

# Área Evaluación y Estudios

# OCTAVO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE, 2008

# **INFORME DE PRINCIPALES RESULTADOS**

#### **PRINCIPALES RESULTADOS**

#### SERIE DE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACION GENERAL

CONACE ha realizado el Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2008) en conformidad con el compromiso de observar las tendencias en el uso de drogas en el país a través de un estudio sistemático, metodológicamente consistente y en escala nacional. La serie de estudios en población general se realiza cada dos años, en los meses de agosto, septiembre y octubre de los años pares, mientras que en años impares se realiza la serie de estudios en población escolar. La serie en población general ha conservado sus características fundamentales: está basada en un cuestionario que se realiza con entrevistas cara-a-cara en hogares, en población de ambos sexos entre 12 y 64 años de edad, en todas las regiones del país<sup>1</sup>. Los formatos de las preguntas que registran prevalencias de consumo de drogas han sido siempre los mismos. Las muestras no han variado demasiado en tamaño y cobertura comunal: el número de comunas que configuran el universo de estudio ha permanecido estable desde 2000 en adelante con aumentos que se deben solamente a la subdivisión de comunas antiguas. En algunas ocasiones se han utilizado muestras de gran tamaño para obtener representatividad estadística a nivel comunal: el estudio actual, sin embargo, ha sido diseñado para obtener representatividad únicamente nacional y regional<sup>2</sup>.

CUADRO 1: SERIE DE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL

AÑO	ESTUDIO	NÚMERO DE COMUNAS	TAMAÑO MUESTRAL	UNIVERSO
1994	l Estudio Nacional de Drogas en Población General	66	8271	6.186.528
1996	Il Estudio Nacional de Drogas en Población General	72	12421	6.917.182
1998	III Estudio Nacional de Drogas en Población General	62	31665	6.940.727
2000	IV Estudio Nacional de Drogas en Población General	86	44421	7.779.905
2002	V Estudio Nacional de Drogas en Población General	87	16476	8.392.058
2004	VI Estudio Nacional de Drogas en Población General	87	16366	8.715.567
2006	VII Estudio Nacional de Drogas en Población General	91	17192	8.876.262
2008	VIII Estudio Nacional de Drogas en Población General	95	17113	8.954.639

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> En el Séptimo Estudio Nacional, 2006 se amplió el límite de edad de la población entrevistada hasta 65 años para cumplir con normas de comparabilidad internacional. El examen de tendencias nacionales considera solamente, sin embargo, la población entre 12-64 años de edad.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Las variaciones comunales de los distintos estudios afectan muy poco las tendencias generales, el estudio de estas diferencias puede verse en el informe del Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General (2000).

La muestra del Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General ha sido proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas, en base a una selección aleatoria de áreas y hogares que se completa con un procedimiento de selección también aleatorio de personas dentro de los hogares. En este caso, su tamaño (17.113 personas) y cobertura (95 comunas del país, aproximadamente el 70% del total de la población nacional) son muy parecidas a la muestra del Quinto y Sexto Estudio Nacional de Drogas. Como en todos los estudios, la aplicación de la encuesta es realizada por un organismo externo a CONACE, convocado mediante licitación pública (Adimark-GfK, 2008).

CONACE utiliza como medida de referencia para describir la magnitud del uso de drogas ilícitas, la prevalencia de consumo de último año (aquellos que declaran haber consumido al menos una vez la droga señalada en los últimos doce meses). Este informe describe, en particular, el comportamiento de las drogas ilícitas de uso más frecuente: marihuana, pasta base (sulfato de cocaína) y cocaína (clorhidrato de cocaína). Estas últimas se analizan también bajo el formato de cocaína total (pasta base + cocaína) que describe el uso global de cocaína (sin contar crack cuya prevalencia es escasísima en el país). También se informa acerca del consumo otras drogas de menor prevalencia, así como del uso de tabaco y alcohol³.

El análisis comparado del uso de drogas se presenta con datos ajustados según la distribución por sexo y edad de cada año en que se tomó el estudio, en conformidad con las proyecciones de población realizadas por el INE con base al Censo de 2002. La ponderación se realiza tomando en cuenta la distribución por sexo y edad de cada comuna que forma parte de este estudio. Este modalidad de ponderación introduce ligeras alteraciones en las estimaciones que aparecen informadas en estudios anteriores. Debe tenerse en cuenta asimismo que todas las estimaciones que provienen de una muestra están sujetas a un cierto margen de error y muchas variaciones en los datos comparados no son estadísticamente significativas: el análisis de los resultados informa debidamente los cambios que deben realmente tomarse en cuenta.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Este estudio investiga las prevalencias de consumo de las siguientes drogas ilícitas: marihuana, pasta base, clorhidrato de cocaína, crack, heroína, alucinógenos (LSD u otros ácidos, polvo de ángel, peyote o San Pedro y mescalina), inhalantes (neoprén, tolueno, bencina o parafina, éter u otros solventes volátiles usados en pinturas, pinturas en spray, poppers, acetona y solventes para extintores de incendio), analgésicos sin receta médica (tylenol con codeína, codeína, metadona, morfina, petidina, tramal y fentanyl), tranquilizantes sin receta médica (clonazepam, ravotril o valpax, alprazolam, zotrñan o ativán, lorazepam o amparax, valium o diazepam, clorodiacepóxido, bromacepam, dormonito midazolam, zopiclona, zolpidem o sommo, flunitracepam o royphnol), estimulantes sin receta médica (anfetaminas, ritalín, metifenidato o ritrocel, cylert o pemolina, cidrín, escancil, fenproporex y anfepramona), medicamentos sin receta médica (fluoxetina, pragmaten o sostac, amitriptilina, imipramina, sedantol, clormezanona, dietilpropión, sibutramina, ipnopen, hadas, codetol, tusigen, sedopec o tosilab), extasis o MDMA, tonaril sin receta médica, GHB o Gamalhidroxibutirato, ketamina.

#### EL CONSUMO DE MARIHUANA DETIENE SU CRECIMIENTO

En el caso de la marihuana, los resultados muestran una variación de 8 décimas en la declaración de consumo de marihuana en último año de 7,2% a 6,4%, una diferencia que no es estadísticamente significativa y que no debe ser informada como una disminución en el uso de marihuana en el país. El uso de marihuana marcó una curva ascendente en la década de los noventa para estabilizarse en los años siguientes alrededor de la cumbre que alcanzara en el 2000. En el bienio anterior, sin embargo, había continuado su curva ascendente marcando el registro más alto en toda la serie. El resultado actual muestra que la marihuana no ha continuado aumentando, aunque se mantiene alrededor de la última cumbre alcanzada en el bienio anterior.

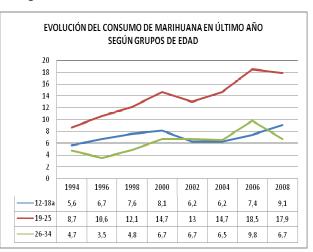
Las declaraciones de consumo de marihuana en adolescentes de 12-18 años continuaron creciendo acumulando una variación estadísticamente significativa de 6,2% en 2004 a 9,1% en 2008, pero entre jóvenes y adultos jóvenes ocurrió lo contrario.

La tendencia de la marihuana entre adolescentes había sido muy auspiciosa con un descenso de 2 puntos porcentuales al entrar la década, pero considerando la serie desde 2004 hasta 2008, el consumo ha crecido sostenidamente: el último resultado de 9,1% es el más alto de toda la serie. Entre los jóvenes, en cambio, se da la tendencia nacional: la marcha ascendente se detuvo esta vez, y el uso de marihuana quedó oscilando en torno a la cumbre de 18% obtenido la vez anterior. El súbito aumento de la marihuana entre adultos jóvenes de 26-34 años del bienio anterior no se confirmó en este estudio: la marca de 9,8% de 2006 pasó a un 6,7% en este estudio, una variación que no es estadísticamente significativa pero que repone las tasas alcanzadas desde 2000 en adelante por este grupo de edad.

Figura 1



Figura 2



La marihuana mejora algo su percepción de riesgo, especialmente entre los jóvenes, y mantiene estables las declaraciones de oferta en el último año. La percepción de riesgo progresa 5 puntos porcentuales alcanzando un 52% para el uso experimental de marihuana (probar una o dos veces). La exposición a ofertas de drogas, por su parte,

se mantiene en 16% con un ligero aumento entre adolescentes que alcanzan esta vez el umbral del 25%: uno de cada cuatro adolescentes ha estado expuesto a un ofrecimiento de marihuana en los últimos doce meses.

CUADRO 2: EXPOSICIÓN A OFERTAS DE MARIHUANA Y PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL USO DE MARIHUANA- % que declara que le han ofrecido marihuana en el último año y % que observa un riesgo grande en el uso experimental de marihuana

	EXI	POSICIÓN	A OFERT	PERCEPCIÓN DE RIESGO		
	2002	2004	2006	2006	2008	
TOTAL	14	15	16	16	47	52
ADOLESCENTES	20	22	21	25	43	46
JÓVENES	31	35	33	35	29	37

### EL CONSUMO DE COCAÍNA VUELVE A REMONTAR

Las declaraciones de consumo de cocaína variaron de 1,3% a 1,8%, aumento que no es estadísticamente significativo pero que sin embargo, constituye la cifra más alta obtenida en la serie. En el caso de la pasta base, en cambio, el resultado actual de 0,7% es el mismo obtenido desde el comienzo de la serie de modo que en más de una década no se ha producido ninguna variación significativa. El uso de pasta base está completamente estabilizado, pero el de cocaína comienza a dar señales de remontar después de un suave descenso al entrar la década.

El uso de cocaína en adolescentes no tiene ninguna variación, sus declaraciones han oscilado en torno al 1% desde el comienzo de la serie. Entre los jóvenes de 19-25 años se aprecia una variación especialmente llamativa de 2,8% a 3,8%, pero que no alcanzó la cumbre de 2002 que fue de 4%. Entre adultos jóvenes (26-35 años) la cocaína ha sobrepasado el umbral del 2%, mientras que por segunda vez consecutiva los adultos (36-44 años) superan el 1,5%, una marca completamente inédita en este grupo de edad. El aumento de la cocaína se produce enteramente entre los hombres, las declaraciones de uso de cocaína en mujeres son completamente estables.

Figura 3

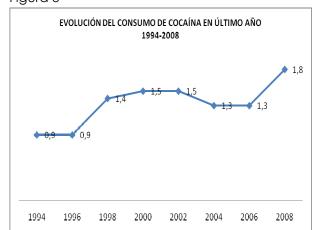


Figura 4

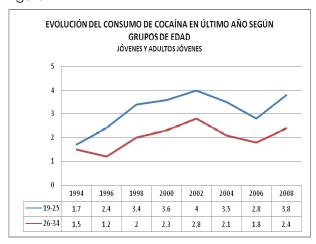


Figura 5

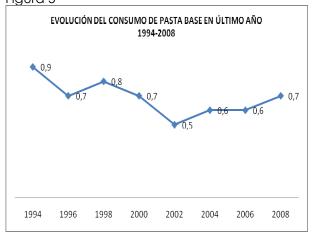
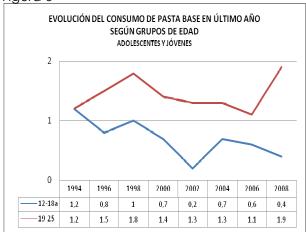


Figura 6



CUADRO 3: EXPOSICIÓN A OFERTAS DE COCAÍNA Y PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL USO DE COCAÍNA- % que declara que le han ofrecido cocaína en el último año y % que observa un riesgo grande en el uso experimental de cocaína

	EXI	POSICIÓN	I A OFERT	PERCEPCIÓN DE RIESGO			
	2002	2004	2006	2006	2008		
TOTAL	4,4	5,3	5,0	6,4	70	75	
ADOLESCENTES	2,7	3,7	3,5	6,2	60	66	
JÓVENES	9,6	12,1	8,6	12,1	57	63	

El aumento de la cocaína no está relacionado con alguna caída en la percepción de riesgo: los datos muestran que la percepción de riesgo ante el uso experimental de cocaína aumentó en el último bienio de 70% a 75% para quienes perciben un gran riesgo en probar cocaína una o dos veces. También adolescentes y jóvenes registran progresos en la percepción de riesgo ante el uso de cocaína.

La exposición a ofrecimientos recientes de cocaína, en cambio, aumenta de manera significativa alcanzándose esta vez la cifra más alta de la serie: 6,4% de la población

declara que alquien le ha ofrecido cocaína en los últimos doce meses. Este aumento es especialmente preocupante en adolescentes que casi han duplicado sus declaraciones de oferta ubicándose en el promedio nacional de 6% y entre jóvenes que aumentan a 12% sus declaraciones de oferta, una cifra no obstante que ya habían alcanzado en una oportunidad anterior. Estos aumentos no se producen en pasta base que mantiene su registro de 4% para ofrecimiento de último año, con ligeras incrementos en adolescentes y jóvenes siempre por debajo de los que ocurrieron en la cocaína.

El aumento de la oferta de cocaína se complementa con indicaciones sobre una caída en el precio: en cocaína se reporta una disminución del 20%, desde 5.840 pesos el gramo en 2004 hasta 4.534 en 2008. El precio de la cocaína ha sufrido variaciones por arriba, no por abajo: la proporción que declara consequir el aramo de cocaína a 10.000 pesos o más ha bajado de 25% a 10% en el período, mientras que quienes consiguen cocaína a menos de 5.000 pesos han permanecido siendo alrededor de un tercio de los consumidores actuales. El papelillo de pasta base, en cambio, ha tenido un comportamiento estable con promedios que oscilan en torno a 1.000 pesos en la serie, mientras que el precio al menudeo de la marihuana se ha incrementado en casi un 15% en el último quinquenio desde un promedio de 816 pesos el cigarrillo en 2004 hasta 939 en 2008. La cocaína es la única sustancia de la que se tienen indicios de que su precio (y probablemente su calidad también) ha bajado lo que la vuelve eventualmente más disponible.



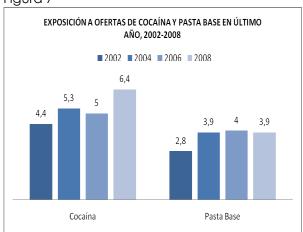
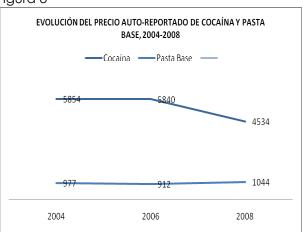


Figura 8



Todas las demás drogas consideradas en este estudio registran montos y variaciones muy menores: las declaraciones de éxtasis, crack, alucinógenos, inhalables y heroína no sobrepasan el 0.2% de prevalencias de último año, y ninguna marca un aumento que pueda considerarse estadísticamente significativo. El uso indebido de tranquilizantes alcanza prevalencias estables de alrededor de 3% en último año, pero estimulantes y analgésicos sin receta médica registran prevalencias mucho más bajas.

#### EL TABACO SE MANTIENE ESTABLE Y BAJA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Los resultados para uso de tabaco aparecen completamente estabilizados: las declaraciones de uso diario de cigarrillos (20 o más días en el último mes) han permanecido bordeando el 30% en el último quinquenio, con series estables para adolescentes que marcan alrededor de 15% de prevalencia diaria, mientras que los jóvenes confirman en este estudio el descenso obtenido la vez anterior en que el consumo diario de cigarrillos bajo de 39% a 30%. También las declaraciones de cantidad de cigarrillos no han evolucionado favorablemente: los resultados de 2006-2008 de 6,8 cigarrillos promedio diario para prevalentes de último mes son los más altos obtenidos en la serie que alguna vez obtuvo promedios de 6,0. Según estos datos, las iniciativas de regulación del uso del tabaco que se han implementado en el país en los últimos años no han desalentado significativamente las prevalencias, a pesar de que la percepción de riesgo para el uso diario de tabaco permanece alta y estable desde hace mucho tiempo

El consumo de alcohol muestra un descenso muy pronunciado: la prevalencia de último mes cae 8 puntos porcentuales, desde 58% hasta 50%, mientras que el uso diario de alcohol se reduce a la mitad, desde 2,4% hasta 1,2%, el mejor registro de la serie. La caída del alcohol, sin embargo, se produce sobre todo entre adultos, especialmente mayores de 45 años donde el alcohol de último mes pierde 14 puntos porcentuales, mientras que entre adolescentes y jóvenes los progresos varían 3 o 5 puntos porcentuales.

Figura 9

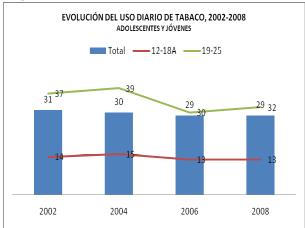
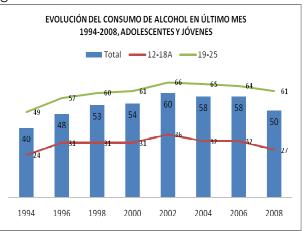


Figura 10



### DISPARIDADES EN EL USO DE COCAÍNA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los datos muestran diferencias muy grandes según nivel socioeconómico en el uso de cocaína (clorhidrato de cocaína) que han continuado ensanchándose en la última década. Actualmente la prevalencia de último año de cocaína en el nivel socioeconómico bajo es de 2,4% mientras que en el nivel socio-económico alto es solamente de 1,5%. La cocaína es definitivamente una droga que se aloja en los ambientes más pobres, tal como ha ocurrido desde siempre con la pasta base. La

prevalencia de último año en pasta base marcó esta vez 1,4%, tres veces más que en el nivel socio-económico alto. En su conjunto el uso de cocaína total (cocaína y/o pasta base) es el doble en el nivel socio-económico bajo respecto del alto. También la intensidad de uso suele ser mayor en el nivel socio-económico bajo: en cocaína se ha declarado entre 4-5 días promedio en el último mes, mientras que en pasta base el promedio ha oscilado en torno a los 10 días: ambos registros están por encima del a intensidad declarada en el nivel socio-económico alto. La marihuana, en cambio, carece de esta disparidad socio-económica: las diferencias han sido siempre inestables y relativamente exiguas, los datos de 2004-2006 parecieron confirmar un desequilibrio del consumo de marihuana hacia el nivel socio-económico alto, pero los datos del estudio actual han vuelto a cerrar la brecha y las prevalencias han vuelto a ser muy similares en los diferentes niveles socio-económicos. También la intensidad de uso de la marihuana suele ser mayor en el nivel socio-económico bajo aunque con diferencias más ceñidas de las que prevalecen en cocaína/pasta base.

Figura 10

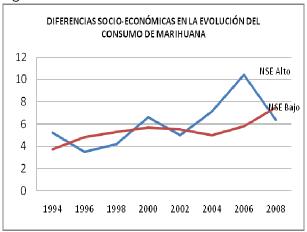
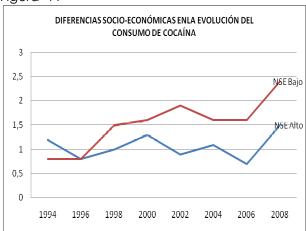
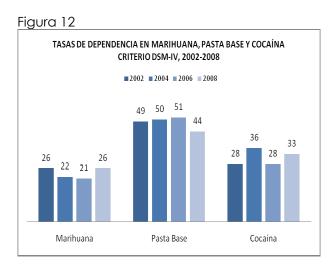


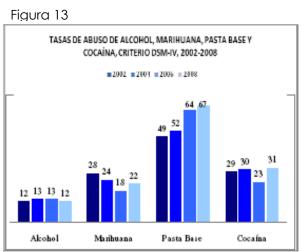
Figura 11



#### LA MARIHUANA PRODUCE ALTOS INDICES DE DEPENDENCIA Y ABUSO

La dependencia está asociada a síntomas auto-declarados de privación (se usa alguna droga para evitar algunos problemas o éstos aparecen cuando se deja de usar la droga), tolerancia (se requiere consumir más que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad tiene menos efecto) y uso compulsivo (se usa droga a pesar de que se tiene el propósito de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas o trastornos que se desearían evitar). La tasa de dependencia se calcula a partir de la existencia de tres o más síntomas, reunidos en una lista total de siete según el criterio DSM-IV. Los datos muestran que la proporción de consumidores de marihuana de último año que declaran síntomas de dependencia han oscilado en torno al 25%: es importante destacar que al menos 1 de cada 4 adolescentes o jóvenes que han usado marihuana en el último año, registran síntomas de dependencia, una cifra que muestra claramente los riesgos asociados al uso de marihuana y que desmiente la presunción de que la marihuana no produce adicción. En el caso de la pasta base y cocaína, las tasas de dependencia tampoco han sufrido alteraciones importantes: la pasta base es la sustancia que suscita siempre mayor dependencia, alrededor del 50% de los consumidores recientes, aunque el reaistro del estudio actual es algo más bajo, lo que calza con una intensidad de uso también mayor para esta droga respecto de cualquier otra. La cocaína, por su parte, ha estado fluctuando en tasas de dependencia cercanas al 30%, semejantes a la de la marihuana, con intensidades de uso, sin embargo, mucho menores.





Las declaraciones de abuso también utilizan un criterio DSM-IV y miden trastornos específicos que provoca el uso de drogas. Estos trastornos son: problemas en la casa, trabajo o estudio a causa del uso de alguna droga, exposición a riesgos contra la propia integridad física, dificultades en las relaciones con el entorno inmediato como familia y amigos y problemas con la ley. La declaración de abuso se obtiene con uno o más de los cuatro criterios anteriormente señalados. Los resultados siguen aproximadamente la misma secuencia que la dependencia: la pasta base entrega indicaciones de abuso mucho más altos que las demás drogas y, a diferencia de la dependencia, la proporción que abusa de pasta base tiende a aumentar:

actualmente el 67% de quienes han consumido pasta base en el último año marcan abuso. El abuso de cocaína ha oscilado en torno al 30%, mientras que el de marihuana ha descendido en los últimos años hasta ubicarse en torno al 20%. La estimación de abuso del alcohol es siempre menor que el de las demás drogas, alrededor del 10% lo que significa dos veces menos que la marihuana y tres veces menos que la cocaína. Las declaraciones de abuso de alcohol entre jóvenes, sin embargo, que han fluctuado en torno al 20% (dos veces más que el promedio nacional) son similares a las de la marihuana: en este último estudio la proporción de abuso de alcohol entre jóvenes de 19-25 años alcanzó 20%, mientras que la de marihuana se ubicó en 22%.

#### LA MARIHUANA ES UNA PUERTA DE ENTRADA HACIA LA COCAÍNA

El uso de marihuana debilita la percepción de riesgo que se tiene sobre drogas como la cocaína y aumenta la probabilidad de escalar hacia ella. Los datos muestran que la percepción de riesgo respecto del uso de cocaína es siempre mucho menor entre quienes han usado solamente marihuana respecto de aquellos que no han usado ninguna droga. El riesgo frente al uso experimental de cocaína (probar cocaína una o dos veces) alcanza a 76% entre quienes no han usado ninguna droga, pero cae a 45% entre quienes declaran que sólo han usado marihuana (y no han probado cocaína u otra droga similar). Entre los jóvenes esta caída en la percepción de riesgo va de 66% a 41%. Estos datos confirman que usar aunque sea solamente marihuana predispone hacia el uso de otras drogas de una manera siempre significativa y consistente. El llamado efecto de "puerta de entrada" que se adjudica a la marihuana opera a través de la disminución de la percepción de riesgo respecto de drogas como cocaína.

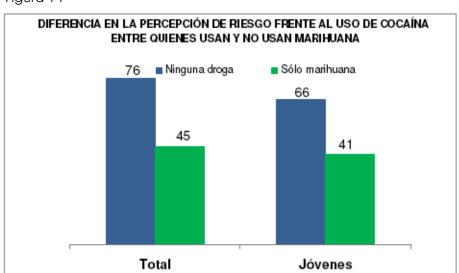
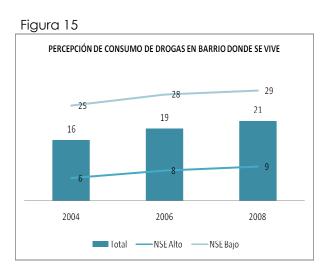
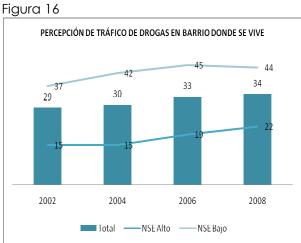


Figura 14

## PERCEPCIÓN DE TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS CONTINUA SIENDO ALTA

La percepción de consumo y tráfico de drogas en el barrio donde se vive continúa siendo alta: la proporción que observa mucho consumo de drogas en lugares públicos, calles o plazas de su barrio, alcanzó a 21% en este estudio, una cifra que ha venido aumentando desde el 16% que marcó en 2004, año en que se inició la serie. La percepción de tráfico de drogas en los barrios que se habitan obtiene su registro más alto en el estudio actual con 34%, una cifra similar a la obtenida en estudios anteriores, pero que comenzó en 29% en 2002 y ha ganado, por consiguiente, 5 puntos porcentuales en el período. Las diferencias socio-económicas en estas percepciones de consumo y tráfico son muy considerables: en ambos casos la brecha alcanza a 20 puntos porcentuales. En percepción de tráfico los barrios más pobres doblan a los barrios más ricos con cifras de 44% y 22% respectivamente, mientras que en percepción de consumo público la relación es todavía más pronunciada con diferencias de 29% a 9%.





EL PAÍS DESAPRUEBA GENERALIZADAMENTE LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA PARA MAYORES DE 18 AÑOS Y MUESTRA UNA POSICIÓN FUERTE DE CONTROL FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS.

Frente a cualquier especulación respecto a la idea de legalizar la marihuana en nuestro país, contundentemente el 71% del total de la población desaprueba categóricamente la idea de legalizar. Inclusive, entre los mismos prevalentes de marihuana, casi 1 de cada 3 de ellos no favorece la legalización. La desaprobación de la legalización de la marihuana atraviesa también todos los grupos de edad, incluyendo casi dos tercios de los jóvenes (figura 17).

En relación a políticas de control de drogas lícitas e ilícitas, el 75% de la población castigaría el micro-tráfico con penas de cárcel y un 86% de los encuestados piensa que debería ser obligatorio un test de drogas para quienes ejercen cargos públicos.

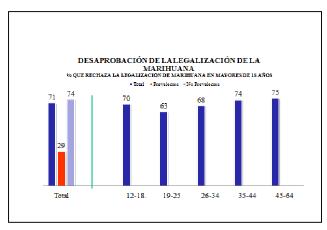
Por otro lado, casi la totalidad de los chilenos (93%) aumentaría las penas para quienes conducen en estado de ebriedad y un 72% reduciría el horario de venta de alcohol en las noches. En relación al cigarrillo, un 64% reduciría los lugares de venta de tabaco y un 79% prohibiría completamente el uso de cigarrillos en los lugares de trabajo.

Cabe destacar que dichos consensos son también ampliamente compartidos por los jóvenes, cuestión que se aprecia en los gráficos siguientes (figura 18: línea roja vertical)

Figura 17



Figura 18



# LA DEMANDA POR PREVENCIÓN OBLIGATORIA EN LOS COLEGIOS ES UNÁNIME Y CONSTITUYE UN EJE FUNDAMENTAL PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS.

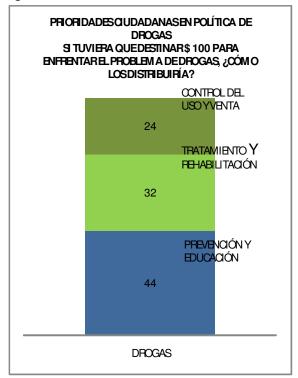
La exigencia de incorporar la prevención del consumo de drogas dentro del curriculum escolar es mayoritaria: casi todo el mundo está de acuerdo en que la prevención del consumo de alcohol y drogas debe ser una materia obligatoria en los colegios. Esto respalda ampliamente las políticas públicas que se han desarrollado en la última década en relación a la incorporación de programas de prevención en los establecimientos educacionales.



En esta misma dirección, la prevención y educación sigue siendo la modalidad preferida para enfrentar el problema de las drogas. Si la gente tuviera que destinar \$100 para encarar el problema de las drogas \$44 los invertiría en prevención, \$32 en tratamiento y rehabilitación y \$24 en control del consumo y de la oferta. La confianza pública en la prevención y educación es un poderoso incentivo para el desarrollo y mejoramiento de los programas que se implementan actualmente en el país.

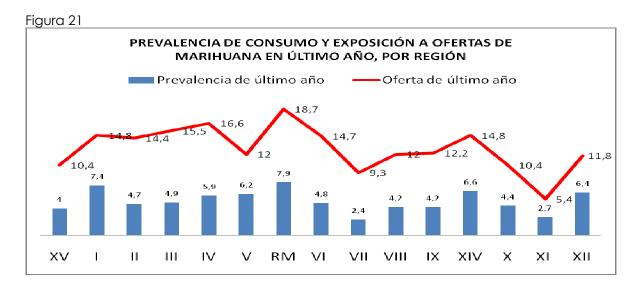
En su conjunto, el país se inclina por mucho control para enfrentar el problema del tráfico de drogas, pero prefiere la prevención y educación para resolver el problema del consumo.

Figura 20

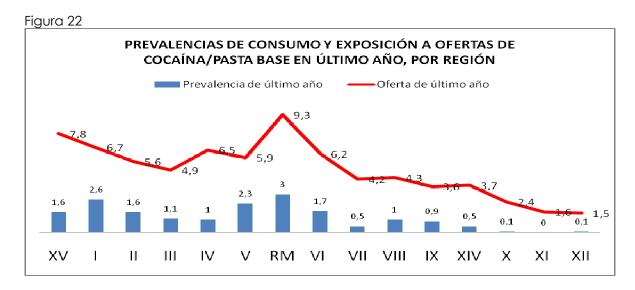


#### **ESCENARIO EN REGIONES**

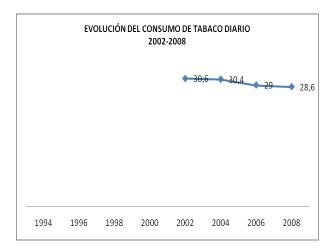
La diferencias regionales en consumo de marihuana y cocaína son casi todas ellas estadísticamente no significativas: los datos advierten, sin embargo, prevalencias más altas en la Región Metropolitana y Quinta Región que son características, y luego en el norte del país, en la actual Primera región. Algunas regiones del sur del país de menor prevalencia histórica entregan tasas de consumo de marihuana inusualmente altas en esta oportunidad como la Decimocuarta y Duodécima, pero las diferencias con otras regiones del sur están dentro del margen de error estadístico. La curva de oferta de marihuana es muy parecida a la de prevalencia: regiones de alta oferta son también las regiones de mayor consumo, aunque existen algunas excepciones como la Quinta Región en este caso (figura 21).

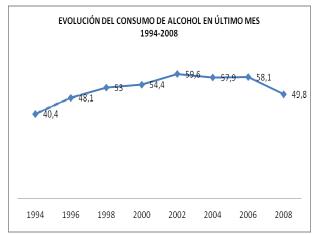


En pasta base y cocaína la concentración geográfica en la zona central y en el norte, sobre todo Primera Región, es todavía más clara y definitiva: todas las regiones del sur se mantienen por debajo del promedio nacional. También la curva de oferta va siguiendo la curva de prevalencia con bastante exactitud con la excepción, sin embargo, de la Región de Arica y Parinacota (figura 22).

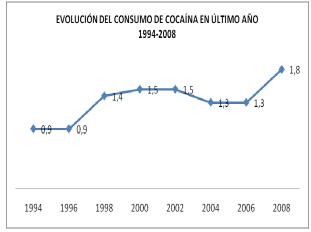


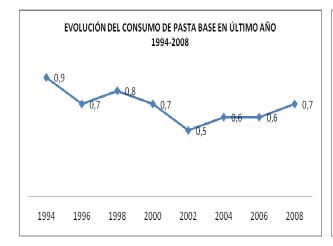
### ANEXO 1: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO EN TODA LA MUESTRA SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2008

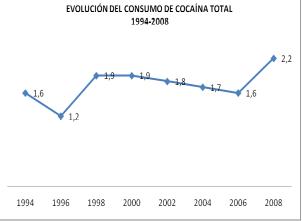




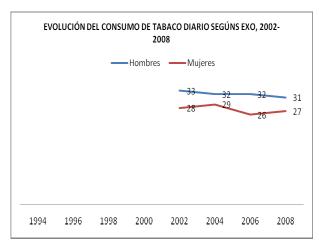


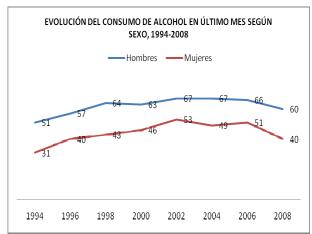


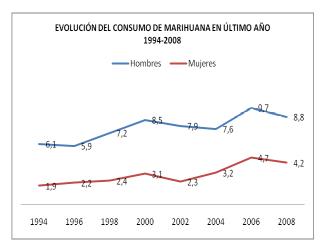


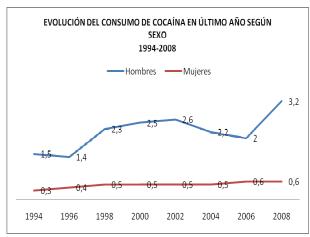


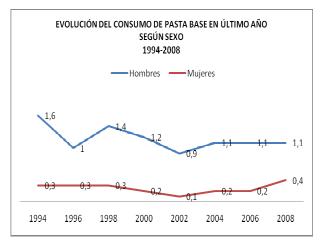
# ANEXO 2: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO AJUSTADAS SEGUN SEXO COMPARACION ENTRE HOMBRES Y MUJERES SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2008

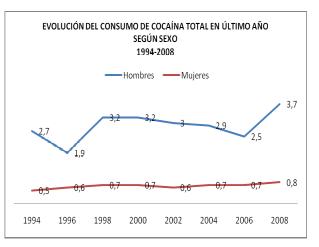




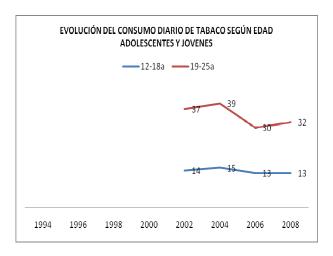


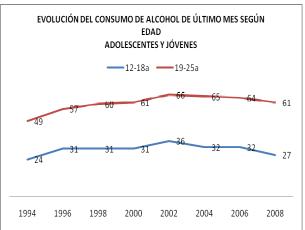


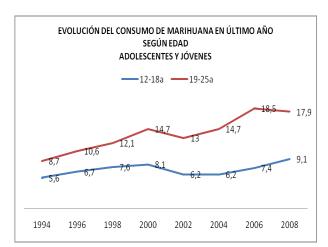


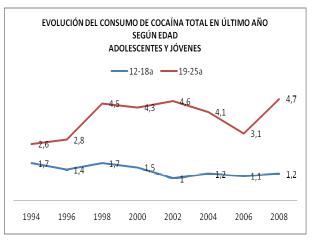


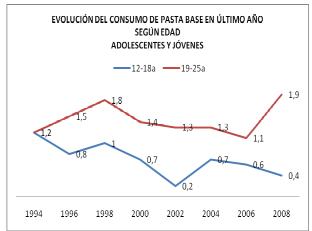
# ANEXO 3: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO SEGÚN GRUPOS DE EDAD ADOLESCENTES (12-18 AÑOS) Y JÓVENES (19-25 AÑOS) SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2008

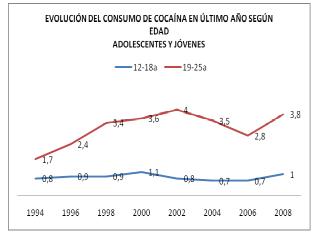




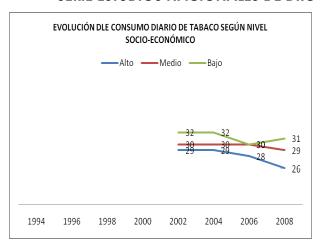


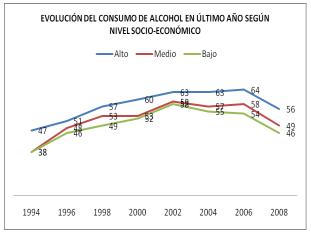


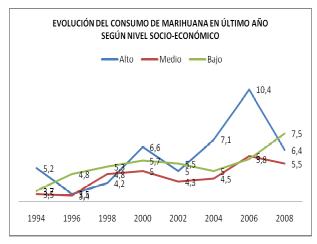


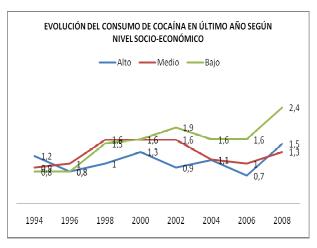


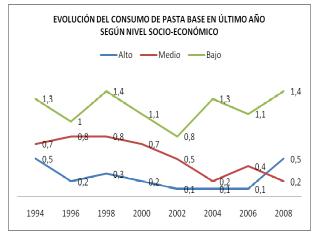
# ANEXO 4: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO SEGÚN NIVEL SOCIO-ECONÓMICO NIVEL ALTO, MEDIO Y BAJO SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2008

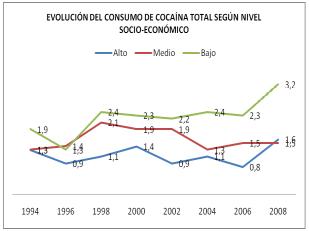












ANEXO 5: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE TODAS LAS DROGAS SERIE COMPLETA DE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL								
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
TABACO								
Prevalencia vida	63,8	71,5	72,5	69,7	70,1	73,0	69,1	68,7
Prevalencia año	46,1	48,4	47,7	49,5	49,0	49,4	48,3	47,3
Prevalencia mes	40,7	41,3	41,6	44,0	43,6	43,6	42,4	41,2
Prevalencia diaria		,	,		30,6	30,4	29,0	28,6
ALCOHOL								
Prevalencia vida	73,6	84,8	84,9	84,8	86,7	86,9	85,0	82,0
Prevalencia año	60,9	71,5	71,6	73,9	75,3	76,0	73,6	68,5
Prevalencia mes	40,4	48,1	53,0	54,4	59,6	57,9	58,1	49,8
Prevalencia diaria					2,7	1,8	2,4	1,2
MARIHUANA								
Prevalencia vida	13,0	17,5	17,4	20,8	23,1	24,1	26,2	26,0
Prevalencia año	4,0	4,0	4,8	5,7	5,0	5,4	7,2	6,4
Prevalencia mes	1,8	1,3	2,0	2,8	2,8	2,7	4,0	3,5
					0,5	0,5	1,1	1,1
PASTA BASE								
Prevalencia vida	2,1	2,1	2,4	2,8	2,9	3,0	2,9	3,1
Prevalencia año	0,9	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7
Prevalencia mes	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4
COCAINA								
Prevalencia vida	2,3	2,8	4,2	4,9	5,5	5,8	6,5	6,6
Prevalencia año	0,9	0,9	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,8
Prevalencia mes	0,3	0,3	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6	1,0
COCAINA TOTAL								
Prevalencia vida	3,5	4,0	5,4	6,1	6,6	7,1	7,4	7,7
Prevalencia año	1,6	1,2	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	2,2
Prevalencia mes	0,6	0,4	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	1,3
CRACK								
Prevalencia vida					0,1	0,1	0,2	0,3
Prevalencia año					0	0	0,1	0,2
Prevalencia mes					0	0	0	0
EXTASIS								
Prevalencia vida				0,2	0,2	0,3	0,5	0,3
Prevalencia año				<u> </u>	0,1	0,1	0,1	0,1
Prevalencia mes					0	0	0	0

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
ALUCINOGENOS								
Prevalencia vida					0.9	0.9	1,3	1,0
Prevalencia año					0.1	0.1	0.4	0,2
Prevalencia mes					0	0	0	0,1
INHALABLES								
Prevalencia vida				1,1	2.3	2.2	1,3	1,8
Prevalencia año				0,1	0.3	0.2	0.1	0,2
Prevalencia mes					0.1	0.1	0.1	
HEROINA								
Prevalencia vida				0,1	0.1	0.1	0.1	0,2
Prevalencia año					0	0	0	0,1
Prevalencia mes					0	0	0	0
ESTIMULANTES SIN RECETA MEDICA								
Prevalencia vida			1,5	2,9	3,2	2.9	2.5	2,3
Prevalencia año			0,2	0,4	0,5	0.4	0.4	0,4
Prevalencia mes				0,1	0.3	0.1	0.1	0,1
TRANQUILIZANTES SIN RECETA MEDICA								
Prevalencia vida					8.5	7,0	7,0	6,5
Prevalencia año						3.0	3.3	3,1
Prevalencia mes						1.1	1.3	0,8

<sup>\*</sup>ALUCINÓGENOS (LSD u otros ácidos, polvo de ángel, peyote o San Pedro y mescalina)

<sup>\*</sup>INHALABLES (neoprén, tolueno, bencina o parafina, éter u otros solventes volátiles usados en pinturas, pinturas en spray, poppers, acetona y solventes para extintores de incendio),

<sup>\*</sup>ESTIMULANTES SIN RECETA MÉDICA (anfetaminas, ritalín, metifenidato o ritrocel, cylert o pemolina, cidrín, escancil, fenproporex y anfepramona,

<sup>\*</sup>TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA (clonazepam, ravotril o valpax, alprazolam, zotrñan o ativán, lorazepam o amparax, valium o diazepam, clorodiacepóxido, bromacepam, dormonito midazolam, zopiclona, zolpidem o sommo, flunitracepam o royphnol)