



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

ARGENTINA BOLIVIA CHILE ECUADOR PERU URUGUAY ARGENTINA BOLIVIA CHILE ECUADOR PERU URUGUAY



INFORME SUBREGIONAL SOBRE USO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA

Segundo Estudio Conjunto

Información para el Diseño de las Estrategias Nacionales y
Regionales sobre la Problemática de Drogas en Jóvenes

2009 / 2010



COMISIÓN INTERAMERICANA PARA
EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS

AGRADECIMIENTOS

El Segundo Estudio Conjunto sobre Consumo de Drogas en población escolarizada de Nivel Medio (edades comprendidas entre 13 a 17 años), se llevó adelante a partir de un trabajo coordinado entre las Comisiones de Drogas de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, la Representación para Perú y Ecuador de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (CICAD). Este resultado, que ya tiene un antecedente con el Primer Estudio Conjunto sobre uso de drogas en la Población escolar publicado el año 2006, reitera el claro compromiso político y liderazgo de las autoridades de alto nivel de las Comisiones de Drogas de cada país:

Argentina: José Ramón Granero, Secretario de Estado de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Presidencia de la Nación.

Bolivia: Felipe Cáceres, Viceministro de Defensa Social y Sustancias Controladas – Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID).

Chile: María Teresa Chadwick Piñera, Secretaria Ejecutiva del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

Ecuador: Domingo Paredes Castillo, Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicos (CONSEP).

Perú: Rómulo Pizarro Tomasio, Presidente Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).

Uruguay: Milton Romani, Secretario General, Secretaría Nacional de Drogas, Junta Nacional de Drogas (JND) de la Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

De igual manera, se agradece por su notable dedicación a los profesionales de las Comisiones Nacionales de Drogas que participaron en todas las etapas de ejecución de los estudios nacionales y del presente Informe Conjunto:

Diego Alvarez, Graciela Ahumada, Gustavo Segnana (Argentina); Jonás Rojas, Godofredo Reinicke, Christian Arce, Hilder Sejas (Bolivia); Juan Carlos Araneda, Eduardo Valenzuela, Kerstin Vollbrecht, David Huepe (Chile); Silvia Corella, Diego Vaca (Ecuador); Eduardo Haro, Delia Trujillo, Arturo Manrique (Perú); María Herrera, Héctor Suárez, (Uruguay); Isabel Palacios (UNODC).

Un agradecimiento especial al Dr. Francisco Cumsille (Coordinador del Observatorio Interamericano de Drogas-CICAD-OEA), por su invaluable apoyo en el seguimiento técnico, adecuación, procesamiento y análisis de los datos que conforman este informe.

A los responsables de la coordinación y redacción del Informe, Francisco Cumsille, Eduardo Valenzuela y Héctor Suárez. Asimismo al Dr. Antonio Pascale por su colaboración con el Informe de pasta base publicado en el Anexo.

Este estudio fue producido en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas y Delito en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, proyectos TDRLA-D74-D75-D76-D77-D78, XLA184.

Para obtener esta información, pueden consultar los siguientes sitios web: www.sedronar.gov.ar;
www.sinaltid.rree.gov.bo; www.conacedrogas.cl; www.consep.gov.ec; www.devida.gob.pe;
www.infodrogas.gub.uy; www.onudd.org; www.cicad.oas.org.

UNODC quiere agradecer al Gobierno de España por el apoyo financiero complementario proveído para el desarrollo del estudio conjunto y su publicación.

**INFORME SUBREGIONAL SOBRE USO DE DROGAS EN
POBLACIÓN ESCOLARIZADA**

Segundo Estudio Conjunto

**INFORMACIÓN PARA EL DISEÑO DE LAS
ESTRATEGIAS NACIONALES Y REGIONALES
SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE DROGAS EN
JÓVENES**

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	7
RESUMEN EJECUTIVO	9
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	11
I.1 Propósitos y Objetivos	11
CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS	13
II.1 Muestra, población representada.....	13
II.2 Cálculo de los indicadores	14
II.3 Cuestionario y definiciones básicas	14
CAPÍTULO III: ALCOHOL.....	19
III.1 Prevalencias de consumo por sexo y edad.....	19
III.2 Factores de riesgo y protección asociados.....	22
CAPÍTULO IV: TABACO	25
IV.1 Prevalencias de consumo, por sexo y edad	25
IV.2 Factores de riesgo y protección asociados.....	28
CAPÍTULO V: INHALABLES.....	31
V.1 Consumo	31
V.2 Percepción de gran riesgo.....	34
CAPÍTULO VI: MARIHUANA.....	37
VI.1 Prevalencias de consumo, por sexo y edad	37
VI.2 Precocidad de consumo.....	40
VI.3 Factores de riesgo y protección asociados	41

RESUMEN EJECUTIVO

La Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC), el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD/OEA y las Comisiones gubernamentales encargadas del tema Drogas en los países que son parte de este Informe, presentan el Segundo Informe Conjunto sobre Uso de Drogas en población escolarizada de Enseñanza Media de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Este Informe es producto del intercambio técnico de los seis países que integran el proyecto subregional de UNODC con apoyo técnico de CICAD/OEA que mediante consenso adaptaron metodologías que permitieran el análisis conjunto de resultados con el mayor rigor científico.

De este modo, se obtuvo un valioso producto que nos permite dar cuenta de la magnitud del consumo de drogas y factores asociados en población de estudiantes secundarios, cuyas edades se encuentran mayoritariamente entre los 13 y 17 años. Asimismo, al ser un segundo estudio, realizado bajo las mismas condiciones metodológicas permitirá a cada país contar con los datos necesarios para observar la tendencia de consumo de las diversas sustancias indagadas.

Con respecto a la magnitud del consumo de drogas (lícitas e ilícitas), el alcohol es la droga de mayor consumo en todos los países que forman parte de este estudio. En forma general, casi siete de cada diez estudiantes ha consumido alguna vez en la vida alguna bebida alcohólica, aunque existen importantes diferencias entre los países, variando del 80% (Ecuador y Uruguay) al 43% (Bolivia).

Con respecto al tabaco, uno de cada cinco estudiantes ha consumido en el último mes. Nuevamente aquí se presenta un rango amplio entre los países. Chile presenta la prevalencia más alta (32%) y Bolivia, muestra en contrapartida la mas baja de la subregión (12%). De todos modos, nos encontramos ante una presencia importante de consumo de alcohol y tabaco que se asocia en forma contundente con el consumo de otras drogas ilegales. En efecto, y así se consigna detalladamente en el Informe, la prevalencia de consumo de marihuana es entre 10 y 20 veces mayor entre quienes usan alcohol o tabaco respecto de quienes no consumen estas sustancias.

Con respecto a las drogas ilegales, la marihuana se presenta como la droga de mayor uso en la población estudiada.

Casi el 11% de los estudiantes han experimentado alguna vez en la vida con esta sustancia variando entre un 4% en Perú hasta casi el 23% en Chile. El dato más preocupante está relacionado con la precocidad de consumo de esta sustancia, ya que el 42% ha experimentado por primera vez antes de los 15 años.

Con respecto a las otras sustancias ilícitas indagadas, la cocaína presenta una prevalencia de último año del 2,2%, variando entre el 1,4% (Perú) y 3,5% (Uruguay), mientras que el uso de pasta base en el último año tuvo un promedio de 1,4% con un rango de variación de 0,6% (Ecuador) hasta 2,8% (Chile). La baja percepción del riesgo de sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana es un dato muy importante al momento de fijar las políticas públicas de reducción de la demanda. También la alta disponibilidad de acceso a la marihuana y otras drogas declarada por los estudiantes evidencia un déficit en el control del tráfico de estas sustancias que debe motivar el diseño de nuevas estrategias para el control de la oferta.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

I.1 PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

El propósito de este Estudio Conjunto, como producto del Sistema Subregional, es aportar al fortalecimiento de las políticas públicas en materia del consumo y oferta de drogas, proporcionando información válida, confiable y técnicamente comparable, de manera de contribuir al mejor conocimiento sobre la problemática, fortaleciendo los sistemas de información de las comisiones nacionales de drogas. Este propósito se complementa con la meta de avanzar en el desarrollo de las mejores metodologías para estimar el consumo y abuso de drogas y factores de riesgo asociados, basado en el intercambio de experiencias entre los países participantes y el respaldo de la vasta experiencia internacional acumulada hasta el presente.

Específicamente, los objetivos propuestos al implementar de manera conjunta el Estudio Nacional en Estudiantes Escolarizados de Enseñanza Media, mediante el procedimiento de encuestas auto-aplicadas en las aulas de los Centros Educativos seleccionados aleatoriamente en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, son:

Objetivos generales

- Describir la magnitud del consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes secundarios y su distribución por países sudamericanos de acuerdo a variables sociodemográficas durante el año 2007.
- Determinar la percepción del riesgo asociado al uso de drogas y algunos factores determinantes claves como facilidad de acceso y ofrecimiento directo de drogas, nivel de involucramiento de los padres, entre otros de interés.
- Describir factores de riesgo y protección con relación al consumo y tráfico de drogas en la población escolar.

Con este segundo estudio conjunto ejecutado bajo las mismas condiciones metodológicas al estudio del 2005, los países podrán contar con una información que podrá aportar al conocimiento de las tendencias de consumo en esta población específica en cada país.

Objetivos específicos.

- Determinar la magnitud del consumo de drogas en la población escolar definida para el estudio a través de las prevalencias: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.
- Determinar la prevalencia de consumo de drogas en escolares, según características sociodemográficas: sexo, edad, tipo de dependencia administrativa del establecimiento educativo.
- Describir la relación del consumo de drogas con características del entorno: percepción de disponibilidad de drogas, opinión y actitud hacia las drogas, consumo en grupo de pares.
- Describir otros aspectos relacionados con el consumo de drogas (variables conductuales): edad del primer consumo, frecuencia e intensidad de consumo, uso de drogas endovenosas, drogas de síntesis y nuevas drogas.
- Describir la asociación entre uso de drogas lícitas e ilícitas.
- Describir el uso de dos o más drogas ilícitas en un mismo periodo (policonsumo).
- Describir factores de riesgo y protección relacionados con el uso de drogas de mayor consumo entre los estudiantes secundarios.

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

II.1 MUESTRA, POBLACIÓN REPRESENTADA

Como se describe en la Tabla I, este informe comprende una muestra total de 170.286 escolares en los 6 países, los que representan a una población de más de 3 millones de estudiantes. En cuanto a la muestra en los países, ésta varía entre casi 7 mil casos en Uruguay y aproximadamente 55 mil estudiantes en Argentina, muestra

que en este país representa a un millón de escolares.

En término de las distribuciones por sexo y edad, en la siguiente Tabla podemos observar que en promedio en los 6 países la muestra está representada por un 47% de hombres y un 53% de mujeres. Las variaciones entre los países muestran cifras que van entre un 51% de mujeres en Perú hasta un 55% en Argentina. Se observa mayor variación entre los países en relación con la edad, donde por ejemplo hay 13 puntos porcentuales de diferencia entre Bolivia y Ecuador en el grupo de estudiantes de 14 años y menos.

Debido a estas diferencias, los indicadores presentados en este informe fueron en todos los casos ajustados por edad y sexo, tal como se explica más adelante.

País	Muestra efectiva	Población representada
Argentina	54.768	1.034.671
Bolivia	20.674	217.403
Chile	30.237	566.637
Ecuador	19.284	306.615
Perú	38.395	917.168
Uruguay	6.928	106.545
Total	170.286	3.149.038

País	Sexo		Edad		
	Varones	Mujeres	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	45,1	54,9	33,3	35,9	30,8
Bolivia	47,1	52,9	30,5	35,2	34,3
Chile	48,9	51,1	33,8	35,6	30,6
Ecuador	46,9	53,1	43,4	32,5	24,1
Perú	49,2	50,8	35,5	50,2	14,3
Uruguay	45,7	54,3	31,9	35,6	32,5
Total	47,2	52,8	34,6	38,6	26,8

II.2 CÁLCULO DE LOS INDICADORES

Debido a las diferencias en las estructuras de edad y sexo de las poblaciones representadas a partir de las muestras de los países, se ha procedido a utilizar el método directo de estandarización para ajustar las tasas de prevalencias de los países, como también todos los demás indicadores. Para ello se consideró como población estándar, la distribución conjunta por edad y sexo de la población total de los 6 países. Para el cálculo de las prevalencias de consumo y de otros indicadores por edad, se procedió a ajustar de acuerdo a la distribución por sexo dentro de cada grupo de edad, y para los indicadores por sexo se ajustó de acuerdo a la distribución por edad para cada una de las categorías de sexo. De esta forma, los resultados presentados en este informe no están influenciados por las variaciones muestrales en la estructura por edad y sexo de los países.

Por otra parte, como resultado de este ajuste se debe tener presente que las prevalencias presentadas en este reporte son diferentes a aquellas obtenidas en forma independiente en cada país y presentadas en sus propios informes.

Respecto a los errores estándares para la estimación de los indicadores de prevalencia de consumo, éstos dependen del diseño muestral utilizado y de los tamaños de las muestras en cada país.

II.3 CUESTIONARIO Y DEFINICIONES BÁSICAS

Las reuniones técnicas de coordinación realizadas en el marco del Sistema Subregional, hicieron posible que las experiencias alcanzadas por cada uno de los países en la implementación de estudios nacionales, más el aporte del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD, concluyeran en un cuestionario estandarizado para ser utilizado en la población objetivo, que permitiera contar con información básica comparable. Las dimensiones que contiene este cuestionario estandarizado son:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de educación, estado civil y condición de actividad económica.

- Variables para medir la prevalencia de vida, año y mes, edad de inicio e incidencia de las siguientes drogas: tabaco, alcohol, sustancias inhalables, marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y otras drogas.¹
- Variables para medir prevalencia de vida de: hashis, crack, heroína, opio, morfina, alucinógenos y ketamina.
- Variables para medir intensidad del consumo (frecuencia de uso) de alcohol, tabaco, inhalables, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis.
- Variables que indican los factores de riesgo-protección: entorno familiar y de amigos; posibilidad, curiosidad y ocasión de probar drogas ilícitas; percepción de riesgo asociado al consumo; facilidad de acceso y oferta de marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis, oferta de drogas en el último año y en los últimos 30 días.

Cada país pudo ampliar el cuestionario según sus necesidades puntuales, pero manteniendo un cuestionario básico común y comparable.

Definiciones básicas

Prevalencia de vida: proporción de personas que consumieron alguna vez en la vida cada una de las sustancias sobre el total de las personas estudiadas.

Prevalencia del último año (consumo reciente): proporción de personas que consumieron alguna vez cada una de las sustancias en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.

Prevalencia del último mes (consumo actual): proporción de personas que consumieron alguna vez cada una de las sustancias en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.

La pregunta incluida en las encuestas para la declaración de consumo de drogas y a partir de la cual se determina la prevalencia (vida, año y mes), se realiza en base a una pregunta dicotómica con respuestas del tipo "Sí" y "No".

¿Has consumido (se menciona la droga) alguna vez en (se incluye período de la pregunta: la vida/ los últimos 12 meses / los últimos 30 días)?

Si.....1

No.....2

A partir de las bases de datos entregadas por los países, se procedió a calcular los indicadores de prevalencia (vida, año y mes), incidencias y otros, mediante un procedimiento centralizado

¹ Si bien todos los países incluyeron las preguntas destinadas a conocer la magnitud, edad de inicio y frecuencia de uso de psicofármacos sin prescripción médica, tanto estimulantes como tranquilizantes, la falta de homogeneidad en las sustancias que se incluyen en estas categorías, como así también la necesidad de cada país de medir tanto su uso debido o a través de recetas médicas, como su uso indebido, los datos recogidos no presentaron las condiciones suficientes para permitir la comparación entre los mismos y por ello no se incluyen en el presente informe.

y común. A pesar de ser una encuesta autoadministrada, el algoritmo computacional utilizado permitió la imputación de datos en el caso de eventuales inconsistencias.

Factores de riesgo y protección analizados

El cuestionario estandarizado indaga sobre la **percepción de riesgo** de la población a partir de la pregunta “En tu opinión, cuál crees que es el riesgo que corre una persona que...?” y se especifican las frecuencias de uso (frecuentemente o de alguna vez)² de diferentes sustancias. La variable permite medir la percepción de ningún riesgo, riesgo leve o moderado, gran riesgo y no sabe qué riesgo corre, lo cual significa desinformación.

La **percepción de gran riesgo** define la “barrera subjetiva” en el acceso a las drogas, así como la dificultad de acceso constituye la “barrera objetiva”. En aquellos países que disponen de información temporal como Chile y Estados Unidos³, se ha observado en el caso de la marihuana una fuerte asociación entre el nivel de consumo y el riesgo percibido respecto del consumo. En este sentido y fundamentalmente para efecto de los programas de prevención universal, la percepción de gran riesgo es un indicador relevante para evaluar la efectividad de los mismos. En el presente informe se muestra la distribución porcentual por países de la percepción de gran riesgo.

La **dificultad de acceso** define una barrera objetiva para acceder a las drogas, puesto que una menor disponibilidad puede hacer desistir del uso a una parte importante de la población que no presenta consumos frecuentes o problemáticos. El cuestionario estandarizado utiliza la pregunta “Cuán fácil o difícil le sería conseguir... marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis?” Las respuestas se distribuyen en “le sería fácil”, “le sería difícil”, “no podría conseguir” y “no sabe si es fácil o difícil”. Los datos analizados y comparados entre países se concentran en la categoría de facilidad de acceso, para hacer visible la proporción de personas que están en situación de riesgo y evaluar la asociación entre los niveles de consumo y disponibilidad de cada sustancia.

A pesar de la multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de consumir o no algún tipo de drogas, el riesgo percibido en el uso y la disponibilidad de drogas cobran siempre relevancia en los modelos explicativos de este fenómeno.

En el campo de las políticas sobre drogas, un área de particular interés, es el control de la oferta de drogas. Aún cuando esta es una tarea muy difícil de lograr, los diferentes países han definido diversas líneas de acción en ese campo. De allí la importancia de conocer la percepción que tiene la población en cuanto a la facilidad o dificultad que tiene para acceder o comprar drogas.

El indicador estudiado en las encuestas de los 6 países con relación a la **oferta de drogas**, es un indicador directo y objetivo sobre ofrecimiento de marihuana, cocaína y pasta base, ya sea para comprar o probar. La pregunta se refiere a “cuándo fue la última vez que le

ofrecieron... marihuana, cocaína y pasta base”. Las respuestas se dividen en ofertas actuales (le ofrecieron durante los últimos 30 días), recientes (hace más de un mes, pero menos de un año) o más lejanas en el tiempo (hace más de un año) y, desde luego, cabe la posibilidad de que nunca le hayan ofrecido. En el informe se presentan los datos de oferta ocurrida en el último mes y último año y su asociación con las prevalencias correspondientes a cada sustancia.

Por último, se analizan las asociaciones entre el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Respecto de las drogas de curso legal (tabaco y alcohol), que presentan históricamente las prevalencias de consumo actual más altas, son las que se consumen inicialmente a edades más tempranas y las que circulan libremente en el mercado, aún con restricciones de venta a menores y son las sustancias que menor percepción de riesgo registran. Por lo cual están consideradas como las sustancias de inicio y de puerta de ingreso al consumo de otras ilícitas. En este sentido, es importante continuar indagando y mostrando estos niveles de asociación.

² En el caso de Chile se pregunta al encuestado si “prueba marihuana/cocaína una o dos veces” (alguna vez) o bien si “fuma marihuana una o dos veces por semana/Usa cocaína una vez al mes (frecuente).

³ <http://www.monitoringthefuture.org/data/07data.html#2007data-drugs>

CAPÍTULO III

ALCOHOL

III.1 PREVALENCIAS DE CONSUMO POR SEXO Y EDAD

Como ha sido documentado por organismos especializados, en particular la Organización Mundial de la Salud, el consumo abusivo de alcohol es causante de una gran cantidad de enfermedades y accidentes, y además de una proporción importante de la demanda de tratamiento en centros de atención especializados. Además diferentes estudios demuestran que es la droga de mayor consumo en casi todos los países, con un alto nivel de uso y abuso entre la población juvenil y por lo mismo merece la mayor atención.

En este estudio, el consumo alguna vez en la vida de alcohol ubica en primer lugar a Uruguay y Ecuador con un 80% de respuestas afirmativas en ambos casos, seguidos por Chile (75,3%) y Argentina (73%). En Bolivia y Perú se obtienen respuestas positivas que oscilan alrededor del 50%.

El consumo en el último año mantiene a Uruguay con el más alto índice, seguido por Argentina y Chile pero tratándose de uso actual (últimos 30 días), Argentina presenta el mayor porcentaje de respuestas afirmativas. El 60% de los estudiantes argentinos declara haber consumido alcohol en los últimos 30 días, una cifra que desciende a algo más del 50% en Uruguay y Chile y que alcanza solamente al 20-25% entre los escolares de Perú y Bolivia. Ecuador ocupa una posición intermedia con 37% de declaraciones de consumo actual.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	72,96	66,52	60,19
Bolivia	43,42	32,82	25,66
Chile	75,32	64,53	53,19
Ecuador	80,46	59,11	37,03
Perú	52,67	36,32	20,63
Uruguay	80,66	69,24	52,92

[#]Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Tabla N° 3 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, población escolar, por país.

En casi todos los países el consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres salvo en Chile donde las prevalencias son similares.

Así por ejemplo en el caso de los jóvenes escolarizados de Chile, la razón de **consumo de alcohol en el último año** entre mujeres y hombres es de **0,96** (por cada mujer que declara haber consumido alcohol en ese período existen **0,96** hombres que realizan esa declaración). En el otro extremo se ubica Bolivia, con una razón de **1,38**, lo que significa que la prevalencia de consumo entre hombres es **38%** mayor a la observada entre mujeres en ese país (**38,5%** en hombres frente a **27,8%** en mujeres).

Tabla N° 4 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, hombres escolares, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	74,32	68,02	62,33
Bolivia	49,24	38,53	31,06
Chile	74,45	63,34	53,12
Ecuador	81,54	60,86	40,57
Perú	55,42	38,97	22,81
Uruguay	82,35	72,33	56,11

Prevalencias ajustadas por edad

Tabla N° 5 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, mujeres escolares, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	72,06	65,44	58,49
Bolivia	38,36	27,85	20,90
Chile	76,14	65,64	53,31
Ecuador	79,52	57,59	33,91
Perú	50,27	34,00	18,71
Uruguay	79,22	66,61	50,11

Prevalencias ajustadas por edad

Si se considera el consumo actual (alguna vez en los últimos 30 días) como indicador, en el Gráfico siguiente se presentan las prevalencias por sexo para cada país.



La declaración de consumo de alcohol se incrementa en todos los países con la edad (Tablas 6 a 8). Considerando las declaraciones alguna vez en la vida, salvo en Bolivia y Perú, en el resto de los países 9 de cada 10 jóvenes de 17 o más años responde afirmativamente tal como se muestra en la Tabla 8. Para las declaraciones de consumo de último año Uruguay es el país que muestra más respuestas afirmativas, pero en el caso de uso reciente, en el último mes, las mayores declaraciones de consumo se obtienen en Argentina con casi 80% entre la población de 17 años y más.

Tabla N° 6 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, 14 años o menos, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	53,01	44,93	39,19
Bolivia	26,70	19,48	15,89
Chile	58,77	46,56	36,40
Ecuador	70,92	45,49	25,02
Perú	34,43	20,37	9,04
Uruguay	65,72	48,84	30,34

Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 7 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, edad 15-16 años, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	80,62	74,67	67,46
Bolivia	45,01	33,34	25,28
Chile	81,22	70,32	57,81
Ecuador	82,89	62,19	37,65
Perú	60,53	43,12	24,57
Uruguay	86,11	76,62	59,97

Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 8 Prevalencias vida, año y mes de alcohol, edad 17 años y más, por país.

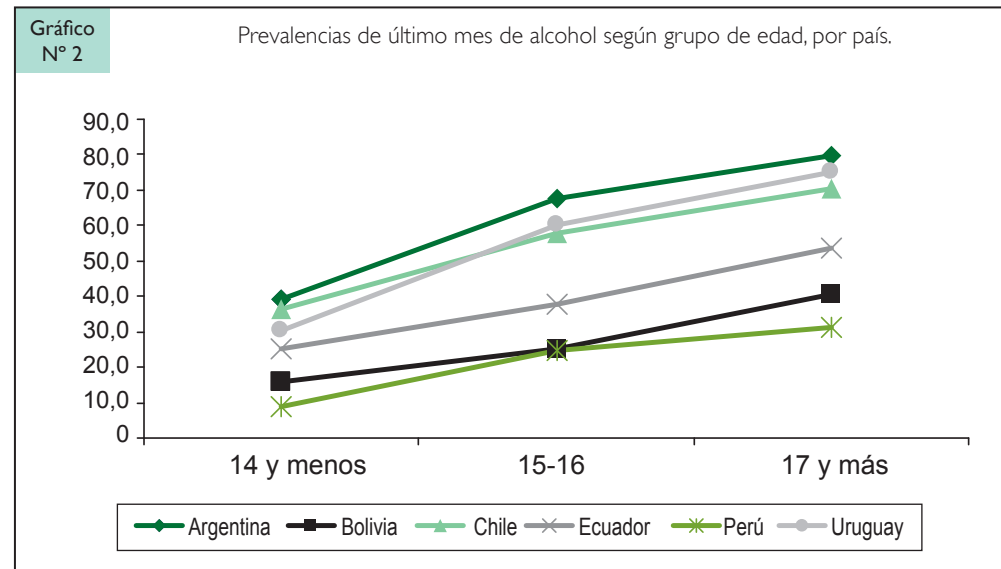
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	90,10	85,27	79,51
Bolivia	65,48	51,60	40,60
Chile	90,25	81,73	70,52
Ecuador	90,62	74,25	53,70
Perú	66,95	48,91	31,37
Uruguay	93,95	87,48	74,88

Prevalencias ajustadas por sexo

Las diferencias más bajas según edad se constatan entre la población escolarizada de Ecuador con una razón de 1,63 entre menores de 15 años y mayores de 16 para declaración de consumo de alcohol en el último año. En el otro extremo se ubica Bolivia, con una razón de 2,65 considerando el mismo período de tiempo (19,4% entre 14 años y menos frente a 51,6% entre mayores de 17). Perú obtiene una razón muy similar de 2,4 mientras que en los demás países se obtienen razones entre los dos extremos de edad en torno a 1,7.

Al considerar las diferencias entre los tramos 15-16 años y 17 o más años, las diferencias son significativamente menores, no observándose variaciones de magnitud entre los países. Para las declaraciones de consumo en el último año, el aumento relativo más bajo se constata en Perú (43,1% entre jóvenes de 15 a 16 años frente a 48,9% entre jóvenes de 17 o más años de edad) y el mayor aumento se observa en Bolivia (33,3% frente a 51,6%).

Por otra parte, si se considera el uso actual de alcohol, en el Gráfico 2 se observa que las diferencias entre los países en el grupo de 17 años y más están prácticamente determinadas por las diferencias observadas en el segmento de 14 años y menos.



III.2 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

Percepción del riesgo

Los resultados del estudio muestran que la percepción de riesgo de tomar bebidas alcohólicas ordena a los países de manera similar que al considerar el consumo. Uruguay presenta el menor porcentaje de percepción de **gran riesgo** (50%) seguido por Argentina (57%), los dos países que encabezan las declaraciones de consumo. En los países de menor consumo la percepción de riesgo aumenta hasta los alrededores del 70%, incluyendo a Ecuador que alcanza la cifra más alta (74%) en circunstancias que se trata de un país de consumo intermedio.

La percepción de **gran riesgo** es en todos los países mayor para las mujeres que para los hombres. Es Uruguay el que muestra una brecha mayor por sexo, donde el 46% de los hombres percibe gran riesgo, mientras que entre las mujeres lo percibe el 54%.

Tabla N° 9: Distribución porcentual según percepción de riesgo de tomar bebidas alcohólicas frecuentemente por país.

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	2,45	9,31	28,01	57,09	3,14
Bolivia	2,64	5,65	11,85	71,06	8,79
Chile	3,16	7,49	20,91	61,64	6,00
Ecuador	1,73	5,06	13,71	74,38	5,12
Perú	5,36	6,24	16,08	67,11	5,21
Uruguay	1,97	10,72	35,44	50,21	1,65

Tabla N° 10: Percepción de **gran riesgo** de tomar bebidas alcohólicas frecuentemente, según sexo y total por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	52,80	61,08	57,09
Bolivia	67,35	74,42	71,06
Chile	57,22	65,56	61,64
Ecuador	71,69	76,77	74,38
Perú	63,13	70,64	67,11
Uruguay	45,88	54,08	50,21

La percepción de **gran riesgo** de tomar bebidas alcohólicas frecuentemente aumenta conforme a la edad en casi todos los países. La excepción la marcan Perú y Uruguay, donde las diferencias de edad no son estadísticamente significativas.

Tabla N° 11: Percepción de **gran riesgo** de tomar bebidas alcohólicas frecuentemente, según edad, por país.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	57,04	55,77	59,26
Bolivia	64,77	72,72	77,58
Chile	59,94	62,47	62,79
Ecuador	70,50	75,65	78,01
Perú	65,92	68,48	66,66
Uruguay	49,25	51,89	48,93

La percepción de riesgo respecto de la embriaguez –un indicador de consumo abusivo- es bastante pareja en todos los países: los resultados oscilan entre 60 y 70% para la categoría de gran riesgo. En el caso de la embriaguez los países dejan de alinearse según sus prevalencias de consumo efectivo y la percepción de riesgo ofrece umbrales altos y equilibrados en todos ellos.

Tabla N° 12: Distribución porcentual según percepción de riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas según país.

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	2,81	7,15	17,00	67,77	5,27
Bolivia	2,82	7,72	13,72	63,09	12,64
Chile	3,22	5,69	12,92	69,83	7,32
Ecuador	1,61	7,15	14,33	66,01	10,90
Perú	5,80	8,87	15,07	61,76	8,50
Uruguay	1,86	4,69	15,79	72,83	4,83

En todos los países en estudio, la diferencia por sexo con respecto a la percepción de **gran riesgo** de embriagarse con bebidas alcohólicas es mayor para las mujeres que para los hombres (Tabla 13). Argentina es el país que muestra la menor brecha de género (66% en hombres frente al 70% en mujeres), mientras que Chile muestra una diferencia mayor en la percepción de riesgo de las mujeres frente a los hombres con casi 10 puntos porcentuales.

Tabla N° 13: Percepción de **gran riesgo** de embriagarse con bebidas alcohólicas, según sexo y total por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	65,69	69,77	67,77
Bolivia	60,49	65,40	63,09
Chile	64,66	74,41	69,83
Ecuador	63,32	68,40	66,01
Perú	58,45	64,69	61,76
Uruguay	68,64	76,60	72,83

La percepción de **gran riesgo** de embriagarse con bebidas alcohólicas está asociado con la edad en 5 de los 6 países: el riesgo percibido aumenta con la edad, salvo en Perú donde las cifras no muestran esta gradiente y se mantienen en un rango similar en las distintas edades.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	66,77	67,17	70,17
Bolivia	58,42	64,53	67,58
Chile	67,28	70,98	71,70
Ecuador	60,58	67,86	70,95
Perú	60,04	63,76	61,08
Uruguay	73,32	71,80	73,74

CAPÍTULO IV

TABACO

IV.1 PREVALENCIAS DE CONSUMO, POR SEXO Y EDAD

El consumo **alguna vez en la vida** de tabaco ubica en primer lugar a Chile con un 67,9% de respuestas afirmativas, seguido por Ecuador (48,8%), Uruguay (47,9%) y Argentina (47,2%). En Perú el consumo de tabaco alguna vez en la vida baja 6 puntos porcentuales respecto a Argentina, siendo Bolivia el país que muestra el menor porcentaje de consumo (37,4%).

El consumo en el último año se mueve en un rango de variación entre 20% y 30% en todos los países, salvo en Chile donde supera el 45%. Lo mismo ocurre con la prevalencia del último mes que fluctúa entre el 11 y 30%. En todas las estimaciones Bolivia arroja las declaraciones de

consumo mas bajas entre los seis países considerados.

Observando el consumo entre hombres y mujeres (Tablas 16 y 17), se puede clasificar a los seis países en dos grupos. En los países que muestran un mayor consumo de tabaco en el último mes, como Chile, Argentina y Uruguay, las mujeres presentan mayor consumo que los hombres, mientras que en el otro extremo, es decir en los países de menor consumo como Ecuador, Bolivia y Perú, son los hombres quienes declaran mayor consumo de tabaco. En Chile, por ejemplo, el consumo masculino en el último mes bordea el 30%, pero se eleva hasta 35% entre mujeres, pero en el caso de los jóvenes escolarizados de Ecuador sucede

País	Vida	Prevalencia [#]	
		Último año	Último mes
Argentina	47,17	30,72	22,24
Bolivia	37,43	20,33	11,96
Chile	67,87	46,20	32,58
Ecuador	48,77	26,95	15,78
Perú	41,16	27,93	13,55
Uruguay	47,92	29,98	21,02

[#] Prevalencias ajustadas por edad y sexo

lo contrario: el consumo masculino alcanza al 23% mientras que el femenino es tan solo de 10% (por cada mujer que declara haber consumido tabaco en el último año existen más de 2 hombres que realizan esa declaración).

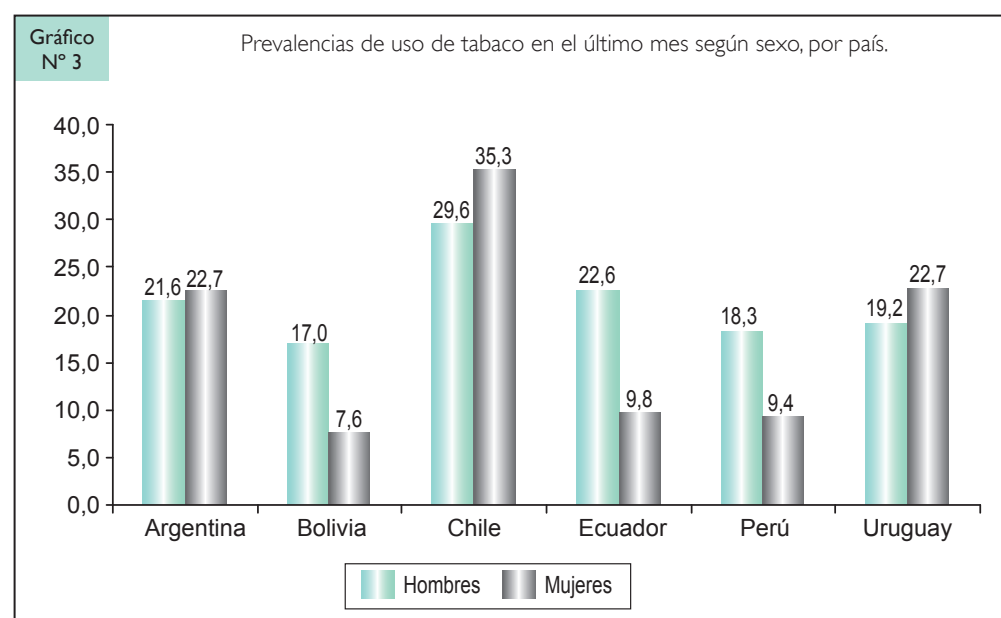
Tabla N° 16 Prevalencias vida, año y mes de tabaco, hombres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	46,75	29,14	21,62
Bolivia	46,16	27,14	16,95
Chile	64,85	42,24	29,61
Ecuador	58,79	35,94	22,56
Perú	48,66	34,60	18,27
Uruguay	46,34	27,22	19,15

Prevalencias ajustadas por edad

Tabla N° 17 Prevalencias vida, año y mes de tabaco, mujeres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	47,62	32,07	22,66
Bolivia	29,67	14,40	7,60
Chile	70,61	49,77	35,28
Ecuador	39,87	18,96	9,75
Perú	34,51	22,01	9,37
Uruguay	49,46	32,54	22,74

Prevalencias ajustadas por edad

La comparación por sexo en cada país en relación a la prevalencia de uso en el último mes, se destaca en el Gráfico siguiente.



La declaración de consumo de tabaco se incrementa en todos los países con la edad. Considerando las declaraciones alguna vez en la vida, alcanza el porcentaje más alto en Chile, donde poco más de 8 de cada 10 jóvenes de 17 o más años responde afirmativamente (Tabla 20). Tanto para las declaraciones último año como último mes los mayores porcentajes de respuesta afirmativa los sigue presentando Chile entre la población mayor de 17 años (58,5% y 45,8% respectivamente).

Tabla N° 18 Prevalencias vida, año y mes de tabaco, edad 14 años o menos, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	30,95	18,27	11,59
Bolivia	23,28	10,54	5,74
Chile	53,63	33,30	19,57
Ecuador	33,47	14,59	6,86
Perú	25,72	15,41	6,21
Uruguay	28,69	17,02	9,71

Prevalencias ajustadas por sexo

Las diferencias más bajas según edad, se constatan entre la población escolarizada de Chile con una razón de 1,76 entre menores de 15 años y mayores de 16 para declaración de consumo en el último año. En el otro extremo se ubica Bolivia, con una razón de 3,32 considerando el mismo período de tiempo (10,5% entre 14 años y menos frente a 35% entre 17 y más años de acuerdo a las Tablas 18 y 20). Para los demás países se obtienen razones entre los dos extremos de edad, en torno a 2,5, lo cual significa que el consumo se duplica entre los jóvenes de 17 años o más respecto a los de 14 años y menos.

Tabla N° 19 Prevalencias vida, año y mes de tabaco, edad 15-16 años, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	52,01	34,67	24,78
Bolivia	38,23	20,16	11,39
Chile	72,68	50,34	36,30
Ecuador	51,76	28,34	15,77
Perú	46,74	32,73	15,87
Uruguay	53,00	33,02	22,83

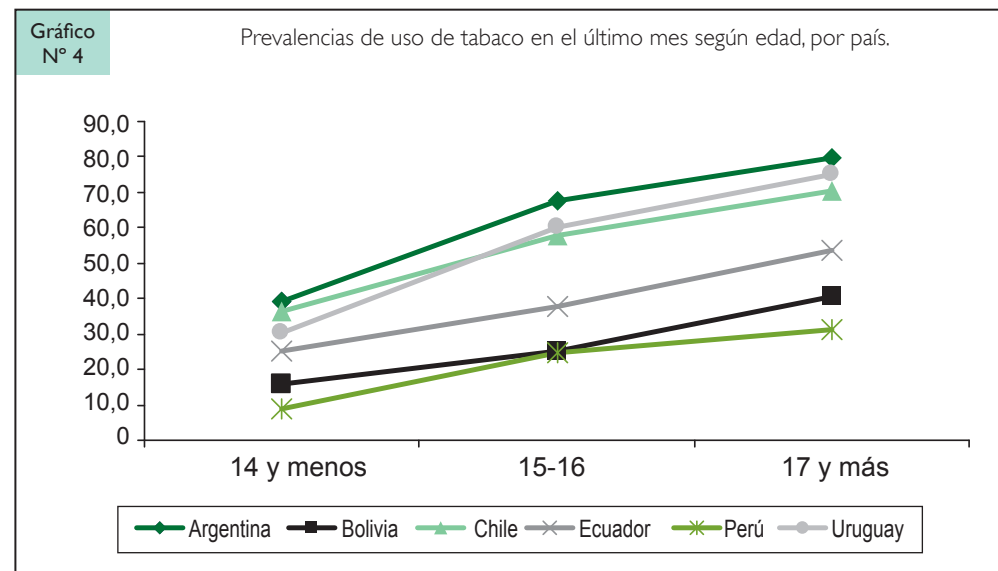
Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 20 Prevalencias vida, año y mes de tabaco, edad 17 años y más, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	63,30	42,74	33,84
Bolivia	56,95	35,00	22,01
Chile	81,14	58,58	45,81
Ecuador	66,50	42,87	28,87
Perú	54,94	38,64	20,63
Uruguay	68,14	44,21	34,80

Prevalencias ajustadas por sexo

Al considerar las diferencias entre los tramos 15-16 años y 17 o más años, las diferencias son significativamente menores, no observándose variaciones de magnitud entre los países. Para las declaraciones de consumo en el último año, el aumento relativo más bajo se constata en Perú (32,7% entre jóvenes de 15 a 16 años frente a 38,6% entre jóvenes de 17 o más años de edad) y el mayor aumento se observa en Bolivia (20,1% frente a 35%).

La evolución del consumo de tabaco según grupo de edad por país se presenta en el Gráfico 4 considerando como indicador el uso actual.



IV.2 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

Percepción de gran riesgo

Los resultados del estudio muestran que la percepción de riesgo de **fumar cigarrillos frecuentemente**, ordena a los países de manera similar que cuando se considera el consumo. Chile presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo (casi 43%) y en correspondencia ofrece el mayor nivel de consumo. Argentina y Uruguay elevan su percepción de riesgo hasta el borde del 60%, mientras que los países de baja prevalencia pueden alcanzar umbrales todavía mayores, 64% en Bolivia, 66% en Perú y 72% en Ecuador, país donde se registra la mayor percepción de riesgo frente al uso de tabaco.

En la Tabla 22 no se observan diferencias de magnitud en la percepción de **gran riesgo**

por sexo. En todos los países esta percepción es algo más elevada entre las mujeres, pero las diferencias no son tan marcadas.

Entre los estudiantes de los seis países, las diferencias de percepción de **gran riesgo** para el uso frecuente de tabaco por tramos de edad son muy bajas, tal como se observa en la Tabla 23. Así por ejemplo en Chile y Perú la razón entre los jóvenes de 14 o menos y 17 años y

más es de apenas 1,01, prácticamente inexistente. En los demás países la percepción de gran riesgo tiende a aumentar con la edad aunque suavemente.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	58,39	58,44	63,19
Bolivia	60,28	65,33	69,28
Chile	43,18	42,58	42,89
Ecuador	69,29	73,92	74,73
Perú	65,06	67,25	64,32
Uruguay	57,22	57,76	63,59

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	2,38	9,57	26,10	59,59	2,36
Bolivia	2,80	8,70	15,60	64,49	8,42
Chile	3,59	13,32	34,12	42,87	5,43
Ecuador	1,67	6,82	14,65	72,46	4,41
Perú	5,39	7,77	16,46	65,74	4,63
Uruguay	1,39	7,08	31,24	59,01	1,28

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	56,61	62,42	59,59
Bolivia	61,00	67,59	64,49
Chile	41,12	44,42	42,87
Ecuador	69,47	75,10	72,46
Perú	62,11	68,95	65,74
Uruguay	56,79	61,09	59,01

CAPITULO V

INHALABLES

V.1 CONSUMO

El consumo alguna vez en la vida ubica en primer lugar a Chile con un 7,8% de respuestas afirmativas, seguido por Ecuador (6%). En Bolivia, Uruguay, Argentina y Perú se obtienen respuestas positivas que oscilan alrededor del 4%.

Al considerar el consumo en el último año, se mantiene el orden de los países. Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días Bolivia y Chile encabezan la lista con cerca de 1,5%, aunque Ecuador, Argentina y Uruguay tienen prevalencias muy similares por encima del

1%. Solamente Perú muestra tasas de consumo de inhalables claramente inferiores al resto de los países.

En el caso del uso de inhalables se rompe la alineación de los países en dos grupos de consumo claramente diferenciados: los países tienden a asemejarse entre sí con la excepción de Chile y Perú que se ubican en el extremo alto y bajo respectivamente.

En todos los países el consumo de inhalables es mayor entre los hombres que entre las mujeres de acuerdo a los resultados mostrados en las Tablas 25 y 26. Las diferencias son, sin embargo, menores en los países con mayor prevalencia de uso de inhalables. Así por ejemplo en el caso de los jóvenes escolarizados de Chile, la razón de uso de inhalables en el último

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	3,85	2,32	1,16
Bolivia	4,09	2,53	1,44
Chile	7,80	3,36	1,41
Ecuador	6,00	2,61	1,31
Perú	3,65	1,66	0,52
Uruguay	3,98	2,23	1,13

[#] Prevalencias ajustadas por edad y sexo

año entre mujeres y hombres es de 1,19 (por cada mujer que declara haber usado inhalables en ese período existen 1,19 hombres que realizan esa declaración). En Ecuador la razón es de 1,42. En el otro extremo se ubica Uruguay, con una razón de 2,34, lo que significa que la prevalencia de consumo entre hombres más que duplica a la observada entre mujeres en ese país (3,2% en hombres frente a 1,4% en mujeres).

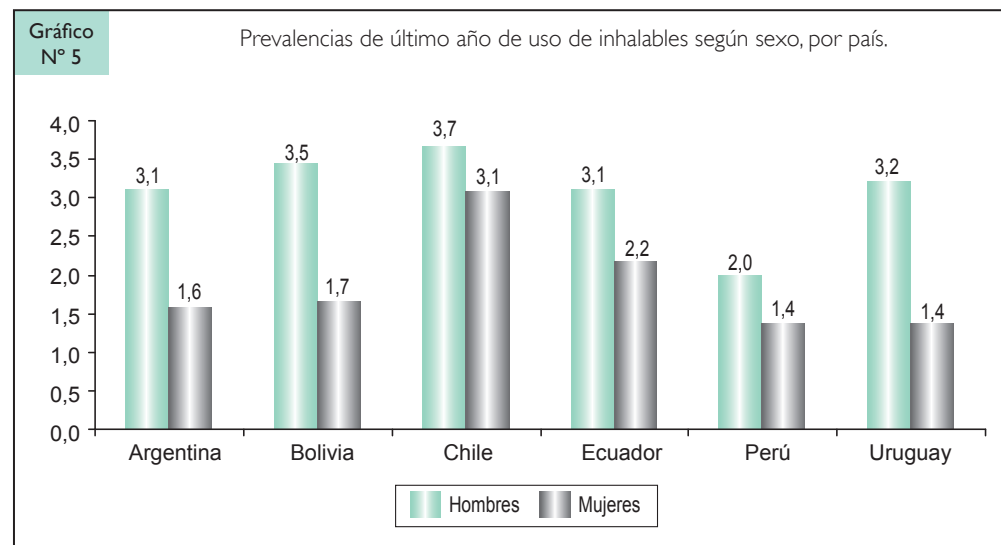
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	5,15	3,11	1,65
Bolivia	5,81	3,45	1,95
Chile	8,58	3,66	1,59
Ecuador	7,03	3,10	1,75
Perú	4,48	2,00	0,60
Uruguay	5,61	3,21	2,00

Prevalencias ajustadas por edad

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,64	1,58	0,70
Bolivia	2,52	1,65	0,96
Chile	7,10	3,08	1,24
Ecuador	5,09	2,18	0,91
Perú	2,92	1,36	0,45
Uruguay	2,56	1,37	0,36

Prevalencias ajustadas por edad

En el Gráfico 5 se presentan las prevalencias de último año según sexo. Se observa que en 5 de los 6 países, las diferencias entre los hombres no son muy relevantes con cifras que van desde un 3,1% hasta un 3,7%. En el caso de las mujeres, cuatro países presentan cifras bastante similares (entre 1,4% y 1,7%), y dos países presentan cifras superiores.



Considerando las declaraciones alguna vez en la vida, el porcentaje más alto se obtiene en Chile, donde casi el 8% de los jóvenes de 17 o más años responde afirmativamente. A la hora de las declaraciones para el último año es Uruguay el que alcanza el mayor porcentaje para los jóvenes escolarizados mayores de 17 años (3%), en tanto para las declaraciones en el último mes los mayores porcentajes de respuesta afirmativa se constatan en Bolivia (1,4%).

Las diferencias más bajas según edad, se constatan entre la población escolarizada de Perú con una razón de 0,73 entre 14 años y menos y mayores de 17 para declaración de consumo en el último año según se puede observar en el Gráfico 6. También en Chile el uso reciente de inhalables tiende a decaer suavemente con la edad. En el otro extremo se ubica Uruguay, con una razón de 2,25 considerando el mismo período de tiempo (1,3% entre 14 años y menos frente a 3% entre mayores de 17).

Para los demás países se obtienen razones entre los dos extremos de edad, en torno a 1, lo cual significa que el consumo se mantiene entre los jóvenes de 17 años o más, respecto a los menores de 14, tal como se observa en Gráfico.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,54	1,59	0,77
Bolivia	4,01	2,67	1,60
Chile	7,44	3,46	1,45
Ecuador	5,67	2,56	1,24
Perú	2,95	1,71	0,47
Uruguay	2,67	1,34	0,73

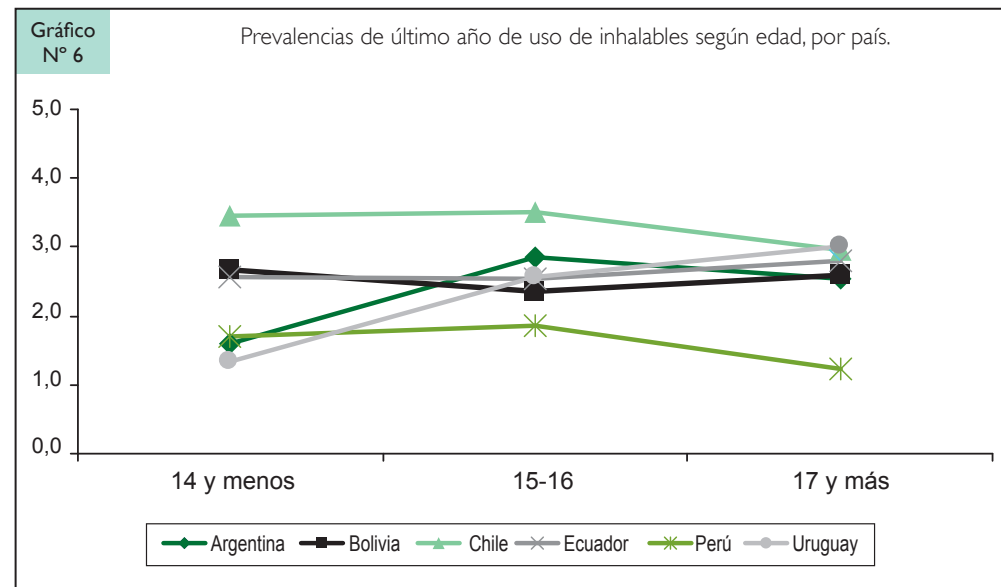
Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	4,65	2,85	1,44
Bolivia	3,72	2,36	1,26
Chile	8,02	3,50	1,45
Ecuador	5,98	2,55	1,27
Perú	3,66	1,87	0,56
Uruguay	4,23	2,56	1,34

Prevalencias ajustadas por sexo

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	4,47	2,55	1,31
Bolivia	4,81	2,58	1,47
Chile	7,97	2,97	1,28
Ecuador	6,53	2,79	1,46
Perú	4,66	1,24	0,52
Uruguay	5,52	3,02	1,39

Prevalencias ajustadas por sexo



V.2 PERCEPCIÓN DE GRAN RIESGO

Bolivia presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo frente al uso de esta sustancia “alguna vez” (31,4%) seguido por Uruguay (36,7%). En los demás países los porcentajes aumentan, ubicándose en el entorno del 40%. Entre éstos, Ecuador presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo (39,3%) y Chile el más alto (50,7%), aunque con una pregunta ligeramente diferente.

Tabla N° 30 Percepción de riesgo de fumar cigarrillos frecuentemente por país.

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	4,01	14,00	32,44	39,58	9,98
Bolivia	6,14	16,54	23,58	31,42	22,31
Chile*	4,25	9,21	16,88	50,70	18,96
Ecuador	3,94	17,89	28,60	39,33	10,24
Perú	6,82	13,33	25,86	44,69	9,30
Uruguay	4,14	13,83	35,30	36,78	9,95

*Nota: en el caso de Chile, la pregunta fue: “probar inhalables 1 o 2 veces”.

No se observan diferencias de magnitud en la percepción de gran riesgo por sexo tal como se observa en la Tabla 31. Excepto en Chile y en Bolivia, en todos los países esta percepción es algo más elevada entre los hombres, pero no son estadísticamente significativas.

Tabla N° 31 Percepción de gran riesgo de aspirar inhalables alguna vez, según sexo y total por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	41,09	38,25	39,58
Bolivia	31,13	31,74	31,42
Chile	47,83	53,24	50,70
Ecuador	41,01	37,85	39,33
Perú	44,91	44,49	44,69
Uruguay	37,32	36,30	36,78

En la Tabla 32 se observa que la edad de los entrevistados se asocia a la percepción de gran riesgo en los países con mayor prevalencia de consumo efectivo. Las diferencias más importantes se observan en Ecuador, que pasa de una percepción de gran riesgo de 33% entre los menores de 15 años, a 46,4%

Tabla N° 32 Percepción de gran riesgo aspirar inhalables alguna vez, según edad por país.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	37,30	39,21	43,48
Bolivia	27,91	32,03	35,55
Chile	49,62	50,12	53,19
Ecuador	33,01	40,64	46,40
Perú	42,54	45,89	45,88
Uruguay	33,66	35,09	44,02

Prevalencias ajustadas por edad y sexo

entre los de 17 años y más. La población escolarizada de Uruguay se ubica en segundo lugar respecto a las diferencias de percepción de riesgo entre los tramos de edad 14 años y menos y 17 años o más.

En tercer lugar se encuentra Bolivia, aunque con menores porcentajes de percepción de gran riesgo que Uruguay.

Entre los estudiantes de Argentina, Chile y Perú, las diferencias de percepción de gran riesgo por tramos de edad son muy bajas. Así por ejemplo en Perú el 42,5% de los jóvenes de 14 años o menos considera que aspirar inhalables una o dos veces constituye un gran riesgo, frente al 45,9% de los mayores de 16 años.

CAPITULO VI

MARIHUANA

VI.1 PREVALENCIAS DE CONSUMO, POR SEXO Y EDAD

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo entre las poblaciones escolarizadas de Enseñanza Media de los países que participaron del estudio.

El consumo alguna vez en la vida ubica a Chile (22,7%) y Uruguay (18,3%) con las prevalencias más altas seguido de Argentina (11,6%), mientras que en Perú, Bolivia, y Ecuador se obtienen prevalencias mucho menores que oscilan entre el 4 y el 7%.

Al considerar la prevalencia de último año, se mantiene el orden de los países, aunque la diferencia entre Chile y Uruguay es bastante pequeña (14,3% y 13,9% respectivamente).

Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, Uruguay presenta el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (8,4%) seguido por Chile (7,6%) tratándose nuevamente de diferencias que por su escasa magnitud ingresan en los márgenes de error de las muestras. También Ecuador, Bolivia y Perú presentan declaraciones de uso reciente de marihuana mucho menores que los demás países.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	11,61	8,16	4,91
Bolivia	5,63	3,33	1,80
Chile	22,71	14,30	7,60
Ecuador	6,89	4,44	2,33
Perú	4,05	2,39	1,10
Uruguay	18,32	13,89	8,38

[#] Prevalencias ajustadas por edad y sexo

En todos los países el consumo de marihuana es mayor entre los hombres que entre las mujeres. Las diferencias son, sin embargo, menores en los países con mayor prevalencia de consumo, tal como se observa en las Tablas 34 y 35. En los tres países de menor prevalencia,

el consumo masculino es siempre más del doble del femenino, algo que también ocurre en Argentina. Sin embargo en Uruguay y un poco mas en Chile, la brecha de género en el uso de marihuana se cierra drásticamente.

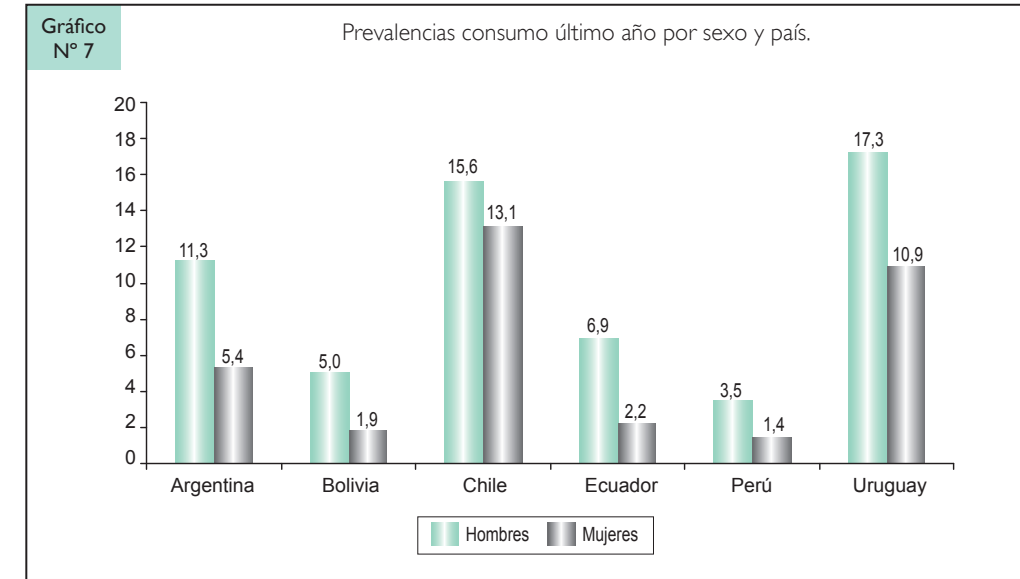
Tabla N° 34 Prevalencias vida, año y mes de marihuana, hombres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	15,76	11,27	7,04
Bolivia	8,78	4,99	2,82
Chile	24,80	15,64	8,73
Ecuador	10,56	6,90	3,58
Perú	5,94	3,48	1,63
Uruguay	22,37	17,25	10,98

Prevalencias ajustadas por edad

Tabla N° 35 Prevalencias vida, año y mes de marihuana, mujeres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	7,86	5,37	3,02
Bolivia	2,84	1,87	0,89
Chile	20,88	13,13	6,62
Ecuador	3,63	2,24	1,22
Perú	2,38	1,41	0,62
Uruguay	14,76	10,93	6,05

Prevalencias ajustadas por edad

Como se observa en el Gráfico 7, en el caso de los jóvenes escolarizados de Chile, por ejemplo, la razón de consumo de marihuana en el último año entre mujeres y hombres es de 1,19 (15,6% versus 13,1%), es decir por cada mujer que declara haber consumido marihuana en ese período existen 1,2 hombres que realizan esa declaración. En Uruguay la razón es de 1,57 (17,3% versus 10,9%). En el otro extremo se ubica Ecuador, con una razón de 3,1 (6,9% versus 2,2%), lo que significa que la prevalencia de consumo entre hombres triplica a la observada entre mujeres en ese país.



La declaración de consumo de marihuana se incrementa en todos los países con la edad, como se observa en las Tablas 36 a 38. Este gradiente de edad ha sido observado en todos los estudios epidemiológicos que se conocen. Chile presenta la declaración más alta de consumo en el grupo de 14 años y menos, pero en el grupo de 17 años y más el listado está encabezado por Uruguay.

Las tasas de consumo según rangos de edad presentan importantes diferencias entre los distintos países. En la población escolarizada de Bolivia, por ejemplo, se obtiene la menor diferencia,

con una razón de 2,56 entre menores de 15 años y 17 años y más para declaración de consumo en el último año. En el otro extremo se ubica Uruguay, con una razón de 6,59 considerando el mismo período e intervalos de edad (4% versus 26,8%). Para los demás países se obtienen razones en torno a 4, lo cual significa que el consumo se cuadruplica entre los jóvenes de 17 años o más, respecto a los menores de 15.

Tabla N° 36 Prevalencias vida, año y mes de marihuana, edad 14 años y menos, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	4,12	2,69	1,71
Bolivia	2,89	2,04	1,17
Chile	9,39	5,42	2,84
Ecuador	2,81	1,94	0,99
Perú	1,64	1,19	0,46
Uruguay	5,40	3,98	2,36

Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 37 Prevalencias vida, año y mes de marihuana, edad 15-16 años, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	12,53	9,15	5,74
Bolivia	5,19	3,34	1,86
Chile	24,79	16,08	8,64
Ecuador	6,99	4,52	2,36
Perú	4,21	2,59	1,21
Uruguay	19,41	14,92	8,56

Prevalencias ajustadas por sexo

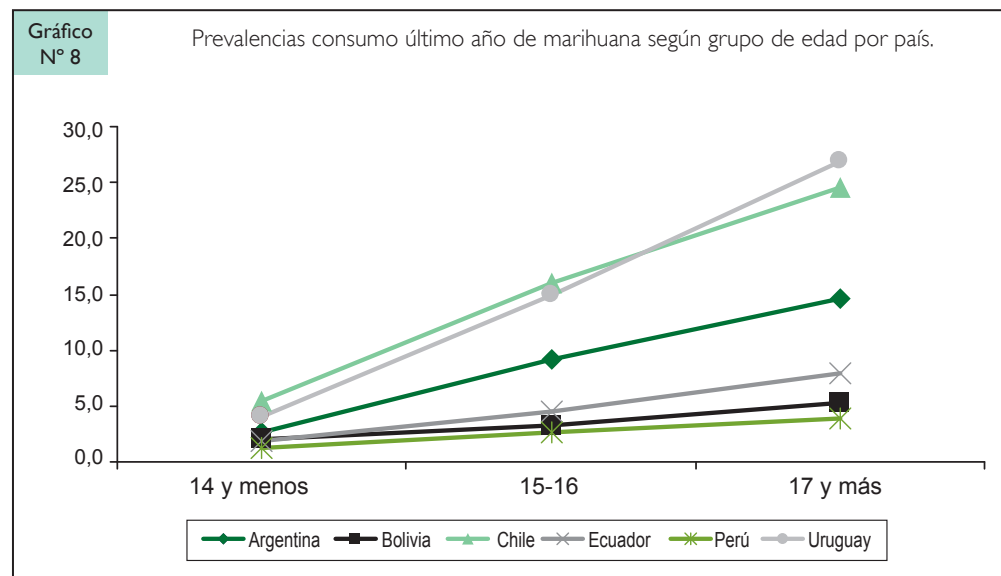
Al considerar las diferencias entre los tramos 15-16 años y 17 o más años, las diferencias son significativamente menores. Para las declaraciones de consumo en el último año, el aumento relativo más bajo se constata en Perú (2,6% entre jóvenes de 15 a 16 años frente a 3,8% entre jóvenes de 17 o más años de edad) y el mayor aumento se observa en Uruguay donde casi se duplica (14,9% frente a 26,8%).

Tabla N° 38 Prevalencias vida, año y mes de marihuana, edad 17 y más, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	21,14	14,63	8,30
Bolivia	10,34	5,22	2,60
Chile	39,00	24,52	12,96
Ecuador	12,70	7,96	4,25
Perú	7,34	3,82	1,86
Uruguay	35,58	26,84	16,93

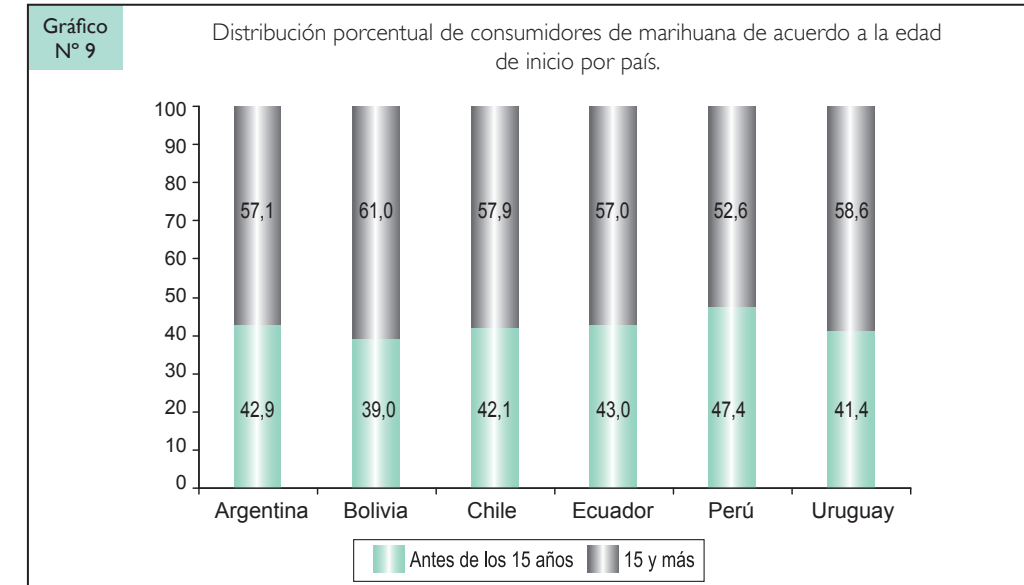
Prevalencias ajustadas por sexo

En el Gráfico 8 podemos observar el incremento de la tasa de consumo de marihuana en el último año de acuerdo a la edad. Destaca sobre todo el crecimiento bastante lineal en todos los países. Sin embargo, si bien hay importantes diferencias en el punto de partida, es decir, en los escolares de 14 años y menos, 4.5 veces entre la menor tasa (1,2% en Perú) y la mayor tasa (5,4% en Chile), es el incremento de la tasa de consumo según edad lo que hace la diferencia entre los diferentes países, llegándose a una diferencia de 7 veces entre el país con mayor prevalencia (Uruguay con 26,8%) y el país con la menor prevalencia (Perú con 3,8%).



VI.2 PRECOCIDAD DE CONSUMO

Para toda la región, se encontró que el 43% de los jóvenes que han experimentado alguna vez con marihuana, lo hicieron antes de los 15 años. Esta distribución no tiene diferencias significativas por país, salvo para el caso de Perú que presenta una precocidad de consumo algo mas elevada que el resto de los países (47%), tal como se observa en el gráfico siguiente.



VI.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS

Los resultados del estudio muestran que la percepción de ningún riesgo de probar marihuana, ordena a los países de manera similar al que tienen sus prevalencias de consumo. En Uruguay, uno de cada cuatro escolares percibe ningún riesgo en iniciarse en marihuana, una cifra menor en Chile y Argentina (alrededor del 17%). En Perú, Bolivia y Ecuador, en cambio, la proporción que no percibe riesgos oscila entre 5% y 7%.

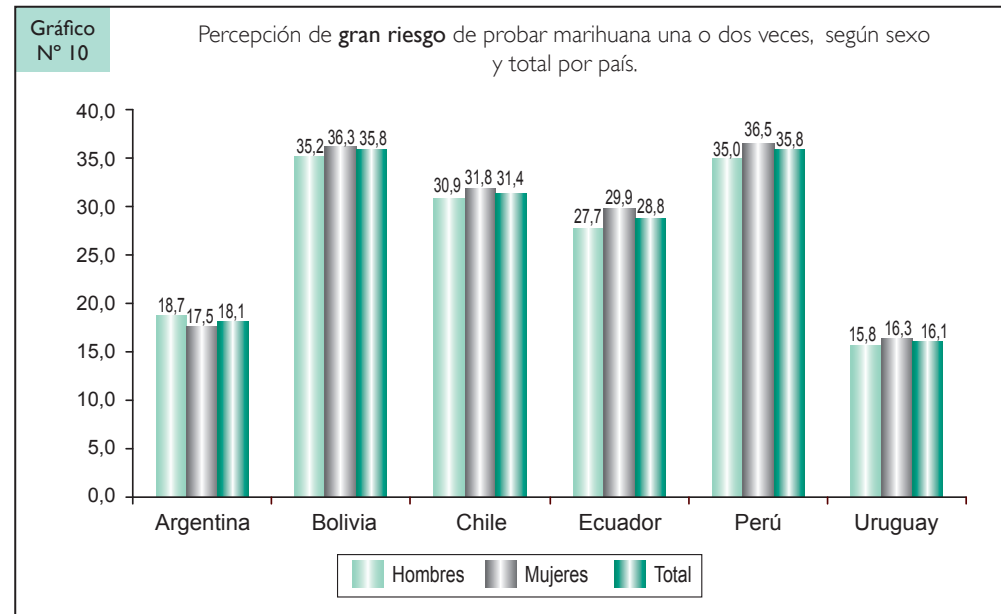
También Uruguay presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo (16%) de probar marihuana seguido por Argentina (18%). Sin embargo Chile se alinea con los países de menor consumo y ofrece un sorprendente 31% de escolares que percibe gran riesgo en probar marihuana, una cifra similar a la que tienen Bolivia y Perú (36%) y Ecuador (28%).

Tabla N° 39 Percepción de riesgo de probar marihuana una o dos veces.

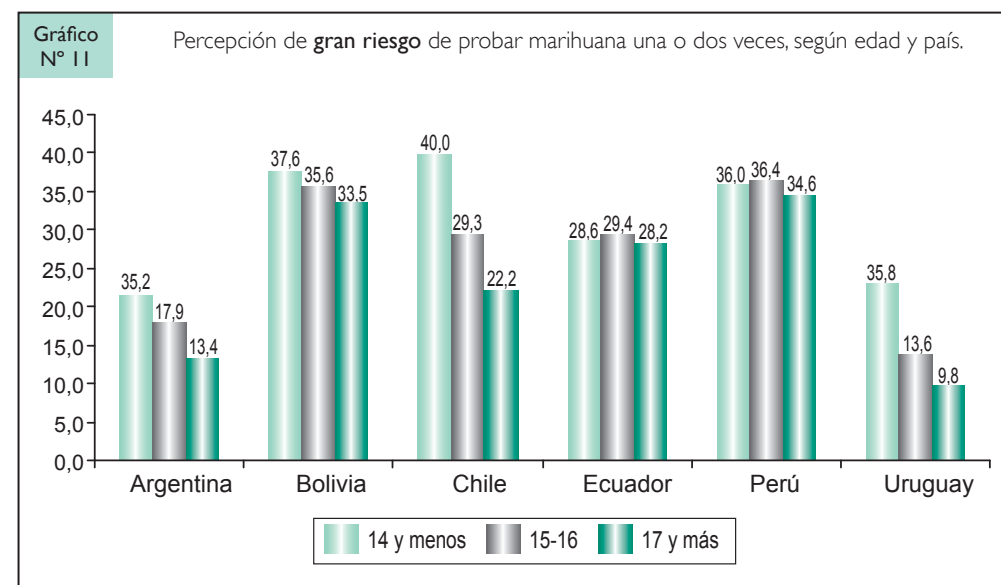
País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	17,32	35,41	24,51	18,08	4,69
Bolivia	5,66	23,73	24,47	35,80	10,34
Chile	16,94	22,81	16,35	31,42	12,48
Ecuador	6,49	30,48	26,78	28,83	7,42
Perú	7,48	20,23	28,80	35,79	7,69
Uruguay	25,87	32,78	20,33	16,11	4,91

En la Gráfico siguiente se presenta la percepción de riesgo que existe entre los estudiantes respecto de las personas que prueban marihuana una o dos veces (que habitualmente se denomina "consumo experimental").

También la percepción de riesgo se desalinea con el consumo al comparar su distribución por sexo, a pesar de que las prevalencias de consumo son resultadamente más bajas entre las mujeres respecto de los hombres, la percepción de riesgo es apenas mayor, e incluso en Argentina esta percepción es menor, aunque ninguna de las diferencias observadas en el Gráfico 10 es estadísticamente significativa.



La distribución por edad de la percepción de gran riesgo de probar marihuana una o dos veces muestra que en los países de mayor prevalencia existe una gradiente bien pronunciada. Las diferencias más importantes se observan en Uruguay, donde la percepción de gran riesgo cae de 23% entre los menores de 15 años, a apenas 10% entre los mayores de 16 años. También las brechas de edad son muy pronunciadas en Chile y Argentina, pero desaparecen en Bolivia, Ecuador y Perú, donde las diferencias de percepción de gran riesgo por tramos de edad son muy bajas. Así por ejemplo en Perú el 36 % de los jóvenes menores de 15 años considera que probar marihuana una o dos veces constituye un gran riesgo, frente al 35% de aquellos que tienen 17 años y más.



Facilidad de acceso⁴

Como se dijo, la facilidad de acceso define una barrera objetiva para acceder a las drogas, pues obviamente una menor disponibilidad puede hacer desistir del uso a una parte importante de la población que no presenta consumos frecuentes o problemáticos. A pesar de la multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de consumir o no algún tipo de drogas, el riesgo percibido en el uso y la disponibilidad de drogas cobran siempre relevancia en los modelos explicativos de este fenómeno.

En el campo de las políticas sobre drogas, un área de real interés es el de controlar la oferta de tales sustancias. Aún cuando esta es una tarea muy difícil de lograr, los diferentes países han definido diversas líneas de acción en ese campo. De allí la importancia de conocer la percepción que tiene la población en cuanto a la facilidad o dificultad que se tiene para acceder o comprar drogas. En la tabla siguiente se presentan los resultados respecto de la pregunta “qué tan fácil o difícil le resultaría conseguir marihuana”.

Casi la mitad de los estudiantes uruguayos (45,3%) considera que le sería fácil conseguir marihuana y solo el 8,4% responde que no podría conseguirla. En el caso de los

País	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
Argentina	37,38	9,40	14,21	39,01
Chile	37,35	6,78	9,90	45,97
Ecuador	23,45	10,71	14,52	51,31
Perú	15,88	14,21	20,32	49,59
Uruguay	45,30	8,15	8,37	38,18

estudiantes chilenos y argentinos se obtienen resultados similares, donde la percepción de facilidad de acceso se ubica alrededor del 37%. Ecuador y Perú, los otros dos países para los que se dispone de información sobre este aspecto, presentan los menores porcentajes de facilidad de acceso (23,5% y 15,9% respectivamente). Es importante destacar que alrededor de un 40% de los estudiantes de Argentina y Uruguay, llegando hasta un 50% de los escolares ecuatorianos y peruanos, manifiestan que no saben si es fácil o difícil conseguir marihuana.

En la Tabla y Gráfico siguiente, tanto por sexo como por edad, se presentan los porcentajes de estudiantes que perciben que es fácil conseguir esta droga.

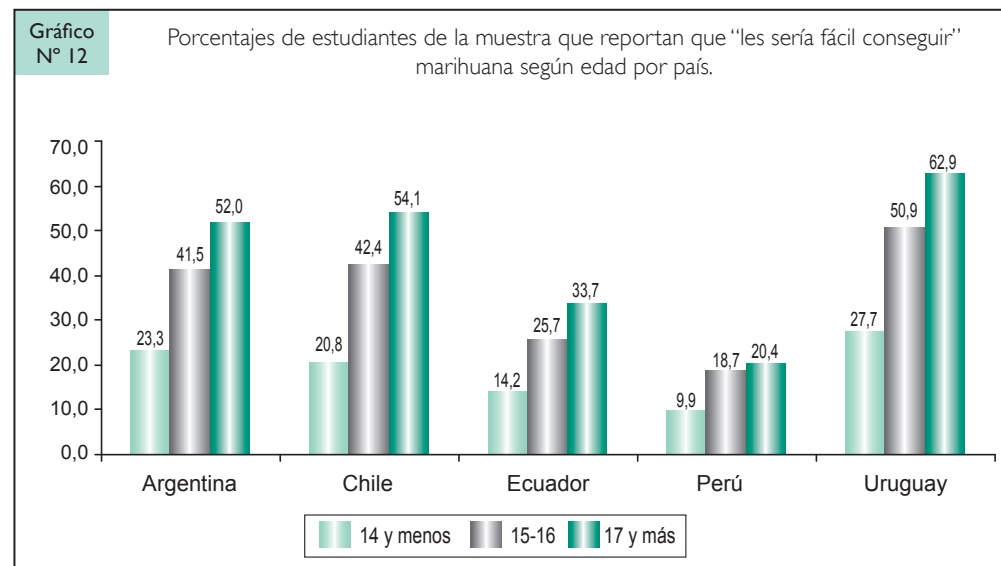
País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	42,05	33,04	37,38
Chile	38,51	36,35	37,35
Ecuador	28,87	18,66	23,45
Perú	19,30	12,85	15,88
Uruguay	49,89	41,32	45,30

En la Tabla 41 se puede observar que en casi todos los países es mayor el

⁴ Por problemas en el instrumento para las preguntas sobre facilidad de acceso, no se incluye Bolivia en los análisis correspondientes.

porcentaje de hombres que considera que le sería fácil conseguir marihuana, respecto a las mujeres. Sin embargo las diferencias relativas son menores en los países con mayor consumo declarado.

La razón más baja entre hombres y mujeres respecto a esta pregunta se observa en Chile donde no se presentan diferencias significativas (por cada mujer que considera que le sería fácil conseguir marihuana existen 1,1 hombres que realizan esa afirmación). En contrapartida la razón más alta se constata en Ecuador (1,6 hombres por cada mujer que considera de fácil acceso la marihuana).



La facilidad de acceso es significativamente más alta conforme aumenta la edad, en todos los países para los que se dispone de información. El 62,9% de los jóvenes escolarizados uruguayos, de 17 y años o más, responde que le sería fácil conseguir marihuana. Para el mismo tramo de edad el 54,1% de los chilenos y el 52% de los argentinos responde en el mismo sentido. Estos porcentajes descienden a 33,7% y 20,4% entre los jóvenes de 17 años y más de Ecuador y Perú respectivamente. A diferencia de la percepción de riesgo, la facilidad de acceso tiene una gradiente de edad bien pronunciada en todos los países cualquiera sea su nivel de consumo.

Oferta directa de marihuana

La oferta de marihuana interroga ya no sobre la percepción de cuán fácil les sería conseguir marihuana, sino que mide reportes de ofrecimientos efecti-

País	En los últimos 30 días	En los últimos 12 meses	Alguna vez en ofrecido	Nunca me han ofrecido
Argentina	10,49	17,61	24,39	75,71
Bolivia	4,58	8,56	14,65	85,35
Chile	18,42	30,32	39,40	60,60
Ecuador	5,09	10,3	18,52	81,48
Perú	4,37	9,59	16,38	83,62
Uruguay	16,05	26,47	35,15	64,85

vos de esta droga. La pregunta se refiere concretamente a "cuándo fue la última vez que le ofrecieron marihuana".

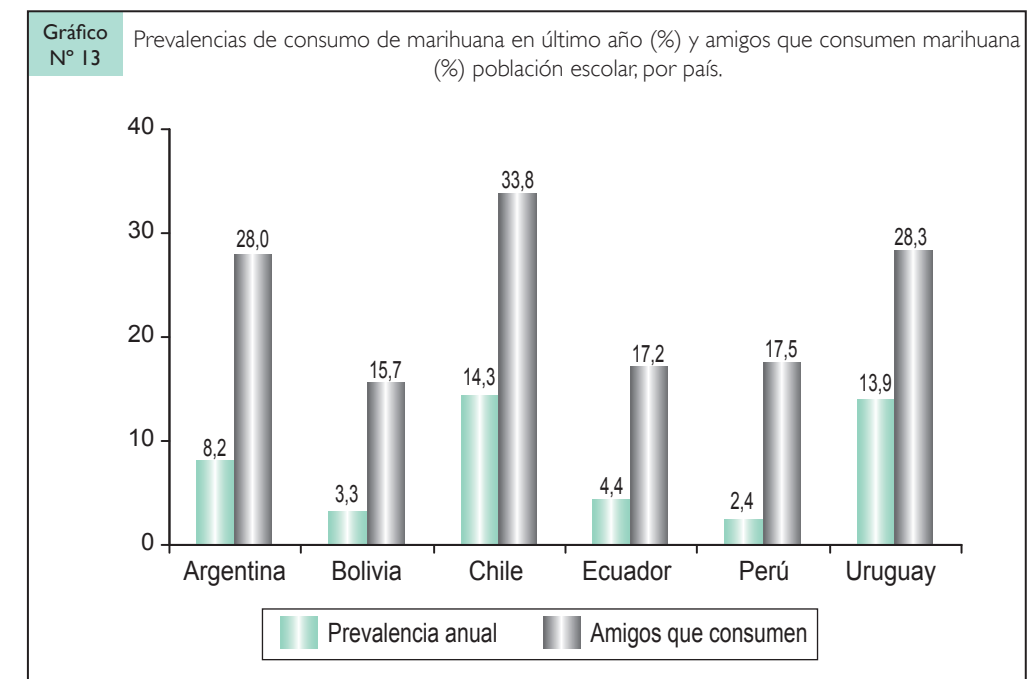
Las declaraciones de oferta reciente (últimos 30 días) siguen muy de cerca a las declaraciones de consumo. Chile y Uruguay presentan la mayor proporción de población que ha recibido un ofrecimiento reciente de marihuana (18,4% y 16,1% de los encuestados reportan este hecho respectivamente) seguido por Argentina (10,5%). Para Bolivia, Ecuador y Perú se obtienen porcentajes de respuesta sensiblemente menores, que se ubican en el entorno del 4,5%.

Al mismo tiempo, cuatro de cada diez estudiantes chilenos declaran que alguien le ha ofrecido marihuana en algún momento de su vida (39,4%), relación levemente inferior entre los estudiantes uruguayos. En los restantes países los porcentajes de oferta reportada alguna vez son sensiblemente inferiores (24,3% en Argentina, 18,5% en Ecuador, 16,4% en Perú y 14,6% en Bolivia).

El consumo en el grupo de pares

El comportamiento del grupo de pares respecto al consumo de drogas (tanto en su consumo como la legitimidad percibida del mismo) son factores importantes tanto para la explicación del fenómeno como para la predicción de escenarios potenciales futuros.

El Gráfico 13 muestra la proporción de amigos cercanos que consume marihuana en cada país, en conjunto con la prevalencia de último año de consumo. Los datos indican que en los países de mayor consumo, las declaraciones de amigos que consumen son también mayores (Chile, Uruguay y Argentina). Sin embargo, los países de menor consumo ofrecen reportes de amigos que consumen bastante elevados que fluctúan entre un 15 y un 17%, muy por encima de sus prevalencias efectivas de consumo. Dicho de otro modo, cuando se considera el consumo del entorno (pares), las diferencias de consumo entre los países se reducen considerablemente.



CAPITULO VII

COCAÍNA Y PASTA BASE

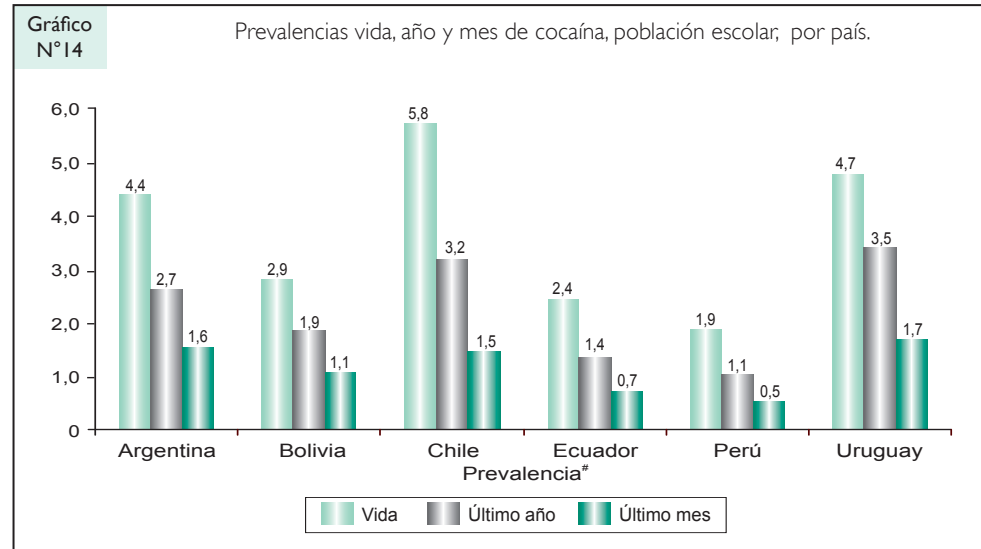
En virtud de la creciente expansión en el mercado de pasta base y los daños asociados al consumo de la misma, se presentan en Anexo I algunas observaciones sobre las características y daños asociados al consumo de la misma.

VII.1 COCAÍNA

VII.1.1 Prevalencias de consumo de cocaína por sexo y edad

El consumo de cocaína alguna vez en la vida entre las poblaciones escolarizadas de enseñanza media, ubica a Chile, Uruguay y Argentina en un rango entre el 4 y 6% de respuestas afirmativas. En Bolivia, Ecuador y Perú se obtienen respuestas positivas que oscilan entre el 2% y el 3%.

Al considerar el consumo en el último año, se mantiene el orden de los países, ubicándose Uruguay en primer lugar con el 3,5%, seguido de Chile con el 3,2%. Respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días se observan pequeñas diferencias, ubicándose Uruguay y Argentina con una prevalencia del último mes de 1,7% y Chile con 1,5%.



Prevalencias ajustadas por edad y sexo.

Como en el caso de la marihuana, también para cocaína es posible identificar dos grupos de países: Uruguay, Chile y Argentina con las declaraciones más altas de consumo y Bolivia, Ecuador y Perú, en ese orden, con las más bajas.

En todos los países el consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres, de acuerdo a los resultados de las Tablas 43 y 44. Las brechas de género en cocaína suelen ser mas amplias que en marihuana. Las diferencias relativas más grandes se constatan en Perú, donde la razón de consumo de cocaína alguna vez en la vida es de 3,1, aumentando a 4 respecto al consumo en los últimos 30 días.

En Chile y Uruguay por cada mujer que declara haber consumido cocaína alguna vez en la vida existen alrededor de 2 hombres que declaran haberlo hecho, diferencia que va creciendo a medida que se acorta el período de referencia de la pregunta.

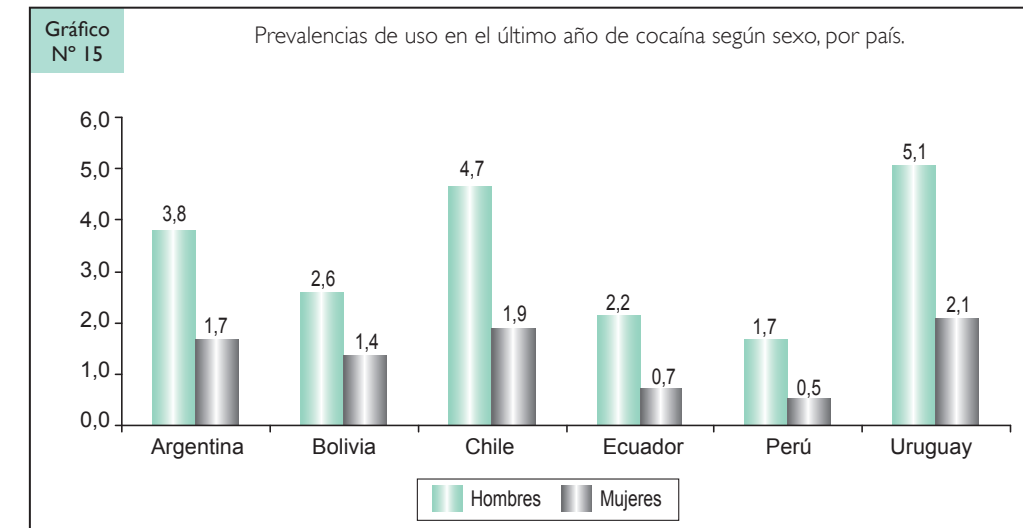
País	Prevalencia#		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	6,25	3,80	2,38
Bolivia	4,20	2,57	1,59
Chile	8,00	4,65	2,23
Ecuador	3,68	2,16	1,05
Perú	3,02	1,67	0,84
Uruguay	6,48	5,06	2,87

Prevalencias ajustadas por edad

País	Prevalencia#		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,76	1,69	0,98
Bolivia	1,81	1,37	0,75
Chile	3,82	1,91	0,83
Ecuador	1,30	0,73	0,36
Perú	0,98	0,52	0,21
Uruguay	3,21	2,09	0,76

Prevalencias ajustadas por edad

En el Gráfico siguiente se presentan las prevalencias de uso de cocaína en el último año para cada país, y en él se advierte que la prevalencia de Bolivia respecto de los países con mayor consumo, es más importante entre los estudiantes varones, y no es tan notoria entre las estudiantes mujeres. Por ejemplo, la prevalencia de uso de cocaína es prácticamente el doble en los estudiantes varones de Uruguay respecto de los de Bolivia, pero entre las mujeres la diferencia se reduce a un 50%.



La declaración de consumo de cocaína se incrementa en todos los países con la edad, de acuerdo a las Tablas 45, 46 y 47. Considerando las declaraciones alguna vez en la vida, la prevalencia de consumo mas alta se alcanza en Uruguay, donde casi 1 de cada 10 jóvenes de 17 o más años responde afirmativamente. Esto se repite tanto para las declaraciones de último año como de último mes y los mayores porcentajes de respuesta afirmativa se constatan en Uruguay, entre la población mayor de 17 años (6,7% y 3,8% respectivamente).

Las diferencias más bajas según edad, se constatan entre la población escolarizada de enseñanza media de Bolivia con una razón de 1,4 entre menores de 15 años y mayores de 16, para la declaración de consumo en el último año. En el otro extremo se ubica Uruguay, con una razón de

País	Prevalencia#		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,30	1,43	0,96
Bolivia	2,15	1,53	0,88
Chile	3,94	2,16	0,96
Ecuador	1,32	0,97	0,57
Perú	1,28	0,69	0,31
Uruguay	1,37	1,01	0,47

Prevalencias ajustadas por sexo

6,7 considerando el mismo período de tiempo (1,01% entre menores de 15 años frente a 6,7% entre mayores de 16). Para los demás países se obtienen razones entre los dos extremos de edad, en torno a 2,5, lo cual significa que el consumo al menos se duplica entre los de mayor edad respecto a los de menor edad. Al considerar las diferencias entre los tramos 15-16 años y 17 o más años, las diferencias son significativamente menores, no observándose variaciones de magnitud entre los países.

Tabla N° 46 Prevalencias vida, año y mes de cocaína, edad 15-16 años, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	5,06	3,16	1,95
Bolivia	3,07	2,12	1,14
Chile	5,59	3,21	1,44
Ecuador	2,44	1,52	0,71
Perú	1,75	0,95	0,40
Uruguay	4,72	3,70	1,61

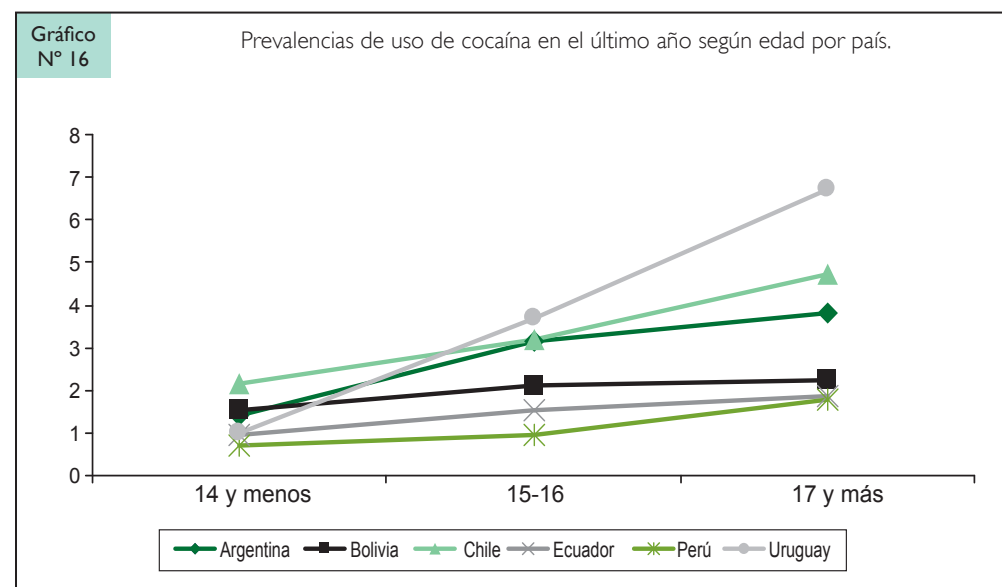
Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 47 Prevalencias vida, año y mes de cocaína, edad 17 años y más, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	6,53	3,82	2,18
Bolivia	3,85	2,22	1,55
Chile	8,79	4,71	2,33
Ecuador	4,01	1,86	0,82
Perú	3,22	1,77	0,96
Uruguay	9,72	6,73	3,85

Prevalencias ajustadas por sexo

Considerando el indicador de uso en el último año, en el Gráfico siguiente se puede observar el crecimiento del uso de cocaína en función de la edad de los escolares. Si bien Uruguay no presenta la mayor cifra entre los estudiantes de 14 años y menos, la “velocidad de crecimiento” es bastante mayor que los otros 5 países llegando a una prevalencia entre los escolares de 17 años y más que supera largamente al país que se ubica en segundo lugar dentro de ese grupo.



VII.1.2 Factores de riesgo y protección asociados

Percepción de gran riesgo

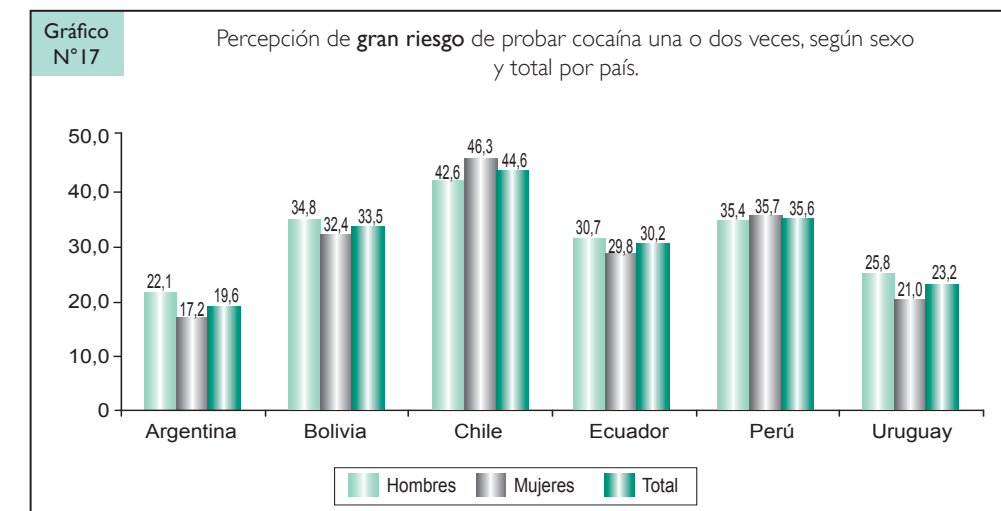
La percepción de riesgo respecto del uso experimental de cocaína (probar una o dos veces) no se alinea exactamente con las prevalencias de consumo. Argentina presenta el menor porcentaje de percepción de gran riesgo (19,6%) seguido por Uruguay (23,2%), pero Chile presenta el mayor porcentaje de percepción de gran riesgo (44,6%) a pesar que tiene declaraciones de consumo comparable con Argentina y Uruguay. Chile tiene una percepción de riesgo frente al uso experimental de cocaína incluso más alto que países de mucho menor prevalencia como Ecuador y Perú.

Tabla N° 48 Distribución porcentual de percepción de riesgo de probar cocaína una o dos veces, por país.

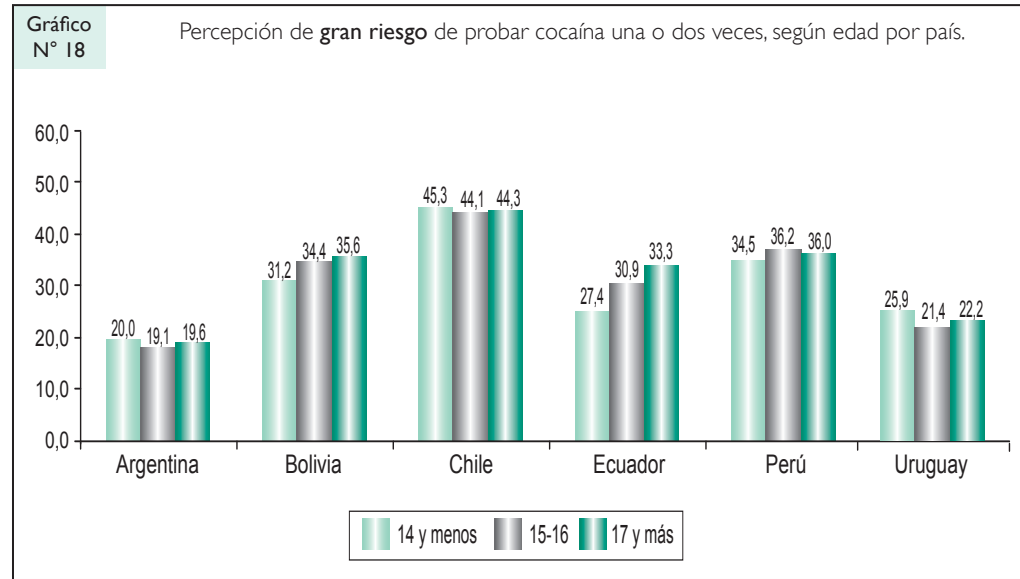
País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	7,90	32,37	34,32	19,56	5,86
Bolivia	4,00	19,60	30,53	33,55	12,32
Chile	5,39	13,94	20,62	44,56	15,48
Ecuador	3,67	24,79	31,20	30,23	10,11
Perú	6,51	19,85	30,09	35,56	7,98
Uruguay	8,69	30,68	30,73	23,22	6,69

Chile tiene una percepción de riesgo frente al uso experimental de cocaína incluso más alto que países de mucho menor prevalencia como Ecuador y Perú.

Al igual que en la marihuana, no se observan diferencias de magnitud en la percepción de riesgo por sexo en cada país (Gráfico 17).



Sin embargo, a diferencia de la marihuana, la edad de los entrevistados no se asocia con la percepción de riesgo. La diferencia más importante se observa en Uruguay, que pasa de una percepción de gran riesgo de 25,9% entre los 14 años y menos, a 22,2% entre los mayores de 17 años (razón de 1,16). Pero tanto en Chile como en Argentina no se observan diferencias de percepción de riesgo entre los tramos de edad de 14 años y menos y 17 años y más (razón de 1,02). Mientras tanto en Ecuador, Bolivia y Perú, las diferencias se invierten, siendo levemente más frecuente la percepción de gran riesgo entre los escolares de mayor edad. En el caso de la marihuana en cambio, al menos en los países de mayor consumo efectivo, la percepción de riesgo mostró una gradiente de edad muy pronunciada y va cayendo a medida que aumenta la edad.



Se observa una diferencia importante en cuanto al riesgo que supone consumir cocaína una o dos veces, o consumirla frecuentemente, como se observa en la Tabla 49. Esto se constata especialmente en Uruguay,

país que mostró un bajo porcentaje de percepción de gran riesgo respecto al consumo de cocaína una o dos veces (23,2%) y que pasa a ser el país con mayor porcentaje de percepción de gran riesgo en relación

Tabla N° 49 Percepción de riesgo de consumir cocaína frecuentemente por país.

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	1,41	3,73	10,50	78,74	5,62
Bolivia	1,99	3,52	6,79	73,38	14,32
Chile	2,73	5,18	10,48	65,05	16,56
Ecuador	1,31	3,75	7,98	76,04	10,91
Perú	5,43	3,75	7,71	73,11	10,00
Uruguay	0,82	2,43	7,96	84,63	4,17

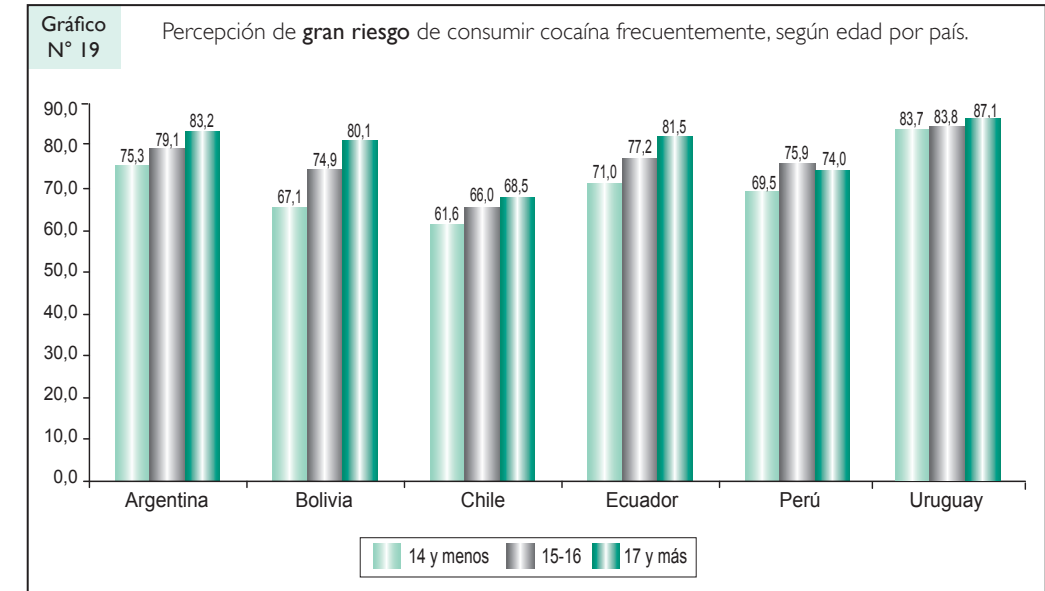
con el consumo frecuente (84,6%). Los demás países oscilan alrededor de una proporción de 75% de percepción de gran riesgo, con la excepción de Chile donde esta proporción asciende a 65%,.

Al considerar la percepción de gran riesgo en el consumo de cocaína frecuentemente, se observa que en todos los países esta percepción es más elevada entre las mujeres que entre los hombres (Tabla 50).

Tabla N° 50 Percepción de **gran riesgo** de consumir cocaína frecuentemente, según sexo y total por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	76,22	81,19	78,74
Bolivia	71,49	75,19	73,38
Chile	60,53	69,05	65,05
Ecuador	73,33	78,45	76,04
Perú	69,63	76,19	73,11
Uruguay	82,65	86,45	84,63

Exceptuando Perú, en todos los países se incrementa con la edad la percepción de Gran Riesgo de consumir cocaína frecuentemente (Gráfico 19).



Facilidad de acceso

En la Tabla 51 se observa que la percepción de facilidad de acceso es alta en Uruguay y Argentina para ceder algo en Chile y caer definitivamente en los países de menor consumo.

Casi un 25% de los estudiantes uruguayos considera que le sería fácil conseguir cocaína y solo el 11,8% responde que no podría conseguirla. En el caso de los

Tabla N° 51 Distribución porcentual de las muestras según percepción de facilidad de acceso de conseguir cocaína, por país.

País	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
Argentina	23,25	17,37	17,06	42,32
Chile	16,45	13,17	14,94	55,44
Ecuador	11,96	16,02	18,92	53,10
Perú	9,79	16,41	24,01	49,80
Uruguay	24,98	19,24	11,78	44,01

estudiantes argentinos la proporción es similar, donde un 23,2% de los escolares declara que podría conseguirla fácilmente y 17% que no podría hacerlo de ninguna manera. En Chile la proporción de los estudiantes que considera que le sería fácil conseguir cocaína desciende al 16%. Ecuador y Perú, los otros dos países para los que se dispone de información sobre este aspecto, presentan los menores porcentajes de respuestas positivas respecto a la facilidad de acceso (12% y 9,8% respectivamente).

Como se muestra en la Tabla 52, en Perú, Ecuador, Argentina y Uruguay los hombres consideran en mayor proporción que las mujeres, que les sería fácil conseguir cocaína. Esta diferencia es amplia en Perú, país en el que existen

Tabla N° 52 Porcentaje de escolares que considera fácil conseguir cocaína según sexo y total, por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	25,12	21,59	23,25
Chile	14,23	14,31	16,45
Ecuador	12,21	9,95	11,96
Perú	27,43	7,63	9,79
Uruguay	25,12	22,80	24,98

3,6 hombres por cada mujer que considera que le sería fácil conseguir cocaína. Chile no presenta diferencias por sexo en este aspecto.

Por su parte, el incremento de la edad se asocia positivamente a la percepción sobre facilidad de acceso en los cinco países para los que se dispone de información, como se puede observar en la siguiente Tabla.

Tabla N° 53 Porcentaje de escolares que considera fácil conseguir cocaína según edad, por país.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	16,16	25,95	29,52
Chile	11,30	17,78	22,06
Ecuador	7,83	12,88	16,73
Perú	6,69	11,38	11,85
Uruguay	15,99	27,72	34,07

Oferta directa de cocaína

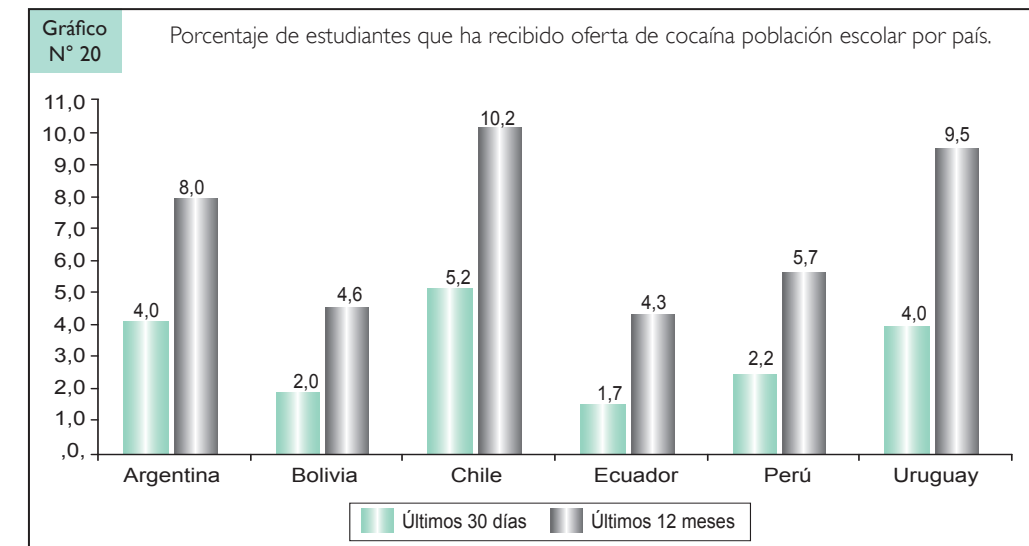
La declaración de ofertas recientes de cocaína (últimos 30 días) arroja también los resultados mas altos en los países de mayor consumo en rangos que se ubican entre 4 y 5%. En Bolivia, Ecuador y Perú se obtienen respuestas afirmativas en menores porcentajes (en el entorno al 2%).

Por otra parte, el 14,6% de los estudiantes de enseñanza media chilenos, declaran que les ha sido ofrecida cocaína en algún momento. Este porcentaje desciende al 13,4% entre los estudiantes uruguayos.

Tabla N° 54 Distribución porcentual de la muestra según oferta de cocaína ("cuándo fue la última vez que le ofrecieron cocaína"), población escolar por país.

	En los últimos 30 días	Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	Hace más de 1 año	Nunca me han ofrecido
Argentina	4,03	3,95	3,40	88,62
Bolivia	1,96	2,60	3,14	92,31
Chile	5,19	5,04	4,36	85,41
Ecuador	1,67	2,68	4,54	91,12
Perú	2,21	3,54	4,81	89,44
Uruguay	3,97	5,53	3,94	86,57

Argentina y Perú se ubican en los siguientes lugares (11,4% y 10,6% respectivamente). Finalmente se ubican Ecuador (8,9%) y Bolivia (7,7%).



VII.2 PASTA BASE

VII.2.1 Prevalencia de consumo de pasta base por sexo y edad

En esta sección se presentan los resultados sobre el consumo de Pasta Base. De acuerdo a las aclaraciones que se realizaron al inicio del capítulo (y que se presentan en el anexo), pasta base incorpora las diferentes denominaciones que utilizan los países. Así por ejemplo, las preguntas del cuestionario correspondiente a esta droga en Bolivia, Chile, Ecuador y Uruguay se refieren a pasta base, mientras que en Argentina se utiliza la denominación pasta base y/o paco y en Perú pasta básica de cocaína.

En la siguiente Tabla se presenta la prevalencia de consumo para cada país, de acuerdo a las declaraciones de los estudiantes encuestados. En Chile casi 3 de cada 100 encuestados declaran haber consumido pasta base en el último año.

Los niveles de consumo son similares en Argentina, Bolivia y Uruguay, cuando se considera el último año, con porcentajes que oscilan entre 1% y 1,4% de la población escolarizada de enseñanza media. Mientras

Tabla N° 55 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, población escolar, por país.

País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,25	1,42	0,95
Bolivia	1,94	1,32	0,80
Chile	5,31	2,82	1,44
Ecuador	1,04	0,62	0,11
Perú	1,80	0,84	0,33
Uruguay	1,89	1,09	0,47

[#] Prevalencias ajustadas por edad y sexo

que Perú y Ecuador son los países con menor prevalencia de consumo (0,8% y 0,6% respectivamente).

Es importante observar que la proporción de población escolarizada en el tramo de edad considerado en este estudio (13-17 años aproximadamente) es muy desigual entre los diferentes países. En los países de más alta prevalencia la cobertura escolar suele ser más completa que en los países de más baja prevalencia. Esto debe tenerse en cuenta sobre

todo en el caso de la pasta base, que es una droga que se usa particularmente entre niños habitualmente no escolarizados o escolarizados en las últimas etapas del progreso de la cobertura escolar.

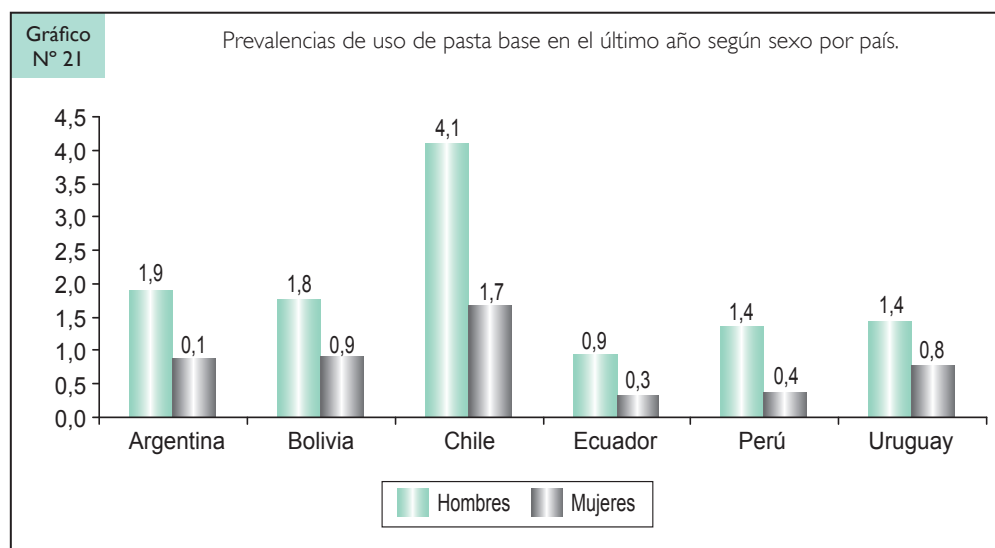
En todos los países el consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres tal como se muestra en la Tabla 56 y 57. En el caso de los jóvenes escolarizados de Chile, la razón de consumo de pasta base entre hombres y mujeres, tomando como referencia el último año, es de 2,4 (por cada mujer que declara haber consumido pasta base en ese período, existen mas de 2 hombres que realizan esa declaración). El país con mayor consumo relativo masculino, para las declaraciones último año, es Perú. Por cada mujer que consume pasta base hay 3,7 hombres que lo hacen, tal como se desprende de las Tablas 56 y 57 y del Gráfico 21.

Tabla N° 56 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, hombres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	3,07	1,92	1,28
Bolivia	2,87	1,77	1,30
Chile	7,01	4,09	2,20
Ecuador	1,57	0,94	0,15
Perú	2,79	1,36	0,51
Uruguay	2,53	1,43	0,76

Prevalencias ajustadas por edad

Tabla N° 57 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, mujeres escolares, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	1,51	0,98	0,64
Bolivia	1,12	0,92	0,36
Chile	3,79	1,68	0,75
Ecuador	0,57	0,33	0,08
Perú	0,91	0,37	0,17
Uruguay	1,31	0,79	0,21

Prevalencias ajustadas por edad



La declaración de consumo de pasta base se incrementa en casi todos los países, al igual que sucede con otras drogas consideradas en este informe, conforme aumenta la edad, aun cuando no es tan claro en comparación a marihuana y cocaína (Tablas 58 a 60). Para todos los períodos de referencia, los porcentajes de respuestas más altos se verifican en Chile, entre la población de 17 años y más. El consumo en el último año es reportado por el 3,9% de estudiantes mayores, una cifra que casi triplica la que obtienen Argentina, Perú y Uruguay en ese tramo de edad, disminuyendo al 1,9% cuando la respuesta se limita a los últimos 30 días

Tabla N° 58 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, edad 14 años y menos, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	1,71	1,08	0,74
Bolivia	1,69	1,33	0,85
Chile	4,11	2,12	1,11
Ecuador	0,65	0,48	0,11
Perú	1,45	0,66	0,39
Uruguay	1,27	0,95	0,37

Prevalencias ajustadas por sexo

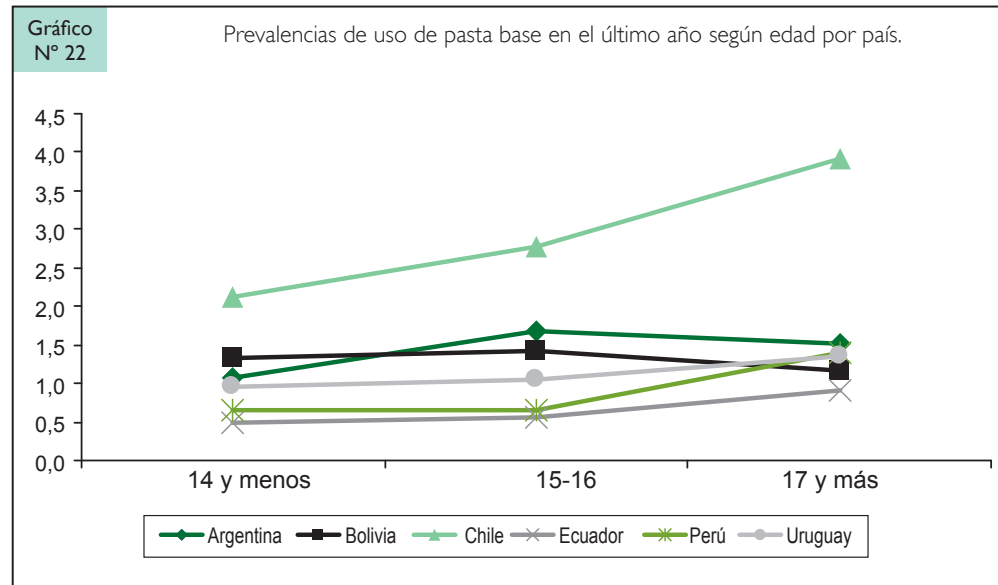
Tabla N° 59 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, edad 15-16 años, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina	2,67	1,68	1,22
Bolivia	2,19	1,42	0,76
Chile	5,14	2,78	1,44
Ecuador	1,19	0,56	0,12
Perú	1,45	0,66	0,27
Uruguay	1,90	1,06	0,46

Prevalencias ajustadas por sexo

Tabla N° 60 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, edad 17 años y más, por país.			
País	Prevalencia [#]		
	Vida	Último Año	Último Mes
Argentina	2,37	1,52	0,82
Bolivia	1,92	1,17	0,81
Chile	7,33	3,91	1,90
Ecuador	1,38	0,92	0,11
Perú	2,87	1,40	0,32
Uruguay	2,77	1,36	0,63

Prevalencias ajustadas por sexo

En el Gráfico siguiente se presentan las prevalencias de uso en el último año para cada grupo de edad por país, y en él se observa que en el caso de Chile, hay un aumento sistemático con la edad, en cambio en los otros países esta situación es menos clara.



VII.2.2 Factores de riesgo y protección asociados

Percepción de gran riesgo

Paradójicamente, la percepción de gran riesgo mas alta, en el caso de uso experimental de pasta base, se registra en Chile, donde el 50% de los estudiantes considera que se corre un gran riesgo con solo probar pasta base una o dos veces.

En el otro extremo se ubica Bolivia (el país de más bajo consumo junto a Ecuador); en este país la percepción de gran riesgo baja a 27%, aunque casi un tercio de los estudiantes no sabe calificar

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	3,72	20,97	32,10	31,96	11,26
Bolivia	4,43	15,26	21,17	26,94	32,20
Chile	4,39	11,06	17,69	50,05	16,81
Ecuador	4,05	19,96	25,71	29,81	20,47
Perú	6,50	17,79	26,15	36,98	12,58
Uruguay	4,04	18,37	29,95	41,68	5,95

el riesgo asociado al uso experimental de pasta base. El general con esta sustancia la percepción de riesgo aumenta en los países de mayor consumo, al contrario de lo que ocurre normalmente en que una disminución de la percepción del riesgo abre las puertas hacia un mayor consumo.

De acuerdo a la Tabla 62, no se observan grandes diferencias de magnitud en la percepción de gran riesgo por sexo, excepto en Uruguay donde hay una diferencia de 9 puntos porcentuales a favor de los hombres. En todos los países, con excepción de Chile, esta percepción es algo más elevada entre los hombres.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	34,60	29,63	31,96
Bolivia	28,90	25,20	26,94
Chile	47,87	51,98	50,05
Ecuador	29,89	29,73	29,81
Perú	37,52	36,51	36,98
Uruguay	46,17	37,72	41,68

A medida que aumenta la edad de los entrevistados aumenta también la percepción de riesgo de probar pasta base una o dos veces salvo en Chile y Perú donde las diferencias por edad son muy poco considerables.

Debe tomarse en cuenta que entre los menores la proporción no sabe calificar el riesgo de una sustancia es siempre mas elevada que entre los mayores.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	28,83	31,64	37,02
Bolivia	22,57	28,15	31,36
Chile	48,70	49,69	52,58
Ecuador	26,58	30,37	33,60
Perú	35,25	38,48	37,11
Uruguay	37,14	40,55	50,12

En todos los países son casi unánimes las respuestas en el sentido de que el consumo frecuente de pasta base supone algún tipo de riesgo.

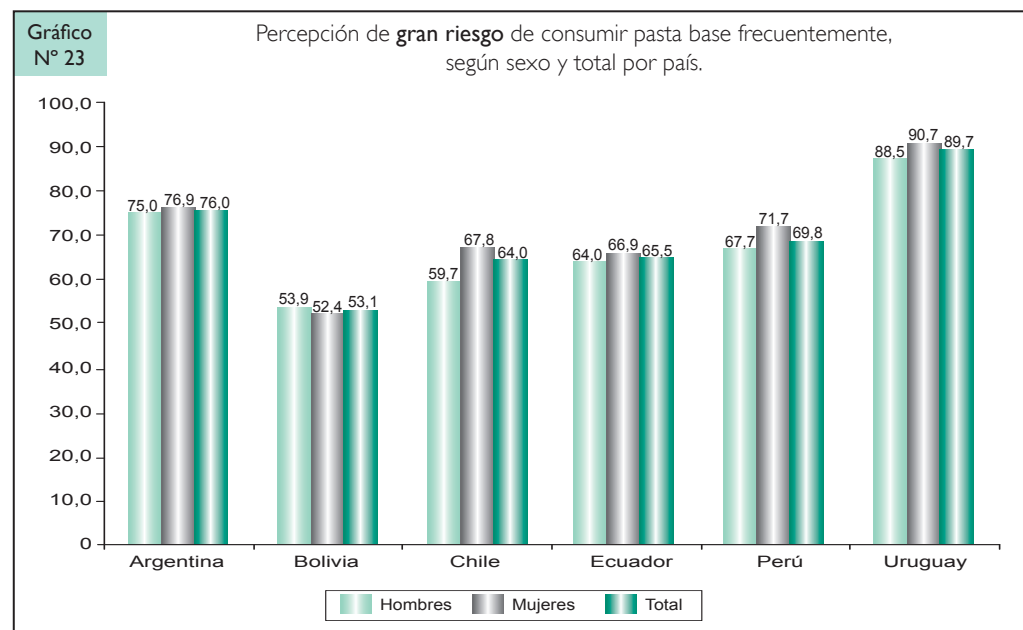
Las diferencias entre países pueden observarse al considerar exclusivamente la percepción de gran riesgo. Con casi un 90% de respuestas afirmativas, Uruguay es el país en el que la mayor proporción de estudiantes percibe con mayor frecuencia un gran riesgo por consumir frecuentemente pasta base, seguido de Argentina con un 76%.

Los estudiantes bolivianos son quienes consideran en menor porcentaje que el consumo frecuente de pasta base constituye un gran riesgo (53,1%), pero también es el país que menos califica el riesgo como se ha dicho anteriormente (1 de cada 3 escolares no sabe que riesgo se corre frente al uso frecuente de pasta base).

Tabla N° 64 Distribución porcentual según percepción de riesgo de consumir pasta base frecuentemente por país.

País	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Argentina	1,60	3,63	7,95	75,97	10,85
Bolivia	1,96	4,10	7,31	53,14	33,49
Chile	2,98	5,21	10,65	64,03	17,14
Ecuador	1,39	4,36	8,86	65,50	19,90
Perú	5,36	3,66	7,53	69,78	13,67
Uruguay	0,82	1,49	3,35	89,65	4,69

Las diferencias por sexo respecto a la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de pasta base, son muy leves tal como se observa en la Gráfico 23. La más importante se observa en Chile, donde por cada hombre que identifica un gran riesgo en ese comportamiento, hay 1,14 mujeres.



Además, en todos los países participantes del estudio, la percepción de riesgo por consumir pasta base aumenta con a la edad, salvo en Perú donde los datos son más inestables (Tabla 65).

Tabla N° 65 Percepción de gran riesgo de consumir pasta base frecuentemente, según edad y país.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	70,55	76,69	82,72
Bolivia	45,76	54,14	62,31
Chile	60,89	64,23	68,28
Ecuador	59,68	66,60	72,22
Perú	65,39	73,70	69,92
Uruguay	86,41	89,60	94,48

Facilidad de acceso

Uruguay y Argentina son, en ese orden, los países que muestran mayor facilidad de acceso a la pasta base, siempre de acuerdo a la declaración de los entrevistados

Tabla N° 66 Percepción de facilidad de acceso de conseguir pasta base por país.

País	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
Argentina	22,99	13,71	19,41	43,89
Chile	16,09	11,80	15,78	56,32
Ecuador	6,18	12,49	22,02	59,31
Perú	8,35	14,30	25,24	52,11
Uruguay	27,34	15,05	14,06	43,55

(27,3% y 23% respectivamente). En Chile un 16% responde que le sería fácil conseguir pasta base. Encontrando en último lugar a Perú y Ecuador con menos de 10% de los jóvenes escolarizados que consideran que es fácil conseguir pasta base. No se dispone de información sobre Bolivia en este aspecto. En todos los países, sin embargo, predominan aquellos que no saben calificar la dificultad de acceso a la pasta base.

De acuerdo a los resultados de la Tabla 67, la percepción de facilidad de acceso es más frecuente entre los hombres. La diferencia por sexo más importante se verifica en Perú con una razón de 1,78 (o sea, casi 2 hombres por cada mujer creen que les sería fácil conseguir pasta base). La brecha más corta entre hombres y mujeres, se da en Argentina, con una razón de 1,17.

Tabla N° 67 Distribución porcentual de la muestra según facilidad de acceso ("les sería fácil conseguir") de pasta base según sexo y total, por país.

País	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Argentina	24,94	21,24	22,99
Chile	18,86	13,64	16,09
Ecuador	7,59	4,93	6,18
Perú	10,87	6,12	8,35
Uruguay	31,19	23,91	27,34

En los cinco países para los que se cuenta con información, la percepción de facilidad de acceso a pasta base aumenta también con la edad (Tabla 68). En el caso

Tabla N° 68 Distribución porcentual de la muestra según facilidad de acceso ("les sería fácil conseguir") de pasta base según edad, por país.

País	Grupo de Edad		
	14 y menos	15-16	17 y más
Argentina	17,89	26,03	25,66
Bolivia	s,d	s,d	s,d
Chile	11,76	17,46	20,40
Ecuador	4,95	6,15	8,11
Perú	6,38	9,08	10,14
Uruguay	22,25	28,39	33,31

de Argentina, este aumento se verifica entre el primer y segundo tramo, no observándose diferencias significativas entre éste y el último tramo de edad.

Oferta directa de pasta base

El ofrecimiento reciente (últimos 30 días) ubica a Chile a la cabeza donde 4,6 % de los encuestados reportan este hecho, seguido por Argentina (2,4%) y Perú (1,7%). En Uruguay, Bolivia y Ecuador se obtienen porcentajes de respuesta sensiblemente menores, que se ubican en el entorno de 1%.

Al considerar las ofertas en los últimos 12 meses se observa que los porcentajes prácticamente

se duplican en Chile, Argentina, Bolivia y Ecuador; respecto de la oferta en el último mes. Este incremento es aún mayor en Perú y Uruguay.

Tabla N° 69 Porcentaje de estudiantes que ha recibido oferta de pasta base ("cuándo fue la última vez que le ofrecieron pasta base"), población escolar por país.		
País	Últimos 30 días	Últimos 12 meses
Argentina	2,44	4,48
Bolivia	0,91	1,96
Chile	4,57	8,36
Ecuador	0,76	1,79
Perú	1,74	4,10
Uruguay	1,45	3,59

CAPÍTULO VIII

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS CON TABACO Y ALCOHOL

El presente estudio, al igual que en la edición del 2005, da cuenta de una importante asociación entre el uso de drogas lícitas como el alcohol y el tabaco con drogas ilícitas.

Para todos los países, las prevalencias de marihuana (la droga ilícita más consumida por esta población) son significativamente más altas en los estudiantes que fuman tabaco en relación a los que no fuman. Como se observa en el Gráfico 24, las prevalencias de marihuana entre los consumidores de último año de tabaco son alrededor de 10 veces más altas que en las de no fumadores de tabaco. En Perú esta diferencia puede alcanzar casi 20 veces y en Uruguay la diferencia se cierra a cerca de 7 veces.

Estas mismas relaciones se encuentran para las otras drogas indagadas (cocaína y pasta base) tal como se muestra en la Tabla 70.

Con respecto al alcohol la asociación existente presenta las mismas características que la descrita para tabaco. Las tasas de consumo de marihuana (últimos 12 meses) de los consumidores de Alcohol en el mismo periodo son entre 10 y 20 veces más altas que las de los no consumidores de alcohol. En los países de alto consumo, Chile, Argentina y Uruguay, todas estas diferencias oscilan en el umbral máximo de 20 veces, lo que significa que el riesgo de usar marihuana es muchísimo mayor entre quienes han consumido alcohol. La relación entre alcohol y pasta base y cocaína es siempre positiva, como se demuestra en los datos de la Tabla 71.

Si se tiene en cuenta que la edad de inicio en el consumo de las drogas legales es casi siempre anterior al consumo de drogas ilegales, resulta evidente que tanto el consumo de tabaco y/o alcohol aumentan sustancialmente las probabilidades del uso de drogas ilegales.

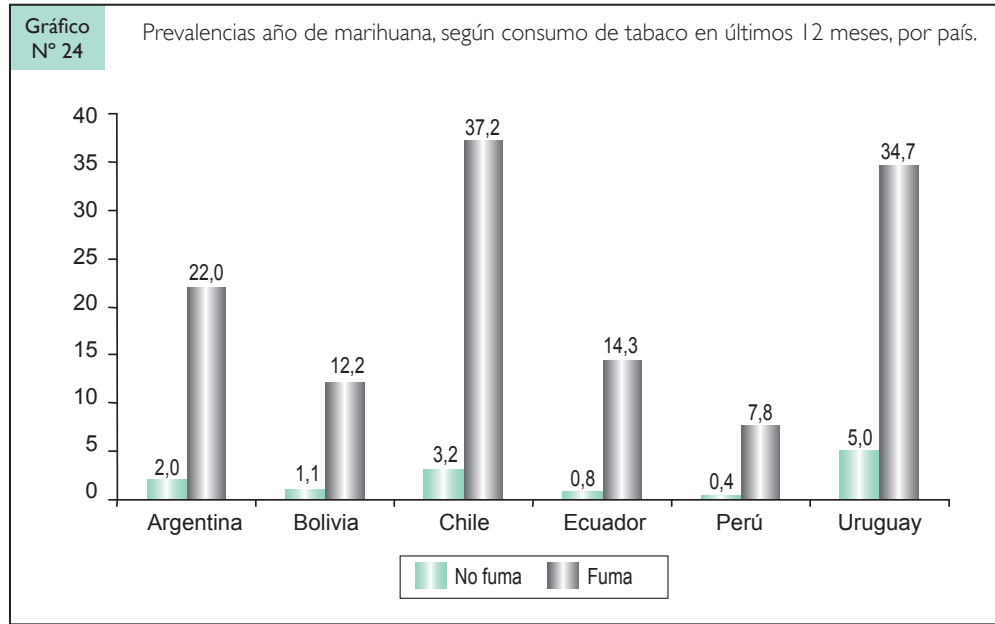


Tabla N° 70 Prevalencias año de uso de drogas ilícitas, según consumo o no de tabaco en los últimos 12 meses, por tipo de drogas y por país.

País	Marihuana		Pasta Base		Cocaína	
	No fuma	Fuma	No fuma	Fuma	No fuma	Fuma
Argentina	2,0	22,0	0,6	7,4	0,5	3,6
Bolivia	1,1	12,2	0,8	6,5	0,7	3,8
Chile	3,2	27,2	1,0	5,7	1,0	4,9
Ecuador	0,8	14,3	0,3	4,5	0,1	2,0
Perú	0,4	7,6	0,1	3,4	0,1	2,6

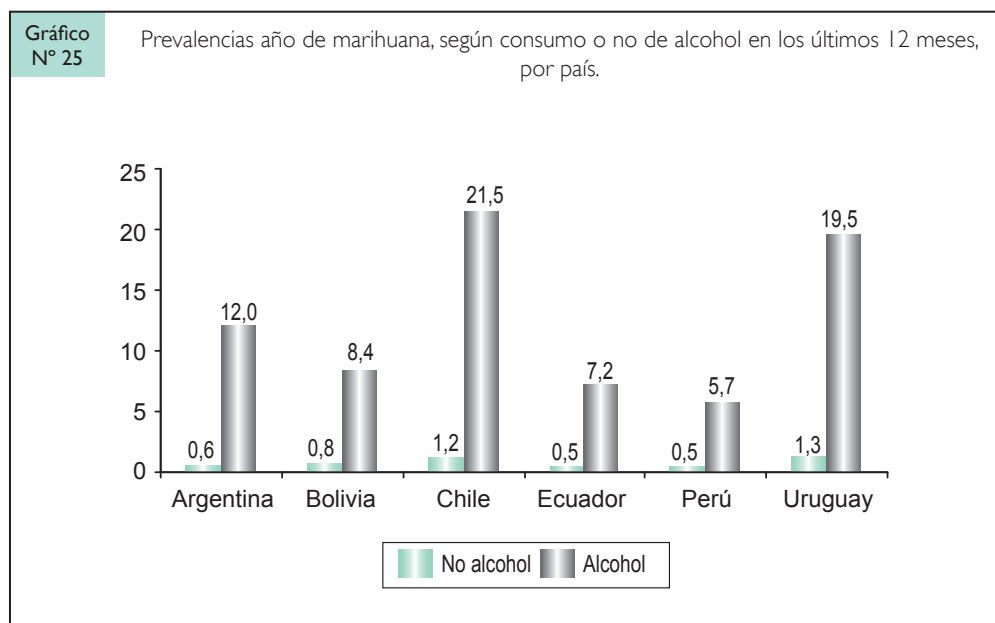


Tabla N° 71 Prevalencias año de uso de drogas ilícitas, según consumo o no de alcohol en los últimos 12 meses, por tipo de drogas y por país.

País	Marihuana		Pasta Base		Cocaína	
	No bebe	Bebe	No bebe	Bebe	No bebe	Bebe
Argentina	0,6	12,0	0,4	2,0	0,3	3,9
Bolivia	0,8	8,4	0,5	2,9	0,7	4,5
Chile	1,2	21,5	0,4	4,2	0,2	4,8
Ecuador	0,5	7,2	0,1	1,0	0,1	2,3
Perú	0,5	5,7	0,3	1,9	0,2	2,6
Uruguay	1,3	19,5	0,3	1,4	0,2	4,9

CAPÍTULO IX

POLICONSUMO

El objetivo de este capítulo es describir un aspecto del patrón de consumo de la población investigada, el uso de una o más drogas ilícitas (policonsumo) en los últimos 12 meses previos al estudio.

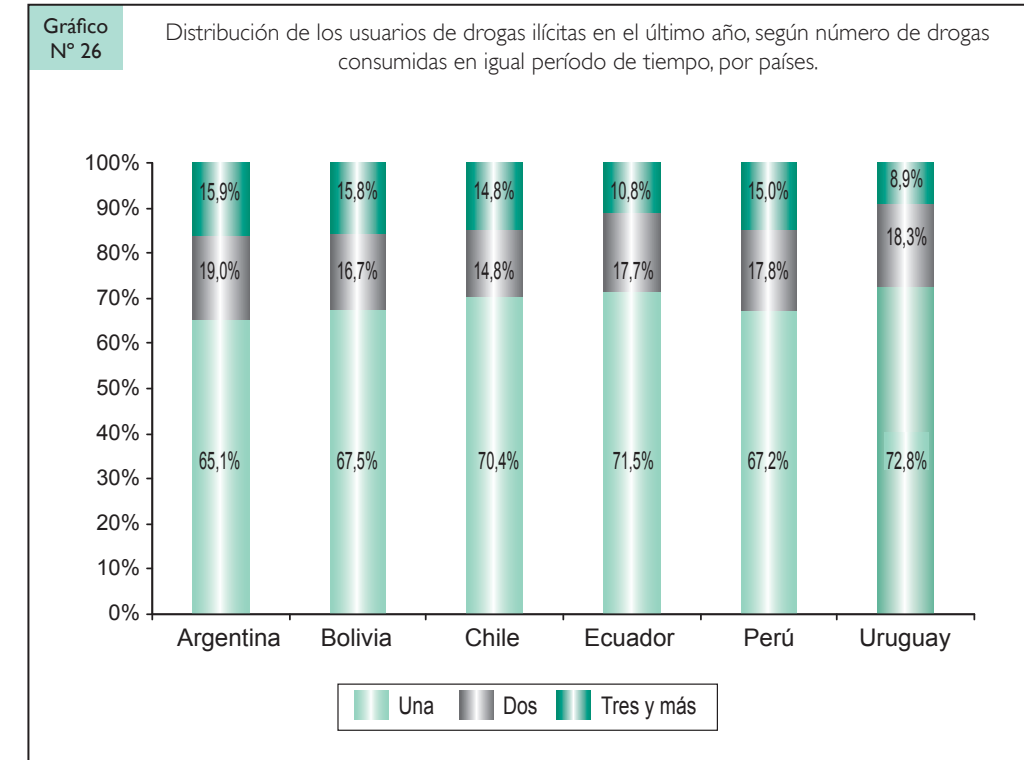
En primer lugar se presentará la distribución por número de drogas consumidas para luego presentar los tipos de drogas que lo conforman.

Respecto a los datos generales de la subregión encontramos que la mayor parte de los estudiantes que consumieron en el último año algunas drogas ilícitas (aun cuando los inhalables no corresponden a la definición de una droga ilícita, se incluyen en este grupo para los efectos de mostrar el policonsumo), son mono-consumidores ya que en promedio el 68.2% declara haber consumido sólo una droga ilícita. Respecto al tipo de droga consumida, en la mayoría de los casos de monoconsumo se trata de uso exclusivo de marihuana. El policonsumo de drogas ilícitas, por lo tanto, alcanza al 31,8% restante, es decir cerca de un tercio de quienes consumieron drogas en el último año usaron más de una (sin incluir tabaco o alcohol). La distribución del policonsumo es bastante pareja entre los distintos países, aunque existen algunas diferencias, tanto en la magnitud del policonsumo como en las drogas consumidas y sus combinaciones. Uruguay, que presenta una de las mayores prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses, es el país que presenta el mayor porcentaje de mono-consumidores, porcentajes bastante similares presentan Chile y Ecuador. En contrapartida, Argentina, que también presenta junto a Uruguay y Chile las mayores tasas de consumo en el último año, presenta mayor policonsumo, donde el 35% de consumidores del último año han consumido dos o más drogas. Esta situación es coincidente con la encontrada en el estudio en población general en estos mismos países.

Respecto al patrón de consumo por país encontramos dos aspectos importantes a destacar:

- La marihuana es la droga ilegal mas consumida, la que presenta mayor porcentaje de monoconsumo como así también la de mayor presencia en las combinaciones posibles.
- Se presentan dos perfiles en la región claramente diferenciados: por un lado, Argentina, Chile y Uruguay presentan los porcentajes mas altos de monoconsumo de marihuana (entre 55% y 67% de los consumidores) y, en contraposición, las más bajas de monoconsumo de solventes / inhalables. Por otro lado, Bolivia, Ecuador y Perú presentan altos porcentajes de monoconsumo de solventes e inhalables (entre 23% y 26% de los consumidores) comparados con los otros tres países, y también mas altos porcentajes de monoconsumo de cocaína (sobre 2,5%). En el caso de inhalables es importante tener presente que en el estudio en población universitaria presentado recientemente⁵ el uso exclusivo de esta droga estuvo presente en el 47% de los universitarios consumidores de Bolivia, un 13,6% en Ecuador y 33,1% en Perú constituyéndose en la segunda droga de mayor uso, después de marihuana (en forma exclusiva o combinada). En Colombia, cuarto país participante de dicho estudio, solo un 3% de los estudiantes universitarios presentaron un uso exclusivo de inhalables.

Por último, el Gráfico 27 permite visualizar que en Argentina, Chile y Uruguay la marihuana es consumida por más del 75% de los consumidores, ya sea en forma exclusiva o combinada. También puede observarse que si bien en Bolivia, Ecuador y Perú la presencia de marihuana es importante, la presencia de otras drogas distinta de ésta (usadas solas o combinadas) es mucho mas relevante que en el primer grupo de países, representando el 34% en Ecuador y aproximadamente el 42% en Bolivia y Perú.



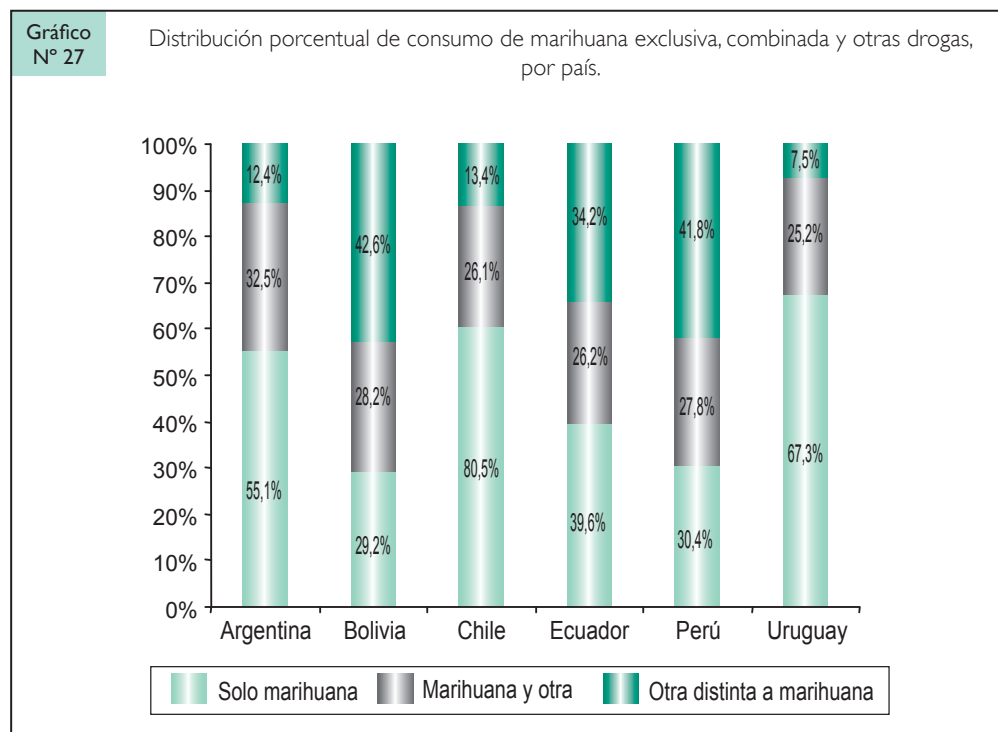
Base: 100% de consumidores en el último año.

Tabla N° 72 Distribución porcentual de consumidores de drogas en el último año según drogas consumidas por país.

Droga consumida	País					
	Argentina	Bolivia	Chile	Ecuador	Perú	Uruguay
Solo Marihuana	55,1	29,2	60,5	39,6	30,4	67,3
Solo Pasta Base	2,4	6,8	1,0	1,1	4,1	1,1
Solo Cocaína	2,5	8,5	1,2	2,5	5,3	1,9
Solo Inhalantes	5,1	23,0	6,4	26,3	23,6	2,5
Marihuana + Pasta Base	1,7	0,8	3,5	1,8	2,1	1,3
Marihuana + Cocaína	10,4	6,3	4,8	8,1	6,1	11,0
Marihuana + Cocaína + Pasta Base	2,2	3,1	2,8	1,4	3,8	2,4
Pasta Base + Cocaína	0,8	1,8	0,4	0,2	0,6	0,1
Marihuana + Inhalables + Cocaína	6,0	3,0	1,0	2,6	1,0	4,4
Marihuana + Inhalables + Cocaína + Pasta Base	6,1	8,6	1,1	0,4	1,8	1,7
Solo Extasis	0	0	1,4	2,0	3,7	0
Otras combinaciones,	7,7	8,9	15,9	13,9	17,5	6,3

Base: 100% de consumidores en el último año.

⁵ Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en población universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Editado por la Secretaría General de la Comunidad Andina.



CAPÍTULO X

TENDENCIAS DE CONSUMO Y LA PREVENCIÓN EN LOS PAÍSES DE LA SUBREGIÓN

ARGENTINA

CONSUMO EN ESCOLARES DEL NIVEL MEDIO

Los estudios en población escolarizada del nivel medio realizados en los años 2001, 2005 y 2007 muestran una tendencia creciente en el consumo de bebidas alcohólicas (61,4%, 50,8% y 68%), de tranquilizantes sin prescripción médica (3,4%, 3,5% y 4%) y de marihuana (3,5%, 5,7% y 8,1%), que en términos generales se observa en ambos sexos. Hacia el año 2005, respecto del 2001 se había observado un fuerte incremento en el consumo de todas las sustancias, con excepción de tabaco. Pero hacia el 2007 los niveles de consumo de pasta base (0,5%, 1,5% y 1,4%), sustancias inhalables (0,5%, 2,4% y 2,3%), cocaína (1%, 2,2% y 2,7%) y estimulantes sin prescripción médica (1,9%, 2,6% y 2%) tienden a estabilizarse. El porcentaje de estudiantes con consumo actual de tabaco descendió entre las dos primeras mediciones para estabilizarse alrededor del 20% en el 2007.

La comprensión de la problemática, ha llevado a insistir en la importancia de dar prioridad a la *prevención integral* como estrategia fundamental entendida como el conjunto de esfuerzos que se realizan desde diversos ámbitos, con el objetivo de propender al desarrollo humano. En este sentido, los esfuerzos preventivos deben realzar los factores de protección y enfocar una reversión o reducción de los factores de riesgo. Uno de los ámbitos más propicios para este objetivo es el ámbito escolar.

Frente a esta realidad la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, ha venido desarrollando acciones en el área de Prevención y Capacitación en el Ámbito Educativo, en articulación con los Ministerios de Educación

y representantes del COFEDRO (Consejo Federal de Drogas) de las distintas provincias, reconociendo la importancia de trabajar con toda la comunidad escolar, buscando la sensibilización y capacitación sobre la problemática de las adicciones y la importancia que reviste el abordaje de esta temática en todos los sectores educativos, para favorecer la creación y articulación de redes que posibiliten acciones que comprometan a la comunidad, eviten el aislamiento y potencien los recursos para dar respuesta a la complejidad del fenómeno, dentro del contexto socio- económico-cultural de la región.

Reconociendo la evolución de los enfoques pedagógicos y la concepción de prevención, desde el cambio de un paradigma reactivo a un paradigma proactivo, de una concepción unicausal a una multicausal, desde un enfoque centrado en la droga al enfoque globalizante centrado en el ser humano y la sociedad. Estos cambios conceptuales facilitan una mayor comprensión de las causas generadoras de este fenómeno y de su abordaje, considerando la multicausalidad desde una tríada (persona-contexto sociocultural-droga) que debe servir de base para cualquier programa de prevención.

Se debe tener en cuenta que el objetivo de la prevención a mediano y largo plazo es lograr la reducción de la demanda, disminuir problemas específicos que resultan del consumo del alcohol y otras sustancias y promover en forma paralela un desarrollo saludable integral del individuo.

SEDRONAR implementa desde el año 2006 el programa “Quiero Ser” de prevención integral sobre el uso de drogas en el ámbito educativo para niños y niñas de 10 a 14 años de todo el país que asisten a colegios públicos y privados y comunidad educativa en general.

El objetivo general es Potenciar los factores de protección en los niños y niñas de 10 a 14 años para evitar el consumo de drogas ofreciéndoles información general sobre las distintas sustancias y desarrollando habilidades psicológicas, cognitivas y sociales que les permitan un desarrollo más integral y pleno. Como objetivos específicos se plantea: **a)** Formar a través de herramientas y actividades pedagógicas a educadores comprometidos con estilos de vida saludables para prevenir y/o evitar el inicio del consumo de sustancias. **b)** Fomentar en los niños, niñas y jóvenes la responsabilidad de sus propias conductas y sobre la decisión de no consumir alcohol y/o drogas; y, **c)** brindar contenidos conceptuales y técnicas participativas que promuevan el desarrollo de habilidades para la vida en los alumnos.

Los ejes preventivos o factores protectores a trabajar en el programa son: la imagen Personal, Comunicación, Información General sobre drogas, Toma de decisiones, Manejo de la ansiedad y presión de grupo y Adolescencia.

El programa requiere una gestión asociada entre los gobiernos de las provincias, los Ministerios de Educación provinciales, los integrantes del Consejo Federal de Drogas y los municipios. En la actualidad se está implementando el programa en todas las provincias del país.

BOLIVIA

El Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (VDS-SC) del Ministerio de Gobierno, en su condición de Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) del Estado Plurinacional de Bolivia; ejecutor en el país del Proyecto AD/RLA99/D75 “Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y Colombia” bajo apoyo financiero de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) y la Comisión Internacional para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), juntos han decidido realizar la Encuesta Nacional en Población Escolar 13 a 18 años, sobre consumo de drogas 2008.

El estudio realizado entre los jóvenes escolares estudiados muestra que en Bolivia las drogas lícitas tabaco y el alcohol son las más consumidas, asimismo el trabajo de investigación resalta que más varones que mujeres consumen estas drogas; en cuanto al consumo de la marihuana la tendencia es cada vez a mayor consumo.

El estudio también devela que las mujeres son las que en mayor número consumen tranquilizantes, en cuanto a los estimulantes el consumo es parejo entre el número de mujeres y varones.

Respecto de la edad, más de la mitad de los jóvenes en cuarto de secundaria consumen alcohol o tabaco, esta cifra se reduce a 40% de jóvenes en segundo de secundaria y 25% en octavo de primaria superior.

También es importante resaltar, los bajos niveles en el consumo de las otras drogas lícitas (tranquilizantes y estimulantes) y de las drogas ilícitas, donde los niveles de consumo no llegan al 5%, excepto para la marihuana que llega al 10%, en general en el caso de este tipo de drogas la edad de inicio es de alrededor de los 14 años, con predominio de consumo significativo en los varones con relación a las mujeres y más en colegios privados. A niveles de ciudades resalta el mayor consumo en las ciudades de Sucre, La Paz, Cochabamba y Oruro.

En cuanto a la disponibilidad de drogas ilícitas se comprueba que la droga ilícita más disponible es la marihuana, en tanto un 14% de los jóvenes dicen que se le han ofrecido alguna vez. Se observa además que a mayor disponibilidad de dinero, mayor prevalencia de consumo de todas las drogas. Finalmente es significativa la correlación entre problemas en el colegio (bajo rendimiento, repetición de cursos, problemas disciplinarios) y mayor número de consumidores, así como problemas con el entorno (familia, pandillas) y el consumo.

Ante estos indicadores el gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia presidido por el presidente constitucional Dn. J. Evo Morales Ayma, a partir de la aplicación de estrategias

múltiples que incorporan los conceptos de factores de riesgo y protección, actualmente está realizando tareas de prevención en este segmento de la población estudiantil en particular y en la población boliviana en general; el objetivo, reducir la demanda del consumo de drogas lícitas e ilícitas a través de campañas informativas dirigidas a reforzar las habilidades sociales y personales de la gente para enfrentar problemas.

Por ello consideramos que el Observatorio Interamericano de drogas de la UNODC, CICAD/OEA, brinda un apoyo importante y vital a los países componentes del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas; puesto que los diseños metodológicos comunes posibilita el análisis comparativo de los datos, oportuno en la presente coyuntura donde los gobiernos de América Latina han decidido regionalizar y multilateralizar la lucha contra la mafia organizada del narcotráfico.

Continuar periódicamente con estudios de esta naturaleza permitirá conocer y analizar la evolución del consumo de drogas en una población vulnerable y sus principales consecuencias para cada uno de los países miembros, tomando en cuenta que la información producida contribuye al logro de un diagnóstico adecuado sobre la problemática del consumo en la Subregión y se constituye en un insumo clave para la reorientación, evaluación de las políticas preventivas, implementadas por los gobiernos como también por organizaciones e instituciones privadas.

Proteger a nuestras sociedades de la lacra del narcotráfico es responsabilidad compartida.

Lic. Hilder Sejas Encinas

Jefe Nacional de Prevención Holística del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (VDS-SC)

La Paz - Bolivia

CHILE

PREVENCIÓN ESCOLAR EN CHILE

Durante el último sexenio el país ha logrado implementar un programa de prevención primaria en todos los establecimientos educacionales del país y que abarca toda la trayectoria escolar desde la enseñanza parvularia hasta el término de la enseñanza secundaria. Los programas son “En busca del Tesoro” (educación parvularia), “Marori y Tutibu” (primer ciclo de la educación básica), “Quiero Ser” (segundo ciclo de la educación básica) y “Yo decido” (educación secundaria). Todos estos programas son ofrecidos directamente a directores y sostenedores de colegios quienes reciben de manera gratuita los materiales impresos y la capacitación necesaria de los profesores encargados de aplicar el programa. El programa cubre la demanda de todos los colegios del país, principalmente de aquellos que

reciben financiamiento público que representan el 90% de la matrícula escolar. También se ofrecen algunos servicios complementarios como capacitación preventiva a orientadores y/o padres y apoderados que lo soliciten o contratación de profesionales que acompañan la aplicación del programa en casos especiales.

Los resultados de alcance y cobertura de la prevención escolar son muy amplios. Alrededor de 10.000 colegios con una matrícula potencial de tres millones quinientos mil alumnos participan anualmente en el programa, lo que representa una cobertura de alrededor del 75% de los colegios del país y 87% de la matrícula escolar total. Asimismo la capacitación de profesores ha alcanzado un promedio anual de 14.000 sin contar con la capacitación adicional que reciben otros agentes del sistema educativo que ha bordeado los 3.000 monitores anuales. También se ha acompañado profesionalmente la aplicación del programa en alrededor de 1.800 establecimientos.

La aplicación de programas de prevención escolar en drogas es completamente voluntaria, los colegios solicitan material preventivo, capacitan a sus profesores y deciden discrecionalmente las condiciones y oportunidades de aplicación del programa. La prevención de drogas no forma parte de las materias exigibles del curriculum escolar en ninguno de sus niveles, salvo como contenido mínimo de la clase de orientación en el octavo grado. Los resultados de aplicación del programa según datos de monitoreo entregados por los coordinadores de cada colegio indican alrededor de un 70% de aplicación efectiva, que implican tres o más sesiones en talleres que contemplan entre 8-12 sesiones. En educación parvularia se obtienen los registros más bajos con cifras que oscilan en torno al 50%, mientras que en educación básica las cifras están en torno al promedio en todos los cursos. No existe información equivalente para la aplicación del programa en la educación secundaria donde se presume que existen registros mucho menores. Tomando como base el auto-reporte de los propios estudiantes (más que la información de las escuelas que suelen sobreestimar la aplicación de los programas preventivos), el 50% de los estudiantes de octavo básico ha recibido alguna sesión preventiva en el último año (el 80% de los cuales corresponde al programa gubernamental Quiero Ser), pero esta cifra desciende a 23% en los estudiantes de enseñanza media (menos de la mitad de los cuales corresponde al programa oficial Yo Decido).

Estos mismos estudios muestran la amplia aceptación que tienen los programas preventivos, por lo menos en la enseñanza básica: en el octavo grado el programa Quiero Ser tiene índices de satisfacción de 57% en colegios municipalizados y de 84% en el nivel socio-económico bajo, aunque esta satisfacción disminuye en los colegios particulares y va descendiendo progresivamente a medida que aumenta el nivel socio-económico. También la satisfacción con los programas preventivos disminuye a medida que aumenta el curso: en octavos básicos, la aceptación del Quiero Ser alcanzó al 52% en 2007, pero el programa Yo Decido comenzó en primero medio (novenio grado) con 44% y terminó en cuarto medio

(duodécimo grado) con 38%, un nivel de aceptación relativamente bajo para conseguir resultados persuasivos de importancia.

TENDENCIAS DE CONSUMO ENTRE ESCOLARES CHILENOS

La marihuana es, como en otras partes, la droga de mayor consumo en el país. Actualmente el 26% de la población chilena declara haber probado marihuana alguna vez en su vida. Los datos de la encuesta nacional en población general (población de 12-64 años) muestran un incremento moderado del uso de marihuana en el último período en el marco, no obstante, de una tendencia de largo plazo siempre ascendente.

Este incremento es especialmente visible entre los jóvenes (19-25 años) que han duplicado el uso reciente de marihuana en los últimos quince años. La evolución entre menores de 18 años – donde se han volcado los esfuerzos más importantes en reducción de demanda- ha sido algo más auspiciosa. Los datos provenientes de las encuestas nacionales en población escolar (desde Octavo Básico hasta Cuarto Medio) muestran una curva prácticamente plana en la última década: la prevalencia de último año ha oscilado en torno al 15% entre 2001-2007, algo que se confirma también con los datos provenientes de las encuestas nacionales en población general, donde las prevalencias de marihuana entre adolescentes (12-18 años) han oscilado de manera similar.

En su conjunto, los datos permiten documentar un incremento en el uso de marihuana entre los jóvenes y una estabilización en torno a las cotas máximas obtenidas al comienzo de la década en el uso escolar de marihuana. Las encuestas en población escolar entregan cifras de alrededor de 2,5% de prevalencias de último año en pasta base y 3% en cocaína, cifras que han permanecido casi enteramente constantes en el último decenio, tal como ha sucedido en el conjunto del país donde el uso de cualquier cocaína ha permanecido estable.

El consumo de otras drogas distintas de marihuana, cocaína y pasta base ha continuado siendo bajísimo en el país, salvo por la incidencia de inhalables o solventes volátiles que suelen ser una droga de inicio de algunos adolescentes. Los estudios nacionales en población escolar han informado también acerca de un descenso suave pero sostenido de la prevalencia diaria de cigarrillos entre escolares que actualmente se ubica en torno al 16% y una tendencia similar para el alcohol, aunque no se registran progresos en uso abusivo de alcohol (10 o más días en el último mes) que está terminando la década en su registro más alto de alrededor de 9%.

Asimismo, la proporción de escolares que declara tomar 5 o más vasos de alcohol en una salida habitual de sábado por la noche ha alcanzado el umbral del 12% en las últimas mediciones.

ECUADOR

Esta es la Tercera Encuesta Nacional sobre *Consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media*. Un trabajo que forma parte del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. A su vez, un sistema auspiciado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC.

Es importante para el país conocer las tendencias de consumo de drogas por parte de sus adolescentes. En efecto, tan solo con estos saberes será posible formular políticas de prevención y de atención. El alcohol, el tabaco, las drogas de ninguna manera son realidades ajenas al mundo de los escolares. Quizás todo lo contrario cuando se trata de un problemática que, de una u otra manera, ha llegado a constituirse en parte de las características de la contemporaneidad. Las nuevas culturas juveniles se forman y actúan con nuevas formas de mirar, vivir e interpretar el mundo. Y estas formas les pertenecen pese a que, algunas de ellas, como el alcohol, el tabaco, las drogas, suelen ser ciertamente dañinas.

Con los datos de esta investigación es posible construir nuevos modelos de una prevención destinada a la reducción de la presencia de alcohol, cigarrillos y drogas en los espacios de los y las adolescentes y, por el contrario, a la inclusión de nuevas y adecuadas estrategias de utilización sana del tiempo libre y de las formas de divertimento. En efecto, si no es posible erradicar, de una vez por todas, ni el alcohol ni las drogas ni el cigarrillo, el Estado y las organizaciones sociales, como el sistema educativo, sí son capaces de crear alternativas viables que correspondan a las exigencias y características de niños, adolescentes y jóvenes de hoy y de mañana.

Se trata de un proceso arduo y complejo que llevará tiempo. Sin embargo, si de algo se arrepentirá el país será de no haber iniciado este proceso a tiempo, es decir, ahora y no mañana. Quizás el primer paso consista en comprender y aceptar que las nuevas generaciones poseen valores, principios, creencias y formas de interpretar el mundo, y que es necesario contar con estas verdades en todo proceso de cambio. El segundo paso tiene que ver con la inclusión de adolescentes y jóvenes en la construcción de alternativas para dar la cara a los problemas de su cultura.

En este proceso, el CONSEP juega un papel de capital importancia. En primer lugar, produciendo y difundiendo información adecuada, oportuna y actual. Y en segundo lugar, creando espacios en las nuevas tecnologías para que jóvenes y adolescentes puedan conocer más sobre su mundo expresarse con libertad.

PERÚ

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE SECUNDARIA

Entre los años 2005 y 2007 el consumo de drogas legales disminuyó ligeramente (45,1% y 42,2%), al igual que las drogas ilegales (4,5% y 4,2%) a diferencia del uso de drogas médicas prácticamente se duplicó en el mismo periodo de tiempo (2,5% y 5,1%).

El consumo de alcohol ha disminuido en cerca de cinco puntos porcentuales (39,9% a 35,1%); mientras que el consumo de cigarrillos se redujo en 1,5 puntos (28,5% a 27%).

Esta misma tendencia presentó el consumo de marihuana (2,8% a 2,2%), el consumo de éxtasis (0,6% a 0,5%) y el consumo de inhalantes (1,8% a 1,7%), más no así el uso de sustancias cocaínicas, manteniéndose en los mismos niveles de consumo de cocaína y PBC (1,3% a 1,3%) en estos períodos.

A diferencia de las drogas legales e ilegales, la tendencia del consumo de drogas médicas, evidencia un incremento bastante alto en el uso de los estimulantes (0,6% a 1,9%), el igual que los tranquilizantes (2,3% y 4,2%).

Los datos globales presentados son importantes, en la medida en que permiten evaluar los resultados de la política nacional de reducción de la demanda de drogas, sin embargo, la dinámica interna de esta demanda muestra tendencias diferentes desde la mirada a los espacios regionales.

El consumo de drogas ilícitas (cocaína y PBC) se ha diversificado en las distintas regiones del país, lo que evidencia la emergencia de un nuevo patrón de consumo en los adolescentes y jóvenes del interior del país. Lima ha dejado de ser la región que registra las más altas prevalencias de consumo de drogas ilegales en la población escolar; no obstante aún concentra el mayor número de consumidores, por su volumen demográfico.

Los resultados mostrados plantean la necesidad de reforzar las acciones de prevención en los espacios educativos locales y regionales, a efectos de dar una respuesta efectiva a la nueva dinámica que ha asumido el consumo de drogas en la población escolar.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA EDUCATIVA EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

El Perú en el marco de la Estrategia Nacional de lucha contra las drogas 2007 – 2011, viene implementando el eje estratégico vinculado de la prevención del consumo de drogas en la población peruana, el mismo que involucra acciones destinadas a evitar y disminuir el consumo de drogas, fortaleciendo e institucionalizando las políticas y programas de prevención a nivel nacional. En este contexto, se ha propuesto como meta al 2011, “disminuir en 10% la prevalencia anual de consumos de drogas ilícitas en la población escolar”.

A través del Ministerio de Educación se implementa un Programa de Prevención del consumo de drogas que está contenido en el Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular. Este Programa se implementa en los tres niveles de la Educación Básica Regular: Inicial, Primaria y Secundaria, desarrollando Estrategias de Prevención Universal, puesta en marcha desde el “Plan Educativo para la Prevención, Detección Temprana y Derivación Oportuna del consumo de drogas”, a través de las Áreas Curriculares y la Tutoría Educativa, optimizando el uso de espacios de tutoría y la inserción de contenidos de prevención y estilos de vida saludables, libres de drogas en las áreas curriculares.

La propuesta incide en la formación de competencias y habilidades, entendidas en el proceso de formación de la personalidad de los adolescentes. Y en brindar información objetiva y actualizada sobre las drogas y las consecuencias de su uso, tanto para drogas legales como ilegales.

En la aplicación de esta Estrategia, se ha elaborado a través del Área de Tutoría, 9 Guías de Tutoría las cuales incluyen la temática de prevención del consumo de drogas, como también manuales y sesiones de tutoría, como soporte técnico para la intervención del Docente Tutor. Las áreas básicas que se cubren son:

- Información básica sobre drogas
- Antología: Lecturas sobre el uso indebido de drogas y su prevención
- Familia: cartillas auto instructivas para padres de familia
- Guía de detección del consumo de drogas y otras conductas de riesgo en la adolescencia.

El Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, orienta esta intervención con las Direcciones Regionales de Educación del País, para que los docentes y docentes tutores los utilicen en las labores que competan, desarrollando anualmente talleres de capacitación y actualización a fin de optimizar sus intervenciones.

La propuesta se viene planteando en la lógica del continuo preventivo, es decir que haya una articulación coherente entre las estrategias y acciones de prevención del consumo de drogas, de tal manera que el estudiante se encuentre protegido durante su tránsito por cada uno de los niveles educativos.

En ese marco el Ministerio de Educación, conjuntamente con DEVIDA han propuesto un Programa de Prevención Selectiva, orientado a generar espacios debidamente equipados, utilizando la infraestructura de las Instituciones Educativas, para el desarrollo de actividades socio educativas, destinadas a aquellos alumnos (as) en situación de alto riesgo o que ya se hayan iniciado en el consumo de las drogas, brindándoles alternativas para el uso adecuado de su tiempo libre, a la par que participan en sesiones de desarrollo de competencias y entrenamiento en habilidades para la vida; desarrollo de valores y actitudes positivas, desarrollo de proyecto de vida y orientación del estudiante.

La propuesta incluye, la implementación de servicios de orientación y consejería, y en los casos que se requiera, la derivación del estudiante a servicios especializados.

Consideramos que esta propuesta en el marco de un sistema educativo inclusivo, que genere los aspectos formativos integrales, en un clima de convivencia y respeto entre los diferentes estamentos de la comunidad escolar, contribuirá a una reducción del uso de drogas a edades tempranas y mejorará las condiciones para el desarrollo integral de los niños y adolescentes del país.

URUGUAY

TENDENCIAS DE CONSUMO Y PRINCIPALES EMERGENTES DEL ESTUDIO

La Investigación incluida en este Informe corresponde a la Tercera Encuesta Nacional y Cuarta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Este estudio permite diagnosticar y obtener información del 60% de los jóvenes del segmento de edad que va de los 13 a los 17 años, que corresponde a la población escolarizada del país.

Los datos más preocupantes están referidos al alto consumo de alcohol y tabaco, especialmente referido a los porcentajes de uso habitual de estas drogas y a la también alta experimentación con marihuana, aunque en este caso el patrón dominante es el de uso esporádico u ocasional. En contrapartida, el consumo de otras drogas ilegales es marginal, no manifestándose como un fenómeno que se dé en esta etapa. La pasta base, droga de reciente expansión en nuestro país y la que en los últimos años ha generado los mayores daños no tiene presencia en este sector de jóvenes, donde su consumo experimental es declarado por una muy pequeña parte de esta población.

Cabe señalar, que esta droga ha irrumpido en el Uruguay con gran fuerza a partir del año 2003, registrándose su penetración fundamentalmente en los sectores juveniles no escolarizados y que por lo tanto no se consignan en el presente estudio.

Además de la alta magnitud de las prevalencias del consumo de alcohol, los patrones de uso consignados son de alto riesgo.

Con respecto al tabaco, si bien las tasas de consumo son muy altas, estas disminuyeron respecto a los estudios realizados en 2003 y 2005, como así también la tendencia a la precocidad de su consumo, debido a la importante campaña anti-tabaco que nuestro país ha realizado en forma sistemática y permanente en los últimos años.

Respecto a la marihuana, la tendencia observada es un incremento muy importante y constante desde el 2001 hasta la fecha. La facilidad de acceso, la baja percepción del riesgo o daño de su consumo ocasional, le legitimación que la misma ha adquirido dentro del

“mundo de vida” del adolescente son factores que influyen en el incremento permanente de su consumo.

En resumen, este estudio permite presentar una visión global, y su objetivo es aportar a la descripción del consumo de drogas en los estudiantes de Enseñanza Media, de forma de dimensionar el fenómeno y aportar a la orientación de las políticas generales y el diseño de programas de prevención y reducción de la demanda.

Como respuesta a los principales emergentes se propone:

Continuar con la prevención del Tabaquismo y reforzar las campañas contra el uso abusivo de alcohol.

El preocupante porcentaje de fumadores y su significación como predictor de futuros consumos de otras drogas, amerita una rápida intervención mediante programas de prevención sobre el tema.

Los mismos conceptos llevan a la necesidad de la prevención del consumo de alcohol, orientadas fundamentalmente a informar sobre los riesgos de los consumos abusivos, que tienen una magnitud preocupante en esta población.

POLÍTICAS PREVENTIVAS

En el ámbito de la Educación formal, nuestro país viene trabajando en la definición e implementación de lineamientos políticos y estratégicos, en el marco de la Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas JND/ANEP-CODICEN, la que se encuentra integrada por representantes de los distintos subsistemas de la Educación (Consejo de Educación Primaria, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, Dirección de Formación y Perfeccionamiento Docente) y de la Junta Nacional de Drogas.

La centralidad de la ANEP en esta red educativa e interinstitucional tiene varios fundamentos que le dan sentido. En primer lugar, que la temática de los usos de drogas toca a todos los uruguayos directa o indirectamente y, por lo tanto, desde el punto de vista de la sociedad como sistema, la educación en sus etapas básicas constituye el lugar privilegiado para comenzar a desarrollar valores y hábitos saludables de vida y por tanto, prevenir los usos problemáticos, acción de previsible resultados favorables permanentes.

En segundo lugar, es imprescindible la acción coordinada a todos los niveles que permita la sumatoria de esfuerzos y la conjunción de miradas comunes en un tema que, hace tanto a la vida de los adultos como, de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, encontrándose evidencias científicas de que los primeros contactos con las sustancias, fundamentalmente con las drogas legales, suceden a edades cada vez más tempranas. No obstante, nunca será suficiente insistir en que el uso de drogas no es un tema “sólo de los jóvenes”, máxime cuando a este prejuicio se le suma la discriminación previa, donde se construye la secuencia

tóxica: drogas-joven-pobre-delincuente. Este tipo de construcción social es funcional a la elusión de responsabilidades y compromisos.

El tráfico y las manifestaciones de hoy vinculadas al consumo de drogas legales e ilegales, pueden leerse como una expresión sintomática de un malestar cultural que rige el mundo actual, subsidiario de un conjunto de valores ideológicos y culturales hegemónicos y a la vez, funcional a los mecanismos de exclusión social y política de grandes sectores de jóvenes y adultos. Por tanto, la prevención en materia de drogas no se agota en el aporte de información veraz, centrada en el consumo problemático.

Es necesario tomar como punto de partida la importancia de intervenir desde la educación, ubicando el problema drogas en el contexto y ante los desafíos culturales de la sociedad de hoy. La construcción de ciudadanos y ciudadanas libres, autónomos y críticos, obliga a construir respuestas a la multicausalidad de este fenómeno social, así como abordarlo desde su complejidad. Hace a la labor educativa, promover el fortalecimiento de factores protectores que habiliten una vida saludable, a sabiendas de que se trata de una tarea de largo aliento. La educación no puede medirse con los mismos parámetros de otros campos de actividad, abordando valores, actitudes, imaginarios y la propia vida de las personas, para los cuales no puede esperarse resultados previsibles a corto plazo a partir de una cierta manipulación tecnocrática. Aquí la tarea es de largo aliento, depende de la convicción y compromiso de los actores con una visión de largo plazo que implica, por tanto, políticas de Estado.

En el proceso que nuestro país viene desarrollando—como ya se señaló—, se destaca el esfuerzo conjunto de todo el sector, de forma de que las estrategias en materia de promoción de salud y prevención abarquen a todo el continuo educativo, partiendo en Educación Inicial y extendiéndose a Primaria y Media.

En ese sentido, la temática ha sido incorporada en la currícula formal de Educación Inicial y Primaria, para ser trabajada desde la transversalidad como también, en módulos específicos de las Áreas Ciencias Naturales y Formación Ciudadana. Como herramienta que contribuya al cumplimiento de este objetivo, se ha publicado el Manual “Los usos de drogas y su abordaje en la Educación”⁶, el cual ha sido distribuido uno a cada maestra del país y a las bibliotecas de las distintas Inspecciones a nivel nacional. El mismo aporta elementos para la comprensión de un enfoque integral de la temática y, sugerencias de dinámicas lúdicas y participativas para el trabajo en aula, basadas en el desarrollo de habilidades para la vida, el trabajo desde componentes sociales como género y formación ciudadana e información sobre sustancias, sus usos y distintos contenidos relevantes vinculados a estos tópicos.

A nivel de Educación Secundaria, ha sido aprobado el proyecto “Espacio Salud”, que incorpora de esta manera un campo de trabajo en la temática en todos los liceos del país.

El mismo será llevado adelante por actores institucionales y por estudiantes de distintas Facultades de la Universidad de la República y de Formación Docente. Para este Espacio, ha sido elaborado también un Manual con contenidos teóricos y dinámicas acordes a adolescentes y jóvenes, el cual se encuentra próximo a publicar, y que será distribuido en todos los liceos y escuelas técnicas del país.

En lo que hace al Consejo de Educación Técnico Profesional, la temática ha sido incluida en la currícula formal hace dos años a nivel de Ciclo Básico, encontrándose en proceso el desarrollo de la labor y la conformación de proyectos en los distintos centros.

Por último, en lo que hace a Formación Docente, tiene un papel importante que cumplir y que le compete específicamente. En primer lugar, si se desea que los educadores se constituyan en referentes de valores y hábitos saludables para los niños, niñas y jóvenes, el proceso ha de comenzar en la formación de grado de los docentes. Esta formación se entiende es parte de la especificidad de la profesión docente, debiendo presentarse una propuesta educativa permanente y universalista. Los actuales educadores son conscientes de esta necesidad, apuntándose a su actualización, reforzamiento y preparación de las nuevas generaciones de maestros/as y profesores/as. Ellos son los compromisos adquiridos por Formación Docente: la formación y el perfeccionamiento continuo de los docentes de la ANEP, desde Inicial hasta el nivel terciario, habiéndose incluido la temática de los usos de drogas en el nuevo Programa de la carrera bajo la forma de seminarios y, encontrándose en implementación, a nivel de la mesa de Inspectores nacionales, la implementación de las prácticas de los estudiantes de la carrera en la labor promocional y preventiva en escuelas, liceos y escuelas técnicas.

Se desprende el rol articulador de Formación Docente, de toda propuesta que atraviese los subsistemas de la ANEP y tenga por tanto, como en este caso, proyección social dentro de una política de Estado.

⁶ Publicado en la página Web www.infodrogas.gub.uy y se distribuyeron 15100 ejemplares entre los docentes activos del sistema.

CAPÍTULO XI

CARACTERÍSTICAS DE LA PASTA BASE DE COCAÍNA (PBC)⁷

Denominada **pasta base**, es un producto intermediario en la producción de clorhidrato de cocaína. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con queroseno o gasoil, para luego mezclarle sustancias alcalinas, permanganato de potasio y ácido sulfúrico. Se trata de un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante, que contiene un porcentaje variable de cocaína: si bien los reportes internacionales refieren un 40 a 85% del alcaloide, en nuestro país un estudio reveló la presencia de hasta 90% de cocaína. Su punto de volatilización bajo le confiere la propiedad de ser fumada.

La pasta base suele estar, en mayor o menor grado, adulterada en su composición. Existen dos tipos de **“cortes”** o **adulterantes** para las formas de cocaína:

Los *cortes inactivos* sirven para aumentar el volumen: lactosa, talco, manitol. La pasta base es adulterada con harina de trigo, polvo de ladrillo y azúcar morena con este fin.

Para compensar la potencia perdida en las adulteraciones, se le añade *cortes activos*, que pueden ser estimulantes (anfetaminas, cafeína u otros agentes simpaticomiméticos), y congelantes (lidocaína, procaína y benzocaína), con el fin de imitar el efecto anestésico local de la cocaína.

La toxicidad de la pasta base es debida al alcaloide cocaína y a la presencia de otros alcaloides, contaminantes, adulterantes, así como a la injuria térmica y a los productos de la combustión, dado que se trata de una cocaína fumable.

La PBC se fuma en diversos dispositivos, como pipas plásticas o metálicas, inhaladores con tapita de refresco, antenas de autos, lamparillas, entre otros; en ocasiones se fuma mezclada con marihuana (“basoco”) o con tabaco (“tabasoco”) en cigarrillo.

⁷ Estudio realizado por el Dr. Antonio Pascale, Médico toxicólogo Centro de Información y Referencia de la Red Drogas “Portal Amarillo”. ASSE (Montevideo, URUGUAY).

La cocaína es un poderoso estimulante del Sistema Nervioso Central. Actúa sobre el Núcleo Accumbens, denominado centro del placer y localizado en el mesencéfalo. Incrementa la concentración sináptica de dopamina, responsable del efecto placentero y de euforia (efectos buscados por el usuario). A nivel sináptico la cocaína bloquea la recaptación y estimula la liberación de catecolaminas endógenas (dopamina, noradrenalina, serotonina); la consiguiente estimulación del Sistema Nervioso Simpático explica los efectos clínicos de la sustancia. Por otra parte, la cocaína bloquea los canales de sodio (efecto estabilizante de membrana), lo cual también explica su toxicidad neurológica y cardiovascular.

En caso de interrupción o franca disminución de un consumo relativamente prolongado, se activan al máximo los mecanismos de recaptación de los neurotransmisores involucrados, disminuyendo la concentración sináptica de dopamina, lo cual explica las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia: ansiedad seguida de depresión y anhedonia (ausencia de placer).

Las formas fumables de cocaína (pasta base, crack, free base) son altamente liposolubles y alcanzan rápidamente concentraciones plasmáticas del 80% tras su administración; atraviesan la barrera hematoencefálica y tardan cinco segundos en producir el efecto euforizante. La duración del mismo es muy corta: luego de un *flash* intenso y fugaz, el efecto desaparece rápidamente, ocasionando una profunda angustia en el consumidor (“bajón”). Esto explica el deseo compulsivo por seguir consumiendo y el gran poder adictivo de las cocaínas fumables.

El usuario de pasta base presenta un **síndrome disfórico pre-consumo** caracterizado por ansiedad, excitación psicomotriz, sudoración, temblores, dolor abdominal y urgencia rectal, que característicamente disminuye desde el momento que obtiene la sustancia para ser consumida.

El consumo de pasta base puede sistematizarse en cuatro etapas o estadios clínicos.

- **Euforia.** Se produce un *flash* placentero e intenso que dura apenas 5 segundos, acompañado de disminución de las inhibiciones, cambios en los niveles de atención, hiperexcitabilidad, hipervigilancia, aceleración de los procesos del pensamiento. Existe una hipersensibilidad sensorial (olfatoria, auditiva) que incluso con el correr de los minutos se torna molesta. En esta etapa hay riesgo de sobredosis por cocaína.
- **Disforia.** Al caer bruscamente el efecto euforizante aparecen elementos de la esfera psíquica, como angustia, ansiedad, deseo incontrolable por seguir consumiendo, inseguridad, seguido de una profunda depresión (en ocasiones con ideación suicida), apatía e indiferencia sexual.
- **Consumo ininterrumpido.** A fin de evitar la etapa de disforia.

- **Psicosis y alucinaciones.** En casi la totalidad de los consumidores de pasta base aparece un síndrome paranoide: se tornan suspicaces, desconfiados, se sienten espiados o perseguidos. Se acompaña de ilusiones o verdaderas alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Los síntomas tienden a desaparecer entre los 60 y 90 minutos luego de terminado el consumo (si bien esta fase puede durar 2 o 3 días). La persistencia de los síntomas puede evidenciar la instalación de una psicosis paranoide en el consumidor crónico.

Si bien inicialmente hay un incremento de la actividad motora, en la evolución puede aparecer un cuadro de hipertensión especialmente de miembros superiores y mandíbula (“quedarse duro”), acompañado de movimientos repetitivos de brazos y manos (como si estuviera tocando piano) y estereotipias motoras como movimientos de masticación y chupeteo.

Existe un estadio definido por algunos autores como **“post-efecto”** o **“fase post-crítica”** en el cual el consumidor se encuentra fatigado, irritable, con deseos de dormir. En la primera etapa de la adicción pueden aparecer sentimientos de culpa por haber consumido.

Luego de dormir el consumidor se presenta con sequedad de mucosas, ardor e irritación labial, cefaleas e irritabilidad que pueden durar pocas horas para dar lugar a un nuevo consumo.

Al igual que el clorhidrato de cocaína, por la actividad del alcaloide el consumo de pasta base puede causar hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, convulsiones, infartos y hemorragias cerebrales (tanto en sobredosis como en el consumo crónico). Se asocia además con hepatotoxicidad, rhabdomiólisis y falla renal. La asociación con otras drogas con fines de abuso es frecuente y puede generar presentaciones clínicas atípicas e incrementar la gravedad de la intoxicación aguda.

En el plano físico también se destacan los accidentes y episodios de violencia vinculados a la necesidad de seguir consumiendo y a los cuadros psicóticos mencionados.

Además de los efectos psicoactivos y daño orgánico producido por la PBC (pasta básica de cocaína, como es conocida en algunos países) hay una serie de consideraciones importantes vinculadas a sus representaciones sociales, y estereotipos. En algunos países, ha quedado instalada la idea de ser “la droga de los pobres” otorgándole un halo de marginalidad, situándola al lado opuesto del clorhidrato de cocaína ubicada como una droga de estratos socioeconómicos medios o altos.

Las aproximaciones cualitativas al estudio del consumo de PBC relevan la idea de perfiles de individuos caracterizados por una progresiva desafiliación o desligue de las redes familiares y amicales, y sociales, produciendo un proceso de inclusión en la exclusión, es decir se tiende a establecer vínculos sociales solo entre consumidores, estableciendo una “cultura marginal”. Esta dinámica social es sumamente importante para la comprensión del consumo

de la PBC, pues remite a la idea de ruptura del sentido de colectividad. Se producen actos delincuenciales y violentos asociados al consumo de PBC, donde se diluye el sentido de pertenencia a la comunidad, afectando la seguridad ciudadana.

El consumo de cocaína durante el embarazo se ha asociado a una mayor incidencia de aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, desprendimiento placentario, parto de pretérmino, muerte fetal intrauterina, así como malformaciones del tracto urinario y mayor incidencia de muerte súbita en el recién nacido.

Los usuarios de cocaína tanto intravenosa como fumada tienen alto riesgo de adquirir enfermedades infecciosas transmisibles, como infección por VIH y hepatitis A, B y C, ya sea por compartir los dispositivos de consumo, mantener relaciones sexuales con usuarios inyectores, no utilizar métodos de barrera durante las mismas.

Vinculadas a la forma de consumo se destacan como complicaciones: graves quemaduras de cara y labios, así como enfermedades respiratorias (sinusitis, bronquitis, injuria pulmonar, barotrauma) que se relacionan con los contaminantes e impurezas (agentes irritantes y corrosivos) y con los productos de la combustión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño G. *Cocainas fumables en Latinoamérica*. Adicciones 2000; 12(4):541- 550.
2. Jeri FR. *Coca-paste smoking in some Latin American countries: a severe and unabated form of addiction*. Bulletin on Narcotics 1984.
3. Pérez J. *Clínica de la adicción a pasta base de cocaína*. Rev Chil Neurosiquiatr 2003; 41(1): 55-63.
4. Dueñas C, Torres CA. *Toxicidad pulmonar inducida por cocaína*. Rev Colomb Neumol 1999; 11:45-47.
5. Flomenbaum N, Goldfrank L, Hoffman R, Howland, MA; Lewin N; Nelson L. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 8th Edition 2006. Part C: The clinical basis of medical toxicology. Section I – H: Substances of abuse; Chapter 74: Cocaine*. Ed Mc Graw Hill.
6. Pascale A, Negrin A, Laborde A. *Cocaine Base Paste: The Experience of Montevideo Poison Control Centre [abstract]*. North American Congress of Clinical Toxicology 2006. Clin Toxicol 2006, 44:625–783.
7. Pascale A, Negrin A, Ormaechea R. *Pulmonary complications related to cocaine base paste abuse [abstract]*. North American Congress of Clinical Toxicology 2009. Clin Toxicol 2009 47 (7).



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



“SISTEMA SUBREGIONAL DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOBRE DROGAS EN ARGENTINA, CHILE, BOLIVIA, ECUADOR, PERÚ Y URUGUAY”