se confirman en el análisis de regresión logística.

Figura 7.37. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población laboral según sector de actividad. España, 2024.

Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4).
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

En cuanto a la jornada de trabajo, las mayores prevalencias de consumo problemático de cannabis se hallan en aquellos que trabajan en jornada continua de tarde (4,3%). Las diferencias observadas son estadísticamente significativas, lo que se confirma con el análisis de regresión logística, tras controlar el efecto de la edad y el sexo.

Figura 7.38. Prevalencia de consumo problemático de cannabis en los últimos 12 meses en la población laboral, según jornada de trabajo. España, 2024.



Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
Consumo problemático de cannabis según la escala Cannabis Abuse Screening Test CAST (CAST≥4).
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

7.4. Consumo de cannabis en la población privada de libertad de 18 años o mayor

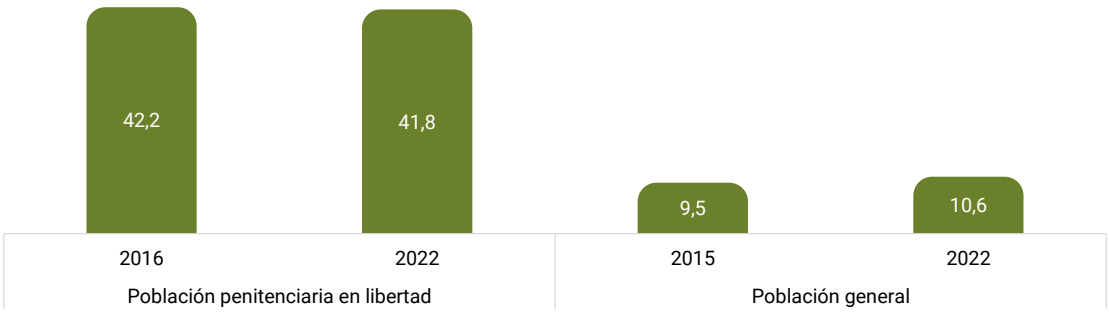
La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, el Departamento de Justicia, Derechos y Memoria de la Generalitat de Cataluña y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, realiza con periodicidad quinquenal (ediciones en 2006-2011-2016-2022) una encuesta sobre salud y consumo de drogas en la población privada de libertad en Instituciones Penitenciarias (ESDIP).

Esta encuesta va dirigida a hombres y mujeres de más de 18 años privados de libertad en todos los centros penitenciarios de España cuya clasificación penal es la de preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar. El muestreo fue aleatorio y proporcional al número de personas privadas de libertad en cada centro y a su nacionalidad y proporcional por género, sobrerrepresentado a las mujeres. Se realizó una entrevista personal cara-a-cara a través de un cuestionario digitalizado, anónimo y precodificado (disponible en español y árabe), que cumplimentó el entrevistador con una duración de 30-45 minutos. En 2022 se entrevistaron a 5.512 internos. Los resultados obtenidos fueron representativos a nivel nacional. A continuación, se muestran los principales resultados respecto al consumo de cannabis.

Comparación entre la población general y la población privada de libertad

El consumo de cannabis en los últimos 12 meses es cuatro veces más elevado en la población privada de libertad estudiada, previamente a su ingreso en prisión que, en la población general de 15 a 64 años. Respecto a hace 7 años la prevalencia de consumo permanece estable.

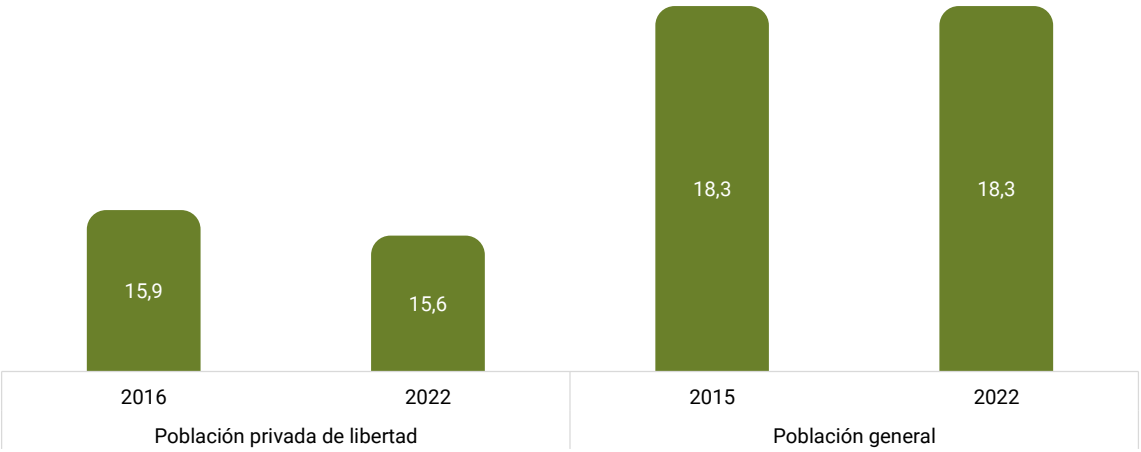
Figura 7.39. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en población privada de libertad previamente a su ingreso en prisión y en población general (%). España, 2022.



Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Encuesta sobre Alcohol y drogas en España. EDADES 2022.

Respecto a la edad de inicio en el consumo de cannabis, la población penitenciaria empieza a consumir cannabis a una edad más temprana que la población general de 15 a 64 años, aproximadamente 3 años antes.

Figura 7.40. Edad de inicio de consumo de drogas en la población general y en la población privada de libertad (años). España, 2016 y 2022.



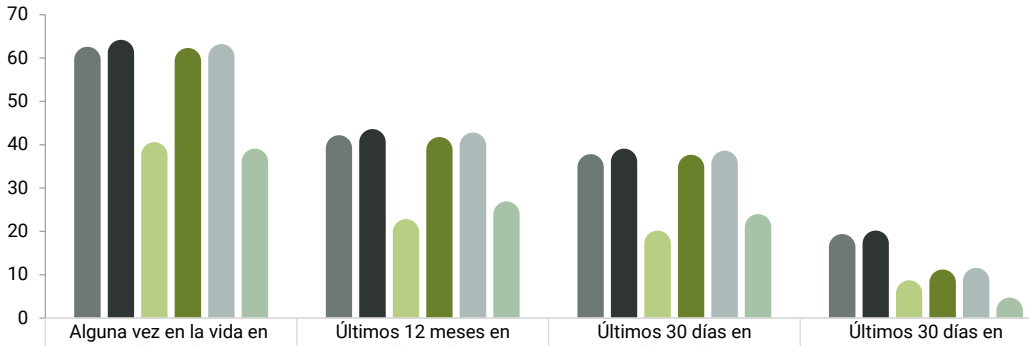
Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Encuesta sobre Alcohol y drogas en España. EDADES 2022.

Respecto al año 2016, la edad media de inicio en el consumo de cannabis se mantiene estable tanto en la población privada de libertad como en la población general de 15 a 64 años.

Consumo de cannabis en la población privada de libertad

El cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en libertad como en prisión. En 2022 el 62,3% de la población penitenciaria privada de libertad ha consumido cannabis alguna vez en la vida estando en libertad, el 41,8% lo ha consumido en el último año estando en libertad y el 37,7% en el último mes estando en libertad. El consumo de cannabis se reduce a un tercio una vez se ingresa en prisión siendo el 11,2% quien lo ha consumido en los últimos 30 días dentro de prisión. Respecto al año 2016 el consumo de cannabis estando en libertad se ha mantenido estable, pero ha disminuido considerablemente el consumo en prisión.

Figura 7.41. Prevalencia de consumo de cannabis en población privada de libertad (%). España, 2016, 2022.



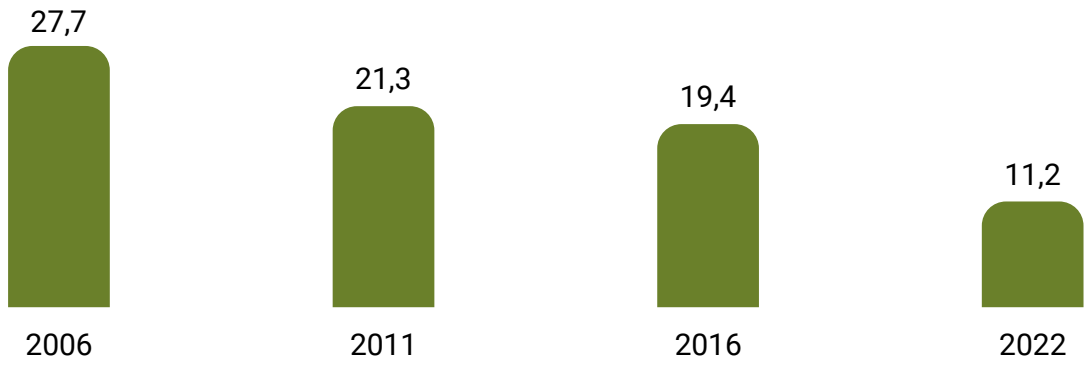
	Alguna vez en la vida en libertad	Últimos 12 meses en libertad	Últimos 30 días en libertad	Últimos 30 días en prisión
2016 Total	62,6	42,2	37,8	19,4
2016 Hombre	64,2	43,6	39,1	20,2
2016 Mujer	40,6	22,8	20,2	8,7
2022 Total	62,3	41,8	37,7	11,2
2022 Hombre	63,2	42,8	38,6	11,6
2022 Mujer	39,1	26,9	24,0	4,7

Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022.

Respecto al sexo la prevalencia de consumo de cannabis de los hombres prácticamente duplica a la de las mujeres. Las mayores diferencias de consumo entre los hombres y las mujeres se dan en prisión porque las mujeres reducen en mayor medida su consumo al entrar en prisión.

Desde 2006 a 2022 se observa una tendencia descendente en la prevalencia de consumo de cannabis en prisión en los últimos 30 días. El cannabis, que es la droga ilegal más consumida en prisión, muestra una clara reducción del consumo a un tercio de lo que se consumía en 2006.

Figura 7.42. Prevalencia de consumo de cannabis en población privada de libertad en los últimos 30 días en prisión (%). España, 2006, 2011, 2016 y 2022.

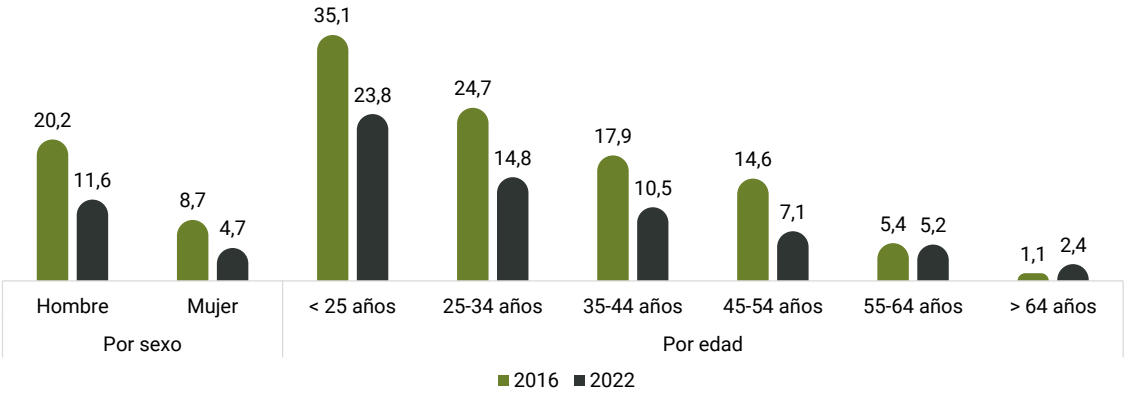


Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022.

Características del consumo de cannabis en la población privada de libertad en prisión en los últimos 30 días

El cannabis es la droga ilegal más consumida por la población penitenciaria tanto dentro como fuera de la prisión. El 11,2% de la población penitenciaria refiere haber consumido esta sustancia en los últimos 30 días dentro de prisión (en 2016 este indicador era del 19,4%). El consumo está más extendido entre los hombres (más del doble que en mujeres) y en la población penitenciaria menores de 25 años. El 1,6% de los consumidores reconoce que comenzó a consumir cannabis dentro de la prisión (en 2016 este indicador era del 1,8%).

Figura 7.43. Prevalencia de consumo de cannabis en prisión en los últimos 30 días, según sexo y edad. España, 2016- 2022.



Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022.

En 2022, la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en prisión muestra diferencias en función de la **nacionalidad** de la persona privada de libertad, siendo la prevalencia de consumo mayor en la población extranjera. Respecto a la **situación procesal** también se observan diferencias y son aquellos con situación procesal preventiva los que presentan mayores prevalencias de consumo de cannabis en prisión en comparación con los penados.

Figura 7.44. Prevalencia de consumo de cannabis en población privada de libertad en los últimos 30 días en prisión, según nacionalidad y según situación procesal (%). España, 2022.

Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022.

Respecto al año 2016 se observa un descenso en la prevalencia de consumo de cannabis tanto en la población española como extranjera, siendo la reducción mucho mayor en la población española. Y respecto a la situación procesal es en los penados donde la prevalencia de consumo disminuye más del 50%.

Tabla 7.23. Prevalencia de consumo de cannabis en población privada de libertad en los últimos 30 días en prisión, según nacionalidad y según situación procesal (%). España, 2016, 2022.

		2016	2022
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	21,4	10,9
	EXTRANJERA	15,2	11,9
SITUACIÓN PROCESAL	PENADO	20,1	9,2
	PREVENTIVO	15,1	11,6

Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016, 2022.

Tratamiento por consumo de cannabis

El 31,2% de la población penitenciaria reconoce que ha recibido alguna vez un tratamiento en libertad para dejar o controlar el consumo de drogas (31,5% hombres y 26,1% mujeres), frente al 24,1% que ha recibido alguna vez tratamiento en prisión en cualquier ingreso (24,6% hombres y 17,1% mujeres). En lo referente al último tratamiento estando en libertad, el cannabis ha generado el 11% de los tratamientos.

El 50,6% de la población penitenciaria (50,3% hombres y 56,2% mujeres) que estaba en tratamiento en libertad declara haber **continuado recibiendo tratamiento** al entrar en prisión. Aquellos que lo interrumpieron al ingresar, cursaron en su mayoría baja voluntaria (45,6%) o alta médica (28,6%).

El 20,8% de la población privada de libertad ha recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas en el **actual ingreso** (21,1% hombres, 15,5% mujeres). En 2022 el cannabis generó el 10,1% de los tratamientos en prisión y respecto al año 2016 se duplicaron los tratamientos en prisión por cannabis (5,9% en 2016). Además, sólo el 11,8% de la población penitenciaria que en 2022 no estaba en tratamiento tenía **interés en iniciar un tratamiento**, siendo este porcentaje mayor en hombres (17,4%) que en mujeres (11,4%). La razón mayoritaria por la que la población penitenciaria que no estaba en tratamiento no deseaba iniciarlo era porque consideraban que no lo necesitaban.

08

CONSUMO DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

VOLVER A ÍNDICE

8.1 Consumo de riesgo de cannabis

El consumo de cannabis se asocia con diversos efectos adversos en salud entre los que destacan el aumento del riesgo de consumo de otras drogas y adicciones, así como los problemas de salud mental. Son importantes las reacciones agudas de la esfera cognitivo emocional, incluyendo ansiedad y problemas de atención que se relacionan con un aumento del riesgo de accidentes, por lo que su relación con accidentes de tráfico es un aspecto de especial relevancia. También se ha demostrado relación con enfermedades respiratorias, incluida el asma y efectos cardiovasculares agudos como infarto de miocardio e ictus[62,63]. El consumo de cannabis se asocia con un aumento del riesgo de padecer trastornos del comportamiento y psicosis[64,65]. Este riesgo aumenta cuanta mayor frecuencia de consumo y mayor potencia del cannabis utilizado[66], los datos de las incautaciones en España y Europa indican un progresivo aumento de la pureza y potencia del cannabis. También es mayor cuanto más temprano es el consumo, de manera que es cuatro veces mayor si se inicia a los 15 años que si se hace a los 26 años. Se estima que hasta el 8% de la incidencia de esquizofrenia en la población podría estar relacionada con el consumo de cannabis en jóvenes[67,68]. Incluso se ha demostrado que el consumo de cannabis de manera únicamente puntual puede producir cambios estructurales y cognitivos en el cerebro de los adolescentes[69,70,71,72].

Es necesario conocer el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EUDA (Agencia de la Unión Europea sobre Drogas), se han venido incluyendo desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis. En la encuesta de 2023, se ha mantenido en el cuestionario la escala CAST (Legleye et al. 2007) Cannabis Abuse Screening Test, que ya se introdujo en la encuesta ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019 y 2021 y en EDADES 2013, 2015, 2018, 2020, 2022 y 2024, lo que permite establecer una tendencia temporal. La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Aquellos con una puntuación de 4 o más se califican como posibles consumidores problemáticos.

62 Shah S, Patel S, Paulraj S, Chaudhuri D. Association of Marijuana Use and Cardiovascular Disease: A Behavioral Risk Factor Surveillance System Data Analysis of 133,706 US Adults. Am J Med. 2021;134(5):614. Epub 2020 Nov 9.

63 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.

64 Carvalho C, Vieira-Coelho MA. Cannabis induced psychosis: A systematic review on the role of genetic polymorphisms. Pharmacol Res. 2022;181:106258. Epub 2022 May 16.

65 Mustonen A, Niemela S, Nordstrom T, et al. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. Br J Psychiatry 2018; 212: 227–33.

66 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.

67 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.

68 Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, Rodriguez V, Jongsma HE, Ferraro L, La Cascia C, La Barbera D, Tarricone I, Berardi D, Szöke A, Arango C, Tortelli A, Velthorst E, Bernardo M, Del-Ben CM, Menezes PR, Selten JP, Jones PB, Kirkbride JB, Rutten BP, de Haan L, Sham PC, van Os J, Lewis CM, Lynskey M, Morgan C, Murray RM, 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(5):427. Epub 2019 Mar 19.

69 Orr C, Spechler P, Cao Z, et al. Grey Matter Volume Differences Associated with Extremely Low Levels of Cannabis Use in Adolescence. J Neurosci. 2019 Mar 6;39(10):1817-1827.

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

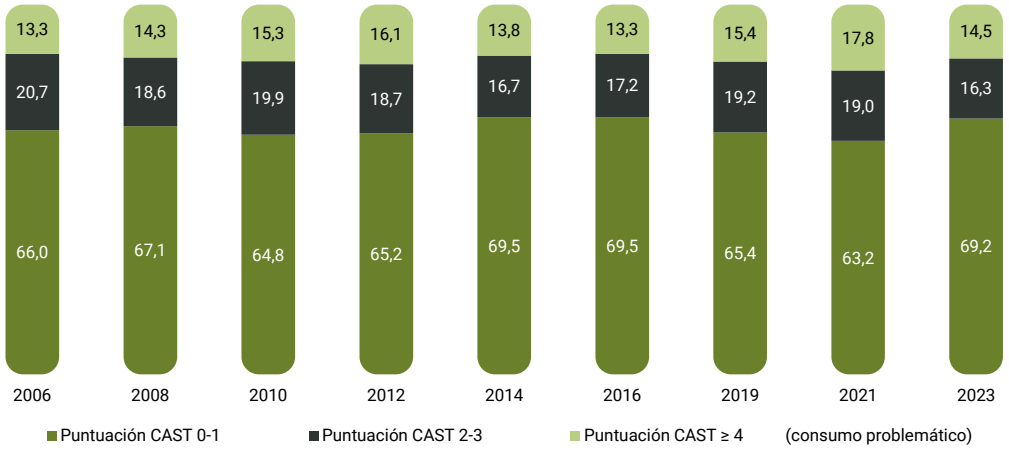
71 Suerken C.K., Reboussin B. A., Egan K. L., Sutfin E. L., Wagoner K. G., Spangler J., Wolfson M.; Marijuana use trajectories and academic outcomes among college students. Drug and Alcohol Dependence 162 (2016) 137–145.

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

A lo largo del informe se utilizará esta puntuación para clasificar a los consumidores problemáticos de cannabis, aunque existen otros artículos publicados posteriormente en los que plantea la posibilidad de fijar el punto de corte cuando la puntuación obtenida para la escala CAST resulte ser de 2 ó de 3[73,74,75].

Consumo de riesgo de cannabis en estudiantes de 14-18 años

Figura 8.1. Categorización de resultados de la escala CAST entre la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último año (%). España, 2006-2023.



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

Entre los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, el 69,2% presentan una puntuación 0-1 en la escala CAST, el 16,3% una puntuación 2-3 en la escala CAST y el 14,5% una puntuación mayor o igual a 4 en la escala CAST que se relaciona con un consumo problemático. En términos evolutivos, tras dos ediciones consecutivas con un incremento en el indicador relativo al consumo problemático, parece que hay un cambio de tendencia y en esta ocasión se reduce la proporción en 3,3 puntos porcentuales respecto al dato de 2021.

Teniendo en cuenta el total de estudiantes de 14 a 18 años, se confirma también la menor presencia de consumidores problemáticos de cannabis con una caída de 0,6 puntos porcentuales respecto al dato de 2021 (2,4%).

Tabla 8.1. 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, 2006-2023.

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
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	43.429
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	2,4

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

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

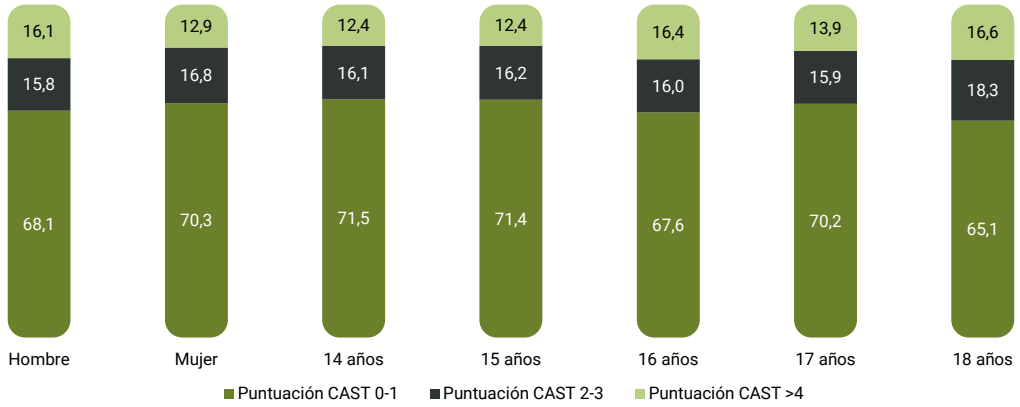
74 *Legleye S., Kraus L., Piontek D., Phan O., Jouanne C.; Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. Eur Addict Res 2012;18:193–200*

75 *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.*

Considerando a los estudiantes que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, se observa que el patrón que refleja un consumo problemático se encuentra más extendido entre los chicos.

En cuanto a la edad, el consumo problemático se sitúa en el 12,4% de los consumidores de 14 años, se mantiene estable entre los de 15 años y aumenta 4 puntos porcentuales entre los de 16 años, edad donde alcanza el máximo entre los estudiantes menores de edad. Entre los alumnos de 18 es donde se encuentra más extendido este patrón de consumo problemático (16,6%).

Figura 8.2. Categorización de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 12 meses según su clasificación en la escala CAST, según sexo y edad (%). España, 2023.



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

No se aprecian grandes diferencias por sexo en el tipo de consumo que realizan los consumidores problemáticos de cannabis.

Algo más de la mitad de los estudiantes que realizan un consumo problemático de cannabis afirman consumir indistintamente, marihuana y hachís. La marihuana se encuentra algo más extendida entre los hombres sucediéndole lo propio al hachís entre las mujeres. Con independencia del sexo, para los consumidores problemáticos, la forma más frecuente de consumir cannabis es mezclándolo con tabaco. Donde sí se aprecia cierta diferencia por sexo es el número de porros consumidos al día. Entre los chicos que presentan un consumo problemático de cannabis la media de porros consumidos al día es de 7,5, superando en casi 2,5 porros la cifra que se da entre las chicas (5,1). Esto muestra una mayor intensidad de consumo entre los alumnos.

Tabla 8.2. 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, 2023.

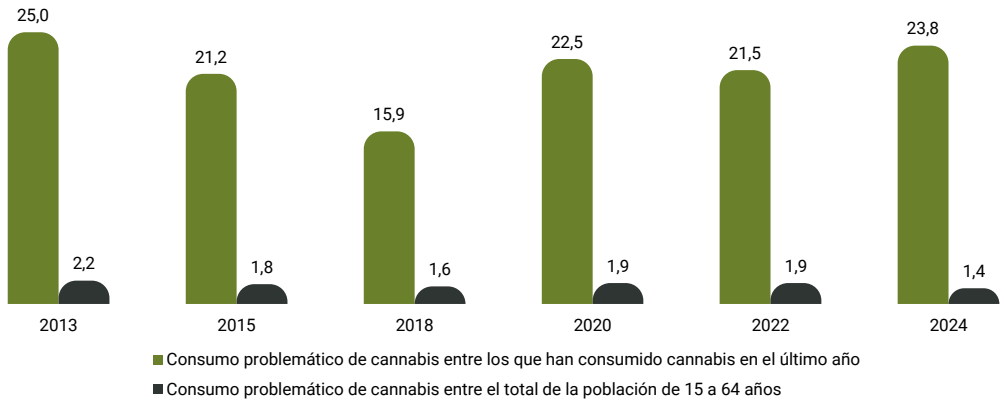
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES
CONSUMO CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS	Principalmente marihuana	13,9	16,1	11,0
	Principalmente hachís	35,3	34,0	37,1
	De los 2 tipos	50,8	50,0	51,8
CONSUMO CANNABIS MEZCLADO CON TABACO ÚLTIMOS 30 DÍAS	Sí	85,0	85,1	84,9
	No	15,0	14,9	15,1
MEDIA DE PORROS CONSUMIDOS AL DÍA (Nº)		6,4	7,5	5,1

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

Consumo de riesgo de cannabis en la población general de 15-64 años

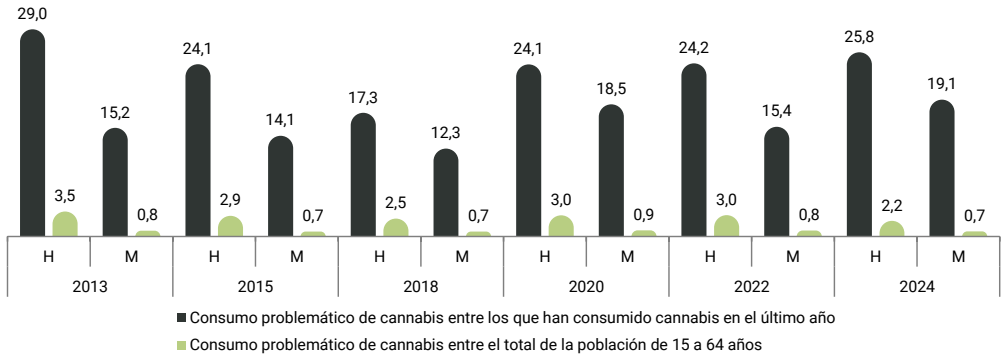
En 2024 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años fue del 1,4%, dato que aumenta hasta el 23,8% si se tiene en cuenta únicamente a aquellos que han consumido cannabis en el último año y que supera en más de 2 puntos porcentuales la registrada en 2022 (Figura 8.3.). En función del sexo, el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres que consumen (25,8% frente a 19,1%), aunque en términos evolutivos se observa como la prevalencia de consumo problemático ha aumentado más entre las mujeres (+3,7 puntos porcentuales) que entre los hombres (+1,6 puntos porcentuales) en los dos últimos años (Figura 8.3).

Figura 8.3. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%). España, 2013-2024.



CAST: Cannabis Abuse Screening Test
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 8.4. Prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥4) entre el total de la población de 15 a 64 años y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, según sexo (%). España, 2013-2024.



Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Respecto al consumo realizado por los que presentan un posible consumo problemático de cannabis, se observa que evolutivamente ha disminuido el consumo de marihuana y ha aumentado el de resina. Cada vez consumen mayor número de días y cada vez que consumen fuman más porros, sin embargo lo mezclan algo menos con tabaco.

Tabla 8.3. Características del consumo de cannabis de la población de 15-64 años que tiene un consumo problemático de cannabis (CAST≥4), según sexo. (%) España 2015-2024.

		2015			2018			2020		
		T	H	M	T	H	M	T	H	M
CONSUMO CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS	PRINCIPALMENTE MARIHUANA	45,3	45,0	46,2	39,7	40,2	38,2	43,5	43,9	42,0
	PRINCIPALMENTE HACHÍS	18,1	18,0	18,6	26,0	21,1	43,1	20,2	19,3	23,1
	DE LOS 2 TIPOS	36,6	36,9	35,2	34,3	38,7	18,8	36,3	36,7	34,9
CONSUMO CANNABIS MEZCLADO CON TABACO ÚLTIMOS 30 DÍAS	SÍ	94,5	94,1	96,5	90,2	89,5	92,8	90,1	89,1	93,2
	NO	5,5	5,9	3,5	9,8	10,5	7,2	9,9	10,9	6,8
MEDIA DE DÍAS DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDIA DE PORROS CONSUMIDOS AL DÍA		3,3	3,4	2,8	3,6	3,7	3,2	3,5	3,7	3,0

		2022			2024		
		T	H	M	T	H	M
CONSUMO CANNABIS ÚLTIMOS 30 DÍAS	PRINCIPALMENTE MARIHUANA	38,3	39,4	34,3	38,7	38,3	39,9
	PRINCIPALMENTE HACHÍS	24,8	23,7	28,6	32,8	33,2	31,6
	DE LOS 2 TIPOS	36,9	36,8	37,1	28,5	28,5	28,5
CONSUMO CANNABIS MEZCLADO CON TABACO ÚLTIMOS 30 DÍAS	SÍ	90,1	89,4	92,8	87,4	88,4	84,6
	NO	9,9	10,6	7,2	12,6	11,6	15,4
MEDIA DE DÍAS DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		19,8	19,9	19,6	22,6	23,0	21,5
MEDIA DE PORROS CONSUMIDOS AL DÍA		3,6	3,8	2,8	4,2	4,5	3,3

Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Los consumidores problemáticos de cannabis consumen cannabis mayoritariamente en forma de porros. Evolutivamente se observa una disminución del consumo problemático de cannabis mediante el uso de cigarrillos electrónicos al igual que una disminución del consumo por vía oral.

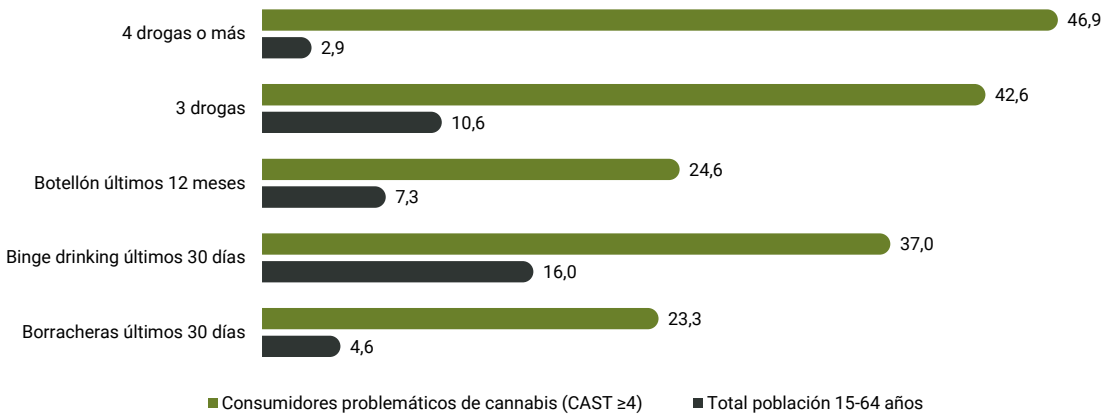
Tabla 8.4. Características del consumo de cannabis de la población de 15-64 años que tiene un consumo problemático de cannabis (CAST≥4), según sexo. (%) España 2018-2024.

	2018			2020			2022			2024		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
EN FORMA DE PORRO O CANUTO	95,0	94,7	96,4	96,6	96,7	96,5	95,7	94,9	98,4	93,1	93,8	91,2
USANDO PIPAS DE AGUA	5,3	6,0	2,7	4,2	4,8	2,0	7,1	6,7	8,4	5,0	5,4	3,6
POR VÍA ORAL: PASTELES, GALLETAS…	2,9	2,9	3,0	2,5	3,2	0,5	2,2	2,1	2,5	0,3	0,4	0,0
USANDO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS	0,0	0,0	0,0	4,3	4,5	3,5	1,1	0,9	1,9	0,5	0,5	0,5

Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Respecto a los consumos intensivos de alcohol y el policonsumo, estos hábitos son más prevalentes entre los consumidores problemáticos de cannabis que respecto al total de la población de 15 a 64 años (Figura 8.5.).

Figura 8.5. Prevalencia de borracheras y binge drinking en los últimos 30 días y prevalencia de botellón y policonsumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años y en la población que presenta un consumo problemático de cannabis (CAST≥4) (%). España, 2024.



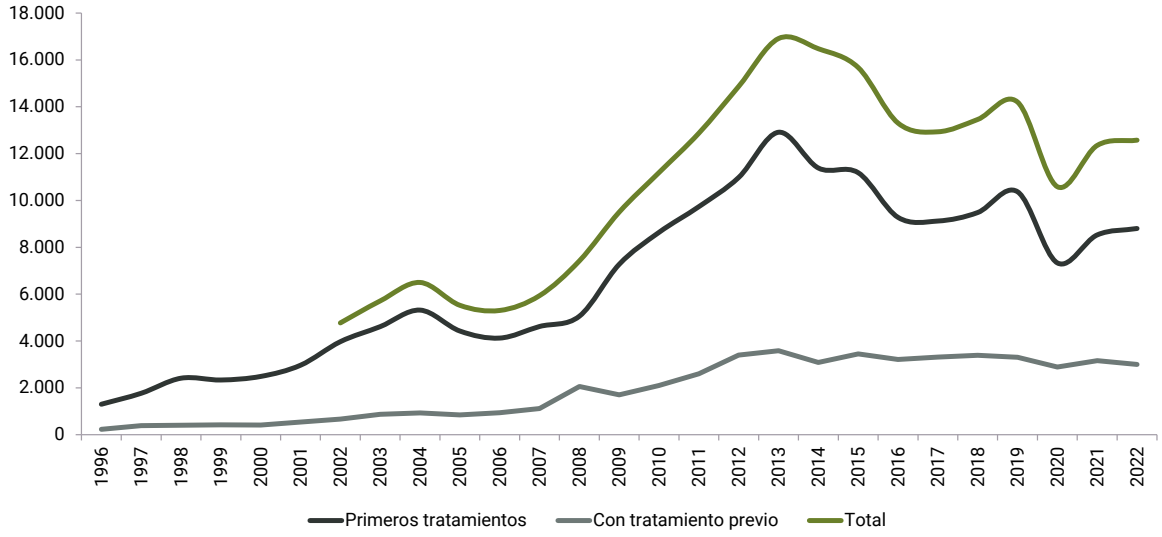
Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

8.2 Admitidos 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).

En 2022 se registraron un total de 45.853 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco), siendo 12.574 admisiones generadas por el abuso o dependencia de cannabis.

Figura 8.6. Numero de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2022.



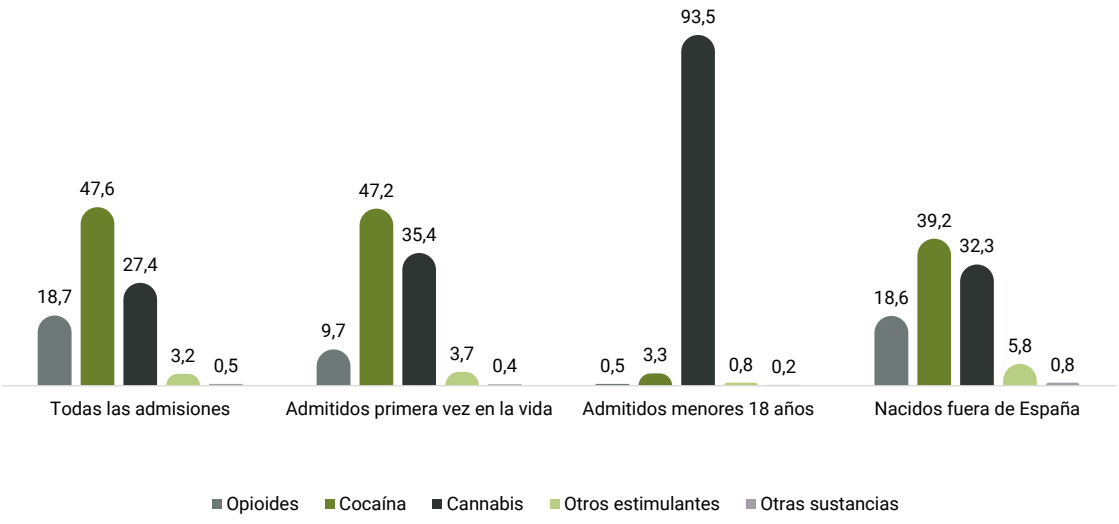
Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

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 importante de 2007 a 2013, superando por primera vez en 2012 las admisiones a tratamiento generadas por la heroína.

Actualmente el cannabis es la segunda sustancia (27,4%) responsable de las admisiones a tratamiento en España, por detrás de la cocaína (47,6%) y seguida de los opioides (18,7%), siendo en algunas CCAA (Aragón, La Rioja y Melilla) la primera sustancia responsable de las admisiones a tratamiento.

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 93,5% de todos los menores de 18 años que han sido admitidos a tratamiento por consumo de drogas ilegales en 2022 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

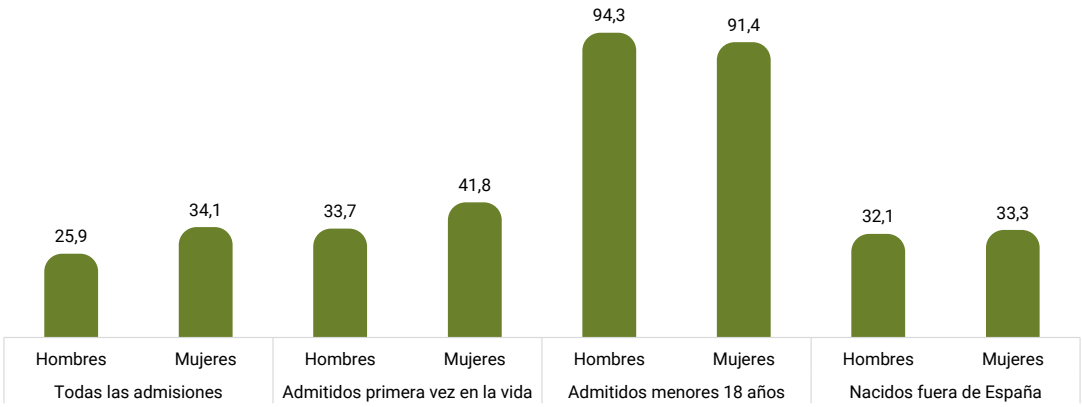
Figura 8.7. Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años y nacidos fuera de España) (%). España, 2022.



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

La proporción de mujeres admitidas a tratamiento que consumen cannabis es mayor que la de los hombres tanto en el total de admisiones (34,1% en mujeres y 25,9% en los hombres), como si se analizan los admitidos por primera vez en la vida (41,8% en las mujeres y 33,7% en los hombres), excepto en los admitidos menores de 18 años (91,4% de las chicas y 94,3% de los chicos) aunque siendo en este último caso, menor la diferencia. En los nacidos fuera de España el peso del cannabis es también mayor entre las mujeres, que son los que más acuden solicitando tratamiento, aunque la diferencia es mínima.

Figura 8.8. Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis como droga principal, en función del sexo (total de admitidos, admitidos por primera vez, menores de 18 años y nacidos fuera de España) (%). España, 2022.



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

En cuanto a los admitidos a tratamiento por cannabinoides sintéticos, corresponden al 0,2% de las admisiones por cannabis, por lo tanto, hay pocos casos para tomar conclusiones definitivas.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 28,4 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia, con estudios secundarios finalizados y que se encuentra trabajando. Acude por iniciativa propia principalmente o aconsejado por un médico de Atención Primaria. Vive con la familia de origen, en un hogar estable. Se iniciaron en el consumo a los 15,8 años, llegan a tratamiento consumiendo todos los días y la vía de consumo es la pulmonar o fumada, 35,1% refieren haber consumido otras sustancias los 30 días previos al inicio del consumo, siendo el alcohol y la cocaína las sustancias más consumidas.

En cuanto al perfil específico de los admitidos a tratamiento por cannabinoides sintéticos es el de un varón de 28,6 años, con estudios primarios. Acude por iniciativa propia o aconsejado por familia y/o amigos. Vive con la familia de origen, en un hogar estable. Se inició en el consumo a los 19,5 años, siendo la frecuencia de consumo diaria y la vía de consumo predominantemente pulmonar o fumada.

Tabla 8.5. Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis por sexo. España, 2022.

		HOMBRE	MUJER	TOTAL
NÚMERO DE CASOS		9.684	2.889	12.574
PORCENTAJE DE CASOS (%)		77,0	23,0	100,0
TRATADOS PREVIAMENTE (%)		27,0	20,3	25,4
EDAD CALCULADA		28,4	28,2	28,4
MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS (%)	Sin estudios	12,6	8,5	11,7
	Primaria	40,0	36,0	39,1
	Secundaria	42,7	47,7	43,8
	Estudios superiores	4,7	7,7	5,4
SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL (%)	Trabajando	32,9	27,8	31,7
	Parado, no habiendo trabajado antes	8,8	8,2	8,7
	Parado, habiendo trabajado antes	29,7	30,6	29,9
	Otras situaciones	28,6	33,5	29,7
NACIDOS FUERA DE ESPAÑA (%)	Español	82,6	87,5	83,7
	Extranjero	17,4	12,5	16,3
FUENTE PRINCIPAL QUE LO HA REFERIDO A TRATAMIENTO (%)	Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	2,0	2,0	2,0
	Médico general, Atención Primaria de Salud	14,6	14,2	14,5
	Hospitales u otros servicios de salud	9,5	14,0	10,5
	Servicios Sociales	5,1	13,0	6,9
	Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	5,7	1,8	4,8
	Servicios legales o policiales	11,9	7,1	10,8
	Empresas o empleador	0,1	0,0	0,1
	Familiares y amigos	13,6	9,9	12,7
	Iniciativa propia	31,3	29,5	30,9
	Servicios de educación	1,0	1,5	1,1
	Otra	5,3	7,1	5,7
Nº HIJOS		0,5	0,7	0,5
CONVIVENCIA MÁS PROLONGADA EN 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN A TRATAMIENTO (%)	Solo/a	12,3	12,3	12,3
	Únicamente con pareja	8,4	11,0	9,0
	Únicamente con hijos/as	0,6	6,2	1,8
	Con la pareja e hijos/as	11,9	11,5	11,8
	Con padres o familia de origen	51,6	46,0	50,3
	Con amigos/as	3,4	3,4	3,4
	Detenido (Ej. Centro penitenciario, centro de inserción social)	4,2	1,6	3,6
	En instituciones no detenido (Ej. Albergue)	4,8	4,4	4,7
	Otros. Especificar	2,9	3,8	3,1

		HOMBRE	MUJER	TOTAL
ALOJAMIENTO PRINCIPAL EN 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN A TRATAMIENTO (%)	Casas, pisos, apartamentos	87,6	91,4	88,5
	Prisión, centro de reforma o de internamiento para menores	4,7	1,9	4,1
	Otras instituciones	3,8	4,3	3,9
	Pensiones, hoteles, hostales	0,4	0,4	0,4
	Alojamiento inestable/ precarios	1,8	1,1	1,6
	Otros lugares	1,7	0,9	1,5
OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	Opioides	2,8	2,4	2,8
	Cocaína	43,3	34,8	41,6
	Estimulantes sin cocaína	10,5	12,7	10,9
	Hipnosedantes	8,4	8,2	8,3
	Alucinógenos	1,9	1,6	1,9
	Sustancias Volátiles	0,4	0,6	0,4
	Cannabis	0,0	0,0	0,0
	Alcohol	68,9	68,8	68,9
	Otras sustancias psicoactivas	0,4	0,5	0,4
EDAD DE INICIO DROGA PRINCIPAL		15,6	16,6	15,8
FRECUENCIA DE CONSUMO DE LA DROGA PRINCIPAL	Todos los días	70,0	68,4	69,6
	4-6 días a la semana	4,6	4,6	4,6
	2-3 días a la semana	6,2	5,9	6,1
	1 día a la semana	2,0	2,1	2,0
	Menos de 1 día a la semana	3,0	4,1	3,3
	No consumió	14,1	15,0	14,3
VÍA DE ADMINISTRACIÓN DROGA PRINCIPAL	Oral	1,6	1,4	1,5
	Pulmonar o fumada (en chinos, papel de plata)	97,7	98,0	97,7
	Intranasal o esnifada	0,6	0,4	0,5
	Inyectada o parenteral	0,0	0,0	0,0
	Otras	0,2	0,2	0,2
INYECCIÓN DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA		1,7	1,1	1,5
INYECCIÓN DROGAS ÚLTIMOS 12 MESES CON VÍA CONSUMO		0,2	0,3	0,2
INYECCIÓN ÚLTIMOS 30 DÍAS CON VÍA CONSUMO		0,1	0,1	0,1
PREVALENCIA MÁXIMA DE VIH		3,9	1,4	3,3
PREVALENCIA MÁXIMA HEPATITIS C		4,1	2,4	3,6
PREVALENCIA MÁXIMA HEPATITIS B		1,5	0,7	1,3
PREVALENCIA MÍNIMA VIH		0,9	0,4	0,8
PREVALENCIA MÍNIMA HEPATITIS C		0,9	0,6	0,8
SITUACIÓN MÍNIMA HEPATITIS B		0,3	0,2	0,3

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 mayor entre los hombres (32,9 %) que entre las mujeres (27,8%). No se encuentran diferencias importantes en cuanto a los modelos de convivencia (salvo un mayor porcentaje de mujeres (6,2%) que viven solas con sus hijos frente al 0,6% de los hombres) y el 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.

8.3 Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis

El indicador de Urgencias hospitalarias por reacción aguda tras el 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.

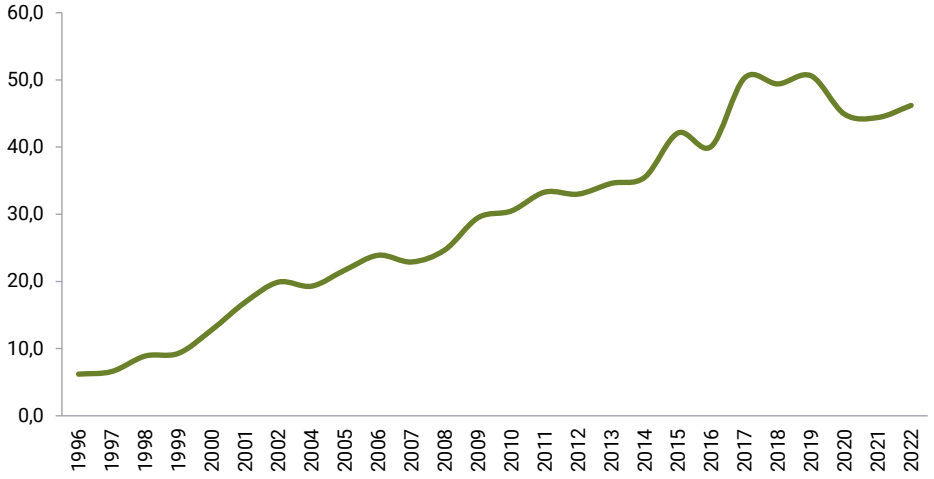
Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA realizan una recogida continua en algunos hospitales. Este indicador es muestral lo que impide valorar directamente el número de casos notificados, pero sí que permite conocer el peso que tienen las distintas sustancias psicoactivas 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 con el 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[76].

En 2022 se registraron en la muestra 6.627 episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo no terapéutico o no médico de alguna sustancia psicoactiva[77], tamaño muestral estable desde 2010. En estos 6.627 episodios, las sustancias que más presencia tienen son el cannabis y la cocaína, que se relacionaron respectivamente con el 46,2% y 46,1% 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 (32,9%) que en las mujeres (30,2%).

Como puede verse en la siguiente figura, referente a la evolución temporal de las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias entre 1996 y 2022, 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 46,2% en 2022. 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 psicoactivas ilegales detectadas en este indicador.

76 *https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm*
77 *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 2022.*

Figura 8.9. Porcentaje de episodios de una muestra de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas que están relacionadas con el consumo de cannabis. España, 1996-2022.



Fuente: OEDA. Indicador Urgencias Hospitalarias

En general, los resultados del indicador de urgencias son consistentes con lo observado en el resto de los 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 urgencias, en general se trata de un hombre (67,7%), de edad media 35,8 años, que ha consumido más de una sustancia (67,3%), y suele resolverse con el alta médica (77%). En los episodios de urgencia relacionada con el consumo de cannabis el perfil habitual es el de un hombre (74,4%) con una edad media de 32,2 años. El 77,1% de estos episodios acaba con alta médica, el 13,5% con ingreso hospitalario y un 3,8% 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. Respecto a los cannabinoides sintéticos, el número de casos es muy reducido, representando solo el 0,3% del total de casos de cannabis. El perfil habitual continúa siendo el de un hombre (75%), de edad media 32 años.

Tabla 8.6. 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, 2022.

	2022					
	CUALQUIER SUSTANCIA			CANNABIS		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
NÚMERO DE EPISODIOS	6.627	4.487	2.135	2.862	2.128	733
PORCENTAJE DE URGENCIAS (%)	100	67,7	32,2	43,2	74,4	25,6
EDAD MEDIA (AÑOS)	35,8	36,5	34,5	32,2	32,9	30,2
SEXO (%) MUJERES	32,2			25,6		
RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA (%)						
ALTA MÉDICA	77,0	77,2	76,7	77,1	76,7	78,2
ALTA VOLUNTARIA	6,3	6,6	5,6	5,6	5,6	5,5
INGRESO HOSPITALARIO	12,9	12,4	13,8	13,5	13,4	13,8
MUERTE EN URGENCIAS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TRASLADO A OTRO CENTRO	3,8	3,7	3,9	3,8	4,2	2,5

Fuente: OEDA. Indicador Urgencias Hospitalarias

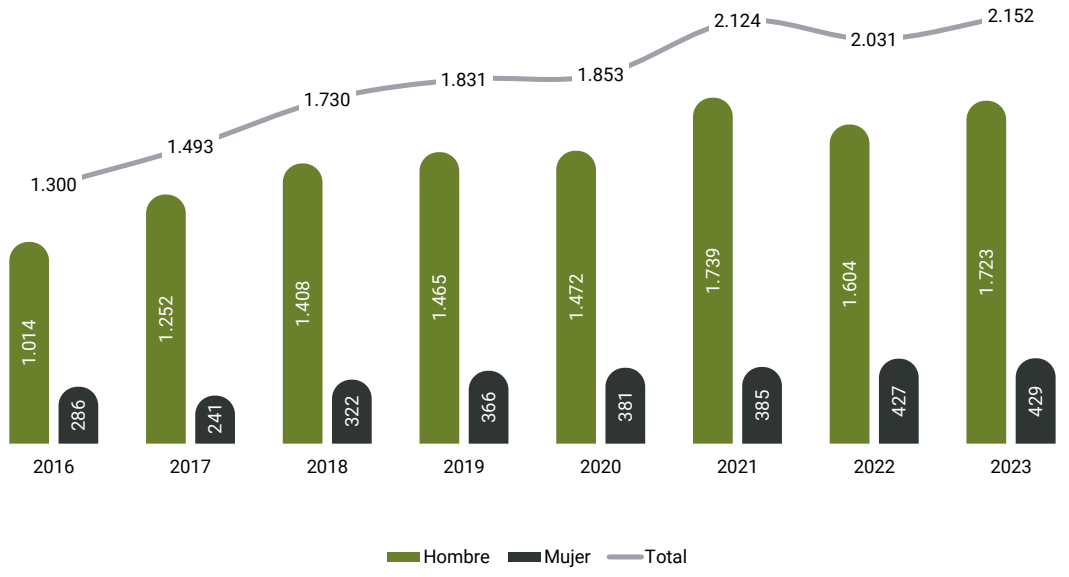
Evolutivamente el perfil ha cambiado, aumentando, además de la edad media de los atendidos, el peso de las mujeres, que ha pasado de suponer menos del 17% en 1997 a llegar al 25,6% en 2022. Así mismo, también ha aumentado con el tiempo el porcentaje de urgencias por cannabis que acaban con ingreso hospitalario.

8.4 Hospitalizaciones relacionadas con el consumo de cannabis

El indicador RAE-CMBD se implanta en 2016 como nuevo modelo de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias extendiendo el registro a otras áreas alternativas a la hospitalización (hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias) y al sector privado. Su estructura, formato y contenidos, así como las normas para el registro y envío de la información se recogen en el Real Decreto 69/2015 de 6 de febrero, el cual regula el Registro de Actividad Sanitaria de Atención Especializada.

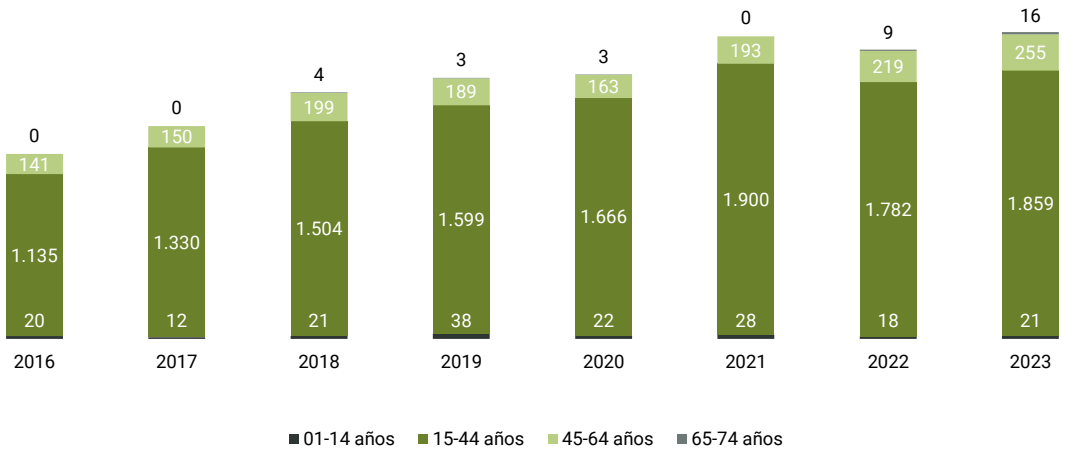
Según este indicador en 2024 2.152 personas fueron hospitalizadas por un trastorno por consumo de cannabis, fundamentalmente personas de entre 15 y 44 años. En los últimos 7 años estos ingresos prácticamente se han duplicado.

Figura 8.10. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cannabis, según sexo y total. España 2016-2023.



Fuente: RAE-CMBD.

Figura 8.11. Número de personas hospitalizadas por un trastorno por consumo de cannabis, según edad. España 2016-2023.



Fuente: RAE-CMBD.

8.5 Mortalidad relacionada con el consumo de cannabis

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador relevante para conocer la magnitud y el impacto sanitario y social de este importante problema de salud pública.

En la actualidad España cuenta con dos fuentes de información principales que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas[78] que da información sobre las drogas presentes en los fallecidos, y el Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE)[79] que no da información por tipo de droga. A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de la mortalidad por cannabis en España recogida del registro específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas.

El **Registro Específico de Mortalidad** por reacción aguda a drogas tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en las que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas no médico (sustancias que no han sido prescritas por un médico o si lo han sido se han administrado incorrectamente), e intencional (inducido por la búsqueda de efectos psíquicos o la existencia de dependencia o aquél que se realiza con intencionalidad suicida).

Se habla de **reacción aguda** y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica, pudiendo estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo.

La **fuente primaria de información** procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses e Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que notifican los datos a la Comunidad o Ciudad Autónoma en la que se encuentran ubicados.

La **cobertura poblacional** a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2022 han notificado todos los partidos judiciales de todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA). Se estima que la cobertura de este indicador en 2022 es de prácticamente el 100% de la población española (99,4% en 2021).

En los últimos años se observa un **ascenso en el número de muertes** asociadas al consumo de drogas en España debido fundamentalmente a tres razones:

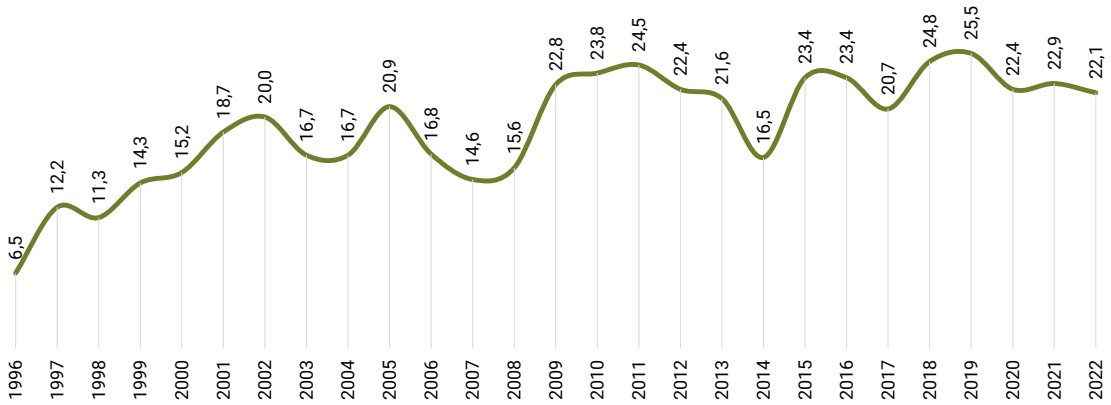
- Aumento de la cobertura nacional del indicador siendo en 2022 del 100%,
- Mejora en la notificación de las muertes por suicidios.
- Aumento del rango de edad que desde el año 2020 incluye todas las edades.

En 2022, a nivel nacional, se notificaron 1266 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga solamente en 1.037 casos.

78 https://pnsd.sanidad.gob.es/
79 INE. Instituto Nacional de Estadística

En 2022 las principales sustancias detectadas en los 1.037 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en los que se dispone de información toxicológica, son hipnosedantes en el 66,0% de los casos (62,8% en hombres y 76,8% en mujeres), de los que el 63,0% eran benzodiacepinas (653 fallecimientos), opioides en el 51,2% (49,6% en hombres y 56,1% en mujeres), cocaína en el 59,9% (64,2% en hombres y 45,1% en mujeres) y cannabis en el 22,1% (24,3% en hombres y 14,3% en mujeres). El alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única, habiéndose detectado en el 36,8% de los casos (38,6% en hombres y 30,8% en mujeres), rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2019 y permaneciendo estable desde 2021. Evolutivamente, se observa cierto aumento de la cocaína, la estabilización de los hipnosedantes y del alcohol y un leve descenso de los opioides.

Figura 8.12. Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en las que está presente el cannabis (%). España*, 1996 - 2022.



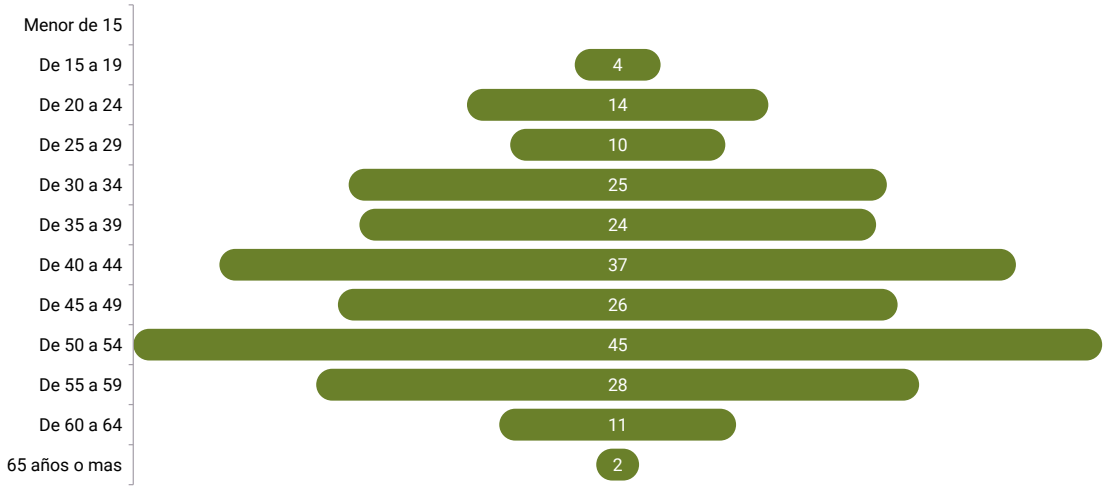
Fuente: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro específico de Mortalidad.

El cannabis viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años, alcanzando su valor más alto en 2019, año en el que el cannabis se detectó en el 25,5% del total de fallecidos, apareciendo habitualmente en combinación con otras sustancias (hipnosedantes, opioides, cocaína y alcohol). En 2022 se ha detectado en 229 fallecidos, en 14 casos como sustancia única y, con independencia de la detección de otras sustancias, con hipnosedantes en el 68,1%, con opioides en el 59,0%, con cocaína en el 58,5% y con alcohol en el 27,9% de estos casos.

Respecto al **sexo**, el cannabis se detectó en el 24,3% del total de los hombres fallecidos y en el 14,3% del total de las mujeres fallecidas.

Respecto a la **edad** la mayor presencia de cannabis se detectó en el rango de edad de 40 a 54 años. Sólo hubo un menor de 15 años fallecido entre el total de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas y en él no se detectó cannabis. De los 11 fallecidos con edades entre 15 y 19 en 4 de ellos se detectó cannabis. Así mismo entre los 54 fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 65 años o más sólo en 2 se detectó cannabis.

Figura 8.13. Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en las que está presente el cannabis (%). España*, 1996 – 2022.



Fuente: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro específico de Mortalidad.

El **perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas** en los que se detectó **cannabis** es el de un hombre adulto, de 43,7 años, soltero, que no fallece en el domicilio, que la muerte no es debida a patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas, con serología VIH negativa, que ha consumido recientemente alguna sustancia pero que no muestra signos recientes de venopunción, ni muestra evidencias de suicidio.

Las diferencias por sexo muestran que las **mujeres** fallecidas en las que se detectó cannabis de media son más jóvenes que los hombres, hay más extranjeras, más separadas o divorciadas. En las mujeres, la presencia del cadáver es mayoritariamente en los domicilios, hay un mayor porcentaje de mujeres que presentan evidencias de suicidio y hay un menor porcentaje de mujeres cuya muerte está relacionada con una patología previa complicada por el consumo.

Tabla 8.7. Perfil de las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas en los que se detectó cannabis, según sexo (%). España, 2022.

		TOTAL	HOMBRE	MUJER
EDAD MEDIA (AÑOS)		43,7	44,0	42,0
NACIONALIDAD	ESPAÑA	87,1	89,4	74,2
	EXTRANJERO	12,4	10,1	25,8
ESTADO CIVIL	SOLTERO	71,2	71,9	66,7
	CASADO	12,5	13,5	6,7
	SEPARADO LEGALMENTE/DIVORCIADO	13,5	12,4	20,0
	VIUDO	2,9	2,2	6,7

		TOTAL	HOMBRE	MUJER
PROCEDENCIA DEL CADÁVER	DOMICILIO	67,3	65,9	75,0
	HOTEL/PENSIÓN	4,2	4,4	3,1
	CALLE	12,6	13,7	6,3
	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	1,9	2,2	0,0
	HOSPITAL	3,3	2,2	9,4
	CÁRCEL	5,6	6,6	0,0
	OTRO LUGAR	5,1	4,9	6,3
EVIDENCIA DE CONSUMO RECIENTE DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SI	81,5	81,2	83,3
	NO	18,5	18,8	16,7
EVIDENCIAS DE SUICIDIO	SI	9,9	8,4	20,0
	NO	90,1	91,6	80,0
MUERTE POR PATOLOGÍA PREVIA COMPLICADA POR EL CONSUMO	SI	36,3	38,6	24,0
	NO	63,7	61,4	76,0
ANTICUERPOS ANTI-VIH	POSITIVO	20,5	19,4	27,3
	NEGATIVO	79,5	80,6	72,7

Fuente: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.
Registro específico de Mortalidad.

8.6 Siniestralidad vial relacionada con el consumo de cannabis

El INTCF junto con los IMLCF dotados de un laboratorio de análisis químico-toxicológico (IMLCFC, IVML, IMLCFA, IMLCFM, IMLCFV, IMLCFIB e INCIFOR) publicó en 2024 la memoria anual sobre las muertes acaecidas en accidentes de tráfico durante el año 2023 y que han sido investigadas desde el punto de vista toxicológico forense en todo el territorio nacional. Los datos que se presentan con relación a los hallazgos toxicológicos proceden de las solicitudes realizadas por los distintos órganos judiciales.

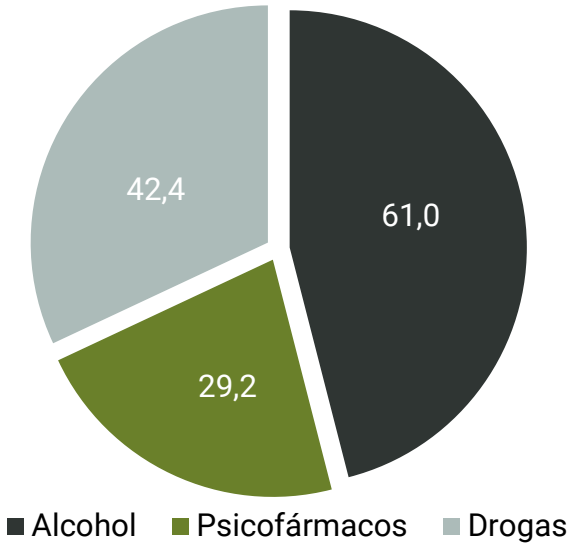
La información presentada en esta monografía hace referencia a los análisis toxicológicos a partir de muestras post mortem de 862 conductores y 200 peatones fallecidos en accidentes de tráfico durante el año 2023. Su objetivo es mostrar los resultados de los análisis toxicológicos relativos a la presencia de alcohol, drogas de abuso y psicofármacos y la incidencia del consumo de cada uno de estos tres grupos de tóxicos, bien de manera aislada o en combinación. El estudio también relaciona dichos hallazgos toxicológicos con diversas variables epidemiológicas, tales como el sexo, la edad, el tipo de vehículo o el día de la semana en que se produjo el accidente mortal. [80].

Los análisis realizados en **fallecidos por accidente de tráfico en 2023** muestran que entre los 462 conductores que fallecieron en accidentes de tráfico y fueron sometidos a autopsia y a un análisis toxicológico, 282 (61%) arrojaron resultados toxicológicos positivos a alcohol, 196 (42,4%) a drogas de abuso y 135 (29,2%) a psicofármacos, aisladamente o en combinación (Figura 8.14).

80 https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/HallazgosToxicologicosVictimasMortales2023.pdf

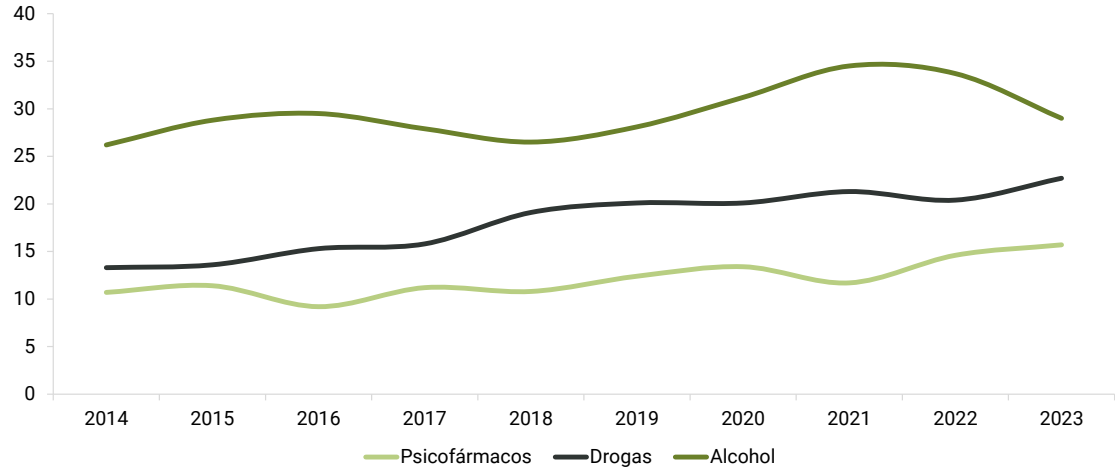
El **estudio comparativo de los últimos diez años** del número de conductores con resultados toxicológicos positivos muestra un incremento en el año 2023 del 10,9 % con respecto al año 2014. Con relación al consumo de alcohol, en el año 2023 se observa un descenso del 4,7 % en los conductores fallecidos en accidente de tráfico con respecto al año 2022. Con relación al consumo de drogas se observa una tendencia al alza que alcanza un incremento del 9,4 % en comparación con el año 2014 y un ascenso de 2,3 % con respecto al año 2022. Por último, en relación con los psicofármacos se observa un incremento del 1,1 % con respecto al año 2022 (Figura 8.15).

Figura 8.14. Porcentaje de conductores fallecidos de un total de 462 en los que se detectan sustancias (alcohol, drogas y/o psicofármacos). España, 2023.



*Positivos a alcohol: Concentración de alcohol en sangre igual o superior a 0,10 g/L.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2023) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

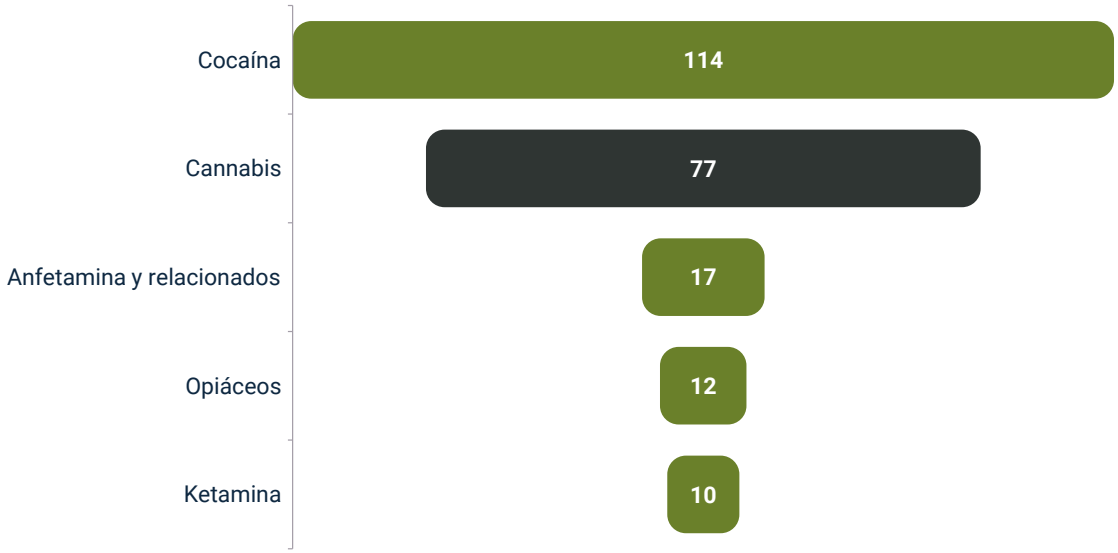
Figura 8.15. Porcentaje de conductores fallecidos según el resultado toxicológico. España, 2014-2023.



*Positivos a alcohol: Concentración de alcohol en sangre igual o superior a 0,10 g/L.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2023) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

Independientemente de si hubo consumos asociados de drogas de abuso, alcohol y/o psicofármacos, por sí sola la droga más consumida en 2023 fue la cocaína (58,2 %), seguida del cannabis (39,3 %). Respecto a la edad el cannabis fue la droga más consumida hasta los 34 años, mientras que la cocaína fue la droga más consumida en el rango de 35 a 64 años.

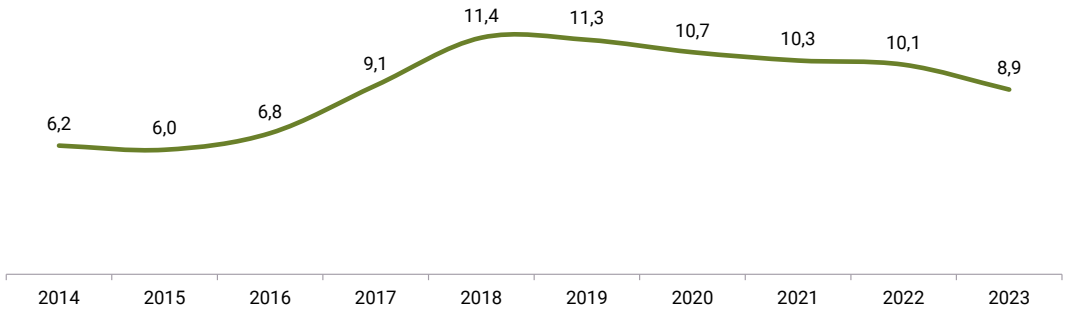
Figura 8.16. Número de conductores fallecidos que han dado positivo a drogas, según las drogas detectadas*. España, 2023.



*En un mismo fallecido pueden detectarse más de una droga.
Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2023) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

Evolutivamente desde 2019 se observa una disminución progresiva de la presencia de cannabis en los conductores fallecidos por accidente de tráfico en 2023.

Figura 8.17. Porcentaje de conductores fallecidos que han dado positivo a cannabis. España, 2014-2023.



Fuente: Hallazgos Toxicológicos en Víctimas Mortales de Accidente de Trafico (2023) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.

09

CANNABINOIDES SINTÉTICOS

VOLVER A ÍNDICE

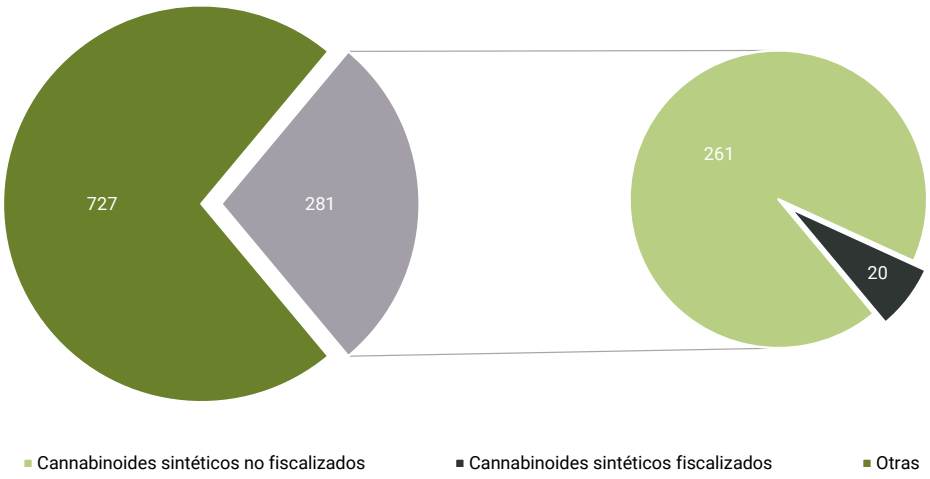
Nota aclaratoria: Para simplificar la exposición y la lectura de este capítulo, bajo el término cannabinoides sintéticos englobamos también a los cannabinoides semisintéticos. A diferencia de los cannabinoides sintéticos, los semisintéticos se producen principalmente a partir del cannabidiol extraído del cannabis (cáñamo) con bajo contenido en THC, cuya producción y disponibilidad ha proliferado en los últimos años en Estados Unidos y Europa.

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 debido no solo a los efectos de estas sustancias, sino también a la gran diversidad y expansión en el mercado de productos que las contienen.

9.1 Generalidades

La siguiente información general sobre los cannabinoides sintéticos ha sido elaborada teniendo en cuenta algunas publicaciones de la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA)[81,82]. 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. Inicialmente, estas sustancias no están fiscalizadas, pero si hay evidencia de daños en la salud causados por su uso, son consideradas por la EUDA nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y quedan sometidas a vigilancia en la UE. Esta vigilancia suele mantenerse también después de la fiscalización. Los cannabinoides constituyen el mayor grupo de NSP que son objeto de vigilancia por la EUDA. Esta vigilancia se realiza a través del Early Warning System (EWS)[83], que es el sistema de alerta temprana de la UE. Según los datos disponibles a fecha 25 de marzo de 2025, la EUDA vigila un total de 1008 sustancias diferentes, y entre ellas, 281 son cannabinoides sintéticos. De estos 281 cannabinoides sintéticos, 20 son ya sustancias fiscalizadas.

Figura 9.1. Número de sustancias vigiladas por la EUDA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EUDA. Consulta datos 25-03-2025

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, comprimidos 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), papel impregnado de cannabinoides sintéticos, y más recientemente, productos comestibles como golosinas o snacks. Es fácil obtener estos productos a través de Internet y, en determinados países, en tiendas físicas («head shops» y «smart shops»).

9.2 Situación legal de los cannabinoides sintéticos

El mercado de los cannabinoides sintéticos, y de las drogas en general, está en continuo cambio para adaptarse a las medidas de control que se van implementando. Como cualquier otra sustancia, los cannabinoides sintéticos pueden estar fiscalizados a nivel internacional, a nivel de la UE, o solamente a nivel nacional. También hay sustancias que aún no están fiscalizadas pero que, debido a los problemas que causan, son consideradas NSP y están bajo vigilancia por la EUDA como paso previo a su fiscalización. Como respuesta a estas medidas de control, el mercado deriva hacia otras sustancias que no están vigiladas por la EUDA ni, por supuesto, fiscalizadas.

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, se realiza una evaluación formal de la situación respecto a esa o esas sustancias en concreto. Y en función de los resultados de esta evaluación se puede proponer su inclusión en la lista de sustancias fiscalizadas.

El **control internacional** de sustancias corresponde a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), que actualiza la lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional conforme a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (lista amarilla[84]) y la lista de sustancias psicótropas sometidas a fiscalización de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas (lista verde[85]). Los últimos cannabinoides sintéticos sometidos a fiscalización internacional son CUMYL-PEGACLONE y MDMB-4en-PINACA, añadidos a la Lista II del Convenio de 1971 en el año 2021, y la ADB-BUTINACA, que se añadió a la Lista II del Convenio de 1971 en el año 2023[86]. Actualmente se está estudiando añadir el hexahidrocannabinol (HHC) en la Lista II del Convenio, y la posición de la UE es apoyar su inclusión[87].

A nivel de la UE, la autoridad competente en fiscalización es la Comisión Europea, contando con la aprobación del Parlamento Europeo y basándose en los informes de la EUDA. La lista de sustancias fiscalizadas en la UE, que incluye cannabinoides sintéticos, queda recogida en el anexo 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. Los últimos cannabinoides sintéticos sometidos a fiscalización en la UE son las sustancias MDMB-4en-PINACA y 4F-MDMB-BICA, que se añadieron a la lista en el año 2021[88].

A nivel nacional, España tiene ratificados los tratados internacionales para el control de sustancias, pero además tiene capacidad para fiscalizar a nivel nacional. Las competencias de fiscalización nacional corresponden a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

84 https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Yellowlist/yellow-list.html
85 https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/green-list.html
86 https://www.incb.org/documents/Psychotropics/PSY_New_Substances_2023_ENG.pdf
87 Decisión (UE) 2025/493 del Consejo, de 5 de marzo de 2025, sobre la posición que debe adoptarse, en nombre de la Unión Europea, en el sexagésimo octavo período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes sobre la inclusión de sustancias en las listas elaboradas en el marco de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
88 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021L0802

Recientemente se ha llevado a cabo el proceso de fiscalización de 12 cannabinoides sintéticos, lo que supone la inclusión de estas sustancias en la lista II del anexo 1 del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos[89]. Este proceso se inició debido, entre otros factores, a la amplia disponibilidad de algunas de estas sustancias, que se están incluyendo en productos comestibles, así como a las intoxicaciones que se registran en relación con el consumo de estos productos. En el proceso de fiscalización nacional de estos cannabinoides sintéticos han colaborado también la DGPNSD y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Cabe destacar que el HHC ya ha sido incluido en la lista de drogas controladas en al menos 23 países europeos.

Tabla 9.1. Cannabinoides sintéticos incluidos en la última modificación del Real Decreto 2829/1977*

CANNABINOIDES SINTÉTICOS INCLUIDOS EN LA ÚLTIMA MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO 2829/1977
HEXAHIDROCANNABINOL (HHC)
ACETATO DE HEXAHIDROCANNABINOL (HHC-O; ACETATO DE HHC)
HEXAHIDROCANNABIFOROL (HHCP)
ACETATO DE HEXAHIDROCANNABIFOROL (HHCP-O; ACETATO DE HHCP-O)
DELTA-8-TETRAHIDROCANNABIFOROL (DELTA-8-THCP; JWH 091)
TETRAHIDROCANNABIFOROL (DELTA-9-THCP; THCP)
ACETATO DE TETRAHIDROCANNABIFOROL (THCP-O; ACETATO DE DELTA-9-THCP-O)
ACETATO DE TETRAHIDROCANNABINOL (THC-O; ACETATO DE DELTA-8-THC-O)
DELTA-8-TETRAHIDROCANNABINOL-C8 (DELTA-8-THC-C8)
DELTA-9-TETRAHIDROCANNABINOL-C8 (DELTA-9-THC-C8)
HIDROCANNABINOL (H4-CBD; TETRAHIDROCANNABIDIOL)
DELTA-9-THCA (THCA)

*Orden SND/380/2025 del Ministerio de Sanidad
Fuente: BOE. RD 2829/1977

9.3 Consumo de cannabinoides sintéticos y problemas asociados en Europa

Desde 2008, se han detectado en Europa un gran número de cannabinoides sintéticos en multitud de productos diferentes, aunque sus efectos suelen ser muy similares. El número de cannabinoides sintéticos, su diversidad química, velocidad de aparición y facilidad de acceso 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; sin embargo, 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

89 Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

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 las personas privadas de libertad. En los estudios basados en la población general, la prevalencia del consumo actual de cannabinoides sintéticos suele ser inferior al 1 %[90] . No obstante, los datos más recientes indican que se está extendiendo la producción y distribución de cannabinoides sintéticos en productos comestibles, como las gominolas, que la población general consigue fácilmente en establecimientos de productos cannábicos o a través de internet. En la última edición de la Encuesta Escolar Europea sobre alcohol y Otras Drogas (ESPAD), en 2019, el 3,1 % de los estudiantes (media calculada en 20 de 35 países) declararon haber consumido cannabinoides sintéticos al menos una vez en su vida, oscilando entre el 1,1 % en Eslovaquia y el 5,2 % en Francia (ESPAD Group, 2020) [91].

Como ejemplos de problemas relacionados con el consumo de estas sustancias en Europa, citaremos que ya en 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) (EU EWS alert [Alert message on Mocarz PL]). En 2020, Hungría informó de un total de 21 muertes relacionadas con el 4F-MDMB-BICA durante un periodo de cuatro meses (EU-EWS-RCS-AL-2020-0002). En mayo de 2023, se registró en París (Francia) un brote inusual e inesperado de intoxicaciones no mortales que afectaron a más de 20 personas, causadas por heroína adulterada con cannabinoides sintéticos (EU-EWS-RCS-AD-2023-0003). Más recientemente, en junio de 2024 Hungría ha notificado un brote con 30 intoxicaciones agudas no mortales asociadas a gominolas que contienen cannabinoides sintéticos. Los resultados preliminares indican que el producto contenía delta-9-THC-C8 y delta-8-THC-C8, sustancias que aún no estaban vigiladas por el Sistema de Alerta Rápida de la UE (EU-EWS-RCS-AD-2024-0001). En España, según los datos comunicados al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, en 2024 se atendieron en urgencias hospitalarias al menos 14 casos de intoxicaciones agudas relacionadas con el consumo de gominolas o caramelos que contenían cannabinoides sintéticos. Conviene destacar que 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 puede estar expuesto el consumidor, o también, que la persona puede consumirlos de forma inadvertida, especialmente cuando se trata de gominolas u otros productos comestibles que contienen estas sustancias.

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 sintéticos muy potentes, así como a "hot pockets" dentro de los productos individuales donde el cannabinoide sintético 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., El papel impregnado de cannabinoides sintéticos por su parte, también denominado papel de Holanda, puede suponer un riesgo de intoxicación igualmente elevado que las mezclas para fumar porque la cantidad de cannabinoide sintético puede distribuirse de forma desigual. En cuanto a las gominolas y otros comestibles con cannabinoides sintéticos, se trata de productos que tienen la misma apariencia física que los comestibles habituales que no los contienen, y por eso, aunque el envase indique el nombre o las siglas de alguna de estas sustancias, la mayoría de las personas no son conscientes de que están consumiendo un cannabinoide sintético, y sufren intoxicaciones que requieren atención médica de urgencia.

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. La EUDA ha emitido una serie de comunicaciones de riesgo que abordan una

90 https://www.euda.europa.eu/publications/pods/synthetic-cannabinoids_en
91 https://www.euda.europa.eu/publications/joint-publications/espad-report-2019_en

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. Es importante reconocer que las necesidades de las personas que consumen cannabinoides sintéticos pueden diferir significativamente de las de los consumidores de cannabis.

9.4 Consumo de cannabinoides sintéticos y problemas relacionados en España

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)[92].
- Indicadores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)[93].
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) sobre el uso de nuevas sustancias psicoactivas (NPS)[94].

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 material vegetal con efectos similares al cannabis puede conocer el nombre bajo el que se comercializa el producto que consume (típicamente, *spice*), pero no conoce exactamente qué sustancias psicoactivas está consumiendo. Por eso, en las encuestas se pregunta directamente por el consumo del producto denominado *spice*, especificando que también se incluyen dentro de este grupo *spice drugs*, cannabinoides sintéticos o marihuana sintética. Hasta el momento no se ha preguntado en las encuestas por el consumo de otros productos que contengan cannabinoides sintéticos, como por ejemplo gominolas y otros productos comestibles.

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (EDADES) EN POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS

En 2024, la prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida se sitúa en un 0,4% en la población de 15 a 64 años. Respecto al sexo se observa que es mayor el consumo en hombres que en mujeres.

Tabla 9.2. Prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2024.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
CONSUMO DE *SPICE* ALGUNA VEZ EN LA VIDA	0,4	0,6	0,2

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 (0,6%).

92 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm
93 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm
94 https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm

Tabla 9.3. Prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según edad (%). España, 2024.

EDAD (AÑOS)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-34	35-64
CONSUMO DE *SPICE* ALGUNA VEZ EN LA VIDA	0,6	0,6	0,5	0,3	0,1	0,6	0,3

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%, con un ligero descenso desde 2020.

Tabla 9.4. Prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años (%). España, 2011-2024.

	2011	2013	2015	2017	2020	2022	2024
CONSUMO DE *SPICE* ALGUNA VEZ EN LA VIDA	0,8	0,5	0,8	0,4	0,6	0,5	0,4

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. El 90,0% de los que han consumido *spice* alguna vez en la vida han consumido 4 o más sustancias psicoactiva legales o ilegales frente al 21,9% del total de la población de 15 a 64 años. Respecto a las otras sustancias consumidas, entre los consumidores de *spice*, se detectan mayores prevalencias de consumo de todas las sustancias (tanto legales como ilegales). Es remarcable que el 96,1% de los consumidores de *spice* han consumido también cannabis, valor que disminuye al 43,7% entre la población general.

Tabla 9.5. 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, 2024.

	POBLACIÓN GENERAL 15-64 AÑOS	CONSUMIDORES DE *SPICE*
ALCOHOL	92,9	99,5
TABACO	66,6	95,4
ANFETAMINAS/SPEED	4,5	58,1
ALUCINÓGENOS	5,6	75,4
HIPNOSEDANTES CON O SIN RECETA	27,4	55,5
CANNABIS	43,7	96,1
ÉXTASIS	5,1	67,8
COCAÍNA POLVO Y/O BASE	13,3	80,4

Fuente: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES) EN ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS.

En 2023 la prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida se sitúa en un 0,9% entre los estudiantes de 14 a 18 años. En general, este consumo es más frecuente entre los chicos (1,1%) que en las chicas (0,7%), y las mayores prevalencias se dan a la edad de 18 años tanto en el caso de los chicos (1,9%), como en las chicas (1,2%).

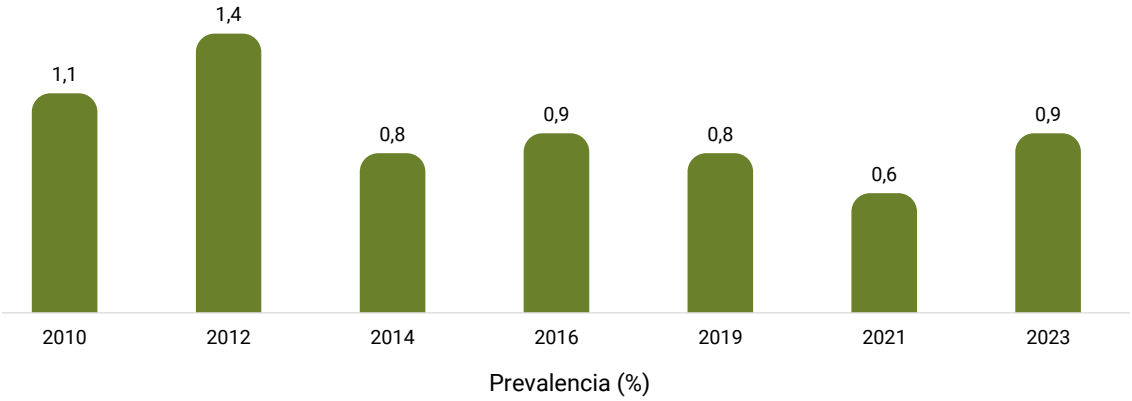
Tabla 9.6. Prevalencia de consumo de *spice* alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (%). España, 2023.

	TOTAL			POR EDAD Y SEXO														
	T	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	0,9	1,1	0,7	0,7	0,5	0,9	0,8	1,1	0,5	0,8	1,0	0,6	1,0	1,4	0,5	1,6	1,9	1,2

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

En cuanto a la evolución de la prevalencia del consumo de *spice* en los estudiantes de 14 a 18 años, desde el año 2014 se observa una estabilización en el consumo en cifras inferiores al 1%. En 2023 se observa un ligero repunte respecto a las prevalencias registradas en las pasadas ediciones de la encuesta, pero siempre en cifras muy reducidas.

Figura 9.2. Prevalencia de consumo de *spice* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años alguna vez en la vida (%). España, 2010-2023.



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

INDICADORES DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES (OEDA).

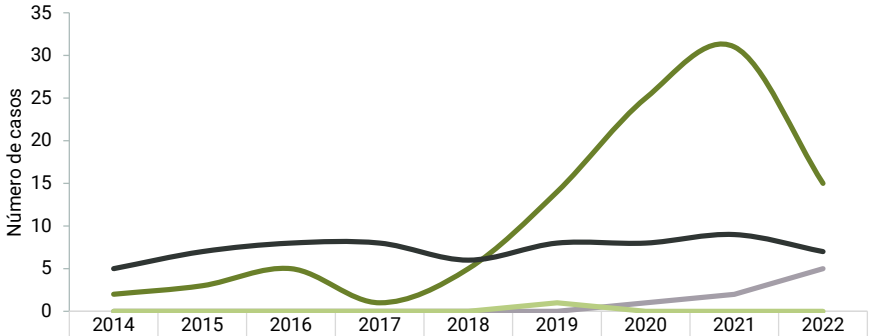
Los siguientes indicadores informan sobre algunas de las consecuencias del consumo de *spice*, y de forma indirecta aportan información sobre la situación y tendencias del consumo de *spice*.

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 15 admisiones a tratamiento en 2022,

apareciendo ese mismo año en 7 admisiones a tratamiento como droga secundaria, y detectándose en 5 episodios de urgencias registrados. Entre los fallecidos solamente se registró *spice* en un caso ocurrido en 2019, 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 28,2 años, que vive en la casa familiar con la familia de origen, con estudios primarios y que está en paro habiendo trabajado antes.

Figura 9.3. Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de *spice*, casos atendidos en urgencias hospitalarias relacionadas con su consumo, y fallecidos en los que se detecta *spice*. España, 2014-2022.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tratamiento (droga principal)	2	3	5	1	5	14	25	31	15
Tratamiento (droga secundaria)	5	7	8	8	6	8	8	9	7
Urgencias relacionadas	0	0	0	0	0	0	1	2	5
Mortalidad	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: OEDA. Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas.

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT).

La continua aparición de 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) fue creado en 1997 por el EMCDDA y la Oficina Europea de Policía (Europol) 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. Cada Estado miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna.

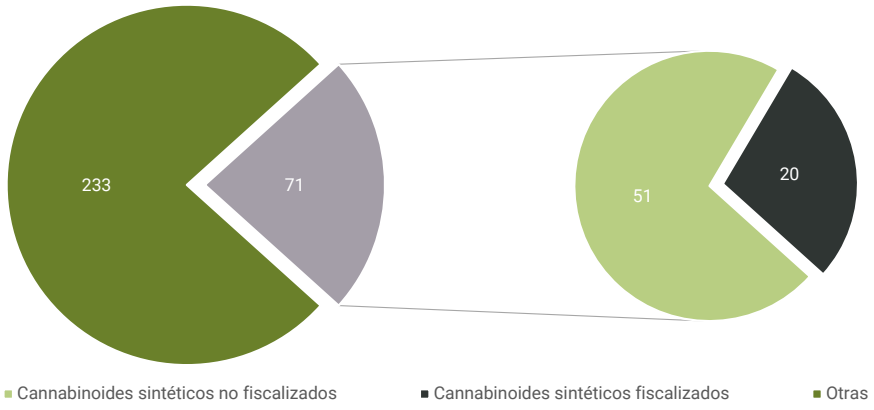
El EWS tiene como objetivo la notificación de NSP y ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de "nuevas drogas" o "nuevas sustancias psicoactivas", entendiendo por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional 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. Además, el SEAT forma parte del EWS, por lo que está en contacto permanente con la EUDA.

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. Como novedad en la presentación de estas sustancias, en los últimos años se están registrando cada vez con mayor frecuencia la detección de cannabinoides sintéticos en productos comestibles, fundamentalmente en gominolas.

En Europa cada país de la UE notifica al EWS la circulación de NSP detectadas en su territorio, incluyendo los cannabinoides sintéticos. Según datos de la EUDA, a fecha 25 de marzo del 2025 España ha notificado la detección de un total de 304 NPS diferentes, entre las que se incluyen 71 cannabinoides sintéticos. De estos 71 cannabinoides sintéticos, 20 ya están sometidos a control y el resto son considerados NSP (Figura 9.4).

Figura 9.4. Número de cannabinoides sintéticos y otras NPS notificadas por España a la EUDA



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EDND. Fecha de consulta 25-03-2025.

La EUDA, a través del EWS tiene establecidos dos sistemas principales de notificación de NSP:

1. Informe anual de situación (Annual Situation Report)
   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.

1. 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, teniendo en cuenta el riesgo potencial que implican, por ejemplo:

- NSP detectadas por primera vez en el país, o en Europa.
- NSP sometidas a seguimiento intensivo por la EUDA.
- 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.

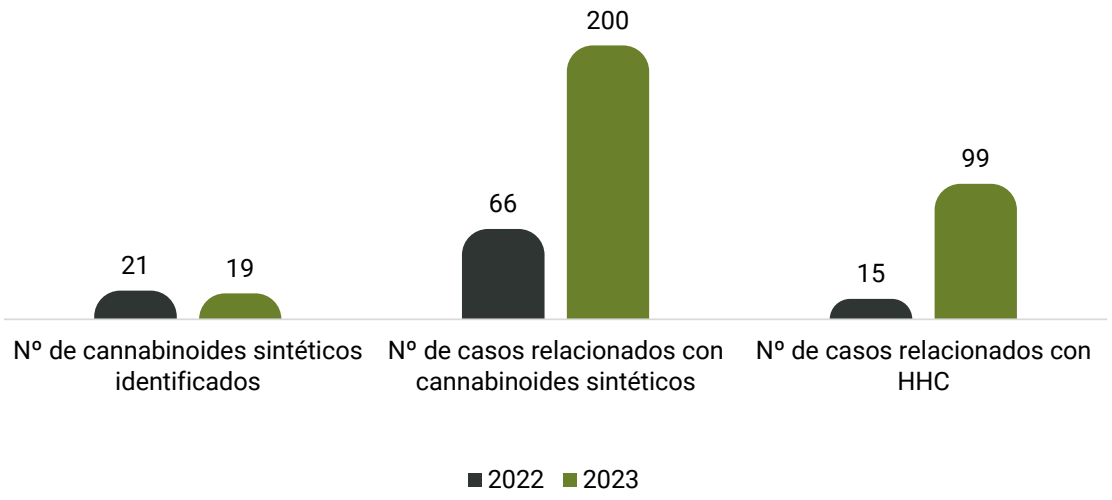
La plataforma EDND permite incluir información con muy alto grado de detalle en la notificación, como, por ejemplo, la fecha y tipo de evento, las entidades implicadas en la obtención de la muestra y en su análisis, la descripción física de la muestra y la caracterización química de la sustancia o sustancias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

A continuación, se presentan datos sobre cannabinoides sintéticos notificados por España a la EUDA en los últimos años.

Cannabinoides sintéticos notificados a través del Informe Anual de Situación en 2022 y 2023

En 2022, España notificó a la EUDA a través del Informe Anual de Situación 66 casos relacionados con 21 cannabinoides sintéticos diferentes. Los cannabinoides sintéticos más frecuentemente notificados en 2022 fueron ADB-BUTINACA, con 17 casos, y HHC, 15 con casos. En 2023 notificó 200 casos relacionados con 19 cannabinoides sintéticos diferentes, y de estos el más notificado fue el HHC, con un total de 99 casos.

Figura 9.5. Notificación de cannabinoides sintéticos de España a la EUDA a través del Informe Anual de Situación, 2022 y 2023.



Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

Comparando ambos años, se observa un número similar de cannabinoides sintéticos diferentes pero un gran aumento del número de notificaciones en 2023 respecto a 2022. Hay que tener en cuenta que en general el volumen de notificaciones de todas las NPS (no solo cannabinoides sintéticos) en 2023 era un 38% superior al de notificaciones en 2022: se notificó un total de 9087 casos sobre 149 sustancias diferentes en 2023, frente a 6551 casos de 135 sustancias en 2022.

La siguiente tabla presenta los cannabinoides sintéticos notificados por España a la EUDA través del Informe Anual de Situación de los años 2022 y 2023, así como el número de detecciones de cada uno de ellos.

Tabla 9.7. Cannabinoides sintéticos notificados por España a la EUDA vía Informe Anual de Situación en 2022 y 2023.

2022		2023	
	Nº DE CASOS		Nº DE CASOS
4F-ABINACA (4F-ABUTINACA)	1	4F-ABINACA (4F-ABUTINACA)	2
4F-MDMB-BICA (4F-MDMB-BUTICA)	1	4F-MDMB-BICA (4F-MDMB-BUTICA)	2
4F-MDMB-BINACA (4F-MDMB-BUTINACA)	1	5F-MDMB-P7AICA	1
5F-CUMYL-PEGACLONE	6	5F-MDMB-PICA	1
5F-EMB-PICA	2	5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	1
5F-MDMB-PICA	1	AB-FUBINACA	1
5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	1	ADB-B-5BR-INACA	2
ADB-BUTINACA	17	ADB-BUTINACA	28
ADB-FUBIACA	4	ADB-FUBIACA	1
ADB-PINACA	2	ADB-FUBINACA	1
AMB-FUBINACA	1	A-FUBIACA	3
CH-FUBIACA	1	HEXAHYDROCANNABINOL (HHC)	99
CH-PIACA	2	HEXAHYDROCANNABIPHOROL (HHC-P)	1
CUMIL-CN-BINACA	2	JWH-081	1
CUMYL-CBMICA	2	JWH-210	4
CUMYL-CH-MEGACLONE	1	MDMB-4EN-PINACA	37
EDMB-PINACA	1	MDMB-BINACA	6
EG-018	1	MDMB-CHMICA	1
HEXAHYDROCANNABINOL (HHC)	15	MDMB-INACA	8
JWH-210	1		
MDMB-4EN-PINACA	3		
TOTAL, 21 CANNABINOIDES SINTÉTICOS	66 CASOS	TOTAL, 19 CANNABINOIDES SINTÉTICOS	200 CASOS

Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

Cannabinoides sintéticos notificados vía EDND

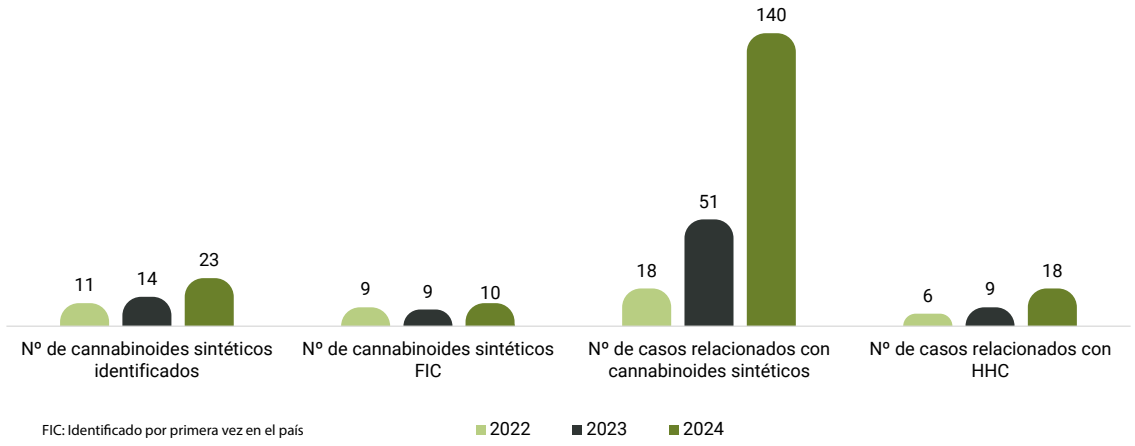
La siguiente figura presenta datos de notificación de España vía EDND en los años 2022 a 2024.

En 2022 España notificó en la EDND 18 casos de 11 cannabinoides sintéticos diferentes, de los que 9 eran sustancias identificadas por primera vez en España. El HHC fue el cannabinoide sintético más frecuentemente notificado en la EDND en 2022, con 6 notificaciones. Los demás se notificaron solo una o dos veces.

En 2023 España notificó en la EDND 51 casos relacionados con 14 cannabinoides sintéticos diferentes, de los que 9 eran identificados por primera vez en España. Los cannabinoides sintéticos más notificados fueron MDMB-BINACA con 10 notificaciones, HHC con 9 notificaciones, y ADB-BUTINACA notificada 8 veces.

En 2024 España notificó en la EDND 140 casos relacionados con 23 cannabinoides sintéticos diferentes, de los que 10 eran identificados por primera vez en España. Los cannabinoides sintéticos más notificados fueron la ADB-BINACA, con 21 notificaciones, y el HHC notificado en 18 ocasiones.

Figura 9.6. Notificación de cannabinoides sintéticos en la EDND por España, 2022-2024.



Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

En esta serie de 3 años se observa un claro aumento tanto del número de cannabinoides sintéticos detectados como del número total de notificaciones de este tipo de sustancias. Para interpretar correctamente este aumento en la notificación de cannabinoides sintéticos hay que considerar que en este período de tiempo aumentó la notificación en general, motivada entre otras cuestiones por la incorporación de nuevos notificadores. Aun así, la notificación de cannabinoides sintéticos ha aumentado más que la notificación en general de todas las NPS. Esto refleja la expansión de los cannabinoides sintéticos en el mercado de las drogas en España entre 2022 y 2024. Por otro lado, respecto al HHC, se observa que la proporción de notificaciones de este cannabinoide sintético en concreto, respecto al total de cannabinoides sintéticos va descendiendo en estos tres años, lo que puede estar relacionado con las medidas de control que se han ido implementando en diferentes estados de la UE a lo largo de este período. A fecha 25 de marzo de 2025, el HHC ya está controlado a nivel nacional en 23 países de Europa, según datos de la EUDA.

Tabla 9.8. Notificación de cannabinoides sintéticos respecto a la notificación de todas las nuevas sustancias psicoactivas (NPS) en España (%) 2022-2024.

	2022	2023	2024
Nº CANNABINOIDES SINTÉTICOS DETECTADOS /Nº TOTAL NPS DETECTADAS	13,75	15,22	18,70
CASOS DE CANNABINOIDES SINTÉTICOS/CASOS DE TODAS LAS NPS	3,29	8,76	11,75
CASOS HHC/CASOS CANNABINOIDES SINTÉTICOS	33,33	17,65	12,86

Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

A continuación, se presenta la relación de cannabinoides sintéticos notificados por España vía EDND en los años 2022 a 2024, así como el número de notificaciones de cada uno de ellos.

Tabla 9.9. Cannabinoides sintéticos notificados por España vía EDND en los años 2022 a 2024.

2022		2023		2024	
NOMBRE	Nº CASOS	NOMBRE	Nº CASOS	NOMBRE	Nº CASOS
5F-EMB-PICA*	1	4F-ABINACA (A-4F-BINACA)*	1	4F-MDMB-BICA	1
ADB-B-5BR-INACA*	1	4F-MDMB-BICA*	4	5-CHLORO-APINACA (5C-APINACA, 5C-AKB48) *	1
ADB-FUBIACA*	2	5F-MDMB-P7AICA (7'N-5F-ADB) *	1	ADB-5BR-INACA*	1
AMB-FUBINACA	1	5F-MDMB-PICA*	1	ADB-B-5BR-INACA	17
CH-FUBIACA**	1	5F-MDMB-PINACA (5F-ADB)	1	ADB-BUTINACA (ADB-BINACA)	21
CH-PIACA**	2	ADB-B-5BR-INACA	1	ADB-D-5BR-INACA*	1
CUMYL-CBMICA	1	ADB-BUTINACA (ADB-BINACA)	8	ADB-FUBIACA	6
EDMB-PINACA*	1	A-FUBIACA*	6	ADB-P-5BR-INACA*	2
EMB-FUBINACA*	1	HEXAHYDROCANNABINOL (HHC)	9	A-FUBIACA	12
HEXAHYDRO-CANNABINOL (HHC)*	6	HEXAHYDROCANNABINOL ACETATE (HHC ACETATE) *	1	CH-FUBBMPDORA*	3
JWH-210*	1	HEXAHYDROCANNABIPHOROL (HHC-P) *	2	CH-FUBIACA	2
		JWH-210	5	CH-PIACA	6
		MDMB-BINACA*	10	CUMYL-CBMICA	1
		TETRAHYDROCANNABIDIOL (H4-CBD)*	1	HEXAHYDROCANNABINOL (HHC)	18
				HEXAHYDROCANNABINOL ACETATE (HHC ACETATE)	2
				JWH-018 INDAZOLE ANALOGUE*	1
				JWH-210	17
				MDA-19 4EN-PENTYL ANALOGUE (BZO-4EN-POXIZID)*	1
				MDMB-4EN-PINACA (MDMB-PENINACA)	2
				MDMB-7BR-INACA*	5
				MDMB-BINACA	13
				MDMB-INACA*	1
				NMDMSB*	6
TOTAL: 11 CANNABINOIDES SINTÉTICOS	TOTAL: 18 CASOS	TOTAL: 14 CANNABINOIDES SINTÉTICOS	TOTAL: 51 CASOS	TOTAL: 23 CANNABINOIDES SINTÉTICOS	TOTAL: 140 CASOS

*NPS detectada por primera vez en España
**NPS detectada por primera vez en Europa
Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

Intoxicaciones agudas comunicadas al SEAT relacionadas con el consumo de cannabinoides sintéticos:

A través del SEAT se comunica no sólo la detección de sustancias en muestras analizadas, sino que también se comunican otras situaciones que indican riesgo potencial para la población, como la ocurrencia de eventos adversos graves relacionados con el uso de NPS. Recientemente se han incorporado a la red SEAT algunos colaboradores clínicos de los servicios de urgencias de grandes hospitales y están empezando a informar sobre cuadros de intoxicación aguda relacionadas con el consumo de NPS que son atendidos en las urgencias hospitalarias.

En relación con los cannabinoides sintéticos, en los registros del SEAT consta, de momento, la notificación de 14 casos de intoxicaciones agudas ocurridas entre abril y diciembre de 2024, todos ellos relacionadas con el consumo de gominolas o caramelos que contenían derivados cannábicos. Esta información se ha transmitido a la EUDA. Además, el SEAT ha emitido 6 alertas en la segunda mitad de 2024 para informar a toda la red nacional sobre este problema.

La comunicación a través de los sistemas de alerta temprana de la detección de NSP y de los problemas relacionados con su consumo es la base para la preparación y respuesta rápida ante los potenciales riesgos de salud pública que plantean las NPS.

Tabla 9.10. Intoxicaciones relacionadas con el consumo de productos comestibles cannábicos. España 2024.

FECHA NOTIFICACIÓN	COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº CASOS	PRODUCTO CONSUMIDO	SUSTANCIA PRESUNTAMENTE RESPONSABLE
29/04/2024	CATALUÑA	3	GOMINOLAS	HHC (HEXAHYDROCANNABINOL)
13/06/2024	MADRID	1	GOMINOLAS	HHC (HEXAHYDROCANNABINOL)
21/06/2024	CATALUÑA	3	GOMINOLAS	THCP (TETRAHYDROCANNABIPHOROL)
16/08/2024	CATALUÑA	2	GOMINOLAS	NO CONSTA
04/11/2024	CATALUÑA	1	GOMINOLAS	THCP (TETRAHYDROCANNABIPHOROL)
15/11/2024	CATALUÑA	2	CARAMELOS	NO CONSTA
09/12/2024	CATALUÑA	1	GOMINOLAS	NO CONSTA
10/12/2024	CATALUÑA	1	GOMINOLAS	NO CONSTA
		TOTAL: 14 CASOS		

Fuente: OEDA. Datos del Sistema Español de Alerta Temprana

10

MEDIDAS DE CONTROL

VOLVER A ÍNDICE

10.1 Número de decomisos y cantidades de cannabis decomisadas

Se estima que en 2022 se produjeron un millón de incautaciones de drogas en la Unión Europea, siendo los productos derivados del cannabis los más incautados, con un 71 % del número total de incautaciones[1]. En concreto, en 2022 los estados miembros de la UE notificaron 243.000 incautaciones de resina de cannabis (468 toneladas) y 234.000 incautaciones de hierba de cannabis (265 toneladas).

En general, las incautaciones de productos de cannabis en Europa siguieron situándose en niveles históricamente elevados en 2022, lo que indica la elevada disponibilidad de esta droga. Sin embargo, la cantidad total de resina de cannabis incautada en la Unión Europea descendió significativamente, en gran parte debido a la disminución de las incautaciones comunicadas por España. Es posible que esto refleje una adaptación de las rutas de suministro por parte de los implicados en el tráfico de resina de cannabis del norte de África a Europa como respuesta a las medidas de lucha contra el tráfico de estupefacientes adoptadas por las autoridades españolas. En este contexto, también es interesante señalar que, desde 2019 hasta 2022, el volumen de hierba de cannabis incautada ha aumentado significativamente en España, disminuyendo drásticamente en 2023.

En 2022, España representó el 69 % de toda la resina incautada, el 47 % de toda la hierba de cannabis incautada y el 81 % del número total de plantas de cannabis incautadas en la Unión Europea, lo que subraya el importante papel que desempeña España, tanto como país de tránsito para el tráfico de cannabis como zona de producción. Sin embargo, es importante señalar que una producción significativa de cannabis también tiene lugar en otros lugares de la Unión Europea. Las grandes incautaciones recientes ponen de relieve el papel que sigue desempeñando España como país de tránsito de la resina destinada al mercado europeo. En 2023, por ejemplo, las autoridades españolas incautaron 22 toneladas de resina de cannabis ocultas en falsos envases de tomate sospechosos de estar destinados al tráfico en Francia[95] .

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.

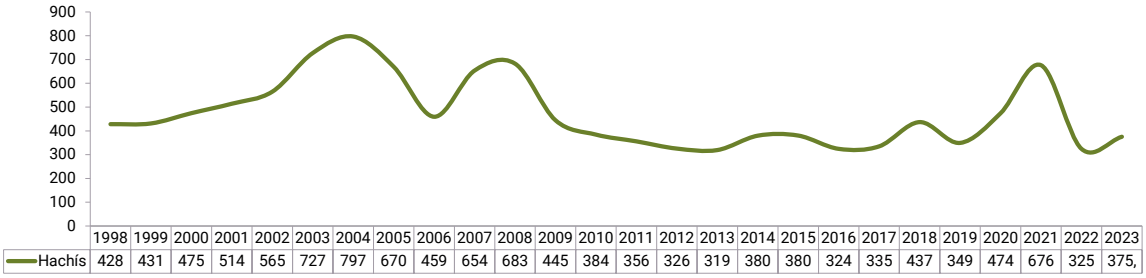
Figura 10.1. Operación «Cabalgata/Califa-Trucks» — Las autoridades españolas incautaron 22 toneladas de resina de cannabis ocultas en falsos envases de tomate.

Fuente: Guardia Civil y Policía Nacional.

95 https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/cannabis_es

En España la cantidad incautada de **hachís** entre 1998 y 2023 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 algunos repuntes en 2007 y 2008. Desde 2014 el volumen de incautaciones se ha mantenido entre las 350-450 toneladas con pocas variaciones fuera de ese rango, excepto las 676,2 toneladas incautadas en 2021. Los datos más recientes corresponden a 2023, año en que se incautaron 375,3 toneladas de hachís.

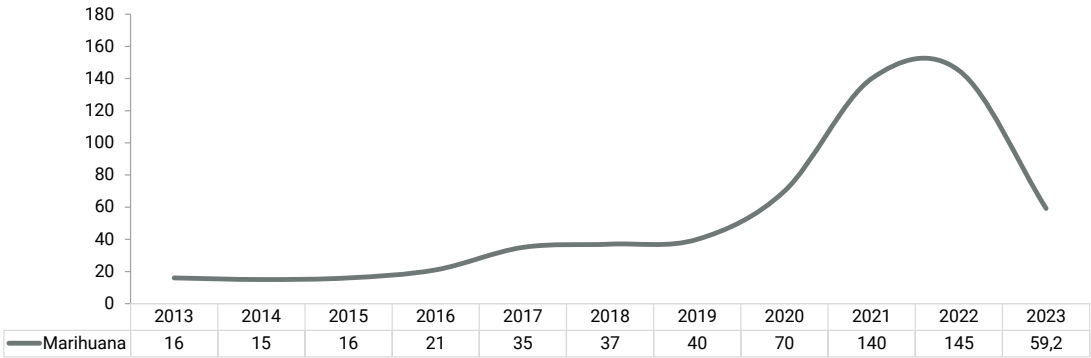
Figura 10.2. Cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2023.



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 hasta 2022, con incautaciones especialmente elevadas en 2021 y 2022 (140 y 145 toneladas, respectivamente). En 2023 se volvió a valores previos a esta subida, con 59,2 toneladas de marihuana incautadas. La cantidad de marihuana incautada es aproximadamente 7 veces inferior a la cantidad de hachís incautado.

Figura 10.3. Cantidad de marihuana incautada (toneladas) en España, 2013-2023.



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).

10.2 Precio y concentración de THC del cannabis decomisado

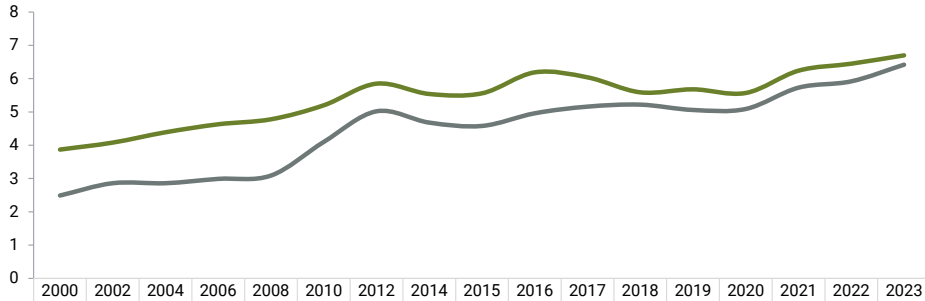
Precio

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 2023 llegó a 6,70 euros. Esto ha ocurrido también en el caso de la **grifa/marihuana** que, en el mismo periodo, ha pasado de 2,49 euros a 6,42 euros.

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

Figura 10.4. Precios medios del cannabis (tanto de resina como de marihuana) en el mercado ilícito (euros). España, 2000- 2023.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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	6,24	6,45	6,7
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	5,73	5,92	6,42

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).

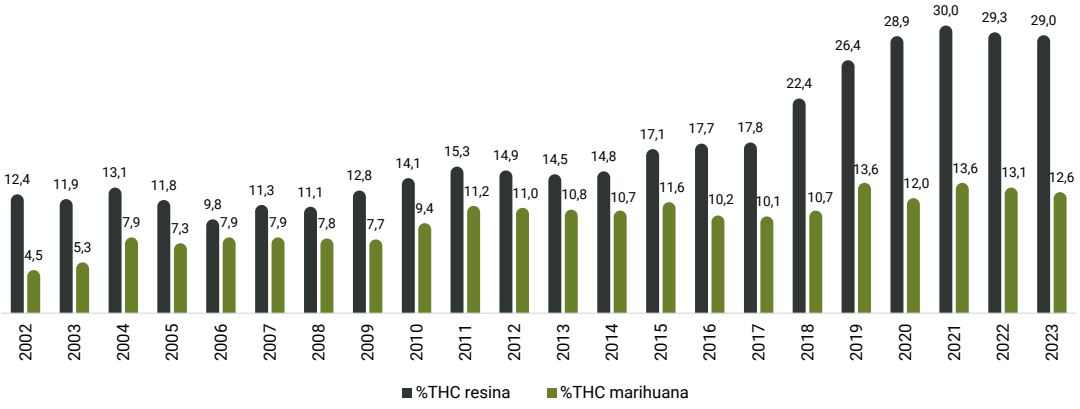
Concentración de THC

En relación a la concentración media en THC (tetrahidrocannabinol) del cannabis decomisado, a lo largo de todo el período 2002-2023, se puede observar que siempre es mayor en la resina que en la hierba. De hecho, en el año 2023, la concentración de THC de la resina fue de un 29,0% mientras que la de la hierba fue de un 12,62% (menos de la mitad).

Por lo que respecta a la evolución temporal, entre 2002 y 2014 la concentración de THC de la resina se mantuvo en torno al 10-15% (con mínimo histórico del 9,8% en 2006). Posteriormente aumenta la concentración hasta situarse en torno al 30% de THC en los años 2021 a 2023.

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 en torno al 10-13%. La mayor concentración de THC en la marihuana, 13,6%, se registró en 2019 y 2021.

Figura 10.5. 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, 2002-2023.



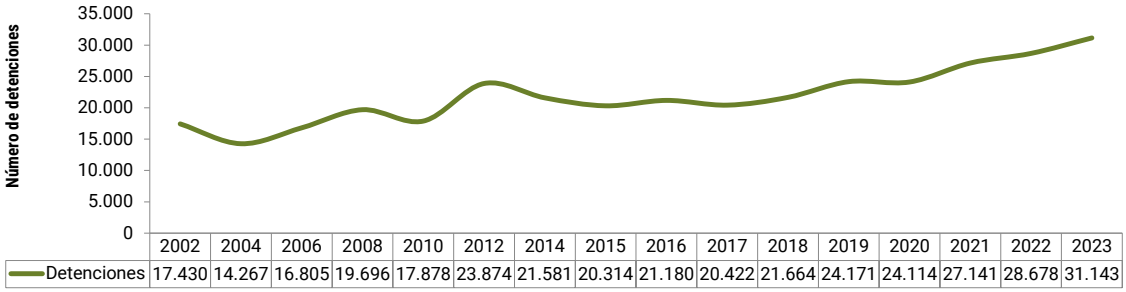
Fuente: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)

En 2022, el contenido medio de THC de la resina de cannabis en la Unión Europea fue del 24,8 %, más del doble que el de la hierba del cannabis, del 10,1 %. Las tendencias indexadas muestran que el contenido medio de THC de la resina se ha duplicado en los últimos diez años y sigue aumentando, mientras que el de la hierba de cannabis se ha mantenido estable en general durante la mayor parte de ese tiempo.

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

Los datos referidos al total de las detenciones han sido aportados por el Centro de Inteligencia Contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), y proceden de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales y los Cuerpos Policiales de las Comunidades Autónomas de Cataluña, País Vasco y Foral de Navarra.

Figura 10.6. Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2023.



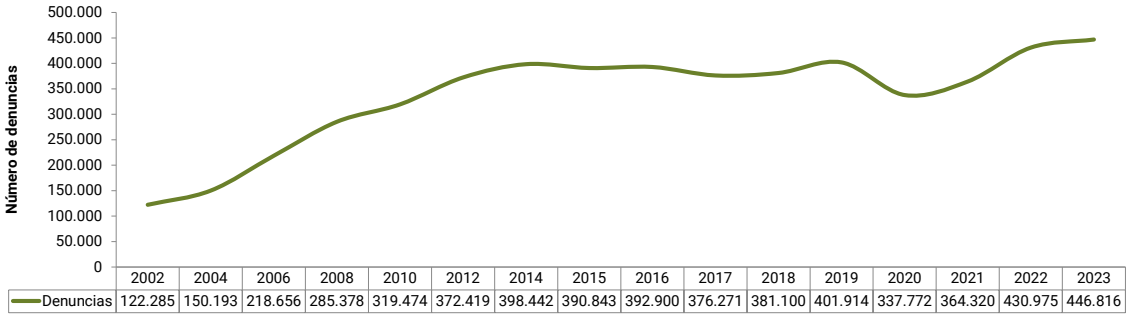
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Detenciones	17.430	14.267	16.805	19.696	17.878	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664	24.171	24.114	27.141	28.678	31.143

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)

Conforme a estos datos, las **detenciones** por tráfico de drogas, presentan una tendencia general creciente entre 2002 y 2023, registrándose en este último año el mayor número de detenciones por este delito: 31.143.

En cuanto a 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, los datos referidos al total de las denuncias han sido aportados por el Centro de Inteligencia Contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), y proceden de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales y los Cuerpos Policiales de las Comunidades Autónomas de Cataluña, País Vasco y Foral de Navarra. Según estos datos, y salvando la notoria disminución de denuncias relacionada con la pandemia de covid-19, podemos distinguir 3 claros períodos en cuanto al del número de denuncias entre 2002-2023. En un primer período, entre 2002 y 2014, las denuncias aumentaron progresivamente hasta las 398.442. Posteriormente se mantienen estables, en torno a las 400.000 denuncias por año, hasta 2019, y finalmente vuelven a aumentar, hasta las 446.816 denuncias registradas en 2023.

Figura 10.7. Denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugar público basadas en las Leyes Orgánicas 1/1992 y 4/2015 (números absolutos). España, 2002-2023.



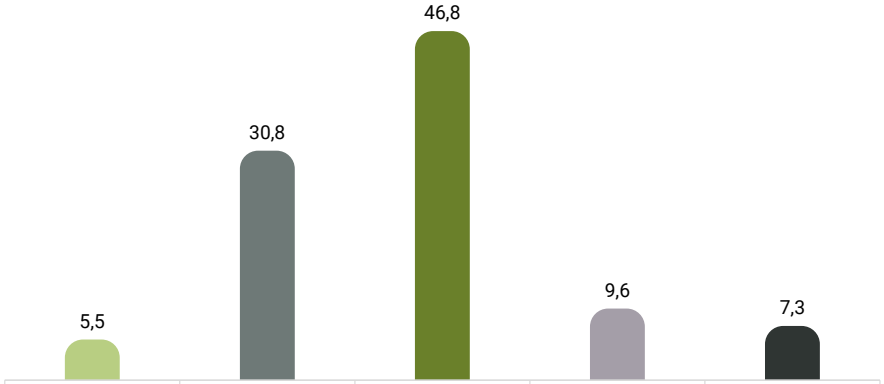
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Denuncias	122.285	150.193	218.656	285.378	319.474	372.419	398.442	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914	337.772	364.320	430.975	446.816

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)

En la distribución de las detenciones por tipo de droga cabe destacar que los detenidos se contabilizan por cada una de las sustancias/familias de droga que se le hayan incautado. Por tanto, el número total de detenidos no es la suma de las detenciones por las distintas sustancias, ya que en una misma detención puede estar relacionada con más de una sustancia. Además, hay que considerar que el número de detenidos por grupos de drogas solamente incluyen datos de SENDA (PN, GC Y DAVA) y no de Policías Autonómicas al ser aportados por estos Cuerpos únicamente el número total de detenidos y no desglosados por sustancias. Estas mismas consideraciones se dan para los datos de denuncias por tipo de droga.

Hechas estas consideraciones metodológicas, se observa que, como en años anteriores, en 2023 la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (46,8% y 78,7%, respectivamente).

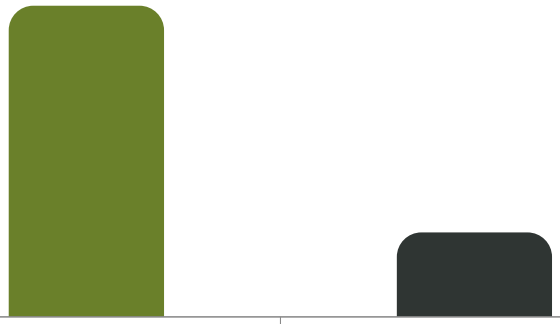
Figura 10.8. Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2023.



	Opiáceos	Cocaínicos	Cannábicos	Anfetaminas y derivados	Otras sustancias*
Detenciones (n= 31.143)	5,5	30,8	46,8	9,6	7,3

* Otras sustancias incluye: benzodiacepinas, triptaminas, catinonas y otros
Notas: las detenciones que implican diferentes familias de drogas se contabilizan una vez por cada familia.
No se incluyen datos de las policías autonómicas.
Fuente: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos proporcionados por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

Figura 10.9. Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2023.

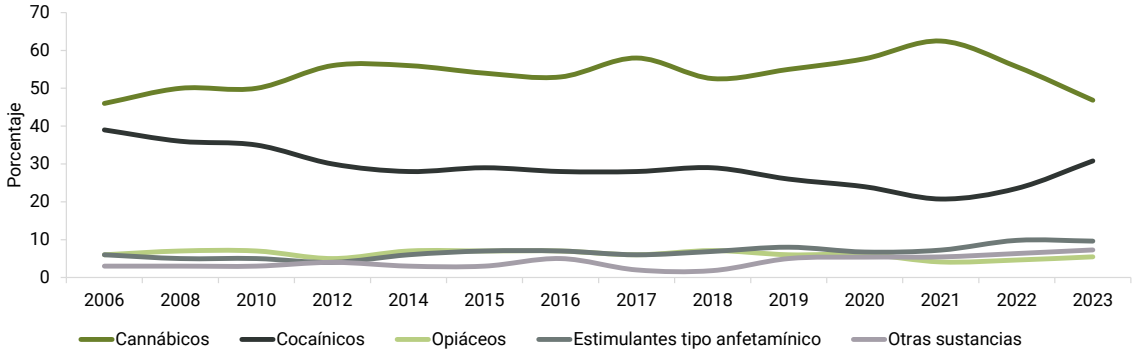


	Cannábicos	Otras sustancias*
Denuncias (n= 446,816)	78,7	21,3

* Otras sustancias incluye: benzodiacepinas, triptaminas, catinonas y otros
Notas: las detenciones que implican diferentes familias de drogas se contabilizan una vez por cada familia.
No se incluyen datos de las policías autonómicas.
Fuente: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos proporcionados por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

Observando la evolución a lo largo de los años, el porcentaje de detenciones relacionadas con los diferentes tipos de sustancias muestra tendencias opuestas en las detenciones relacionadas con cannabis y las relacionadas con cocaína. Se observa una tendencia general ascendente en las detenciones relacionadas con cannabis desde 2006 hasta 2021, alcanzando ese año el máximo de 62,5%, para caer posteriormente hasta el 46,8% en 2023. En cuanto a las denuncias por tipo de sustancias, el porcentaje de las relacionadas con cannabis se ha mantenido sin grandes cambios en la serie temporal hasta el año 2021, y a partir de entonces se observa un ligero descenso.

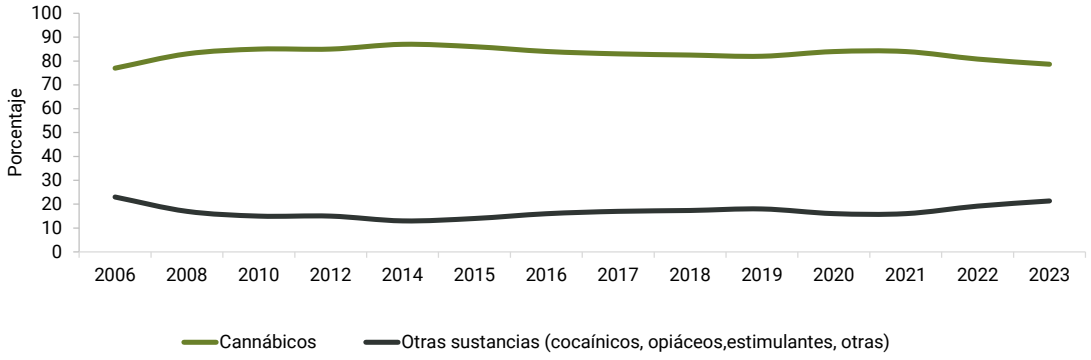
Figura 10.10. Detenciones por familia de drogas (números absolutos y % sobre el total). España, 2006-2023.



DETENCIONES POR CANNÁBICOS (N)	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180	20.422	21.664	24.171	24.114	27.141	28.678	31.143

Notas: las detenciones que implican diferentes familias de drogas se contabilizan una vez por cada familia.
No se incluyen datos de las policías autonómicas.
Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos proporcionados por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

Figura 10.11. Denuncias por familia de drogas (% sobre el total y números absolutos). España, 2006-2023.



DENUNCIAS POR CANNÁBICOS (N)	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	218.656	285.378	319.474	372.419	398.422	390.843	392.900	376.271	381.100	401.914	337.772	364.320	430.975	446.816

Notas: las detenciones que implican diferentes familias de drogas se contabilizan una vez por cada familia.
No se incluyen datos de las policías autonómicas.
Fuente: Figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos proporcionados por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

11

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)[96]

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos al aplicar el análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos para el seguimiento del consumo de cannabis en diversas localidades en un total de 10 CCAA. El compuesto analizado es el 11-Nor-9-carboxi-delta-9-THC (THC-COOH), principal metabolito del THC (delta-9-tetrahidrocannabinol). Estos resultados se han obtenido en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas[97] por la red ESAR-Net[98], en colaboración con la red RIAPAd[99].

11.1 Metodología

En este estudio se tomaron muestras de agua residual en diferentes estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) españolas durante una semana completa (generalmente empezando un martes y finalizando un lunes) en la primera mitad de cada año entre 2021 y 2023 (por lo general en primavera), garantizando que cada muestra fuese representativa de un día completo (muestra compuesta de 24 h) en un total de 27-28 EDAR en función del año. Además, en 10-11 EDAR se llevó a cabo una segunda campaña análoga durante una semana en la segunda mitad de cada año (otoño) (Tabla 1). Se procuró que las semanas donde se tomó muestra no hubiese eventos especiales (ej. fiestas) o fuese temporada alta de vacaciones y turismo, para intentar establecer el consumo de fondo.

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 EDAR durante el día muestreado y la población servida por la misma (carga diaria normalizada).

Esta carga diaria normalizada se transforma finalmente en consumo estimado de sustancia pura conociendo el metabolismo de la sustancia y su(s) vía(s) de excreción. En el caso del THC existen varios factores que contribuyen a la incertidumbre de los valores obtenidos, por lo que deben considerarse con precaución y prestar más atención a tendencias temporales y/o geográficas que al valor de consumo estimado de THC en sí mismo. Para más información sobre la metodología del análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos se pueden consultar las referencias[100,101,102]. Los laboratorios participantes en el análisis realizan cada año un ejercicio interlaboratorio para garantizar la comparabilidad de los resultados[103] .

96 José Benito Quintana, Rosa Montes, Xiana González-Gómez, Andrea Estévez-Danta, Carlos Pernas, Rosario Rodil (Universidade de Santiago de Compostela, RIAPAd); Félix Hernández, Lubertus Bijlsma, Elisa Gracia-Marín, Claudia Simarro-Gimeno (Universitat Jaume I); Yolanda Picó, Vicente Andreu, Daniele Sadutto, Lucía Herrera-Vera (Centro de Investigación sobre Desertificación, UV-CSIC-GV); Miren López de Alda, Rocío I. Bonansea, Paula Montiel (Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua, CSIC) Yolanda Valcárcel, Noelia Domínguez-Morueco, Salomé Martínez (Universidad Rey Juan Carlos); Eva Pocurull, Rosa María Marcé, Núria Fontanals (Universitat Rovira i Virgili); Iria González-Mariño (Universidad de Salamanca); Andreu Rico (Universitat de València); Lluís Corominas, Sara Rodríguez-Mozaz (Institut Català de Recerca de l'Aigua); Manuel Miró, Calos Pagan (Universitat de les Illes Balears); Ailette Prieto, Nestor Etxebarria, Olatz Zuloaga, Gorka Orive (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea); Pablo Antonio Lara-Martín, Rubén Rios-Quintero (Universidad de Cádiz); Sergio Santana-Viera (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria); Manuel Isorna (Universidade de Vigo, RIAPAd); Unax Lertxundi (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

97 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)"

98 La red ESAR-Net (www.esarnet.es) cuenta con financiación básica para reuniones y jornadas proporcionada por la Agencia Estatal de Investigación (AEI/10.13039/501100011033), Ref. RED2022-134363-T.

99 El equipo de la Universidad de Santiago de Compostela quiere agradecer también la financiación de la red RIAPAd (https://riapad.es/, ref. RD21/0009/0012) a través de la convocatoria de redes RICORS del Instituto de Salud Carlos III – NexGenerationEU – PRTR.

100 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.

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

102 https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

103 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

Tabla 11.1. Listado codificado de las EDAR analizadas y número de semanas muestreadas en cada caso entre 2021 y 2023.

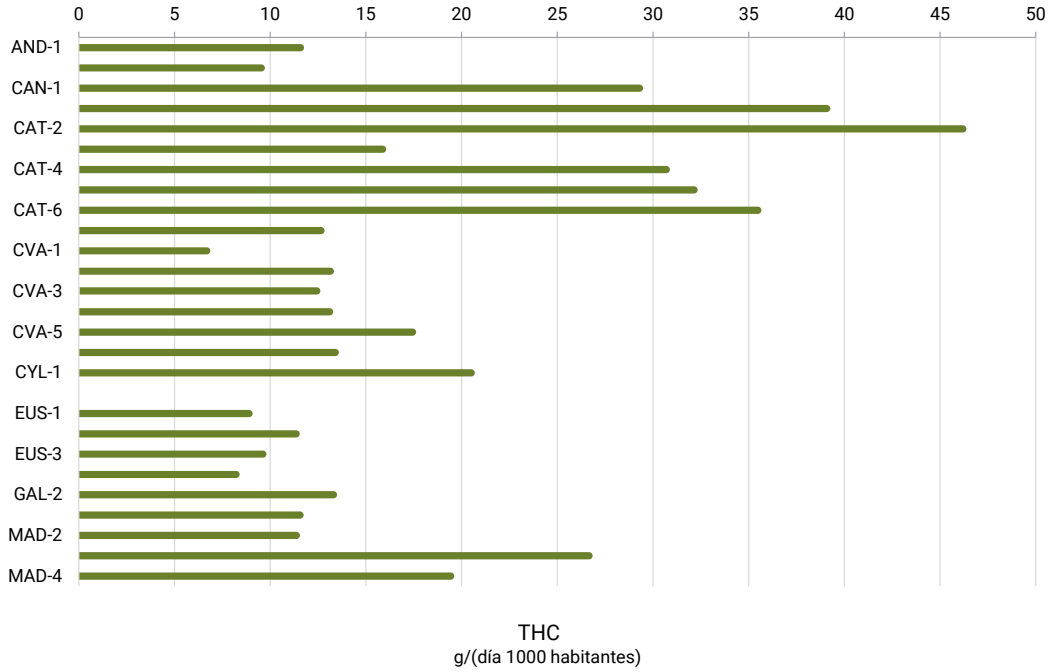
CÓDIGO	SEMANAS MUESTREADAS	TAMAÑO	CÓDIGO	SEMANAS MUESTREADAS	TAMAÑO
AND-1	3	G	CVA-5	3	G
BAL-1	3	G	CVA-6	3	P
CAN-1	3	G	CYL-1	3	M
CAT-1	6	MG	CYL-2	3	MP
CAT-2 A	4	MG	EUS-1	6	G
CAT-3	3	MP	EUS-2	6	MG
CAT-4	6	M	EUS-3	3	MP
CAT-5	3	M	GAL-1	3	MP
CAT-6	3	M	GAL-2	6	M
CLM-1	3	M	MAD-1	3	MG
CVA-1	3	P	MAD-2	6	MG
CVA-2	3	M	MAD-3	3	G
CVA-3	6	M	MAD-4	6	G
CVA-4 B	6	MG			

Código: corresponde a las iniciales de la Comunidad Autónoma seguida de un número seleccionado aleatoriamente. AND: Andalucía, BAL: Baleares, CAN: Canarias, CAT: Cataluña, CLM: Castilla La Mancha, CVA: Comunidad Valenciana, CYL: Castilla y León, EUS: País Vasco, GAL: Galicia, MAD: Comunidad de Madrid. NOTAS: a CAT-2, esta EDAR se comenzó a muestrear en 2022. CVA-4 corresponde realmente a 2 EDAR, que al estar conectadas deben evaluarse en conjunto. Tamaño de población servido por la EDAR: MP < 10.000 habitantes; 10.000 < P < 50.000 habitantes; 50.000 < M < 200.000 habitantes; 200.000 < G < 500.000 habitantes; MG > 500.000 habitantes. Fuente: Red ESAR-Net

11.2 Resultados

A continuación, se presenta el uso de cannabis como consumo estimado de su principal constituyente psicoactivo, el THC. Como se ha mencionado en la sección metodológica, dichos valores deben tomarse con cautela, pudiendo ser hasta 5 veces inferiores debido a la posible conversión del metabolito hidroxi-THC en carboxi-THC en el agua residual. Incluso con esta incertidumbre, es evidente que el consumo estimado de THC es alto, mediana global: 13 g/(día 1000 hab.), estando presente su metabolito en todas las localidades menos una (CYL-2, que corresponde a una localidad de menos de 10.000 habitantes y donde sí se había podido detectar en el resto de campañas).

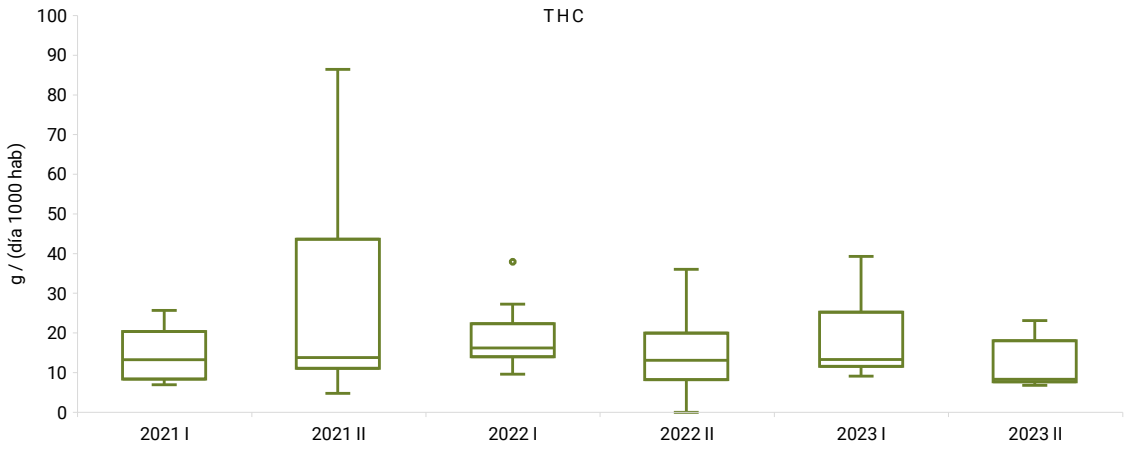
Figura 11.1. Representación del valor de la mediana de consumo estimado de cannabis, como THC, en las EDAR estudiadas en la primera campaña (primavera) de 2023.



Fuente: Red ESAR-Net

Si se observa la tendencia en el período 2021-2023 (Figura 11. 2) se puede apreciar que las medianas son más variables que en el caso de otras sustancias, en parte debido a su mayor incertidumbre analítica, con valores de mediana global en general estables, 13-16 g/(día 1000 hab.), aunque la última campaña apunta a una cierta reducción, mediana global 8,3 g/(día 1000 hab.), pero que debería ser confirmada en campañas posteriores.

Figura 11.2. Gráfica de cuartiles y valores extremos de los valores de las medianas de consumo de cannabis, como THC, estimado a lo largo de 2021-2023 (I: campaña de primavera; II: campaña de otoño) en las EDAR que fueron analizadas en las 6 campañas.



Fuente: Red ESAR-Net

12

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. Mostrando prevalencias de consumo cada vez menores entre los estudiantes de 14 a 18 años, igualándose el consumo en ambos sexos y aumentando ligeramente la percepción del riesgo del consumo de esta sustancia.

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 años haya aumentado el número de admisiones a tratamiento por esta sustancia, tras algunos años de ligero descenso, siendo la segunda sustancia que más admisiones a tratamiento genera en población general, por detrás de la cocaína y siendo responsable de más del 90% 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 2023 han alcanzado 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 y en los ingresos hospitalarios por consumo de cannabis.

Como respuesta a las medidas de control ejercidas sobre sobre el cannabis, han ido surgiendo un gran número de cannabinoides sintéticos vehiculizados en multitud de productos diferentes. Estas sustancias tienen efectos similares a los del THC, ya que se unen a los receptores de cannabinoides del organismo. El número de cannabinoides sintéticos, su diversidad química, velocidad de aparición y facilidad de acceso hacen que la detección, el control y la respuesta a este grupo de compuestos sean retos particularmente difíciles.

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.

13

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. 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.
- **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 término 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 y se sintetizan artificialmente. 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 de riesgo 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.
- **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, 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).
- **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.
- **Nuevas sustancias psicoactivas (NPS):** 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. La definición de NPS utilizada por el EMCDDA incluida en el European Model Questionnaire es la siguiente: NPS 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…
- **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.

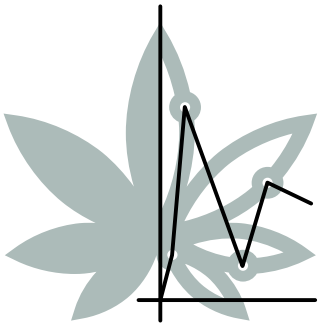
- **Población privada de libertad:** se refiere a la población de más de 18 años internos en los centros penitenciarios. De acuerdo con su clasificación penal en el marco muestral se incluyen preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar. Constituye el marco muestral 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.

14

ABREVIATURAS

VOLVER A ÍNDICE

CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CBD	Cannabidiol
CBN	Cannabinol
CCAA	Comunidades 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)
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
EUDA	Agencia de la Unión Europea sobre Drogas
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
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España
EWS	Sistema de Alerta Tempranade 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)
SEAT	Sistema Español de Alerta Temprana
SEIDA	Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones
THC	Tetrahidrocannabinol
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