

**BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS, EXTENSIÓN Y PUBLICACIONES**

**CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES**

**DEPESEX/BCN/SERIE INFORMES  
AÑO XIV, N° 131**

**SANTIAGO DE CHILE  
ABRIL DE 2004**

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>LOS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>2</b>
<b>LA MARIHUANA.....</b>	<b>4</b>
<b>LA COCAÍNA.....</b>	<b>6</b>
<b>PASTA BASE DE COCAÍNA.....</b>	<b>8</b>
<b>LA HEROÍNA.....</b>	<b>9</b>
<b>EL EXTASIS.....</b>	<b>11</b>
SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSÍQUICOS.....	11
CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO.....	12
<b>PREVALENCIAS DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGA.....</b>	<b>26</b>
<b>PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGAS Y SEXO.....</b>	<b>27</b>
<b>PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGAS Y POR EDAD.....</b>	<b>28</b>
<b>PREVALENCIAS DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGAS Y POR NIVEL SOCIOECONÓMICO.....</b>	<b>29</b>
<b>PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO DE “DROGAS USADAS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.....</b>	<b>30</b>

# **CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES**

**Informe elaborado por Mónica Chacón D.**

## **Introducción**

La definición dada por la organización Mundial de la Salud acerca de las drogas es la siguiente: “Droga” es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica física o ambas. Siendo también consideradas como tales, todos aquellos fármacos utilizados como herramientas terapéuticas.

Dentro de las drogas existen tanto las legales como las ilegales, lo cual depende de la legislación y del marco de referencia cultural en el cual uno se encuentra, de hecho las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan un mayor número de problemas son el tabaco y el alcohol, cuyo uso está permitido.

Las drogas pueden administrarse de diversas formas como por ejemplo el alcohol y los medicamentos por vía oral, o bien se fuman como el tabaco y la marihuana, y otras pueden administrarse por vía endovenosa (inyectada) y algunas son aspiradas por vía nasal.

Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar (como lo hacen las drogas clasificadas como estimulantes); tranquilizar, calmar o eliminar el dolor (como lo hacen las drogas clasificadas como depresoras); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad (como las drogas denominadas alucinógenas).

Pero al hablar de drogas nos referimos al abuso, o sea el mal uso de una sustancia que usada sin supervisión médica y para fines que no son el curar ninguna enfermedad, como abuso de fármacos; sustancias legales y, también de las prohibidas por la ley como la Marihuana, Cocaína y Pasta Base. Este tipo de drogas provoca en los usuarios, un fenómeno llamado tolerancia, esto quiere decir que quien usa la droga necesita cada vez mayor cantidad para obtener el mismo efecto, este es el proceso que hace adicta a la persona, hasta llegar a depender totalmente de dicha sustancia. Se suma un efecto de escalada, el cual corresponde a buscar varios tipos de drogas más potentes con el fin de satisfacer la necesidad del adicto, siendo reconocido el hecho que la mayoría comienza con el abuso del alcohol.

## **Los Medicamentos.**

Los **barbitúricos y sedantes** son los fármacos más utilizados en los países desarrollados. En 1887 se describieron los primeros cuadros de dependencia a tranquilizantes como el paraldehído, habiéndose extendido posteriormente a sustancia como cloral, barbitúricos, bromureído, diazepam, meprobanato, metacuolona, etc. El consumo de estas sustancias está extendido en toda la población sin haberse detectado grupos sociales o de edad determinados, aunque están más predispuestas las mujeres. En pequeñas dosis se usan como ansiolíticos, es decir, como fármaco que mitigan la angustia e intranquilidad, y en grandes cantidades sus efectos son embriagadores, similares a los que puede producir el alcohol.

Los barbitúricos provocan una dependencia física y psíquica, así como tendencia a aumentar el consumo por el grado de tolerancia que poseen. Los sujetos con base neurótica son los más predispuestos a la dependencia de esta sustancia, al desear aliviar la ansiedad que sufren. La mortalidad por sobredosis es elevada, siendo el tipo de fármaco más usado para el suicidio. El consumo junto con alcohol es frecuente, creando interacciones potenciadoras de los efectos de ambas drogas, caracterizadas por trastornos en la coordinación psicomotriz y por el descenso del nivel de conciencia. A grandes dosis pueden presentarse cuadros comparables al “delirium tremens” del alcohol.

Algunos adictos consumen esta sustancia junto a otras como alcohol, café o anfetaminas, llegando a situaciones de perturbación psíquica y física muy importantes y afectando muy notoriamente el auto-control. La dependencia aparece después de varios meses de haber ingerido dosis diarias, aunque depende del tipo de barbitúrico. El consumo continuado durante años llega a cambiar la personalidad, transformándola en más irritable, depresiva, con pérdida de memoria y concentración.

**Bensodiazepinas.** El cerebro regula normalmente las emociones, pero cuando se desbordan finalizan en sensaciones de angustia incontrolables. Mediante las benzodiazepinas se aminora e incluso se anula esta sensación, provocando una situación de bienestar. Estas sustancias provocan, como otras drogas, el fenómeno de la tolerancia y en especial la “tolerancia cruzada”, que es un efecto por el cual un consumidor de varias drogas se hace tolerante a otras, a pesar de no haber tenido con éstas ningún encuentro previo.

**Rohypnol.** Es el principal nombre comercial del Flunitrazepam, fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas que se usa en el tratamiento a corto plazo de insomnio y como un sedante hipnótico y pre-anestésico (entre sus consumidores es conocido como “chicota” al usarse por vía nasal.)

Tiene efectos fisiológicos similares al diazepam (cuyo primer nombre comercial es valium), aunque el flunitrazepam es aproximadamente 10 veces más potente. Este fármaco es producido y vendido legalmente en Europa y América Latina bajo prescripción y control médico, pero en Estados Unidos su comercialización y consumo es ilegal. Los adictos consumen flunitrazepam por vía oral frecuentemente junto con alcohol u otras drogas, incluso heroína. En nuestro país, como ya se mencionó, se le llama “chicota” y se aspira a modo de cocaína. Sus efectos empiezan dentro de 30 minutos, alcanza el cenit hacia dos horas, y pueden persistir 8 horas o más, dependiendo de la dosis. Los efectos colaterales asociados con su uso incluyen la hipotensión, deterioro de la memoria, adormecimiento, dificultades visuales, vértigo, confusión, perturbaciones gastrointestinales y retención urinaria. Aunque se trata de una droga depresiva, pueden presentarse efectos antagónicos induciendo excitación y comportamiento agresivo en algunos casos. El consumo de esta droga acarrea dependencia.

Una vez que ésta se desarrolló, el adicto experimenta graves efectos psíquicos como ser ansiedad extrema, tensión, inquietud, confusión, irritabilidad, pérdida de identidad, alucinaciones, delirios, fobias o terror desmedido. Entre los efectos físicos se presentan dolores de cabeza y muscular, entumecimiento y prurito en las extremidades, (picazón) convulsiones, trastorno e incluso colapso cardiovascular. Esta sustancia es usada por muchos adictos a las llamadas “drogas duras” para aliviar síntomas de la abstinencia, (dentro de los fármacos que han sido utilizados con finalidad de “drogarse” son los jarabes para la tos “antitusígenos” que poseen dentro de sus principios activos la codeína, derivado de la morfina, cuya ingesta en dosis elevadas produce efectos similares a la marihuana, razón por la cual se expende con receta médica.) (En la actualidad existe un fármaco el cual es un potente analgésico, también derivado de la morfina que es el clorhidrato de tramal, que se vende sin restricción ni necesidad de receta, que también es objeto de abuso).

## **La Marihuana:**

**Marihuana.** Conocida durante miles de años como medicina e intoxicante, la marihuana fue muy utilizada en el siglo XIX como analgésico anticonvulsionante e hipnótico. La *Cannabis Sativa*, de la cual se extraen los tetrahidrocanabinoides (THC), que son los principios activos, es una planta que crece prácticamente en cualquier parte. Esta sustancia es una de las drogas más populares y consumidas entre los jóvenes de nuestro país. El 21 % de los adolescentes chilenos la ha consumido alguna vez en la vida (Encuesta UNICEF, Paz Ciudadana, Ministerio de Salud, 1994); “entre los jóvenes menores de 20 años se encontraron 15% de consumidores ocasionales de Marihuana y 29% de consumidores habituales”. (Segunda Encuesta Nacional de la Juventud (Instituto de la Juventud, 1997)

Se postula que la Marihuana produciría una excitación de los centros nerviosos superiores, lo que generaría la revelación de las tendencias más profundas del subconsciente. El pensamiento íntimo y secreto del individuo se traduciría en palabras actos y alucinaciones. Los efectos los podemos resumir de la siguiente manera:

**Efectos Psicológicos:** Euforia, leve sensación de bienestar, agudización perceptual, alteración de la dimensión temporo espacial, perturbación del curso formal y contenidos del pensamiento, deterioro de la memoria a corto plazo. Puede presentar ansiedad, depresión, confusión y trastorno del pensamiento.

**Efectos físicos:** Sequedad bucal, inyección conjuntival, taquicardia; a veces cefalea frontal, y dolor precordial; aumento del apetito, somnolencia, impotencia temporal.

**Efectos a largo plazo:** Aumento en el riesgo de afecciones respiratorias, fijación de THC en los tejidos grasos del cuerpo (cerebro y órganos reproductores), síndrome amotivacional, dependencia psicológica, escala al consumo de otras drogas, definición de identidad del adicto.

La Marihuana puede producir distintos efectos en los usuarios, alguno se puede sentir relajado, otro locuaz, tal vez un tercero desorientado lleno de sensaciones fluctuantes y pensamientos desagradables, un cuarto puede quedar como un zombi. Dosis fuerte podrían provocar distorsiones de las imágenes, pérdida de identidad, delirios y alucinaciones. Los primeros efectos se advierten poco después de haber consumido y se obtiene el máximo de ellos entre los 10 a 30 minutos. Pueden durar 2 a 3 horas dependiendo de la potencia del THC y de las expectativas y de la experiencia de quién la fuma.

En ciertos países la marihuana es utilizada con fines terapéuticos con indicación médica para algunos tipos de cáncer, dolor crónico y glaucoma, debido a que los beneficios obtenidos son mayores respecto a los posibles efectos colaterales.

En el mercado se pueden encontrar tres tipos de drogas derivadas del *Cannabis\_Sativa* Marihuana. Hashish y aceite de Hashish, a pesar de que en nuestro país se consume prácticamente la hoja.

## La Cocaína:

En el Altiplano (Bolivia y Perú) crece un arbusto denominado botánicamente *erythroxylon cocae*, de cuyas hojas se extrae una sustancia blanca, cristalina, conocida con el nombre de clorhidrato de cocaína. Su extracción es relativamente sencilla, pudiéndose efectuar con elementos y reactivos de fácil adquisición, no siendo necesaria la infraestructura de un laboratorio para efectuar el proceso. El producto final, clorhidrato de cocaína se comercializa en forma ilícita bajo la forma de pequeños sobres, conteniendo 0.5 a 1 gr. de droga. Esta dosis se suele adulterar (cortar o estirar) mediante el agregado de anestésicos sintéticos (novocaína, xilocaína, etc).

La vía normal de administración en los adictos es por inhalación, produciéndose su absorción en la mucosa nasal. Debido a las características químicas de la droga, su uso abusivo por esta vía produce ulceraciones del taquique nasal que pueden llegar a perforarlo, son los llamados “estigmas de la cocainomanía”.

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central y se presenta en diversas formas: la más popular es el clorhidrato de cocaína – un polvo blanco y fino, semejante al cristal, que también se encuentra en piezas más grandes, llamadas “rocas”.

En general la cocaína es inhalada o inyectada, aunque existen otros dos métodos de ingestión que son extremadamente peligrosos: el primero consiste en calentarla e inhalar el humo, requiere la conversión de la cocaína en una sustancia purificada y alterada, que se puede fumar. Sus efectos en el organismo, son aún más peligrosos que los de la cocaína normal, porque llega al cerebro con mayor rapidez. El crack es la segunda nueva forma y la más preocupante de la cocaína. Es considerado por los expertos como la forma de cocaína más adictiva. Según los investigadores, es la única droga que en estudios experimentales llevados a cabo en animales de laboratorio escogen por encima de la comida, hasta el punto de llegar a morir de inanición.



La cocaína, como estimulante, aumenta el estado de alerta y causa una sensación de euforia, que constituye el anzuelo ideal para su elevada dependencia psicológica. Entre los efectos físicos inmediatos se encuentran las pupilas dilatadas, y el aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la temperatura del cuerpo y sudoración profusa. Cuando la cocaína se fuma, la excitación es más rápida e intensa, pero conlleva mayores riesgos, como confusión, disartría, (alteración en la articulación de la palabra) ansiedad y problemas psicológicos. La cocaína produce mayor tolerancia en el consumo de alcohol, permitiendo al consumidor ingerir cantidades mayores de éste sin sufrir sus efectos.

El crack es aún más adictivo que la cocaína porque produce una excitación intensa, casi inmediata, en cuestión de segundos. Sin embargo la depresión devastadora que sigue en pocos minutos usualmente hace que el consumidor necesite ansiosamente más crack. Los efectos físicos del crack a corto plazo son los mismos de la cocaína, sólo que más intensos. Eleva el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, lo cual puede derivar en una arritmia o un ataque al corazón provocando que los consumidores sientan como si les caminaran gusanos por la piel”.

Entre los efectos físicos de aspirar cocaína se encuentra “el de la nariz tapada” o “el resfriado”, mientras que la aspiración reiterada puede ulcerar la membrana mucosa de la nariz.

La cocaína puede llegar a producir crisis hipertensivas y alteraciones cardiovasculares con compromiso vital del consumidor.

La acción de quemar y fumar cocaína, debido a que requiere el uso de solventes volátiles, supone un riesgo adicional de explosión o incendio. Y la inyección de la cocaína puede conducir al SIDA o a otras enfermedades infecto contagiosas que eventualmente se pueden transmitir por agujas no esterilizadas y por soluciones contaminadas. Según estudios en Chile sería un porcentaje menor de las personas que se contagian por esta vía mas menos 7%.

## **Pasta Base de Cocaína:**

La pasta base se extrae de las hojas de coca con un proceso de maceración y mezcla con solventes como parafina, bencina, éter y ácido sulfúrico. Estos solventes son sustancias de alta toxicidad para el organismo lo que hace a la PBC muy dañina. Además se caracteriza por un alto poder adictivo. Generalmente se consume fumándola mezclada con tabaco (mono) o con Marihuana (Marciano). Los estudios sobre esta droga en Chile son escasos, sin embargo, se sabe que está instalándose su consumo en la juventud, especialmente en sectores marginales, debido a que es un subproducto de menor valor comercial, pero altamente adictivo.

Al fumarla su efecto es rápido e intenso, pudiéndose dividir en cuatro etapas:

**Etapas de euforia:** disminución de inhibiciones, sensación de placer y aumento del estado de ánimo. Disminución del hambre, la fatiga y el sueño.

**Etapas de angustia:** El efecto de la primera etapa dura escasos minutos, bruscamente el consumidor comienza a sentir angustia, depresión e inseguridad, lo que genera un deseo incontrolable de seguir fumando. De hecho en el común de la gente llama a estos adictos “angustiados”, los que son fácilmente reconocidos por su aspecto demacrado y estado de ánimo.

**Etapas del consumo ininterrumpido:** Ocurre cuando el sujeto desea evitar los efectos negativos de la etapa dos, manteniendo la dosis activa con un consumo continuado.

**Etapas de psicosis y alucinosis:** Se produce a consecuencia del consumo continuado. Hay alucinaciones, agitación, ideas paranoides, agresividad, alteración de la percepción de la realidad. Y tendencias suicidas.

Los efectos del consumo habitual de la pasta base son:

**Efectos físicos:** Pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verborrea, midriasis (dilatación de las pupilas). En algunos casos se observan náuseas sudor y diarrea, temblor, agitación psicomotora.

**Efectos del post tóxico y de abstinencia:** Déficit de la memoria, fatigabilidad de la concentración, desinterés por las actividades laborales y académicas, conducta antisocial.

**Efectos a largo plazo:** Dependencia son síntomas de abstinencia, necesidad de aumentar progresivamente la dosis y frecuencia de ingesta a fin de evitar el malestar que se produce cuando se elimina la sustancia del organismo.

## La Heroína:

La heroína es una sustancia que se extrae del opio (*Papaver Somniferun*), al igual que otros derivados opiáceos como la metadona, morfina, codeína, etc. El opio es utilizado por la humanidad desde la antigüedad, existiendo referencias de su consumo que datan de 4000 años antes de Cristo.

El opio se consumió por vía fumada en diversas zonas de Asia, aunque su gran poder nace a partir del aislamiento de sus diversos alcaloides. Es el caso, por ejemplo, de la morfina, un potente analgésico obtenido a partir del opio, aislado por químicos alemanes en 1806, y utilizado profusamente en la actualidad en contextos médicos. Debe su nombre a Morfeo, dios griego del sueño.

La heroína, conocida como caballo en el argot callejero, es una droga extremadamente adictiva. Estudios recientes indican que la forma de usar la heroína ha cambiado, pasando de

inyectarse la droga a inhalarla o fumarla, debido a que se obtiene más pureza con estos métodos y al concepto erróneo de que estas formas de empleo no llevarán a la adicción.

**Efectos psicológicos:** Euforia, sensación de bienestar, placer (como un orgasmo, según descripción de los consumidores)

**Efectos fisiológicos:** Analgesia (falta de sensibilidad al dolor). En los primeros consumos no son raras las náuseas y vómitos. Inhibición del apetito.

**Riesgos psicológicos:** Alteraciones de la personalidad. Alteraciones cognitivas, como problemas de memoria. Trastornos de ansiedad y depresión. Dependencia psicológica, que hace que la vida del consumidor gire obsesivamente en torno a la sustancia.

**Riesgos orgánicos:** Adelgazamiento, estreñimiento, caries, anemia, insomnio, inhibición del deseo sexual, pérdida de la menstruación. Infecciones diversas (hepatitis, endocarditis, etc) asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias en que tiene lugar el consumo y al estilo de vida del consumidor. El consumo habitual de heroína genera tolerancia con rapidez, por lo que el consumidor necesita ir aumentando la dosis para experimentar los mismos efectos. Ello explica el riesgo de sobredosis tras un período de abstinencia.

La heroína genera una elevada dependencia, acompañada de un desagradable síndrome de abstinencia (el mono) si se suspende el consumo o se administran dosis inferiores a aquellas a las que el organismo se ha habituado. El síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas como: lacrimo, sudoración, rinorrea, (sangramiento de la nariz) insomnio, náuseas y vómitos, diarrea, fiebre, dolores musculares, acompañados de una fuerte ansiedad.

Los efectos de la heroína a largo plazo aparecen después que la droga se ha estado usando repetidamente por un período de tiempo. El usuario crónico puede sufrir colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, enfermedades del hígado. Puede haber complicaciones pulmonares, incluso varios tipos de neumonía. Además de los efectos de la droga en sí, la heroína vendida en la calle puede contener aditivos que no se

disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro.

## **El Extasis:**

El Extasis es una composición basada en las anfetaminas a las que se adicionan otras sustancia. Así, además de los efectos estimulantes y de acuerdo a la composición puede alcanzar propiedades alucinógenas, semejantes a las producidas por la mescalina. En general se ingiere, pero puede fumarse e inyectarse.

### ***Síntomas físicos y psíquicos:***

En dosis pequeñas, hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso, sociable, a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad para las percepciones sensoriales. Como se eleva la temperatura del cuerpo, si se toma en lugares concurridos y se baila, se pierde líquido y se puede llegar a la deshidratación. También se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación, pudiendo presentarse crisis de ansiedad y ataques de pánico. Estas sensaciones van disminuyendo y puede surgir un comportamiento impredecible, pasando de la tranquilidad y la actitud amistosa a la ira y la provocación, así como insomnio y falta de apetito. Puede presentarse somnolencia, ansiedad, depresión e irritabilidad.

En el caso de dosis altas, o cuando existe una predisposición genética o hipersensibilidad hacia alguno de los compuestos, el consumidor puede desarrollar complicaciones graves, como profunda alteración de la consciencia, agitación, convulsiones e insuficiencia renal aguda, que puede causarle la muerte.

### **Consecuencias a largo plazo:**

Después de un tiempo de consumir éxtasis pueden aparecer trastornos neuropsicológicos y psiquiátricos permanentes, desde alteraciones de la memoria hasta trastornos efectivos y psicosis paranoide. También se presentan alteraciones cardiovasculares graves, como arritmias y colapso cardiovascular.

En el IV Estudio Nacional de Drogas, realizado durante el año 2000 se investigó además de aquellas drogas ilícitas de uso frecuente en nuestra población, existe el consumo de drogas “nuevas entre ellas el Extasis y la Heroína”.

### **DESCRIPCIÓN DE CASOS**

<b>Tipo de droga</b>	<b>Nº de la muestra</b>	<b>Nº expandido a la Población</b>	<b>Tasa de consumo en población</b>
Heroína	26	6.530	0.08
Extasis	38	12.119	0.16

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Tal como se puede observar en la tabla, al representar el consumo de estas drogas a nivel de la población nacional (entre 12 y 64 años) la tasa de consumo es bastante bajo, siendo 6.530 personas en el caso de la heroína y de 12.119 en el caso de éxtasis.

### **DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEXO**

<b>Sexo</b>	<b>HEROÍNA</b>			<b>EXTASIS</b>		
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Tasa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Tasa</b>
Hombres	4.916	75.3	0.14	6.423	53.0	0.18
Mujeres	1.614	24.7	0.04	5.696	47.0	0.13
<b>TOTAL</b>	<b>6.530</b>	<b>100</b>	<b>0.08</b>	<b>12.119</b>	<b>100</b>	<b>0.16</b>

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Como se puede observar, mientras el consumo de heroína se da con bastante mayor frecuencia en los hombres, el éxtasis es consumido por ambos grupos en magnitud similar.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN EDAD

Edad	HEROÍNA			EXTASIS		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
12 a 18	687	10.5	0.05	397	3.3	0.03
19 a 25	3.068	47.0	0.23	5.549	45.8	0.42
26 a 34	2.393	36.6	0.17	4.376	36.1	0.30
35 a 44	148	2.3	0.01	1.116	9.2	0.07
45 a 64	234	3.6	0.01	681	5.6	0.03
TOTAL	6.530	100	0.08	12.119	100	0.16

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Al igual que con las drogas ilícitas más comúnmente usadas, la mayor tasa de consumo de heroína y éxtasis se presenta en el grupo etéreo de 19 a 25 años, seguida del grupo de 26 a 34 años, donde también concentran los mayores porcentajes dentro de los consumidores. En el caso de la heroína casi la mitad de los que declararon consumo son del grupo entre 19 y 25 años. En el caso del éxtasis casi el 46% de los consumidores pertenecen también a dicho grupo etéreo.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

NSE	HEROÍNA			EXTASIS		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
Alto	233	3.6	0.05	4.853	40.0	1.08
Medio-Alto	375	5.7	0.03	2.465	20.3	0.18
Medio	2.645	40.5	0.09	3.072	25.4	0.11
Medio-Bajo	2.965	45.4	0.11	1.559	12.9	0.06
Bajo	312	4.8	0.08	170	1.4	0.04
TOTAL	6.530	100	0.08	12.119	100	0.16

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína

Como observamos, las tasas más altas de consumo de heroína se presentan en los niveles Medio-Bajo y medio, concentrando cerca del 90% de los consumidores. En cambio el consumo de éxtasis se da fundamentalmente en los niveles Alto, Medio-Alto y Medio, donde se concentra el 86% de los consumidores. Es importante destacar que la prevalencia de consumo en la vida de éxtasis, en el nivel socio-económico alto, es similar al consumo del último año de cocaína en ese grupo socioeconómico.

### **DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN ACTIVIDAD DEL ENTREVISTADO**

<b>Actividad Principal</b>	<b>HEROÍNA</b>		<b>EXTASIS</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Lab. Casa	312	4.8	0	0
Estudia	971	14.9	4.701	38.8
Trabaja j/c	2.047	31.3	5.003	41.3
Trabaja j/p	888	13.6	929	7.7
Trab. Esporádica	547	8.4	93	0.8
Cesante	1.644	25.2	1.224	10.1
Busca Trabajo	0	0	0	0
Jubilado	0	0	0	0
Otra	122	1.9	167	1.4
<b>Total</b>	<b>6.530</b>	<b>100</b>	<b>12.119</b>	<b>100</b>

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Respecto de la actividad de los encuestados el perfil de los que declararon consumo es bastante diferente. Mientras la heroína se asocia con los trabajadores de jornada completa y los cesantes, la actividad de los consumidores de éxtasis se concentra en los trabajadores de jornada completa y los estudiantes.



## DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

Escolaridad	HEROÍNA		EXTASIS	
	Nº	%	Nº	%
Univ. Completa/3 o más años	426	6.5	5.350	44.2
Univ. 1 o 2 años, Técnica, Media completa	2.886	44.2	4.180	34.5
Media o técnica incompleta	2.092	32.0	886	7.3
Básica completa	806	12.3	1.533	12.6
Básica incompleta/sin educación	321	4.9	170	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>6.530</b>	<b>100</b>	<b>12.119</b>	<b>100</b>

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Respecto a la escolaridad, los que declaran consumo de heroína tienen mayoritariamente educación universitaria (1 o 2 años), media o técnica completa. Por su parte en los consumidores de éxtasis predomina la educación universitaria completa o con tres o más años, y la educación universitaria incompleta, técnico profesional o media completa.

Al asociar la escolaridad con el nivel socioeconómico se observa que entre los que declaran consumo de heroína es más frecuente un tipo de educación “media” y predominan los niveles socioeconómicos medio y medio-bajo. En cambio entre los consumidores de éxtasis se observa preferentemente una educación “alta y nivel socioeconómico alto y medio-alto.

## DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN REGION DE RESIDENCIA DEL ENTREVISTADO

Región de residencia	HEROÍNA		EXTASIS	
	Nº	%	Nº	%
Metropolitana	3.631	55.6	9.899	81.7
V. Región	1.710	26.2	1.364	11.3
Resto del país	1.189	18.2	856	7.0
<b>TOTAL</b>	<b>6.530</b>	<b>100</b>	<b>12.119</b>	<b>100</b>

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Las personas que declararon haber consumido heroína o éxtasis pertenecen principalmente a las regiones metropolitana (55.6% y 81.7% respectivamente) y la V región (26.2% y 11.3% respectivamente). Sin embargo, es importante destacar el hecho de que la

gran mayoría de los consumidores de éxtasis están en la región metropolitana, con una prevalencia de vida de 0.24% (considerando la población de esta región, y con el 81.7% de los consumidores.

A continuación se presenta la relación entre consumidores de heroína y éxtasis con los consumidores de marihuana (prevalencia año)

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN CONSUMO DE MARIHUANA

Marihuana	HEROÍNA		EXTASIS	
	Nº	%	Nº	Tasa
Sí	4.197	64.3	7.886	64.9
No	2.333	35.7	4.253	35.1
TOTAL	6.530	100	12.119	100

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína.

Entre aquellos que declararon consumo de heroína, alguna vez en la vida, cerca del 65% declaró haber consumido marihuana durante el último año. Similar porcentaje se observa entre quienes declararon consumo de éxtasis.

Ahora se presenta la relación entre consumidores de heroína y éxtasis con los consumidores de cocaína (prevalencia año)

#### DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGÚN CONSUMO DE COCAINA

Cocaína	HEROÍNA		EXTASIS	
	Nº	%	Nº	Tasa
Sí	3.560	54.5	3.373	27.8
No	2.971	45.5	8.746	72.2
TOTAL	6.530	100	12.119	100

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína

En el caso de los consumidores de cocaína se observan diferencias respecto de los consumidores de marihuana. Es así como de los que declararon consumo de éxtasis, sólo un 28% declaró consumo de cocaína durante el último año, y de los que declararon consumo de heroína un 55% declaró haber usado también cocaína.

### **DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN CONSUMO DE CUALQUIER DROGA**

<b>Cualquiere droga ilícita</b>	<b>HEROÍNA</b>		<b>EXTASIS</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>Tasa</b>
Sí	4.509	69.0	7.866	64.9
No	2.021	31.0	4.253	35.1
<b>TOTAL</b>	<b>6.530</b>	<b>100</b>	<b>12.119</b>	<b>100</b>

FUENTE: IV. Estudio Nacional sobre consumo de drogas consumo de éxtasis y heroína

La situación es bastante similar a la observada del consumo de marihuana. Un 69% de los que declararon haber consumido heroína, alguna vez en la vida, declaran haber consumido alguna droga ilícita durante el último año. En el caso de los consumidores de éxtasis, el 65% de ellos declaró consumo de alguna droga ilícita durante el último año.

Respecto al consumo de drogas en los escolares, el Ministerio de Educación ha elaborado un informe donde compara los resultados de los Estudios Nacionales del Consumo de Alcohol, Tabaco y drogas en la población escolar de los años 1995, 1997 y 1999, con el propósito de satisfacer una necesidad especial de información del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y el CONACE.

En la encuesta de 1999 se decidió tomar una muestra de establecimientos educacionales pertenecientes a comunas con más de 30.000 habitantes, a objeto de hacerla consistente con el Estudio nacional de Hogares que CONACE ha venido realizando dentro de sus Sistema Nacional de Información.

En cambio los dos estudios anteriores 1995 y 1997 consideraron muestras de ciudades de más de 5.000 habitantes. Debido a que esto podría implicar que en estas muestras hubiese

establecimientos de ciudades con población rural, y dado que el estudio de 1999 excluye esa posibilidad, las muestras no son equivalentes y por lo tanto sus resultados no son comparados en forma directa. Ya que es sabido que existen diferencias en los niveles de consumo de drogas ilícitas entre poblaciones urbanas y rurales.

La comparación de los tres estudios se realizó en base a la siguiente información:

- Distribución según: sexo, curso y tipo de establecimiento.
- Resultados generales de los tres estudios respecto de: la prevalencia de vida y la prevalencia en el último año.
- Resultados de la prevalencia de vida y la prevalencia en el último año, del consumo por tipo de drogas, según sexo, curso y tipo de establecimiento.

#### **DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LA MUESTRA SEGÚN CURSO, SEXO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.**

Variable	1995	1997	1999
<b>Curso</b>			
8°	23.0	22.0	21.5
1°	25.3	25.2	23.7
2°	19.5	18.9	20.9
3°	17.7	17.6	18.9
4°	14.5	16.3	15.0
<b>Sexo</b>			
Hombre	49.1	48.8	50.6
Mujer	50.8	51.2	49.4
<b>Tipo de Establecimiento Educativo</b>			
Municipal	47.0	46.4	41.2
Subvencionado	37.2	37.7	38.2
Particular Pagado	15.8	15.9	20.6

Se puede apreciar que no hay diferencias importantes con respecto a la distribución por sexo y por cursos entre las tres muestras. En cuanto al tipo de establecimiento, las muestras de 1995 y 1997 son semejantes, pero en 1999 se produce una disminución del porcentaje de establecimientos municipales y un incremento de los particulares pagados.

**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO, SEGÚN TIPO DE DROGA  
Años 1995-1997-1999, A NIVEL NACIONAL**

Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Cualquiera
1995	74.4	65.3	16.4	3.1	4.3	17.4
1997	75.7	62.3	18.9	3.4	2.7	19.5
1999	73.2	59.2	21.7	4.5	4.6	23.6

**PREVALENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN TIPO DE DROGA  
Años 1995 – 1997 – 1999, A NIVEL NACIONAL**

Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
1995	64.9	56.3	12.3	2.2	2.7	13.1
1997	69.3	56.6	17.2	2.9	2.2	17.7
1999	65.1	53.7	18.8	3.3	2.2	19.3

Podemos observar que el alcohol fue la sustancia de mayor uso en los estudiantes a nivel nacional, tanto en lo que se refiere a prevalencia de vida como en la prevalencia de último año. El tabaco fue la segunda sustancia de mayor consumo, observándose una tendencia a la disminución a nivel nacional, tanto en la prevalencia de vida como en la de último año.

En cuanto al uso de drogas ilegales, la marihuana presenta a nivel nacional un aumento a lo largo de los tres estudios. Respecto del consumo alguna vez en la vida, el incremento fue de un 32.3% en 1999 con respecto al observado en 1995. La prevalencia de consumo en el último año aumentó en un 52.8% entre 1995 y 1999

En lo que se refiere al consumo de cocaína, se puede ver un incremento entre 1995 y 1997, en los dos tipos de prevalencia.

En cuanto a la pasta base, se aprecia un descenso en la prevalencia de consumo en el último año, que es notoria entre 1995 y 1997, para luego estabilizarse en 2.2% en 1999. Sin embargo, el consumo alguna vez en la vida, sufre un descenso desde 1995 a 1997 (4.3% a 2.7%) para luego subir en 1999 a (4.6%)

**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO  
SEGÚN TIPO DE DROGA Y SEXO  
AÑOS 1995 – 1997 - 1999, A NIVEL NACIONAL**

Sexo	Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
<b>Hombres</b>	1995	75.8	63.7	19.8	4.0	5.5	20.7
	1997	76.1	59.3	21.6	4.5	3.5	22.2
	1999	73.4	57.2	23.3	5.0	4.9	25.2
<b>Mujeres</b>	1995	73.0	66.9	13.1	2.2	3.1	14.2
	1997	75.4	65.2	16.4	2.4	2.1	16.8
	1999	72.9	61.1	20.2	4.1	4.3	22.1

En los tres últimos años los hombres tuvieron mayor consumo de alcohol que las mujeres, pero las diferencias son cada vez menores (2.8% en 1995 y 0.5% en 1999). Tanto para hombres como mujeres se aprecia una leve tendencia al descenso.

En los tres estudios se observa un mayor consumo de tabaco en las mujeres con respecto a los hombres, con una tendencia a la disminución para ambos sexos.

En cuanto al uso de drogas ilegales, la marihuana presenta a nivel nacional un aumento en los tres años, tanto en hombres como en mujeres (el incremento es de un 17.7% en varones y de un 54.2% en mujeres). En 1995 el consumo en hombres era de 51.1% mayor que en las mujeres (19.8% v/s 13.1%), en cambio en 1999 el mayor consumo de hombres se reduce a 15.3% (23.3% v/s 20.2%).

Se aprecia un aumento en el consumo de cocaína desde 1995 a 1999, que es proporcionalmente mayor para mujeres. En cuanto a la pasta base, se observa un descenso entre 1995 y 1997, para ambos sexos, pero con un incremento en la encuesta de 1999, que es mayor entre las mujeres.

Para la categoría de cualquier droga ilícita, hubo un mayor aumento del consumo en ambos sexos, siendo este mayor entre las mujeres (55.6%) respecto de los hombres (21.7%, al comparar 1995 con 1999).

**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO  
SEGÚN TIPO DE DROGA Y CURSO  
AÑOS 1995- 1997 – 1999, A NIVEL NACIONAL**

Curso	Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
8°	1995	55.4	52.3	4.7	1.2	1.8	5.2
	1997	58.4	52.1	7.7	1.7	1.2	8.1
	1999	53.8	45.0	8.6	1.9	3.0	10.6
1°	1995	70.8	64.6	9.8	1.3	3.5	11.1
	1997	71.7	60.6	14.1	2.0	2.1	14.5
	1999	67.1	55.2	15.4	2.9	4.0	17.6
2°	1995	79.6	69.4	16.7	3.1	4.4	17.9
	1997	80.6	65.1	20.4	3.3	2.8	20.9
	1999	78.0	62.7	24.9	5.1	5.4	26.9
3°	1995	86.0	73.1	26.5	4.6	6.5	27.2
	1997	86.1	68.1	27.2	5.4	4.1	28.0
	1999	84.7	68.0	30.0	6.1	5.0	31.7
4°	1995	89.2	72.7	32.9	7.3	6.7	34.3
	1997	89.2	69.7	31.5	5.9	4.2	32.2
	1999	88.8	69.6	35.5	8.0	6.0	37.1

Tenemos que en 8° básico ya se ha iniciado el consumo de alcohol y tabaco en más del 45% de los escolares, a nivel nacional. Las cifras de la encuesta de 1999 son más bajas que las reportadas en 1995 y 1997, lo que revela un inicio más tardío para el consumo de estas dos sustancias.

Esta misma tendencia se aprecia al comparar lo que sucede en cada curso, con respecto a las tres encuestas. Para alcohol, los incrementos se producen hasta tercero medio, para

cuarto medio el aumento es proporcionalmente menor. En el caso de tabaco, el aumento más importante se produce de octavo básico a primero medio, disminuyendo progresivamente al pasar a los cursos siguientes.

Para el caso de la marihuana si bien se observa un aumento en el consumo entre 1995 y 1999 en todos los cursos, el incremento más importante de consumo se produce en 8° básico (83% y 1° medio (57.1%), disminuyendo progresivamente a medida que se avanza de curso.

En pasta base, se observa un incremento entre 1995 y 1999 entre 8° básico, 1° y 2° medio con un leve descenso en 1997 respecto de la encuesta anterior.

Respecto al consumo de cocaína aumenta entre 8° básico y 3° medio, respecto de los tres años estudiados. Sólo en 4° medio se aprecia una disminución en 1997 respecto de 1995 y en 1999 un aumento respecto de ambas encuestas.

Para cualquier droga ilícita, al igual que la marihuana, el aumento más importante fue en 8° básico.

**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO  
SEGÚN TIPO DE DROGA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL  
AÑOS 1995 –1997 – 1999, A NIVEL NACIONAL**

Establec.	Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
Municipalizado	1995	69.1	61.6	13.8	2.3	4.0	14.5
	1997	72.2	60.8	17.5	2.9	3.5	18.1
	1999	69.2	56.6	20.6	4.1	4.8	22.7
Particular	1995	77.6	67.4	18.5	4.2	5.6	20.0
	1997	77.6	62.6	20.7	4.1	2.5	21.4
	1999	74.1	60.2	23.4	5.4	4.9	25.5
Pagado	1995	82.3	71.6	18.9	2.9	2.2	19.7
	1997	81.8	65.8	18.9	3.0	1.1	19.2
	1999	81.1	63.3	20.9	3.9	3.4	22.4



En alcohol y tabaco los establecimientos educacionales particulares pagados tuvieron las mayores prevalencias en los tres años estudiados. Luego vinieron los particulares subvencionados y finalmente los municipalizados.

Para la marihuana los establecimientos educacionales de mayor consumo fueron los particulares subvencionados, excepto en 1995, donde fue semejante a la cifra de los particulares pagados. En segundo lugar estuvieron los particulares pagados y finalmente los municipalizados, en los tres años.

Respecto a la cocaína y pasta base los establecimientos particulares subvencionados han tenido las mayores prevalencias de vida, seguidos de los municipalizados. Se aprecia un aumento del consumo de cocaína desde 1995 a 1999, en los tres tipos de establecimientos educacionales. En pasta base el padrón se caracteriza por un descenso de las cifras de 1997 respecto de las de 1995 y un posterior incremento en 1999.

**PREVALENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO  
SEGÚN TIPO DE DROGA Y SEXO  
AÑOS 1995 – 1997- 1999, A NIVEL NACIONAL**

Sexo	Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
Hombres	1995	65.9	54.3	14.9	2.8	3.3	15.6
	1997	69.5	53.5	19.6	3.8	2.8	20.3
	1999	65.2	51.4	20.3	3.7	2.6	20.8
Mujeres	1995	64.1	58.3	9.9	1.7	2.1	10.6
	1997	69.1	59.7	14.9	1.9	1.6	15.3
	1999	64.9	55.8	17.3	2.9	1.8	17.7

En el alcohol, se aprecia un incremento para ambos sexos entre las encuestas de 1997 y 1995, con un descenso posterior en 1999. Prácticamente no hubo diferencias de consumo en el último año entre hombres y mujeres, en cada una de las encuestas realizadas. En el uso de tabaco, al igual que lo observado para la prevalencia de vida, el consumo del último año fue mayor entre las mujeres respecto de los hombres. Se aprecia que más del 50% de los escolares de ambos sexos consumió tabaco en el último año en los períodos consultados. Se observa una tendencia descendiente en esta prevalencia de último año.

En la Marihuana, se observa un aumento en ambos sexos para el consumo del último año. El incremento es mayor en las mujeres, subiendo desde un 9.9% a un 17.3% (74.7% de crecimiento), respecto de los varones donde creció en un (36.2%).

Respecto a la cocaína se aprecia un aumento en ambos sexos desde 1995 a 1999. En cambio en la pasta base se observa una cierta tendencia a la disminución en ambos sexos, que es más marcado entre 1995 y 1997, con una estabilización entre 1997 y 1999 (en el caso de las mujeres hay un leve aumento).

Podemos apreciar un aumento del consumo de cualquier droga entre 1995 y 1999, siendo mayor en las mujeres (donde el aumento fue de un 67.9% en 1999 en relación a 1995) respecto de los hombres (el ascenso fue de un 33.3%).

**PREVALENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO  
SEGÚN TIPO DE DROGA Y CURSO  
AÑOS 1995 – 1997 – 1999, A NIVEL NACIONAL**

Curso	Año	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Cualquiera
8°	1995	44.9	42.9	3.2	1.0	1.2	3.8
	1997	53.1	48.3	7.4	1.5	1.4	8.0
	1999	44.1	41.7	8.2	1.6	1.5	8.6
1°	1995	60.5	56.3	7.8	0.9	2.7	8.6
	1997	64.5	55.1	13.1	1.8	1.7	13.5
	1999	58.6	51.5	14.2	2.3	1.9	14.8
2°	1995	70.2	61.3	12.4	2.2	3.0	13.3
	1997	74.6	59.4	19.1	2.9	2.4	19.7
	1999	69.6	56.7	21.9	3.8	2.4	22.2
3°	1995	78.9	63.5	20.7	3.6	3.8	21.3
	1997	79.1	61.1	24.4	4.3	3.2	25.0
	1999	79.1	61.1	24.4	4.3	3.2	25.0
4°	1995	80.8	62.6	24.4	4.6	3.4	25.1
	1997	82.8	62.7	26.9	4.6	2.8	27.7
	1999	82.3	61.1	28.7	5.4	2.8	29.1

El consumo de alcohol durante el último año, se observa un cierto patrón que se repite en cada curso, respecto de los tres años estudiados. Se aprecia un incremento de la cifra entre

1995 y 1997, con un descenso posterior en 1999. Es más notorio en 8° básico y se va atenuando a medida que se avanza a 4° medio.

En cuanto al tabaco, en 8° básico se puede ver un patrón semejante la descrito para el alcohol (incremento en 1997 respecto de 1995 y descenso posterior en 1999. Entre 1° y 4° medio hay una tendencia al descenso en los 3 años.

En el caso de la marihuana, en todos los cursos se aprecia una tendencia al aumento, sin embargo, éste es mayor en 8° básico (156.3%), en 1° Medio (82.1) y en 2° Medio 76.6%, luego se atenúa a medida que se avanza hacia 4° medio.

Respecto a la cocaína se ve un incremento en todos los cursos.

El Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile 2002 (el último realizado) corresponde a la quinta versión de la serie de encuestas que el CONACE ha realizado bienalmente desde el año 1994, con el fin de conocer la magnitud del uso de drogas, las tendencias y algunos factores asociados a dicho fenómeno en la población general de nuestro país. Este trabajo se realizó entre octubre y noviembre del año 2002, mediante la aplicación de una encuesta a un total de 16.476 personas entre 12 y 64 años de edad de ambos sexos y de los diversos niveles socioeconómicos.

El cuestionario usado en esta oportunidad incluyó un listado mucho más amplio de drogas que circulan en el mercado ilícito, acorde a normas técnicas internacionales de investigación sobre el tema. De esta forma al referirnos a drogas ilícitas yo no sólo se consideran la marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína, sino toda la gama de drogas ilícitas que circulan en nuestro país.

### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO

Sexo	Muestra efectiva	Población representada	Porcentaje
Hombre	7.992	4.132.924	49.25
Mujer	8.484	4.259.134	50.75
TOTAL	16.476	8.392.058	100.00

### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

Edad	Muestra efectiva	Población representada	Porcentaje
12-18	2.450	1.486.813	17.72
19-25	2.254	1.373.455	16.37
26-34	3.198	1.496.139	17.83
35-44	3.448	1.694.607	20.19
45-64	5.126	2.341.045	27.90
TOTAL	16.476	8.392.058	100.00

### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel socioeconómico	Muestra efectiva	Población representada	Porcentaje
Alto	2.686	1.486.158	17.71
Medio	6.728	3.119.483	37.17
Bajo	7.062	3.786.417	45.12
TOTAL	16.476	8.392.058	100.00

### Prevalencias de último año por tipo de droga:

De acuerdo a los resultados del presente estudio, la tasa de consumo reciente (prevalencia de último año) de drogas ilícitas alcanza a 5.68 por cada 100 individuos. La marihuana se mantiene como la droga ilícita más consumida en Chile, con una tasa de

consumo de 5.17 por cada 100 individuos, siguiéndole el clorhidrato de cocaína con 1.56%. El asta base presenta una tasa de consumo de 0.51%. (Ver cuadro siguiente)

### PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGA

Tipo de Droga	Tasa por 100	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	5.17	0.2656	4.65 - 5.69
Pasta Base	0.51	0.0829	0.35 - 0.67
Cocaína	1.57	0.1455	1.28 - 1.28
Drogas ilícitas	5.68	0.2747	5.14 - 6.22

### Prevalencia de último año por tipo de drogas y sexo:

El uso reciente de drogas por sexo en la población, se mantiene, es decir se ve un marcado mayor consumo en los hombres que las mujeres, en una relación de 4 a 1. Es así como la tasa de consumo, según la prevalencia de último año, es de 9.27% en los hombres y de 2.20% en las mujeres.

### PREVALENCIA DE ULTIMO AÑO POR TIPO DE DROGA Y SEXO

Tipo de Droga	Sexo	Tasa por 100	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	Hombre	8.45	0.4795	7.51 - 9.39
	Mujer	1.99	0.2233	1.56 - 2.43
Pasta Base	Hombre	0.94	0.1623	0.62 - 1.26
	Mujer	0.09	0.0453	0.004 - 0.18
Cocaína	Hombre	2.68	0.2640	2.16 - 3.20
	Mujer	0.49	0.1196	0.25 - 0.72
Drogas ilícitas	Hombre	9.27	0.4991	8.29 - 10.25
	Mujer	2.20	0.2293	1.75 - 2.65

## Prevalencia de último año por tipo de drogas y por edad:

El grupo que presenta las mayores tasas de consumo de drogas sigue siendo, igual que en los estudios anteriores, el de 19 a 25 años de edad. Es así como la tasa de consumo, según la prevalencia de último año alcanza a un 15.07% en el mencionado grupo. Le sigue el de 26 a 34 años con una tasa de 7.59%, y el grupo de 12 a 18 años de edad con una tasa de 6.96%. A partir de los 35 años de edad, las tasas de consumo de drogas son mucho más bajas.

### PREVALENCIA DE ULTIMO AÑO POR TIPO DE DROGA Y POR EDAD

Tipo de Droga	Edad	Tasa por 100	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	12-18	6.64	0.7976	5.08 - 8.21
	19-25	13.89	1.1245	11.68 - 16.10
	26-34	6.73	0.6905	5.37 - 8.08
	35-44	1.91	0.3260	1.27 - 2.55
	45-64	0.49	0.1431	0.21 - 0.77
Pasta base	12-18	0.20	0.0918	0.02 - 0.38
	19-25	1.47	0.3491	0.78 - 2.16
	26-34	0.81	0.4749	0.36 - 1.26
	35-44	0.39	0.1573	0.08 - 0.70
	45-64	0.03	0.0256	0.00 - 0.08
Cocaína	12-18	0.95	0.2873	0.39 - 1.51
	19-25	4.39	0.6302	3.16 - 5.63
	26-34	2.85	0.4749	1.92 - 3.79
	35-44	0.78	0.2284	0.33 - 1.23
	45-64	0.05	0.0320	0.00 - 0.11
Drogas ilícitas	12-18	6.96	0.8021	5.39 - 8.53
	19-25	15.07	1.1725	12.77 - 17.37
	26-34	7.59	0.7210	6.17 - 9.00
	35-44	2.42	0.3673	1.70 - 3.14
	45-64	0.50	0.1432	0.22 - 0.78

## Prevalencias de último año por tipo de drogas y por nivel socioeconómico:

El consumo de drogas está presente en todos los niveles socioeconómicos y las variaciones en las tasas de consumo obedecen más a las preferencias por alguna droga, en cada estrato, que a la concentración de ellas en un determinado sector socioeconómico de la población. Conforme a lo anterior, las tasas de consumo de marihuana, según la prevalencia de último año, son levemente más altas en el nivel bajo, pero en los tres niveles socioeconómicos están más o menos cercanas al 5%. Las tasas de consumo de pasta base se concentran mayoritariamente en los niveles bajo y medio, siendo el mínimo el uso de esta droga en el nivel alto. Las tasa de consumo de clorhidrato de cocaína en el nivel bajo son más altas que en el nivel medio y las de éste último estrato duplican las tasas del nivel alto.

### PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO POR TIPO DE DROGA Y POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tipo de Droga	Nivel Socioeconómico	Tasa	Error estándar	Intervalo de confianza 95%
Marihuana	Alto	5.09	0.6401	3.82 - 6.37
	Medio	4.50	0.3765	3.76 - 5.24
	Bajo	5.71	0.4342	4.86 - 6.56
Pasta Base	Alto	0.08	0.0453	0.00 - 0.17
	Medio	0.42	0.1338	0.16 - 0.68
	Bajo	0.76	0.1387	0.48 - 1.03
Cocaína	Alto	0.77	0.2145	0.35 - 1.20
	Medio	1.53	0.2426	1.06 - 2.01
	Bajo	1.92	0.2391	1.45 - 2.38
Drogas ilícitas	Alto	5.29	0.6582	3.99 - 6.58
	Medio	5.01	0.3890	4.24 - 5.77
	Bajo	6.35	0.4552	5.46 - 7.24

## Prevalencia de último año de “drogas usadas sin prescripción médica:

La tasa de uso reciente de estas drogas alcanza a un 4.31%. La sustancia más usada son los tranquilizantes benzodiazepínicos (Clonazepam, Ravotril o Valpax, Alprozalam, Zotran o Ativán). Los estimulantes sintéticos (anfetaminas, ritalín, metilfenidato o Ritrocel) y los analgésicos (Tylenol con codeína, metadona, morfina, petidina) alcanzan tasas de uso de 0.54% y 0.44% respectivamente.

Las drogas inyectables se presentan según la prevalencia de vida, siendo la tasa de uso de 0.24%.

### PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO DE DROGAS USADAS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

DROGAS	TASA POR 100
Tranquilizantes benzodiazepínicos	3.29
Estimulantes sintéticos	0.54
Analgésicos	0.44
Chicota	0.22
Tonaril	0.17
Sedativos	0.03
Total de drogas usadas sin prescripción médica	4.31

### PREVALENCIA DE VIDA DE “DROGAS INYECTABLES”

DROGAS	TASA POR 100
Cocaína	0.06
Anfetaminas	0.05
LSD/ácido lisérgico	0.02
Heroína	0.01
Peyote	0.00
Morfina, petidina	0.09
Chicota	0.00
Otras	0.08
Total de drogas inyectables	0.24



El psiquiatra Mariano Montenegro, Jefe del Programa de Salud, Tratamiento y Rehabilitación de la Secretaría Ejecutiva del Conace, al referirse al último estudio realizado por la institución el cual se centró en hogares, con una población comprendida entre los 15 y 64 años de edad, en las trece regiones administrativas del país, desde Arica en el norte, hasta Punta Arenas, en el sur. En total fueron encuestadas 16 mil personas, equivalentes a un universo de 8.400.000 personas y la población total de Chile son 15 millones de habitantes.

Para este psiquiatra el resultado fue aparentemente alentador, porque el estudio mostró que si bien, de las drogas ilegales, las más consumidas siguen siendo la marihuana, cocaína y pasta base, se encontró un estancamiento del crecimiento (del consumo). Comparado con otros años, el consumo es similar, en términos generales, al observado el año 2000. Es decir se aplanó la curva de crecimiento. Entre las hipótesis que explicarían este estancamiento, según el Dr. Montenegro, estaría en primer lugar poner el problema a nivel tanto de prensa como en la opinión pública; el aumento de inversión, lo que se traduce en programas preventivos. Escolares, laborales y comunitarios, así como los tratamientos de rehabilitación.

El sistema público y privado de salud cuenta actualmente en todo el país con casi 400 centros para atender casos de rehabilitación. El Conace tiene convenios con 213 centros, en los cuales invierte en planes de tratamiento. Gracias a estos planes, al menos 7 mil personas han recibido tratamiento, de un mes mínimo, durante el último año.

Respecto a la idea de despenalizar el cultivo hogareño de la marihuana, el facultativo está en contra de esta medida porque dice que hay suficiente evidencia para decir que produce muchos más efectos negativos para la salud que positivos.