



**Observatorio Chileno de Drogas**  
**Informe Anual**  
**de la Situación de las Drogas en Chile**  
**2006**

**Observatorio Chileno de Drogas**  
Informe Anual de la Situación de las Drogas  
en Chile.

Consejo Nacional para el Control de  
Estupefacientes (CONACE)  
Ministerio del Interior  
Gobierno de Chile

I.S.B.N. 956-7808-58-9

Equipo Responsable: Área Evaluación y Estudios  
CONACE

Diseño y diagramación: controlzeta.cl  
Impresión: Maval Ltda.

# Índice

Págs.

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Presentación del Observatorio Chileno de Drogas</b>	<b>7</b>
• Configuración	7
• Propósito	7
• Objetivos	7
• Estructura	8
• Proyecciones	8
<b>Contexto Mundial de la Magnitud del Uso de Drogas</b>	<b>11</b>
<b>Diagnóstico del Fenómeno de las Drogas en Chile</b>	<b>15</b>
• Estudios nacionales de drogas en población general de Chile	16
• Drogas ilícitas	16
• Psicofármacos	17
• Consumo de drogas e ingreso económico familiar	17
• Principales tendencias	18
• Una década de medición de la magnitud y tendencias del consumo de drogas	18
• Descentralización del consumo de drogas	21
• Dependencia, abuso y consumo problemático	21
• Percepción de riesgo, facilidad de acceso y gravedad en el barrio	23
• Ofrecimientos directos de drogas	25
<b>Problemas Asociados al Consumo y Tráfico de Drogas en Chile</b>	<b>29</b>
• Delitos relacionados con las drogas	29
• Infracciones a la Ley de Drogas y delitos de mayor connotación social	29
• Fracciones atribuibles	31
• El problema de las drogas en población penal y SENAME	34
• Policonsumo de drogas	34
• Consumo de drogas en detenidos	35
• Decomisos de drogas	36
• Algunas medidas adoptadas	38
<b>Prevención Escolar</b>	<b>43</b>
• Contexto Internacional	43
• Programas de prevención de drogas en escolares de Chile	44
• Los programas de prevención en familias	46
• Estudios en población escolar	47
• Magnitud y tendencias del consumo	47
• Percepción de riesgo	50
• Oferta de drogas	51

<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	<b>55</b>
• Necesidad de Tratamiento	55
• Desafíos en Tratamiento	56
• Evaluación de los resultados en tratamiento	57
• Metodología del estudio	57
• Breve síntesis de resultados	58
<b>Costos Humanos, Sociales y Económicos de las Drogas en Chile</b>	<b>63</b>
• Resultados	64
• Estrategia de reducción del Problema	65
<b>La Cultura del Éxtasis y la Escena Electrónica en Santiago de Chile</b>	<b>69</b>
• Consumo de éxtasis en Chile	69
• Una droga de moda	70
• Los efectos del éxtasis	70
• El día después	71
• Proyecciones	71
• Éxtasis y música electrónica	71
• Facilidad y condiciones de acceso	72
• El éxtasis está sujeto a mucha adulteración	72
• Percepción de riesgo	72
• Riesgos secundarios	73
<b>Uso de Tabaco</b>	<b>77</b>
• Antecedentes	77
• Nueva ley del tabaco	77
• Las claves de la nueva Ley	77
• La prevención del consumo de tabaco	78
• Magnitud del consumo de tabaco en Chile	79
• Contexto internacional	79
• Contexto nacional	80
• Resultados en población general de Chile	80
• Resultados en población escolar de Chile	91
<b>Magnitud del Consumo y Abuso de Alcohol</b>	<b>97</b>
• Contexto internacional	97
• Tasa de bebedores problema de alcohol según el Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2000	97
• Magnitud del consumo y tasa de dependencia a Alcohol según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004	100
• Tasa de consumidores con signos de dependencia de Alcohol	110
<b>Bibliografía</b>	<b>117</b>

# Introducción

Entre las funciones asignadas al Observatorio Chileno de Drogas figura la difusión de información sobre diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, a través de la investigación, la sistematización y la publicación de informes periódicos.

En los Informes Anuales del Observatorio Chileno de Drogas se expondrán con mayor amplitud en los aspectos técnicos, que en la Memoria Institucional de CONACE, los datos procedentes de encuestas, estadísticas y estudios puntuales sobre el tema drogas. Estos Informes se editarán con un carácter monográfico, cuando la importancia del tema o el valor de los datos recogidos sobre un determinado aspecto de las drogas así lo requiera.

El objetivo de este primer Informe del Observatorio Chileno de Drogas es poner a disposición de aquellas instituciones públicas y privadas que desarrollan su actividad en el ámbito de las drogas, así como de investigadores y profesionales del sector, los últimos datos de que se dispone en relación con una serie de indicadores. Tales indicadores forman parte de un Sistema Nacional de Información sobre Drogas, que se ha desarrollado desde el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, y fortalecido desde 1994 hasta la fecha. Dicho sistema pretende abarcar de manera global a los diferentes aspectos que confluyen en una temática tan polifacética o multidimensional como es la de las drogas.

El Sistema de Información del Observatorio Chileno de Drogas se propone facilitar en forma periódica mediciones cuantitativas y, en algunos casos aportar con estudios cualitativos, acerca de determinados aspectos o dimensiones relacionados con el fenómeno de las drogas y sus principales factores asociados. Los indica-

dores incluidos en este sistema tienen diferentes grados de especificidad, sensibilidad y comparabilidad, es decir, distintas fortalezas o capacidad descriptiva, pese a lo cual, considerados en su conjunto, pueden facilitar un conocimiento adecuado de la situación actual de la magnitud y tendencias del consumo de drogas en Chile y, mediante la evaluación de los programas vigentes, del avance en los procesos y la eficacia de las políticas puestas en marcha para hacerles frente.

Los indicadores pueden tener una naturaleza directa o indirecta. Los indicadores directos facilitan mediciones directas de la población objeto de estudio (consumidores de drogas), a través de encuestas y otros métodos de recolección de información. Los indicadores indirectos, por su parte, ofrecen mediciones indirectas del fenómeno, fundamentalmente a través de información recogida en diferentes registros y centros, con los cuales la población consumidora tiene contacto.

Los indicadores que comprende el Sistema adoptado por el Observatorio Chileno de Drogas y con los cuales se ha estructurado el presente Informe, son los siguientes:

- Magnitud del consumo de drogas
- Tendencia del consumo de drogas
- Factores de riesgo/protección
- Prevención
- Tratamiento
- Morbilidad
- Mortalidad
- Costo de las drogas
- Oferta y/o disponibilidad de drogas
- Policiales y aduaneros: control de drogas
- Judiciales: ley de drogas, asociación drogas-delito
- Abuso de drogas lícitas



El contenido de este Informe se estructura de acuerdo con los indicadores mencionados, aunque algunos de ellos, como los de morbilidad y mortalidad, no fueron incluidos en esta ocasión. En primer lugar se recogen los objetivos del Observatorio Chileno de Drogas, sus funciones, su configuración y coordinación con otros observatorios. A continuación se expone el estado de situación del consumo de drogas, de acuerdo con indicadores sociológicos y epidemiológicos y de patrones de consumo, que se sustentan en los datos proporcionados por diferentes encuestas y estudios. Destacan entre éstas los Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile y datos de una explotación específica de la última Encuesta Nacional de Drogas a la Población Escolar. A continuación se aborda el control de la oferta, que incluye indicadores de oferta, así como otros de carácter policial relativos a actividades de represión del tráfico ilegal de drogas. También aparecen datos sobre estudios que establecen una asociación entre el uso de drogas y la comisión de delitos.

Una de las secciones recoge indicadores de reducción de la demanda de drogas, con algunas generalidades acerca de actividades de prevención, específicamente en población escolar. También se aborda la respuesta asistencial que comprende indicadores de tratamiento y evaluaciones de éstos programas a partir del seguimiento de una cohorte de pacientes egresados de los planes de tratamiento. De manera breve, se exponen los principales resultados del estudio de costos humanos sociales y económicos de las drogas en Chile, realizado con datos e información correspondientes al año 2003. Asimismo, dada su condición de droga emergente, se otorga un espacio a un estudio sobre el consumo de éxtasis y su asociación con la escena electrónica. El Informe se cierra con dos resúmenes considerados de gran importancia hoy en día en el abordaje de la prevención y tratamiento de las drogas ilícitas, como lo son los indicadores sobre el uso, abuso y dependencia, así como de los problemas asociados al tabaco y alcohol.



# Presentación

## del Observatorio Chileno de Drogas

---

Desde la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, (CONACE) en 1990, una de las primeras preocupaciones ha sido disponer de información válida y confiable sobre distintos aspectos relacionados con el fenómeno de las drogas y, asimismo, contar con un sistema nacional estandarizado de información. Conforme a ello tanto la Política y Plan Nacional de Drogas, vigente en Chile entre los años 1993 y 2002 y, posteriormente, la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008 han dado gran importancia a la consolidación de un Observatorio Nacional de Drogas.

A partir del año 1994 CONACE inicia el desarrollo de la serie bienal de estudios nacionales sobre consumo de drogas en población general de Chile y, al año siguiente, el Ministerio de Educación realizó el primer estudio nacional sobre consumo de drogas en población escolar. Ambos estudios han seguido realizándose con una periodicidad bienal y son la base de investigación y de las estadísticas del Observatorio Chileno de Drogas. A partir del año 2000 ambos estudios nacionales, en población general y escolar, son realizados con financiamiento y bajo la coordinación técnica directa de CONACE.

Conforme a lo anterior, CONACE ha puesto en marcha desde 1994 un sistema integrado de registro, información y análisis del fenómeno de las drogas en Chile, que cuenta ya con más de una década de experiencia en investigación y una variada serie de estadísticas, tanto en población general como en poblaciones específicas.

### Configuración

---

El Observatorio Chileno de Drogas es un área permanente de generación y recogida de información de los múltiples aspectos relacionados con las drogas, dependiente de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, del Ministerio del Interior.

### Propósito

---

El propósito del Observatorio Chileno de Drogas es generar, recopilar, sistematizar, analizar y difundir información relevante sobre el fenómeno de las drogas y sus actividades asociadas, tales como reducción de la demanda y de la oferta, tanto a nivel nacional como internacional.

El Observatorio fue diseñado con el mismo fin que inspira a otros observatorios de drogas en el mundo, esto es, una estructura cooperativa, integrada por diferentes fuentes de información, proveniente de instituciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras, sobre la base del respeto de las responsabilidades y competencias respectivas.

### Objetivos

---

1. Facilitar una visión global, permanente, confiable y actualizada de los problemas relacionados con el consumo de drogas en Chile (elaborar diagnósticos sobre la situación de las drogas).

2. Suministrar información que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las políticas a adoptar en materia de reducción de la demanda de drogas, así como la adecuación de los programas de intervención a las nuevas situaciones y necesidades que vayan surgiendo (facilitar el diseño y la evaluación de las políticas sobre drogas).

## Estructura

El Observatorio ha sido diseñado pensando en su utilidad para diferentes tipos de usuarios, tanto en el ámbito nacional como internacional: Autoridades del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como los miembros del Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes, las diversas áreas de la Secretaría Ejecutiva de CONACE, los CONACE Regionales y los programas comunales de drogas (PREVIENE), programas gubernamentales sobre drogas, Organismos No Gubernamentales, organismos académicos y de investigación, profesionales de la salud, Organismos Internacionales, entre otros.

En el ámbito del control y la fiscalización, y todo lo relacionado con la reducción de la oferta de drogas, el Observatorio se coordina con la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior y dispone de información actualizada, trimestralmente, relativa a detenidos por tráfico de drogas, decomisos de drogas, control de psicotrópicos y control de precursores químicos.

En el ámbito internacional, se coordina desde el año 2000 con el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA<sup>1</sup> y desde 1998 con la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, ONUDD. Con éste último organismo internacional el Ministerio del Interior, a través de CONACE, ha firmado un memorando de entendimiento que incluye a otros cinco países, con

el fin de desarrollar un Sistema Subregional de Investigación e Información sobre Drogas. Dentro de los desafíos de este proyecto se incluye el generar información científicamente comparable entre los diversos países que lo integran, como también incorporar a otros países de la región con el mismo propósito.

## Proyecciones

En el año 2005 se incorporó como nuevo integrante del Grupo Subregional, el Observatorio Interamericano de Drogas (OID/CICAD), que aporta el apoyo técnico necesario para asegurar que la información obtenida de los estudios no sólo sea comparable a nivel de los países que forman parte del proyecto, sino también con los demás países del hemisferio. Con tal fin, se han realizado reuniones técnicas que han tenido como producto la elaboración de instrumentos y metodologías estandarizadas para la realización de estudios sobre magnitud del consumo y observación de la tendencia del uso de drogas.

<sup>1</sup>Antes de la conformación del OID, la coordinación con la CICAD/OEA se realizaba directamente con el SIDUC.



*Contexto Mundial de la Magnitud del Uso de Drogas*



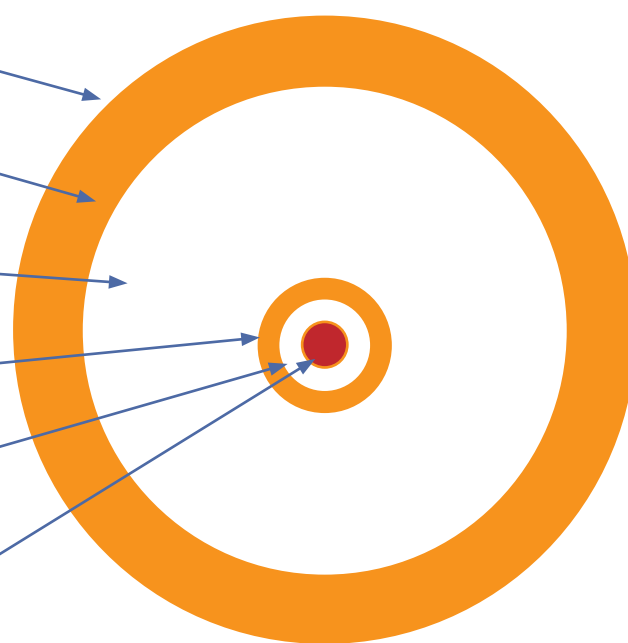
# Contexto mundial de la magnitud del uso de drogas

El World Drug Report de 2006 indica que de 4.102 millones de personas en todo el mundo entre 15 y 64 años de edad, unos 200 millones de personas (4,9%) han usado alguna droga ilícita en el último año y que entre éstas el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo a nivel mundial, con una estimación de 162 millones de personas que la usaron alguna vez en el último año. Por contrapartida, 3.902 millones de personas entre 15 a 64 años de

edad en el mundo nunca han usado una droga ilícita en dicho período. De igual modo, ONUDD ha estimado que 110 millones de personas (2,7%) de la población mundial entre 15 y 64 años usó drogas ilícitas alguna vez en los últimos 30 días y que unos 25 millones de personas de este grupo de edad (0,6%), son consumidores problemáticos de drogas.

## Uso de drogas ilícitas a nivel mundial (2004)

- Total población mundial: 6389 millones de personas
- Población mundial de 15 a 64 años: 4102 millones de personas (100%)
- Población de 15 -64 años no usaría de drogas: 3902 millones de personas (95,1%)
- Prevalentes año de drogas ilícitas: 200 millones de personas (4,9%)
- Prevalentes mes de drogas ilícitas: 110 millones de personas (2,7%)
- Consumo problemático de drogas ilícitas: 25 millones de personas (0,6%)\*

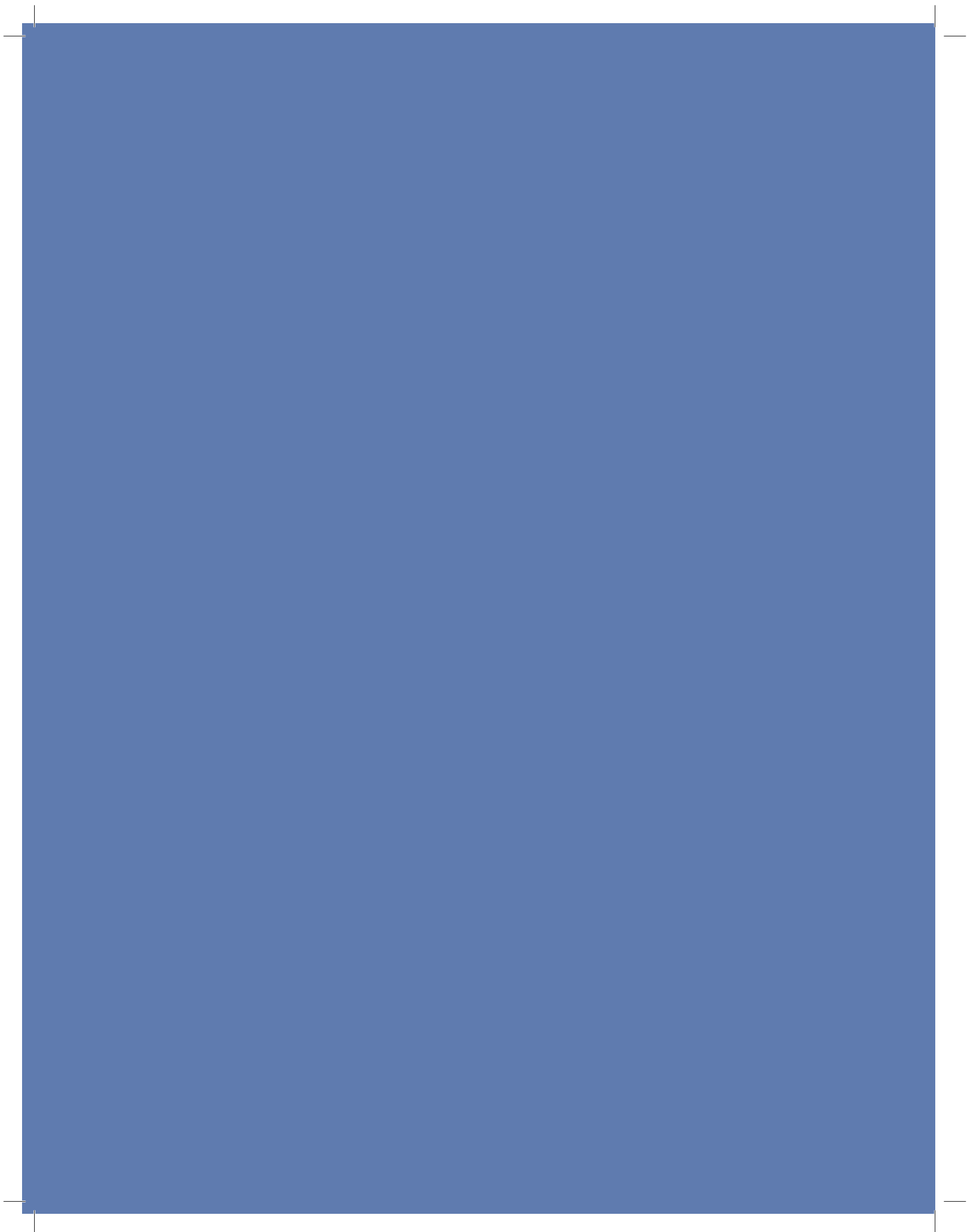


\* En porcentaje de la población de 15-64 años de edad





**Diagnóstico del  
Fenómeno de las Drogas en Chile**



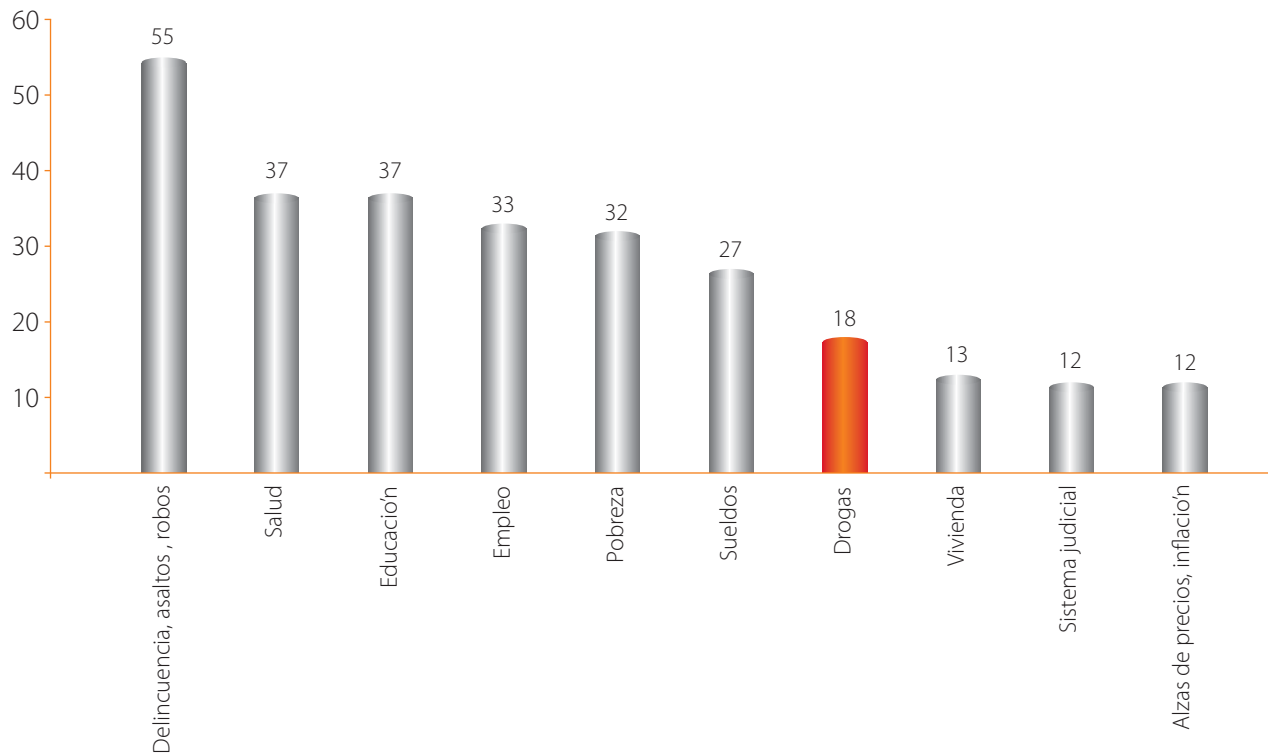
# Diagnóstico del fenómeno de las drogas en CHILE

Chile como país que se desarrolla y que está inserto en el mundo globalizado no es ajeno a éste problema de carácter transnacional. El fenómeno de las drogas en nuestro país ha sido considerado como uno de los temas so-

ciales más emergentes de las dos últimas décadas y la mayoría de las encuestas de opinión lo incluyen dentro de los diez temas de mayor preocupación ciudadana.

## Gráfico 1

**Encuesta CEP junio-julio 2006: ¿Cuáles son los tres problemas a los que debería dedicar el mayor esfuerzo en solucionar el Gobierno? (%)**



En los últimos años diversos estudios sociales y epidemiológicos dan cuenta de la magnitud del problema del consumo de drogas y de sus principales factores

asociados, lo cual ha llegado al conocimiento de toda la ciudadanía a través de los medios de comunicación, básicamente en la noticia contingente.

# Estudios nacionales de drogas en población general de CHILE



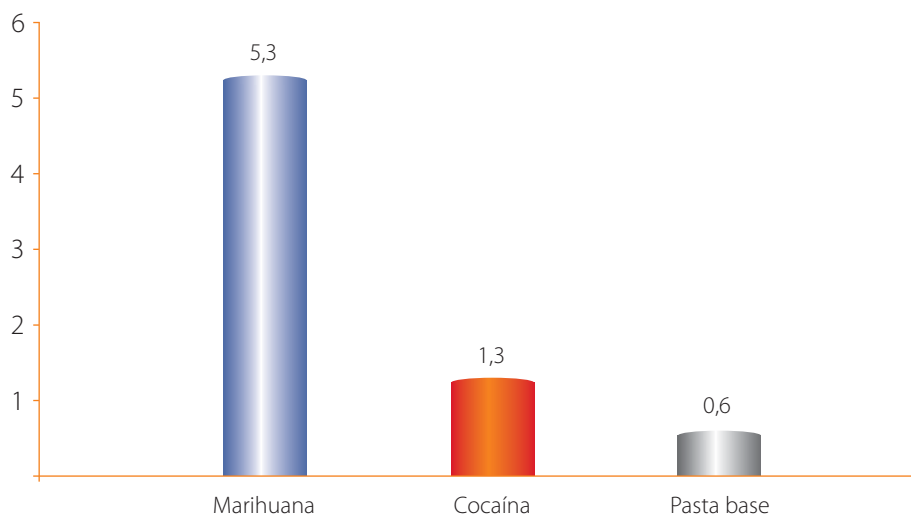
## Drogas ilícitas

Dentro de los estudios de mayor cobertura en nuestro país destacan los **Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile**, serie de investigaciones comenzada en el año 1994. El último de ellos, realizado en el año 2004 representó a 8.715.567 personas entre 12 y 64 años de edad, realizando 16.366 encuestas a nivel nacional. El Sexto Estudio Nacional de Drogas contó con muestras representativas de la población urbana en 86 comunas de las 13 regiones del país, lo cual explica el gran tamaño de la muestra.

Los resultados del citado estudio indican que el porcentaje de personas que declaran haber usado alguna droga ilícita en los últimos 12 meses previos a la aplicación de la encuesta es de 5,8%, estimándose que unas 508 mil personas han usado drogas ilícitas recientemente en Chile. Las sustancias ilícitas más usadas en nuestro país son marihuana (5,3%), clorhidrato de cocaína (1,3%) y pasta base de cocaína (0,6%). Sin duda que el mayor consumo de drogas ilícitas es el de marihuana en éste y todos los estudios realizados sobre el tema. Se estima que de cada 4 consumidores recientes de marihuana, 1 de ellos presenta signos de dependencia a esa droga. Asimismo, un tercio de los usuarios recientes de cocaína presenta signos de dependencia, lo cual asciende a 1 de cada 2 en el caso de la pasta base.

Gráfico 2

Prevalencia de último año de consumo de marihuana, cocaína y pasta base



El uso de drogas ilícitas está fuertemente concentrado en la población joven entre los 15 y 35 años de edad, donde el 11% ha consumido en forma reciente drogas ilícitas como marihuana, cocaína y/o pasta base. En otras

palabras, 1 de cada 10 personas entre 15 y 35 años de edad ha usado drogas en forma reciente. Menos del 2% de la población ha usado drogas fuera de ese tramo de edad.



## **Psicofármacos**

Los estudios dan cuenta también del alto uso de fármacos sin prescripción médica entre los chilenos. El 3% de la población entre 12 y 64 años de edad ha usado algún tipo de tranquilizante benzodiacepínico en los últimos 12 meses previos a la encuesta. De igual modo, el 0,4% usó recientemente algún tipo de estimulante como anfetaminas o metanfetaminas. En su conjunto, alrededor de 285 mil personas usaron algún psicofármaco sin prescripción médica en los últimos 12 meses previos a la aplicación de la encuesta. En nuestro país la automedicación se ha ido convirtiendo en una respuesta cada vez más frecuente a los problemas del estrés y de la vida agitada. De esta forma, los psicofármacos abandonan cada vez más la categoría de medicamentos para ser pensados y consumidos como una pastilla para el estilo de vida, que proporciona al sujeto un alivio rápido a las condiciones de molestia y malestar que acarrea la vida actual en los diferentes ámbitos (laboral, social, afectivo).

## **Consumo de drogas e ingreso económico familiar**

El consumo de drogas no es particularmente exclusivo de las familias con los mayores o menores niveles de ingresos económicos, diferenciándose más bien por el tipo de droga utilizada. Es así como la mayor declaración de consumo de marihuana se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos, es decir, en el grupo de mayores ingresos, con una tasa de 9,2%. Esta tasa de marihuana duplica a la de personas cuyas familias tienen los más bajos ingresos, con tasas de 4,5%. Asimismo, el mayor consumo de cocaína se registra entre personas de familias de mayores ingresos, de más de 1 millón de pesos, con tasas de consumo de 2,1%, casi 1 punto porcentual

por encima del consumo de cocaína en personas de los otros tres grupos de ingresos. La pasta base, en cambio, se consume mayoritariamente entre las personas de familias con más bajos ingresos, con una tasa de 0,8% entre individuos con ingresos familiares de 200 mil pesos hacia abajo.



**Gráfico 3**

**Prevalencia de último año de consumo de drogas ilícitas, según nivel de ingreso familiar total al mes**



## **Principales tendencias**

### **Una década de medición de la magnitud y tendencias del consumo de drogas**

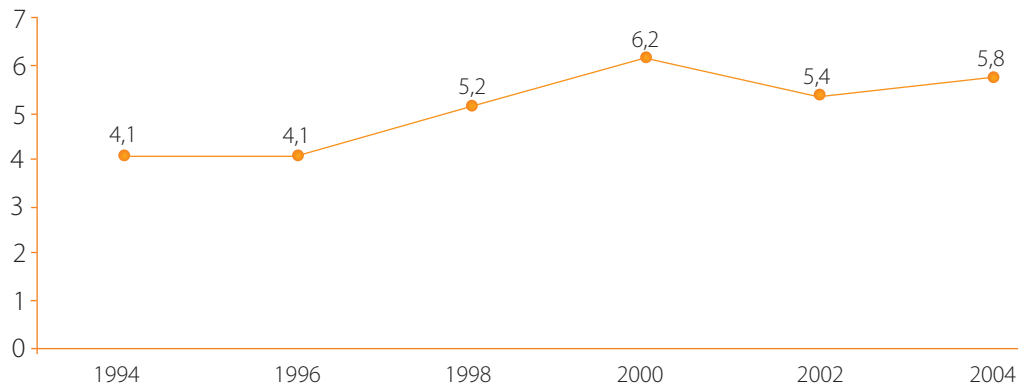
Los estudios nacionales realizados por CONACE cada dos años desde 1994, tanto en población general como en población escolar, han permitido conocer la magnitud del consumo de drogas en Chile y observar su evolución a través del tiempo. La tendencia señala un crecimiento moderado pero sostenido, tanto en drogas lícitas como ilícitas hasta el año 2000 y un estancamiento del consumo hacia el año 2002.

El Sexto Estudio de Consumo de Drogas en Población General realizado durante el 2004 señala que el uso de cualquier droga ilícita (considerando marihuana, pasta base y cocaína) durante el último año alcanzó a 5,8%,

esto es una marca ligeramente más alta que el 5,4% del estudio anterior (aunque estadísticamente no significativa), pero siempre más baja que la cumbre alcanzada en el año 2000 (6,2%) que en casi todos los casos fue el año en que se obtuvieron las prevalencias de consumo más altas registradas en la serie.

**Gráfico 4**

**Tendencia del consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína y/o pasta base) según prevalencia de último año**

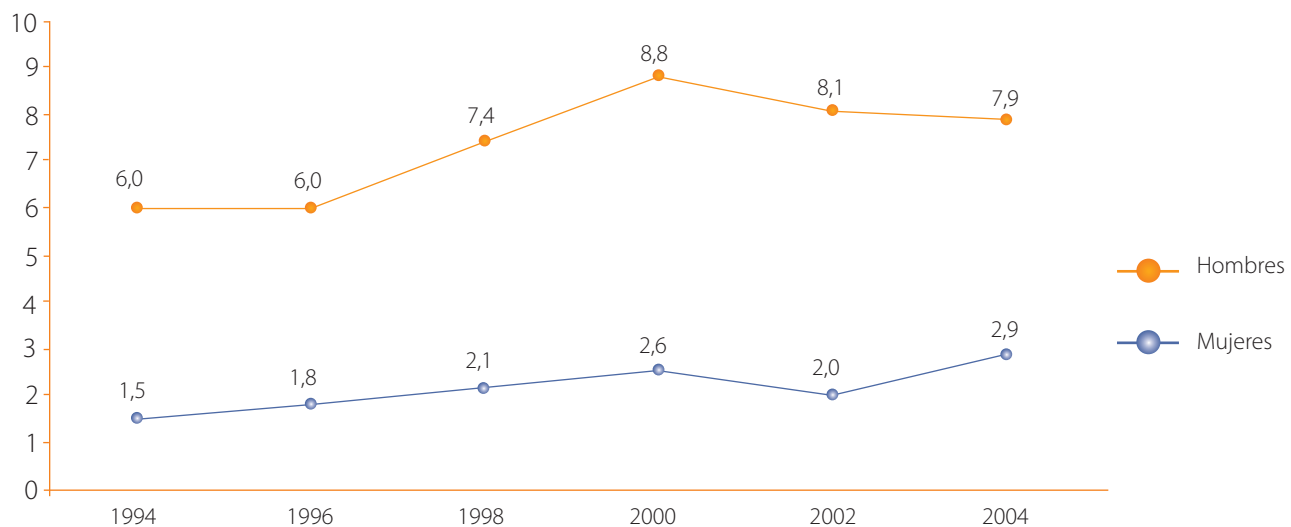


El estudio confirmó que la droga ilícita de mayor consumo en nuestro país sigue siendo la marihuana, y además evidencia que el aumento de la participación femenina en el consumo de ésta es un dato característico de toda la década. La diferencia de 1:4 (por cada 4 hombres había una mujer que consumía marihuana) se ha ido cerrando hasta llegar a 1:3 según los resultados actuales. En el caso de las mujeres se produce una variación en la tasa de consumo de marihuana de 2% en 2002 a 2,9%

en 2004, la marca más alta que ha obtenido este grupo en toda la serie de estudios. En todo el decenio el uso de marihuana entre las mujeres se ha duplicado, con prevalencias año de 1,5% en 1994 y casi 3% en 2004. Entre los hombres, luego de la tasa de consumo de marihuana más alta de la serie, de 8,8% en 2000, la prevalencia se mantiene estable en alrededor de 8% entre los años 2002 y 2004.

**Gráfico 5**

**Tendencia del consumo marihuana, según prevalencia de último año, por sexo**

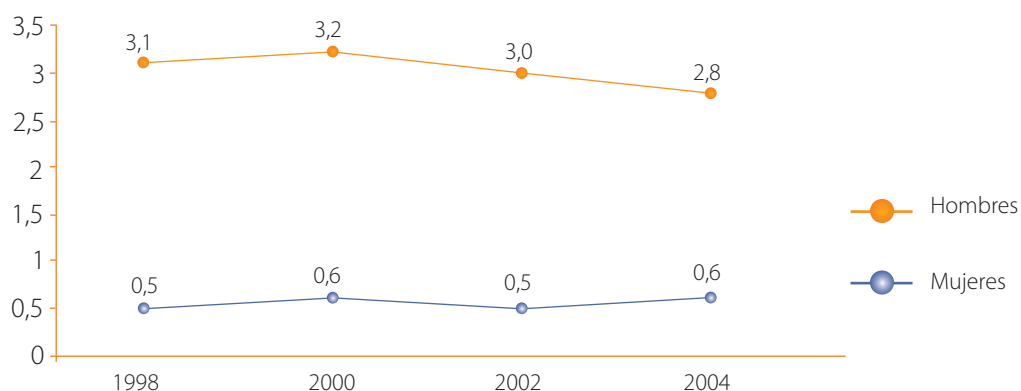


El estudio de 2004 muestra también que la brecha que separa al consumo de hombres y mujeres en derivados de la hoja de coca, como clorhidrato de cocaína y pasta base, es considerablemente más amplia que en el caso de marihuana. A pesar de que la brecha es más estrecha

en 2004 (4,5:1) con relación a 1998 (6:1), ello se debe más bien a una tasa de consumo bastante estable entre las mujeres y a una leve tendencia a la baja mostrada en los hombres.

**Gráfico 6**

**Tendencia del consumo cocaína total (cocaína y/o pasta base), según prevalencia de último año, por sexo**

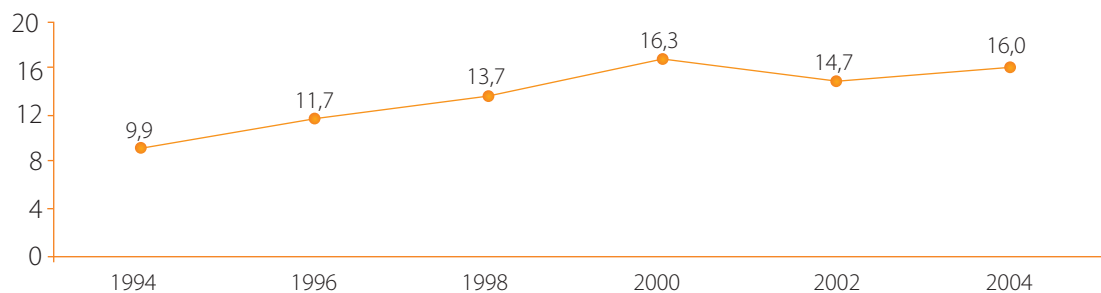


Por su parte, el grupo etario con las mayores tasas de consumo de drogas en toda la serie de estudios corresponde a los jóvenes de 19 a 25 años. En aquel grupo el uso de drogas tiende a estabilizarse, pero en torno a los puntos más altos de la serie alcanzados en el año 2000. En este grupo el uso de cualquier droga ilícita varía en

algo más de un punto porcentual, de 14,7% en 2002 a 16% en 2004, una variación que no es estadísticamente significativa, pero que se encuentra muy cerca de la cumbre de 2000 (16,3%) y muy por encima del comienzo de la serie en 1994 (9,9%).

**Gráfico 7**

**Tendencia del consumo drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína y/o pasta base), según prevalencia de último año, en jóvenes de 19 a 25 años de edad**



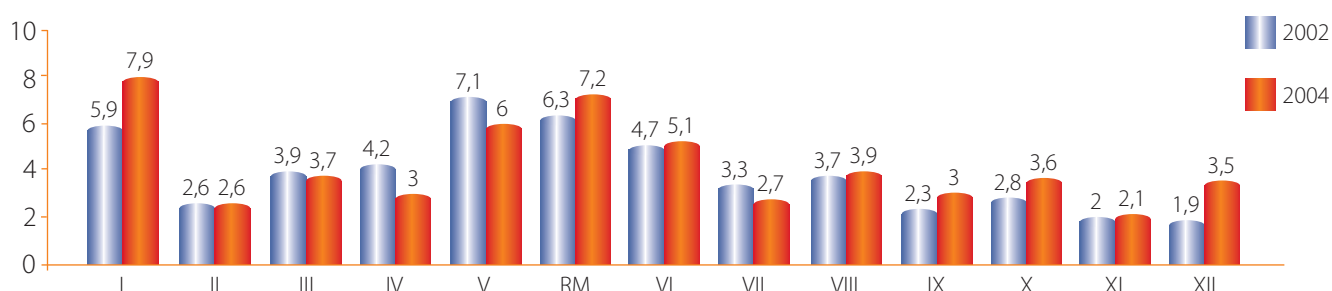
## Descentralización del consumo de drogas

Después de la década de los noventa, la distribución geográfica del consumo de drogas ha pasado de ser un fenómeno centralizado en la Región Metropolitana, a ser un fenómeno que tiene expresiones en todo el país. Es así como en el estudio de 2002 el mayor consumo de marihuana lo registró la Quinta Región y el de pasta base la Primera Región. En ese mismo año el mayor consumo de las tres principales drogas ilícitas, en su conjunto, se registró en la Quinta Región.

En el año 2004, por primera vez la tasa más alta de consumo reciente de drogas ilícitas la encabeza la Primera Región, con 7,9%. Le sigue la Región Metropolitana (7,2%) y la Quinta Región (6,0%). Las otras diez regiones del país presentan tasas de consumo más bajas que las ya mencionadas y están por debajo del promedio nacional, de 5,8%. Es interesante notar el menor uso de drogas ilícitas en la Octava Región, con una tasa de consumo de 3,9%, considerando su tamaño poblacional y complejidad urbana y, en general, las bajas tasas de consumo de todas las regiones del sur del país.

**Gráfico 8**

**Tendencia del consumo drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína y/o pasta base), según prevalencia de último año, por regiones**



De acuerdo a los estudios de CONACE, tanto en población general como en escolares, las regiones indicadas como las de mayor consumo son también aquellas en donde existe una mayor percepción de acceso a drogas y una mayor oferta directa. Según los informes estadísticos de la División de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior, es en aquellas mismas regiones donde además se registra la mayor cantidad de denuncias por delitos de mayor connotación social, contra la propiedad y contra las personas.

## Dependencia, abuso y consumo problemático

Los estudios en población general de CONACE utilizan una medida de aproximación a la dependencia y el abuso de drogas, obtenido a partir de preguntas específicas que se aplican a personas prevalentes de último año a drogas o consumidores recientes. Los criterios para dependencia a drogas corresponden a los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. Los criterios para la medida de abuso a drogas corresponden a la American Psychiatric Association (DSM-IV).

En el caso de las drogas ilícitas, una medida de aproximación a dependencia se relaciona con la detección de los siguientes signos o síntomas:

- Síntoma de privación: se usa la droga para evitar algunos problemas o éstos aparecen cuando se deja de usar la droga;
- Tolerancia: se requiere consumir más drogas que antes para producir el mismo efecto o la misma cantidad de drogas tiene menos efectos; y
- Uso compulsivo: se usa drogas a pesar de que se tiene la intención de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas y trastornos que se desearían evitar.

Conforme a lo anterior, se estima que cerca de 150 mil consumidores recientes de alguna de las tres drogas ilícitas más usadas en el país (marihuana, cocaína, pasta base) presentan signos de dependencia a drogas. Por otra parte, se estima en cerca de 190 mil a los abusadores de drogas ilícitas. El abuso implica un uso continuado o recurrente de una sustancia psicoactiva, sin que se reúnan los criterios para el diagnóstico de dependencia a dicha sustancia. Finalmente, se ha estimado en cerca de

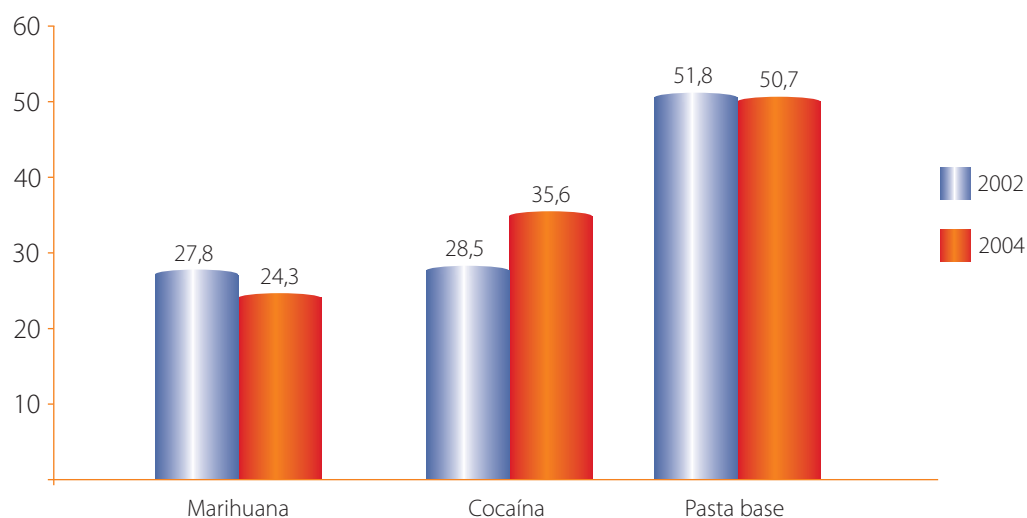
205 mil a los consumidores problemáticos de drogas ilícitas, esto es, los consumidores recientes que presentan signos de abuso y/o dependencia a alguna de las tres drogas ilícitas de mayor uso en Chile.

Los resultados para aproximación a dependencia muestran el fuerte poder adictivo de la pasta base, ya que la mitad de los prevalentes de último año de pasta base caen en la condición de dependientes (50,7%). Asimismo, la tasa de dependencia de quienes usan marihuana es de 24,3% esto es, 1 de cada 4 usuarios del último año; y la de cocaína es cercana al 35,6% (3 de cada 10 usuarios del último año). Entre 2002 y 2004 hay una leve disminución en la tasa de dependencia a marihuana y pasta base, pero se registra un aumento en la tasa de dependencia a cocaína

Las tasas de dependencia respecto de la marihuana tienden a ser más altas entre los jóvenes y mayores entre los hombres que en las mujeres. En el caso de la pasta base, las tasas más altas de dependencia se observa en las mujeres y en el grupo de jóvenes de 19 a 25 años. En cocaína son levemente más altas las tasas de dependencia en los hombres y en el grupo de 35 a 44 años de edad.

**Gráfico 9**

**Evolución de la tasa de consumidores con signos de dependencia a drogas ilícitas, 2002 - 2004**



## Percepción de riesgo, de facilidad de acceso y de gravedad en el barrio

La percepción de riesgo fija una barrera subjetiva frente al uso de drogas (quienes perciben gran riesgo tienden a evitar el uso de drogas), mientras que la dificultad de acceso fija una barrera objetiva (limita las oportunidades de consumo de quienes tienen una predisposición a hacerlo).

Los programas de prevención universal, orientados fundamentalmente a la población que no ha usado drogas, persiguen entre sus objetivos aumentar la percepción de riesgo con el fin de evitar que quienes no han consumido drogas ilícitas lleguen a hacerlo.

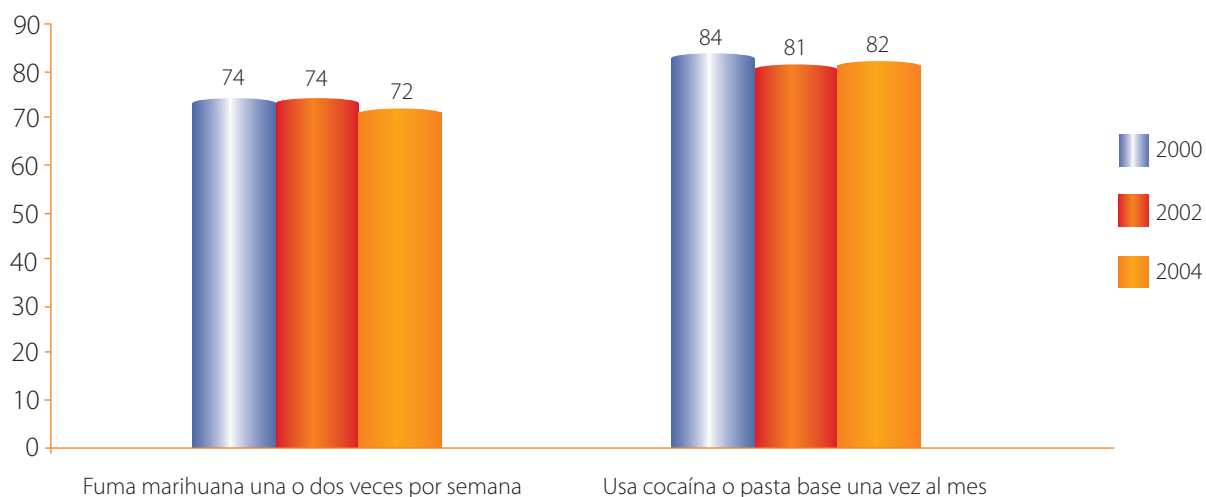
La percepción de gran riesgo ante el uso de marihuana bajó de 74% a 72% entre los años 2000-2004 y de 84% a 82% en el de la cocaína. Como ocurre con las diferencias en las tasas de consumo, las mujeres mantienen una percepción de riesgo más alta que los hombres, hasta diez puntos en el caso de marihuana y algo más ceñida

en el de la cocaína. Inversamente, adolescentes y sobre todo jóvenes, que tienen mayor compromiso con el uso de drogas, muestran percepciones de riesgo más bajas.

En el caso de los adolescentes, la percepción de riesgo ante el uso de marihuana bajó 5 puntos en el período 2000-2004 (con una disminución de 70% a 65%), aunque en el último bienio se mantuvo estable. Por su parte la percepción de riesgo ante el uso de cocaína bajó de 73% a 69% entre 2000 y 2004. Una constatación importante de los estudios es que los adolescentes hacen poca diferencia entre el riesgo de usar marihuana y cocaína. En el caso de los jóvenes la percepción de riesgo ha bajado entre 2000 y 2004 en una magnitud similar, pero la diferencia entre el riesgo de usar marihuana y cocaína es más marcada. La marihuana ha bajado 6 puntos en percepción de riesgo (de 61% a 55%, especialmente pronunciada en el último bienio), mientras que la cocaína ha bajado 3 puntos (de 77% a 74%). En su conjunto, la percepción de riesgo ha bajado aunque muy ligeramente en el período 2000-2004.

Gráfico 10

### Tendencia 2000 – 2004 de la percepción de riesgo (%) con relación al uso de drogas ilícitas

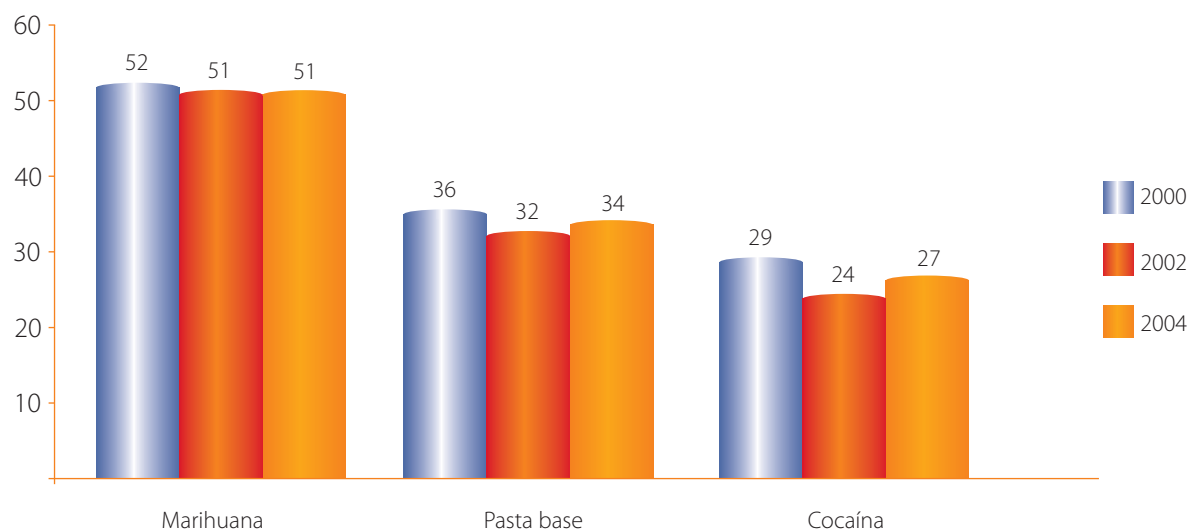


La percepción de facilidad de acceso a drogas, por su parte, se mantiene prácticamente inalterada en los últimos cuatro años. El porcentaje que declara que le sería fácil conseguir marihuana fluctúa alrededor del 52% en todas las mediciones, mientras que la facilidad para conseguir pasta base y cocaína declina muy ligeramente (36% a 34% en pasta base y 29% a 27% en cocaína). Las

declaraciones de facilidad de acceso se mantienen estables en todos los grupos de edad. Las oportunidades de conseguir fácilmente pasta base/cocaína son mucho más restringidas y pesan sobre todo entre los adolescentes, donde sólo un porcentaje menor declara que podría hacerlo con facilidad.

**Gráfico 11**

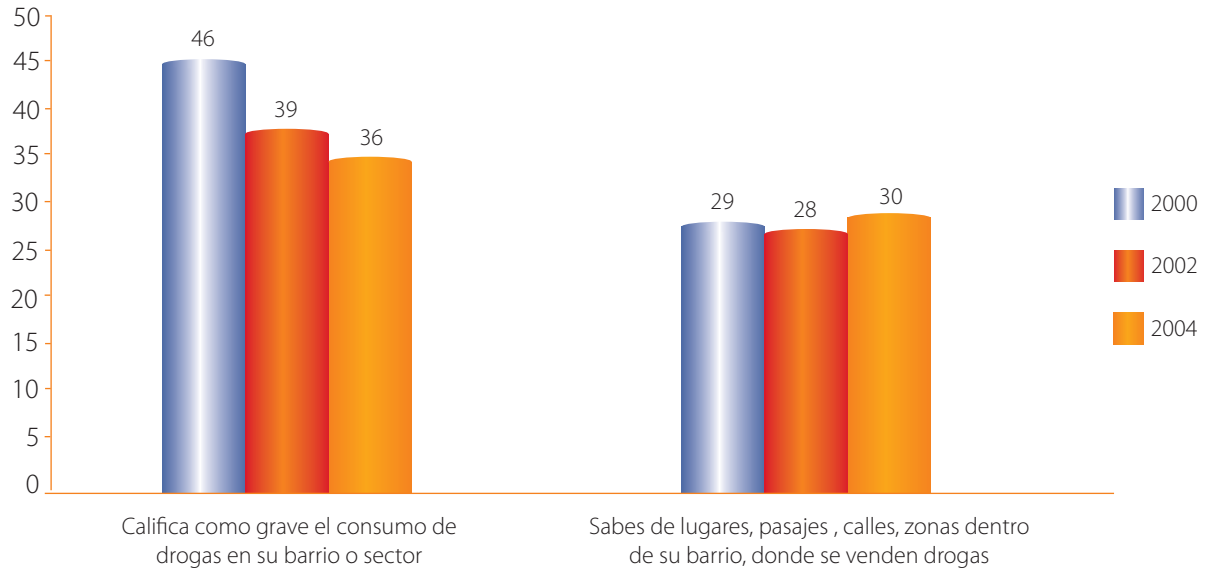
**Tendencia 2000 – 2004 de la percepción de facilidad de acceso (%) para conseguir drogas ilícitas**



El porcentaje de personas que califica de grave el consumo de drogas en su barrio o sector desciende 10 puntos porcentuales en el período 2000-2004, de 46% a 36%. Un poco menos alentador es el porcentaje de personas que sabe de lugares, pasajes, calles o zonas dentro de su barrio donde se venden drogas, pues éste se ha mantenido relativamente estable en el período, con porcentajes de 29% y 30%.

**Gráfico 12**

**Tendencia 2000 – 2004 de la percepción de gravedad del consumo (%) y de la oferta de drogas ilícitas en el barrio**



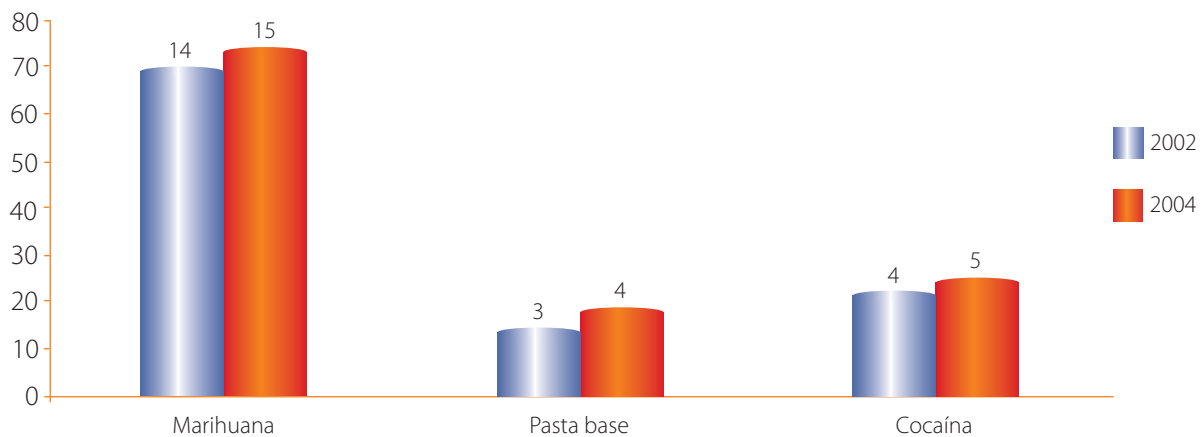
**Ofrecimientos directos de drogas**

La estabilidad de los resultados sobre percepción se corresponde con las declaraciones de exposición a ofrecimientos recientes de drogas ilícitas, definido como el porcentaje de personas que declara que alguien le ha

ofrecido una determinada droga ilícita en los últimos 12 meses. En el bienio 2002-2004 la exposición a ofertas de marihuana aumentó levemente de 14% a 15%. Por su parte, la exposición a ofertas de cocaína subió de 4% a 5% y la de pasta base de 3% a 4%.

**Gráfico 13**

**Evolución 2002 – 2004 de la oferta directa (%) de drogas ilícitas**







**Problemas Asociados al Consumo y  
Tráfico de Drogas en Chile**



# Problemas asociados al consumo y tráfico de drogas en Chile

La preocupación social por el fenómeno de las drogas se refleja tanto en los debates parlamentarios y de las autoridades de gobierno, como en los debates en los medios de comunicación. Muy pocas personas consideran actualmente que las drogas no son un problema para nuestra sociedad y más bien las diferencias se observan en las diversas formas propuestas para abordar el problema, desde los niveles más extremos de control total para evitar el uso de drogas, hasta el otro extremo, que es el de controlar el consumo mediante la legalización de to-

das las drogas. Sin embargo, gran parte de la población se inclina por los niveles moderados, que siguen considerando la multiplicidad de causas de este fenómeno y su asociación con varios otros problemas de nuestra sociedad y, por tanto, plantean un enfoque mixto, desde la salud pública con orientación biopsicosocial en lo referente a la reducción de la demanda de drogas, y desde el control legal y policial en lo concerniente al tráfico de sustancias ilícitas.

## Delitos relacionados con las drogas

La asociación entre drogas y delitos comprende tres dimensiones principales: infracciones a la Ley de Drogas, delitos que se cometen bajo la influencia de alguna droga y delitos que se cometen con el motivo de comprar o proveerse de drogas. En nuestro país existe evidencia acerca de esta asociación, aunque faltan estudios sistemáticos que den cuenta de tendencias y de características específicas del problema.

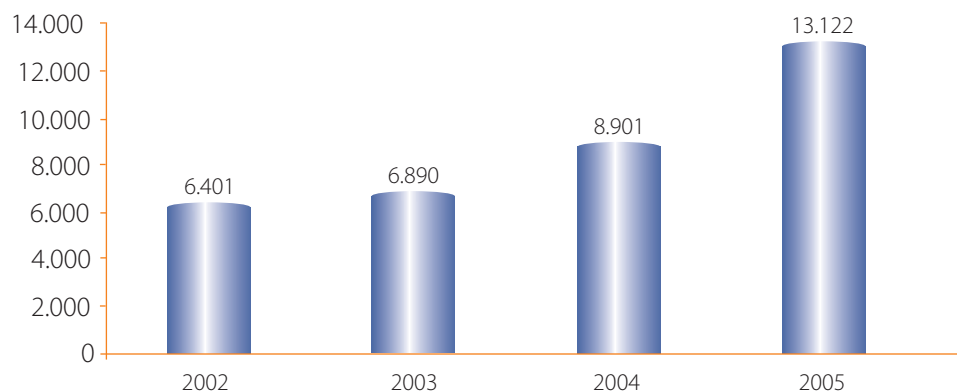
cuatro últimos años al igual que lo observado en años anteriores, los procedimientos policiales corresponden principalmente a delitos flagrantes, que concentran un porcentaje superior al 70% en el período 2002 a 2005.

### **Infracciones a la Ley de Drogas y delitos de mayor connotación social**

Durante el año 2005 Carabineros de Chile, la Policía de Investigaciones de Chile y el Servicio Nacional de Aduanas reportaron un total de 13.122 procedimientos en materia de **Infracción a la Ley de Drogas**, cifra que representa un aumento de un 47,42% respecto de 2004, manteniéndose la tendencia al alza registrada en los

**Gráfico 14**

**Evolución 2002 – 2005 de los procedimientos asociados a la Ley de Drogas**

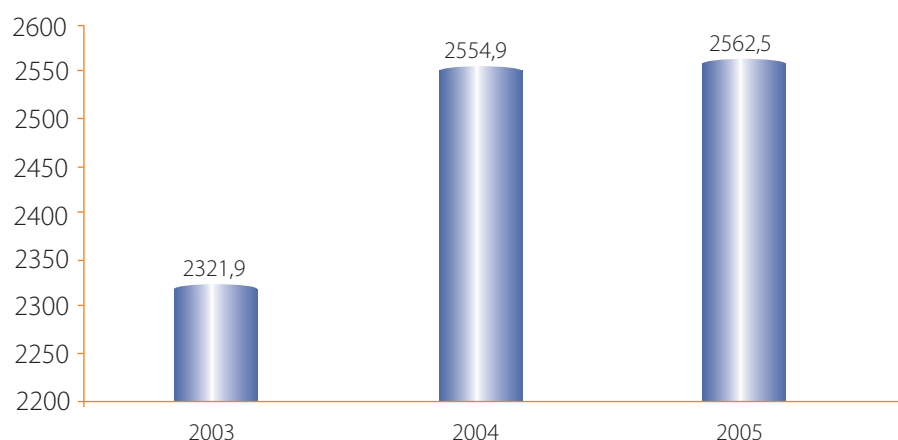


En el año 2005 el país registra una tasa de denuncias por delitos de mayor connotación social de 2.562 casos, cada 100 mil habitantes. Respecto de 2004 se observa

un crecimiento de la tasa de 0,3%. Este incremento es significativamente menor al observado en años anteriores.

**Gráfico 15**

**Evolución 2003 – 2005 de la tasa de denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS=tasa por cada 100 mil habitantes)**

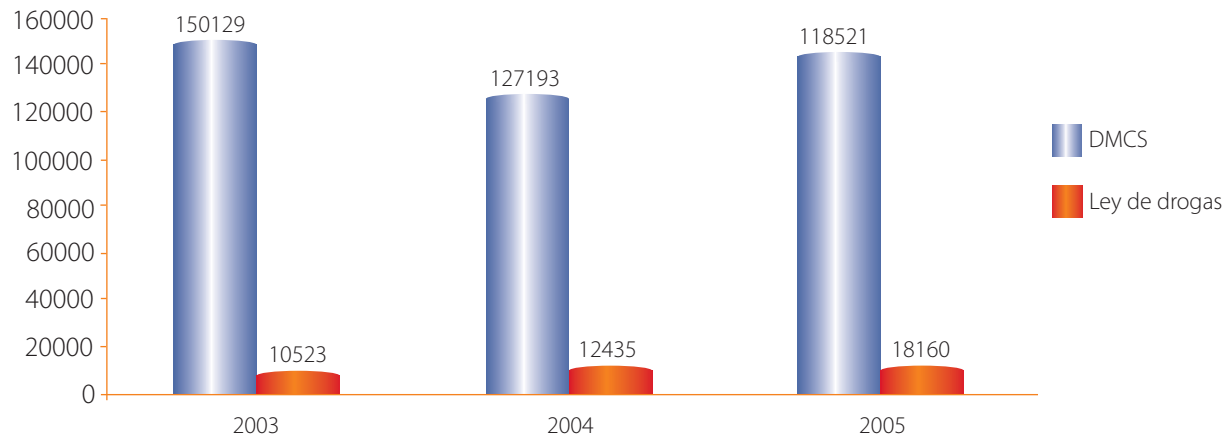


El total de detenidos en 2005 por delitos de mayor connotación social fue de 118.521 (incluye robo con violencia, intimidación, sorpresa y fuerza, hurto, lesiones, homicidio y violación), mientras que el total de detenidos por Ley de Drogas fue de 18.160. No obstante lo anterior, en los últimos años se observa una disminución de de-

tenidos por DMCS y un aumento de los detenidos por Ley de Drogas. Mientras en 2004 la razón entre detenidos por LD/DMCS era de 1:10, en 2005 la razón es de 1:7, es decir, por cada detenido según Ley de Drogas hay aproximadamente 7 que lo son por delitos de mayor connotación social.

**Gráfico 16**

**Evolución 2003 – 2005 de los detenidos por DMCS y detenidos por Ley de Drogas**



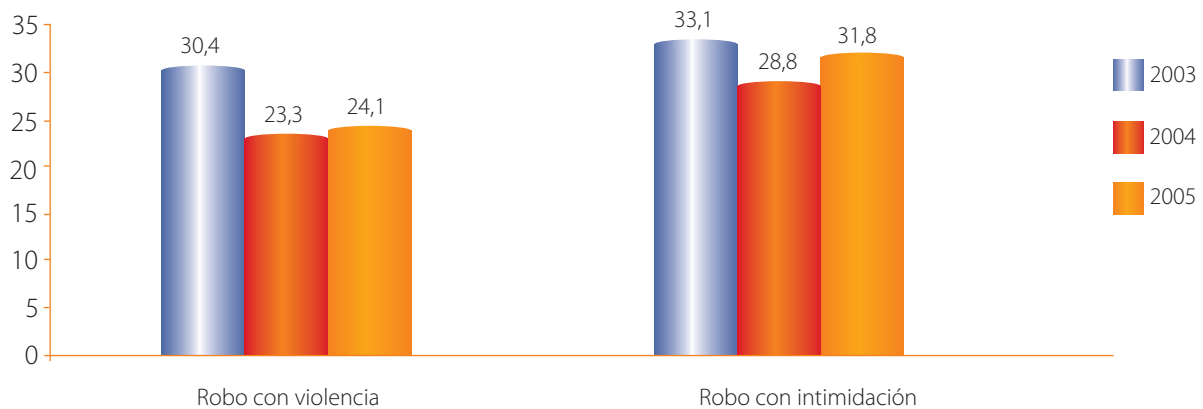
Los delitos por los que se encuentra reclusa más de un tercio de la población penal son contra la propiedad. Seguidamente se ubica la infracción a la Ley 19.366 (actual Ley 20.000) de tráfico ilícito de estupefacientes (6,8%). Cabe destacar que la población femenina se encuentra mayoritariamente reclusa por los delitos de tráfico de estupefacientes y tráfico ilícito de drogas (30,7%), situación que difiere a la proporción que estos mismos delitos representan en los hombres (7%).

**Fracciones atribuibles**

En el año 2005 el país registra un aumento de 3,7% en la tasa de detenciones por **robos con violencia** (de 23,3 a 24,1 casos por cada 100 mil habitantes). Asimismo, en el año 2005 el país registra un aumento de 10,4% en la tasa de detenciones por **robos con intimidación** (de 28,8 a 31,8 casos cada 100 mil habitantes). Estudios de CONACE han establecido una importante asociación entre los delitos de robo con violencia y robo con intimidación y uso drogas.

**Gráfico 17**

**Evolución 2003 – 2005 de las tasas de detenidos, por cada 100 mil habitantes, en robo con violencia y robo con intimidación**

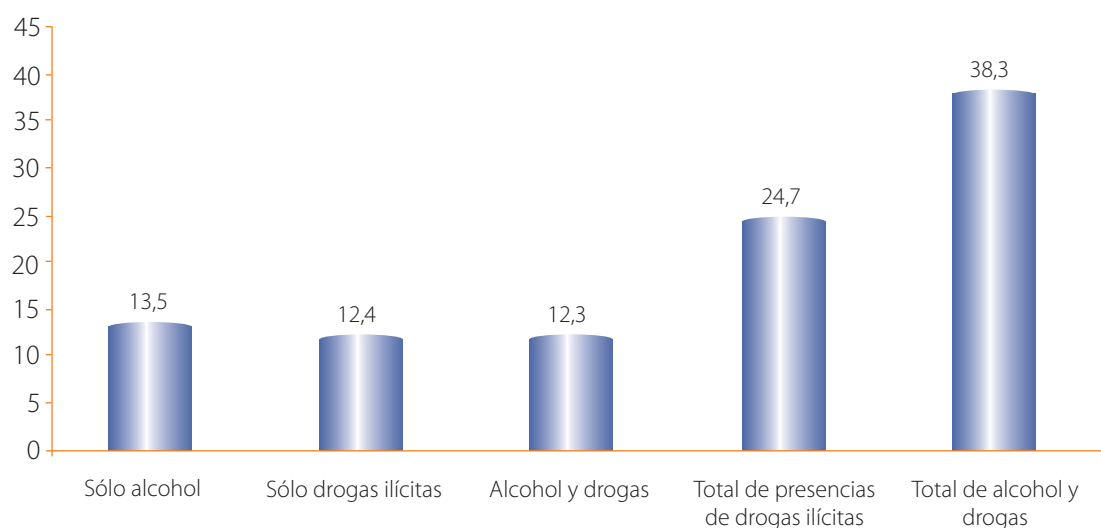


En un estudio de CONACE y Gendarmería de Chile (2002) sobre reclusos de sexo masculino condenados por **delitos de robo con violencia y robo con intimidación** se encontró que el **25%** cometió el primer delito bajo la influencia de drogas ilícitas. Asimismo, alrededor del **38%** cometieron el primer delito con uso de alcohol o drogas ilícitas. Un **40%** de los reclusos declaró haber delinquido alguna vez con el único afán de comprar o proveerse de drogas<sup>2</sup>. En el mismo estudio se observó que en el

caso de condenados reincidentes por **delitos de robo con violencia y robo con intimidación** el **39%** cometió el delito bajo la influencia de drogas ilícitas. Asimismo, alrededor del **57%** de éstos delitos en internos reincidentes se cometieron bajo el uso de alcohol o drogas. Existe evidencia de que la influencia del uso de drogas es más fuerte en delitos de mayor gravedad, como el robo con intimidación y robo con violencia, de manera que esta razón no es atribuible a todos los delitos.

**Gráfico 18**

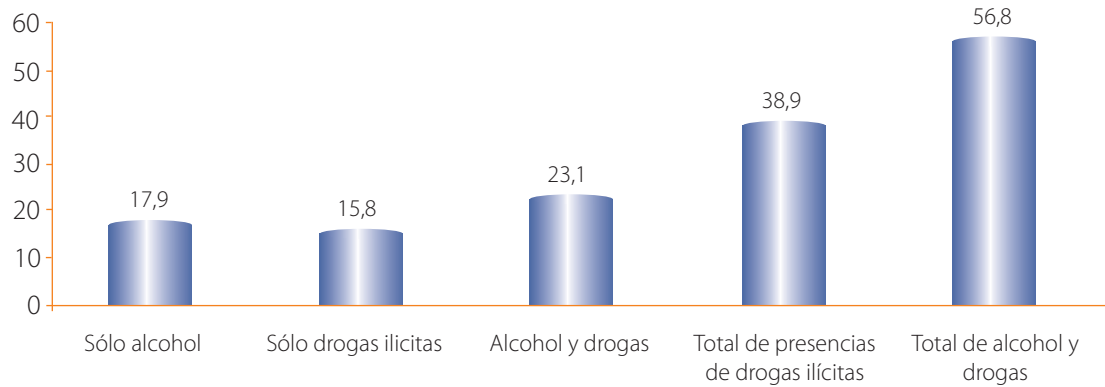
**Uso de alcohol y/o de drogas ilícitas (%) en la comisión del primer delito**



<sup>2</sup> Coincidentemente con los datos registrado en Chile, el Informe Anual del Observatorio Europeo de Drogas (2005) indica que en una encuesta realizada en el año 2004 en la República Checa, los agentes de policía que trabajan en los cuarteles regionales calcularon que el 40% de los robos ordinarios y el 30% de los robos con allanamiento se habían cometido con el fin de comprar drogas.

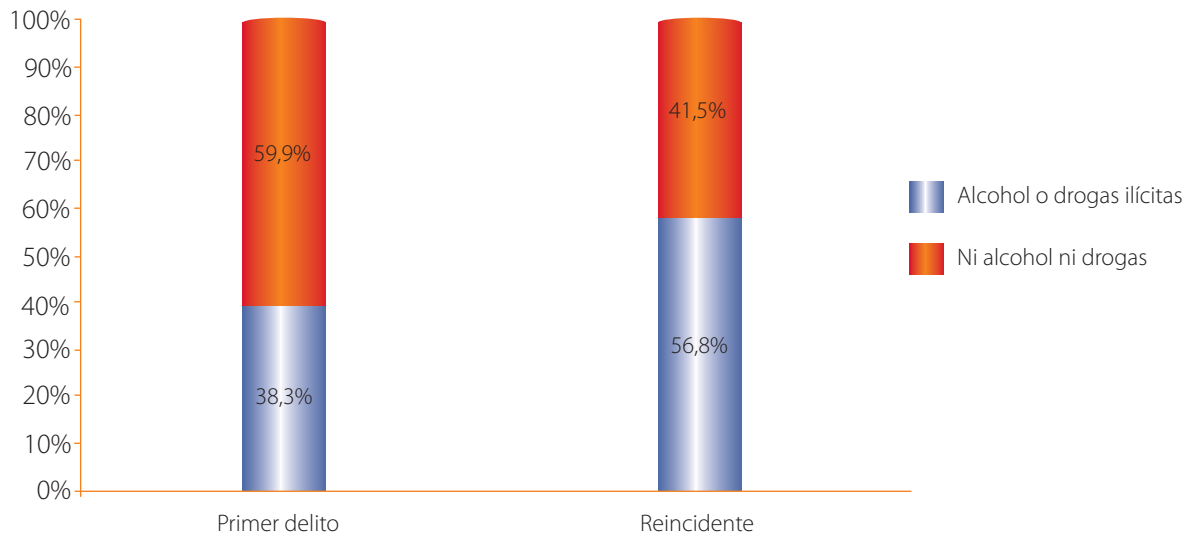
**Gráfico 19**

**Uso de alcohol y/o de drogas ilícitas (%) en la comisión del delito de reclusos reincidentes**



**Gráfico 20**

**Uso de alcohol o de drogas ilícitas (%) en la comisión del primer delito y en reclusos reincidentes**



En un estudio realizado por CONACE (2001) sobre expedientes judiciales de Tribunales del Crimen de Santiago se encontró que **el uso de drogas aparece asociado con el 32% de los delitos de robo con violencia y 31% de los homicidios**, para descender al 23% del robo con fuerza. Las drogas más mencionadas, entre los que re-

portaron alguna al momento de delinquir, fueron pasta base en el 45% de los casos y marihuana en 13%. De acuerdo al mismo estudio, 15% de los jóvenes entre 18 y 24 años de edad cometió el delito bajo la influencia de alguna droga.



## El problema de las drogas en población penal y SENAME



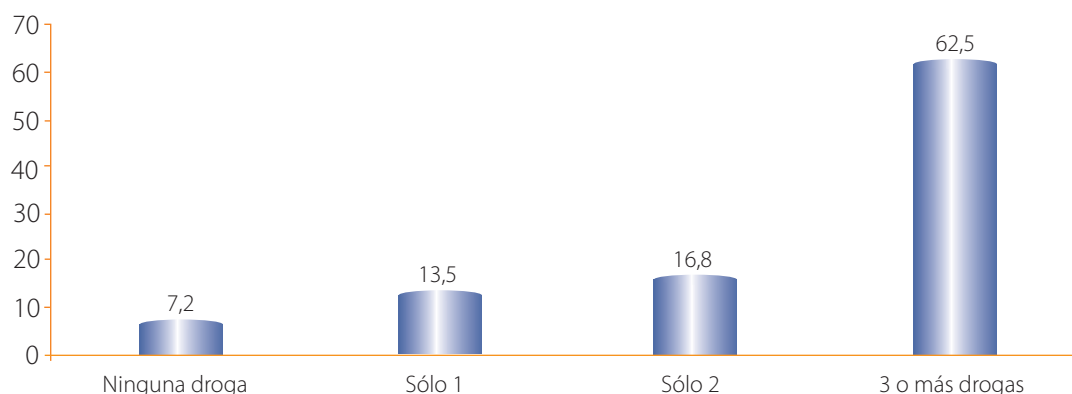
### Policonsumo de drogas

En el mismo estudio citado sobre población penal de CONACE y Gendarmería de Chile se indica que el 88% de los reclusos consumió marihuana alguna vez en la vida, 57% pasta base y 44% cocaína. Según intensidad de consumo autodeclarada, 1 de cada 4 internos era

consumidor frecuente de pasta base y 1 de cada 10 de cocaína, mientras que 5% de los reclusos declaró haber consumido alguna droga por vía endovenosa. Más del 60% declaró haber consumido tres o más drogas, evidenciando que ésta es una población altamente **poli-consumidora**.

**Gráfico 21**

**Policonsumo de drogas ilícitas (%) en condenados por robo con violencia y robo con intimidación**



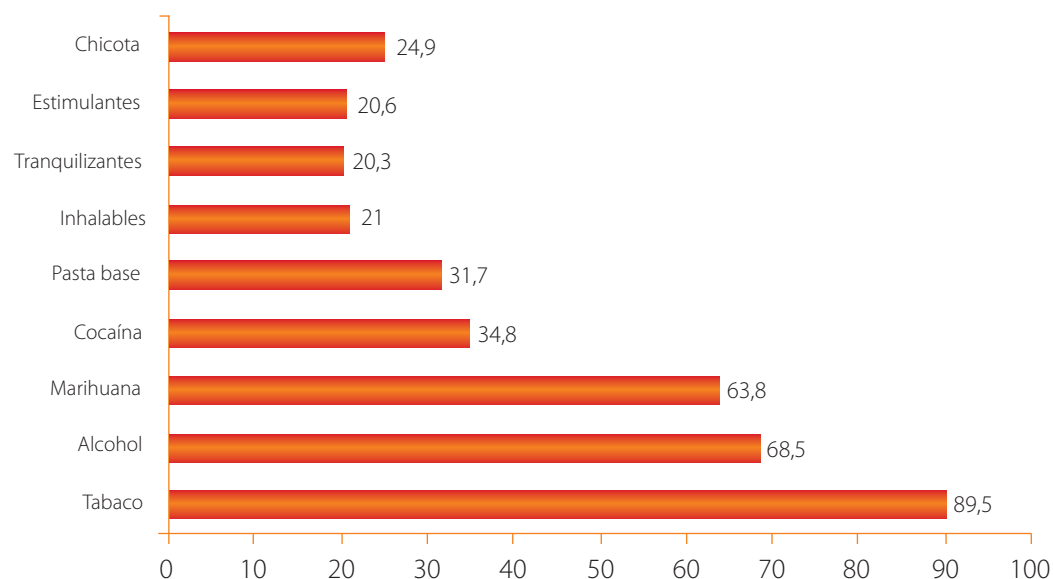
En registros de Gendarmería de Chile acerca de “sustancias declaradas al ingreso a las unidades penales” se ha detectado un 13% de consumidores recientes de pasta base y cocaína y 6% de policonsumidores, seguramente vinculados con el uso de esas sustancias. Las estimaciones debieran fluctuar entre 15% y 25% de población penal fuertemente comprometida con el uso de drogas, como pasta base y cocaína. Considerando el tamaño promedio de población penal, alrededor de 37.000 personas reclusas o en sistema cerrado, las cifras deben estimarse entre 5.000 y 9.000 internos con trayectorias de consumo problemático de drogas que requieren de alguna clase de ayuda o tratamiento.

En un estudio de CONACE y SENAME del año 2002, en menores infractores de ley entre 14 y 17 años acogidos en centros y hogares de SENAME, se encontró que el 64% había usado marihuana en el último año, 35% cocaína y 32% pasta base. Los menores del mismo rango de edad, pero en línea de protección, tenían prevalencias recientes mucho más bajas. Un 15% de los adolescentes infractores declaró haber vendido drogas alguna vez.



## Gráfico 22

### Prevalencia de último año de consumo de drogas en adolescentes (14-17 años) infractores de ley de SENAME



### Consumo de drogas en detenidos

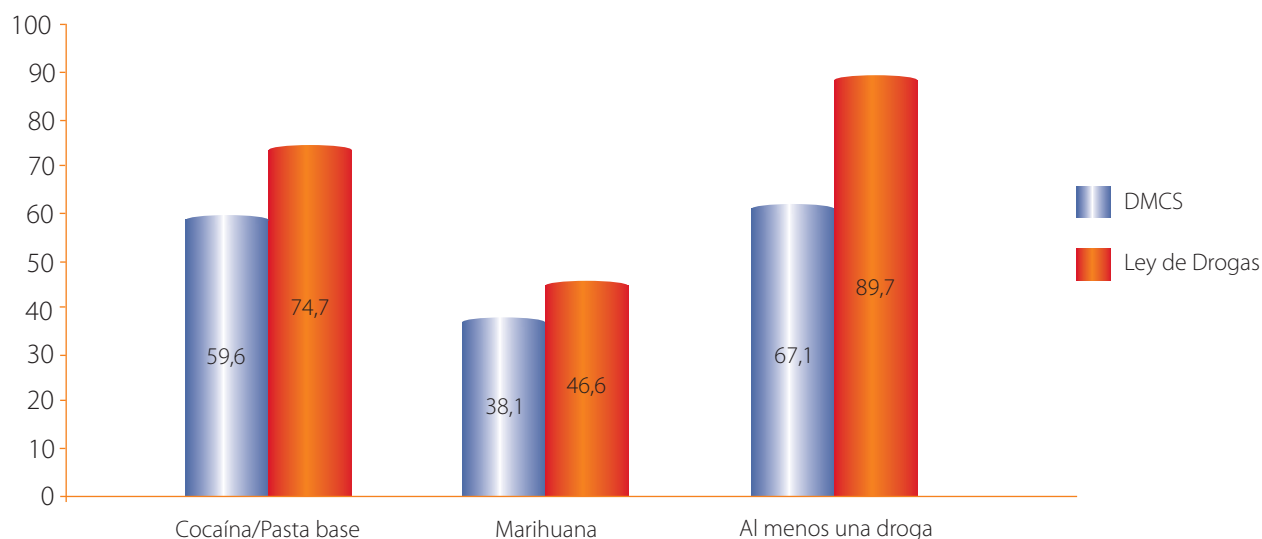
Entre los principales hallazgos de un estudio realizado en abril de 2005 por la Fundación Paz Ciudadana<sup>3</sup>, en 15 comisarías del Gran Santiago, se destaca que el análisis de muestras de orina proporcionadas por los detenidos por **Delitos de Mayor Connotación Social** (N=386) arrojó 60% de resultados positivos para derivados de la hoja de coca y 38% para marihuana. En total, el 67% de los detenidos resultó positivo al menos a una droga ilícita.

En el caso de los aprehendidos por **Ley de Drogas** (N=146), los resultados positivos ascendieron a 75% para derivados de la hoja de coca y 47% para marihuana. En total, cerca del 90% de los detenidos por Ley de Drogas resultó positivo al menos a una droga ilícita.

<sup>3</sup> Aplicación de la metodología I-ADAM (International Arrestee Drug Abuse Monitoring Program).

**Gráfico 23**

**Resultados positivos en test de orina (%) en detenidos en comisarías del Gran Santiago por Delitos de Mayor Connotación Social y Ley de Drogas. I-ADAM en Chile, Fundación Paz Ciudadana, 2005**



## **Decomisos de drogas**

Los mayores decomisos se observaron en marihuana procesada con 6.437 kilos, seguido de la pasta base de cocaína con 3.091 kilos y el clorhidrato de cocaína con 2.275 kilogramos. En comparación con el año 2004, se produjeron aumentos y disminuciones de decomisos según tipo de droga. El clorhidrato de cocaína, las plantas de marihuana, los fármacos y la heroína disminuyeron, en cambio, los decomisos de pasta base de cocaína y marihuana procesada aumentaron.

Los significativos aumentos de los volúmenes de pasta base de cocaína decomisados en 2005 se explican por dos importantes procedimientos que en conjunto concentran 500,506 kilos de droga, lo que en términos porcentuales equivale al 16,19% del total de droga incautada en el país.

El aumento observado en los decomisos de marihuana procesada (29%), se explica por siete procedimien-

tos que representan más de cuatro toneladas de droga (4.319,097 Kg.), cifra que representa el 67% del total decomisado en el año. Estos procedimientos fueron realizados en las Regiones V de Valparaíso y Metropolitana de Santiago.

Considerando la distribución regional de los decomisos efectuados en el año 2005, se observa que las incautaciones de clorhidrato de cocaína y pasta base de cocaína se concentran en la Región Metropolitana de Santiago y las Regiones I, II y IV en la zona norte del país. Por su parte, la marihuana procesada se concentra en las grandes regiones de la zona central: Metropolitana de Santiago y V de Valparaíso. Mientras que los decomisos de las plantas de marihuana se concentraron en regiones eminentemente agrícolas de la zona central como la VII y VI, junto a la Región IV en la zona centro norte, patrón similar al de años anteriores.

Por su parte, los decomisos de fármacos se concentran en la Región I y Metropolitana. La situación de la Región



Metropolitana, que aparece concentrando el 94,3% de estos decomisos, se explica por dos procedimientos en los que se incautaron 85.924 unidades (85,1% del año).

Los decomisos de marihuana procesada han aumentado en los últimos tres años. Con todo, la mayor cantidad decomisada se registra el año 2002 con 8.832,67 kilos.

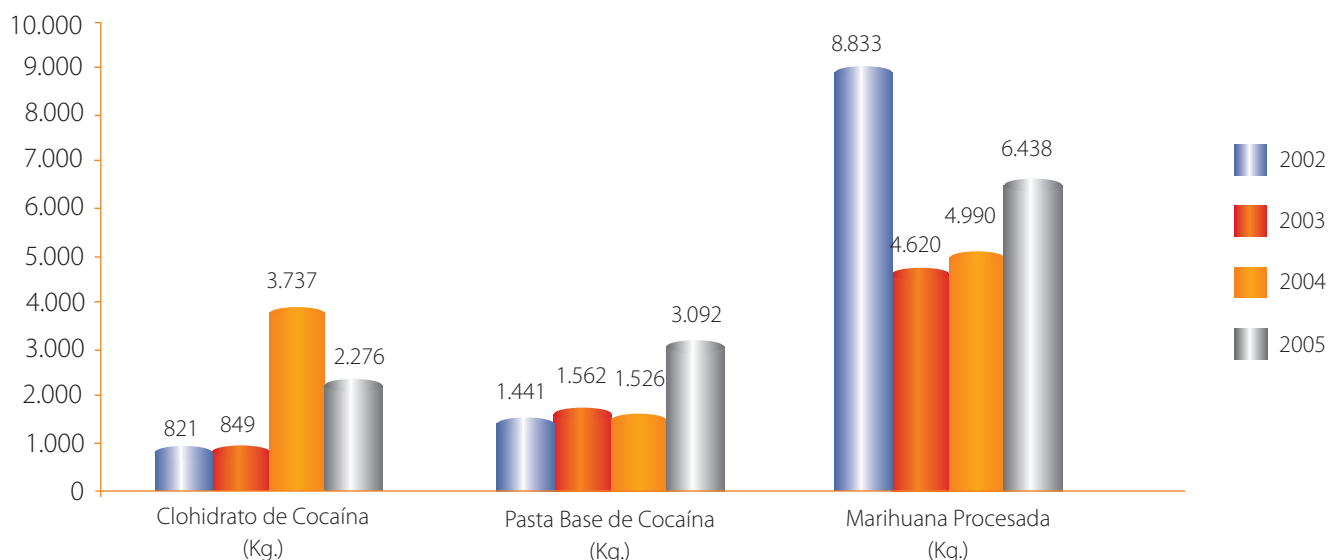
Respecto de las **incautaciones de armas en procedimientos por Ley de Drogas**, durante el año 2005 se recuperaron 362 armas de fuego cortas, 104 armas de fuego largas, 25 armas de fuego hechizas, 2 armas automáticas, 2 armas semiautomáticas y 177 armas blancas.

Al comparar estas cifras con los dos años anteriores, se aprecia un aumento significativo en todos los tipos de armas (por sobre el 25%), sobre todo con respecto del año 2004. Se mantiene la tendencia histórica de concentración en la Región Metropolitana de Santiago, con un peso porcentual superior al 37% en todas las armas.

Durante el año 2005 en el marco de los procedimientos por Ley de Drogas se registraron 49 personas lesionadas (18 detenidos y 29 funcionarios policiales). No se registran fallecidos. En cuanto a las lesiones, esta cifra es mayor a la observada en años anteriores.

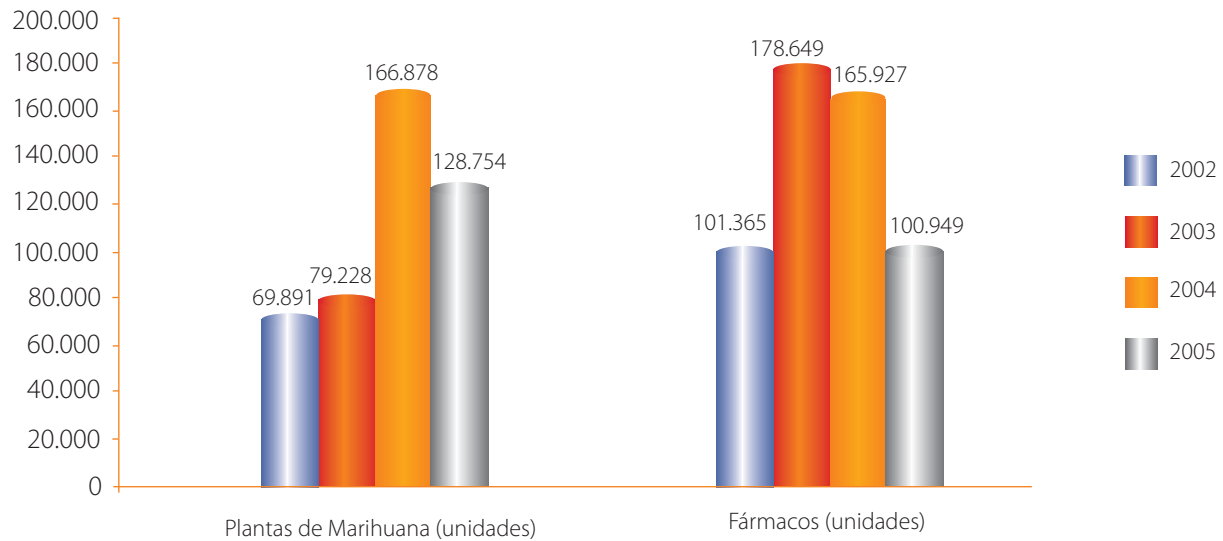
**Gráfico 24**

**Tendencia de decomisos, según kilogramos de drogas decomisadas**



**Gráfico 25**

**Tendencia de decomisos, según unidades de drogas decomisadas**



**Algunas medidas adoptadas**

Medidas para mejorar la eficacia de la persecución judicial del tráfico de drogas: la última modificación de la Ley de Drogas resuelve problemas de tipificación del delito de tráfico y aseguran una persecución más eficiente del tráfico en pequeña escala o “microtráfico” que antes se decidía judicialmente como consumo y dejaba a muchos traficantes en libertad.

Medidas para mejorar la eficacia policial en microtráfico y narcotráfico: los incrementos en procedimientos policiales y detenciones pueden atribuirse en alguna medida a una mayor eficacia policial. También debe considerarse el éxito en incautaciones de cocaína que aumentaron de 821 kilos a 3.737 kilos en 2004, lo que se debe probablemente a investigaciones exitosas en la Primera y Segunda regiones, además de la Región Metropolitana. El programa de Barrios Intervenido (La Victoria, Santa Adriana, Intendente Saavedra, Sara Gajardo, José María Caro y 18 de Septiembre en Hualpén, Región del Bío-Bío)

apunta expresamente a controlar el tráfico de drogas y de armas, y mejorar la habitabilidad en espacios urbanos críticos. Los resultados arrojan 2.150 personas detenidas en esas poblaciones, 534 procesadas y 72 condenadas por tráfico de drogas, lo que explica parte del aumento de procedimientos policiales por Ley de Drogas en la Región Metropolitana de 2.200 promedio en 2002-2003 a 3.892 en 2004. También en la Región Metropolitana las incautaciones de cocaína aumentaron de alrededor de 300 kilos anuales a 1.400 en el mismo período.

Medidas para mejorar los programas de rehabilitación de drogas en población penal: creación de centros de tratamiento y atención psicosocial en unidades penales (comunidades residenciales en Arica, Iquique, Antofagasta, Colina I, Santiago, Talca, Angol y comunidades ambulatorias en Arica, Antofagasta, Valparaíso y Concepción). Debe admitirse que los sistemas de detección de abuso de drogas y de atención terapéutica en establecimientos penales son todavía muy insuficientes. También los mecanismos coercitivos de rehabilitación a cambio



de beneficios judiciales o penitenciarios están recién en una fase experimental. Debe mencionarse, sin embargo, la nueva política penitenciaria que aumenta en 100% la infraestructura actual, a través del “Programa de Concesiones en Infraestructura Penitenciaria”. La nueva norma penitenciaria incluye centros de tratamiento en todos los nuevos penales concesionados, con atención de al menos 60% de los consumidores problemáticos y 100% de cobertura en diagnóstico médico incluyendo expresamente la detección del consumo de drogas.

Medidas de protección y rehabilitación en menores en riesgo social: también en este ámbito se han comenzado a construir programas especializados de tratamiento en abuso de drogas dentro de la red de tuición de

menores, con alrededor de 1.000 plazas de atención simultánea en las principales regiones del país, aunque con déficit todavía evidentes en la línea de infractores de ley. El proyecto “Intervención Psicosocial de Drogas con Niños, Niñas y Adolescentes de y en la calle” (CONACE-SENAME), que establece vínculos de reinserción social en niños con abandono crítico, ha tenido también resultados alentadores, con proyectos en Iquique, Valparaíso, Temuco, San Bernardo y Lo Espejo. También en este caso, sin embargo, los mecanismos de detección de abuso y dependencia, y de rehabilitación, requieren ser revisados y probablemente ampliados en sus alcances y coberturas.







**Prevención Escolar**



# Prevencción escolar

## Contexto internacional

Los valores y el comportamiento de los individuos se ven influenciados por lo que ellos perciben como normal en su entorno social y esto es especialmente cierto en los jóvenes. Si ellos perciben el consumo experimental de marihuana como «normal» y socialmente aceptable (asociándolo a niveles de riesgo bajos y fácil disponibilidad), ésta puede ser una influencia clave en sus valores y su comportamiento en cuanto al consumo de marihuana (Botvin, 2000)<sup>4</sup>. El reto de la prevención es proporcionar a los jóvenes estrategias sociales y cognitivas para dirigir estas influencias. Ésta es la razón por lo que no es realista valorar la eficacia de las políticas de prevención utilizando datos sobre el consumo de drogas por parte de los jóvenes, particularmente sin cálculos del consumo experimental, ya que reflejan normas sociales y no verdaderos problemas de conducta.

En su lugar, la prevención debería evaluarse desde criterios claros: objetivos bien definidos, grupos precisos y acciones específicas en el marco de estrategias nacionales y basadas en un conocimiento internacional, además del nacional, junto con medidas de control de calidad, desarrollo de medidas de prevención selectivas y de prevención basada en la familia, y medidas reguladoras sobre las drogas legales dirigidas a influir en las normas sociales que conllevan la aprobación o el consentimiento de conductas de consumo concretas.

Las medidas de control sobre las drogas legales ayudan a establecer las bases normativas en virtud de las cuales pueden adoptarse otras medidas de prevención. Las normas sociales que favorecen el consumo de tabaco y alcohol y toleran su influencia sobre el comportamiento son reconocidos factores de riesgo para una actitud comprensiva hacia el consumo de drogas ilegales (Becoña, 2002)<sup>5</sup>.

Contrariamente a la creencia popular, las normas sociales están más influidas por las políticas de control que por las campañas de los medios de comunicación de masas o los enfoques educativos (Hawks y cols., 2002; Canning y cols., 2004). Eurostat (2002)<sup>6</sup> ha comparado las medidas de control del tabaco y los indicadores de tabaquismo en niños y adolescentes de los Estados miembros de la UE y ha descubierto que existe una relación entre la dureza de las políticas de control del tabaco (la prohibición de la publicidad, los límites de edad para su adquisición, las restricciones al consumo, etc.) y los hábitos de los fumadores. El porcentaje de fumadores adolescentes es superior en los países que aplican políticas relativamente indulgentes, que en los países donde existen controles más rigurosos. Se sabe que las intervenciones de prevención tienen efectos limitados si encuentran oposición o falta de apoyo en las normas y políticas sociales. Las iniciativas de la UE y de la OMS en

<sup>4</sup> Botvin, G.J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors' [«Prevención del consumo abusivo de drogas en las escuelas: enfoques sociales y de mejora de la competencia dirigido a factores etiológicos individuales»], *Addictive Behaviours* nº 25, pp. 887-97.

<sup>5</sup> Becoña, E. (2002), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

<sup>6</sup> Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002* [Estadísticas sanitarias: datos clave sobre salud 2002], Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, p. 58.

esta materia han ganado terreno y los Estados miembros de la UE relacionan cada vez más las políticas de control antitabaco con la prevención frente a las drogas ilícitas.

## **Programas de prevención de drogas en escolares de Chile**

A partir del año 2003 y en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, CONACE y el Ministerio de Educación iniciaron la implementación de un programa de prevención escolar de carácter continuo y sistemático para los diversos ciclos de enseñanza de la educación nacional. El llamado “continuo preventivo escolar” se inicia con el programa “En Busca del Tesoro” dirigido a estudiantes de nivel pre-escolar y continúa en el primer ciclo de la enseñanza básica (1º a 4º años de enseñanza general básica) con el programa “Marori y Tutibú”. En el segundo ciclo de la enseñanza básica, esto es, para alumnos entre el 5º y 8º básicos, se desarrolla el programa preventivo “Quiero Ser”. Finalmente, en todo el ciclo de enseñanza media, cuya duración es de cuatro años, se desarrolla el programa de prevención para estudiantes secundarios “Yo decido”.

Cada uno de estos programas cuenta con una guía de contenidos para el alumno, material audiovisual para el desarrollo de las sesiones y una guía de ayuda para el profesor, quienes además reciben cursos de capacitación. La evaluación tanto del proceso (buena transmisión de los contenidos) como de sus consecuencias comienzan a ser incluidas como un componente fundamental de estos programas. La meta es lograr que estos programas de prevención universal logren cubrir a la totalidad de los estudiantes del sistema educativo público en Chile. Los nuevos desafíos de aquí al año 2010 implican la implementación y ampliación de programas de prevención selectiva que permitan generar contextos escolares preventivos y saludables, así como dar respuestas oportunas

de tratamiento para aquellos grupos de adolescentes y jóvenes, escolarizados o no, que ya consumen y/o abusan de drogas y que, por tanto, se encuentran en situaciones de mayor riesgo.

El programa escolar de CONACE y el Ministerio de Educación ha logrado capacitar a 35 mil 655 docentes en todo el país. En la actualidad el programa tiene presencia en 10.577 establecimientos municipales y particulares subvencionados que suman una población de 3 millones de alumnos.

Lo que nos muestran los estudios de seguimiento es que hoy las condiciones de base para una adecuada implementación masiva de estos programas están cubiertas. Así, más del 80% de los establecimientos educacionales del país acceden en calidad, cantidad y oportunidad adecuada a materiales educativos para alumnos y docentes y cerca del 50% de los docentes han participado, en los últimos años, en capacitación para implementar estos programas.

El desafío es, entonces, asegurar las condiciones de gestión y tiempo que permitan a todos los estudiantes de Chile participar sistemáticamente a lo largo de su vida escolar, en experiencias formativas de prevención en lo relacionado con el uso y abuso de drogas.

En esta perspectiva el Gobierno de Chile ha incluido, en el proceso de revisión del proyecto pedagógico de la jornada escolar completa en los más de 7.000 establecimientos adscritos a ésta, los programas que constituyen el continuo preventivo, como parte del menú posible de mejoramiento del uso del tiempo escolar. De este modo y potenciando la jornada escolar completa, el gobierno responde integralmente al desafío de mejorar la masificación con alta calidad de los programas de prevención de drogas.

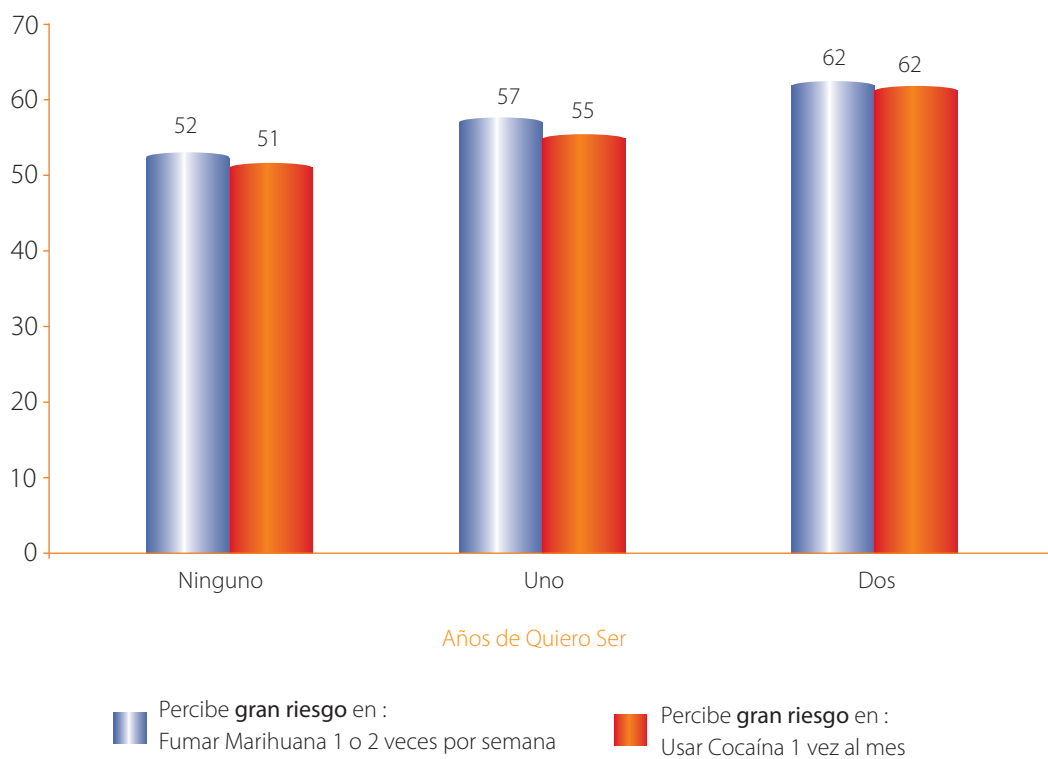


Para asegurar la calidad técnica de éstos y otros programas de prevención, se han desarrollado sistemas de monitoreo permanente para el seguimiento de los mismos, a través de la herramienta informática "Colabora", mediante la licitación de evaluaciones externas de procesos y resultados, además de preguntas específicas incorporadas en los estudios de población escolar para conocer los resultados del programa en el fortalecimiento de los principales factores de protección. En el entendido que los programas de prevención universal de drogas en población escolar están orientados a desarrollar y fortalecer factores protectores y conductas de autocuidado en salud, mediante un refuerzo continuo en todo el proceso educativo y fundamentalmente en estudiantes que no

han consumido drogas, es importante constatar, por ejemplo, que el programa de prevención "Quiero Ser" ha obtenido resultados alentadores. Los alumnos de 8° básico con dos años de participación en este programa llegan a mejorar hasta en 10 puntos porcentuales su percepción de gran riesgo en el uso de marihuana y hasta en 11 puntos porcentuales su percepción de gran riesgo en el uso de cocaína. Los estudios también han mostrado que en general los adolescentes no hacen una gran diferencia en el riesgo asociado a marihuana o cocaína, como sí lo hacen los jóvenes mayores de 18 años. Los mismos estudios indican que el reforzamiento continuo de estos programas es muy importante para lograr los resultados esperados.

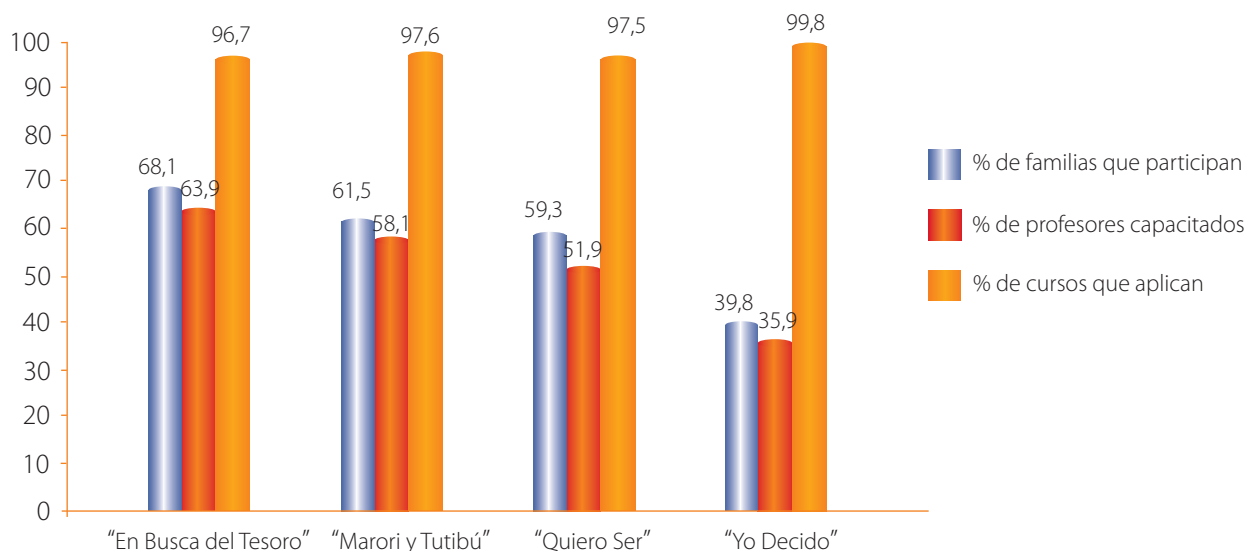
**Gráfico 26**

**Porcentaje de percepción de gran riesgo en alumnos de 8° básico, según número de años de participación en programa de prevención escolar de drogas para el segundo ciclo básico, "Quiero Ser".**



**Gráfico 27**

**Porcentaje\* de familias participantes alguna vez, profesores capacitados desde inicio del programa y cursos que aplican los programas del continuo preventivo escolar en 2006, de acuerdo al sistema de monitoreo permanente de los programas de CONACE.**



\*Porcentaje sobre los que aplican el programa

## **Los programas de prevención en familias**

La familia –independiente de la forma y composición de ésta - constituye un actor de insustituible relevancia en la prevención del consumo de drogas. Por ello desde el año 2003 CONACE viene desarrollando el programa "Prevenir en Familia". A través de él monitores comunitarios y agentes preventivos acercan información y desarrollan acciones educativas que mejoran las capacidades de los padres y madres para prevenir el consumo. Hasta este momento han pasado por el programa 193 mil familias, para lo cual se han preparado a 20 mil monitores y se han desplegado redes de trabajo comunitario en más de 100 comunas o gobiernos locales administrados por un municipio, cubriendo a aquellas más densamente pobladas en Chile.

Además, todos los programas de prevención escolar contienen actividades para los padres y apoderados y, como parte del programa de prevención laboral, también se capacita a las familias de los trabajadores.

El gran desafío en esta perspectiva es profundizar y especializar la acción del programa, complementando con más fuerza el trabajo con familias adscritas al programa Chile Solidario. El pilar de dinámica familiar del programa Chile Solidario debe considerar necesariamente el potenciar las capacidades preventivas de las familias. Pero no es lo único, en otros segmentos de familias el fenómeno también existe, por lo que apoyarlas con respuestas pertinentes es igualmente necesario.

## Estudios en población escolar



Los estudios en población escolar son una importante fuente de información sobre el consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos sin prescripción médica, inhalables, y drogas ilícitas entre los escolares chilenos y son de gran valor en el registro de las tendencias a lo largo del tiempo. Las encuestas en población escolar se han realizado bienalmente en Chile desde el año 1995 hasta la fecha. Utilizando métodos e instrumentos normalizados, entre muestras representativas a nivel nacional y regional de alumnos de 8º básico a 4º medio, se obtiene un conjunto de datos comparables. Inicialmente los estudios en población escolar estuvieron a cargo del Ministerio de Educación, pero a partir del año 2001 CONACE se hizo cargo de la ejecución de los mismos.

La comparabilidad de la encuesta escolar de CONACE se basa en la estandarización del grupo de edad diana: alumnos de ambos sexos de 8º básico a 4º medio, de establecimientos educacionales público municipales, subvencionados y particulares, de comunas con población urbana de 30 mil o más habitantes en las trece regiones del país. Asimismo, se ha estandarizado el método y calendario de la recolección de datos, la utilización de un muestreo aleatorio, la solidez del diseño del cuestionario y la garantía del anonimato.

Las preguntas de la encuesta se centran en el consumo de alcohol y tabaco, inhalables y psicofármacos (a lo largo de la vida, prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia en los últimos 30 días, consumo intensivo, consumo frecuente) y en el consumo de drogas ilícitas (a lo largo de la vida, prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia en los últimos 30 días, incluyendo las medidas de la frecuencia del consumo de drogas durante estos intervalos de tiempo). Adicionalmente estos estudios obtienen información relevante sobre algunos

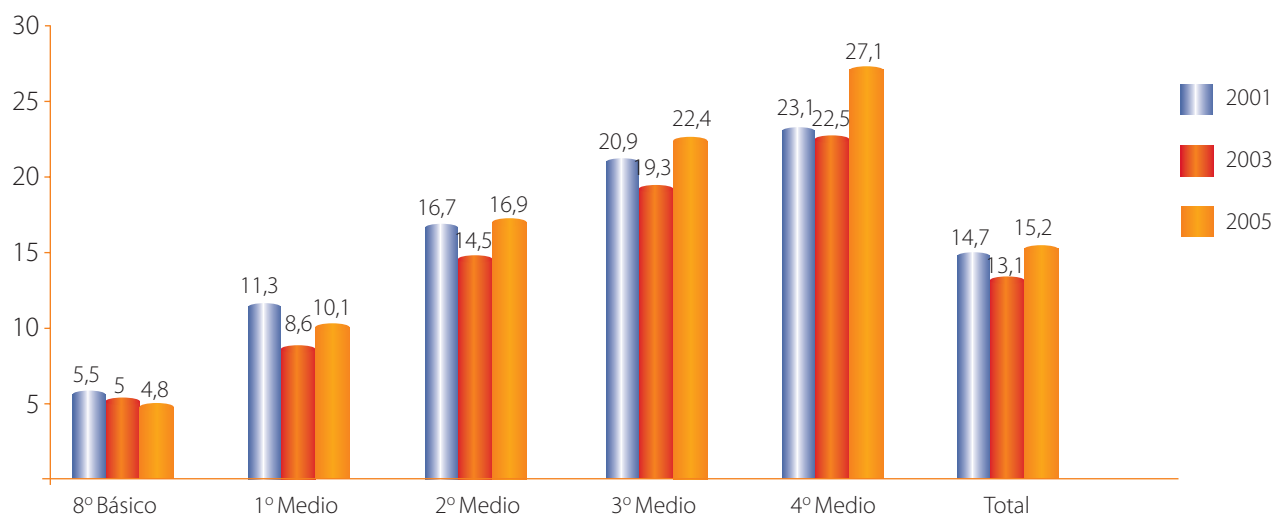
importantes factores de riesgo/protección asociados al uso de drogas, tales como la percepción de riesgo sobre uso de drogas, percepción de la oferta de drogas en su entorno y de la disponibilidad de acceso, influencia del nivel de disciplina y exigencia académica de los colegios, influencia del nivel de involucramiento de los padres en la vida de los estudiantes, influencia de las expectativas de logros en el futuro, entre otros.

### Magnitud del consumo

Algunos de los resultados de la última encuesta en población escolar, realizada en el año 2005, son los siguientes:

Se registró un incremento en las prevalencias de consumo de marihuana en último año que marca 15,2% en comparación con 13,1% y 14,7% que fueron las estimaciones de los estudios anteriores. La diferencia del último bienio es estadísticamente significativa y puede interpretarse como un aumento del consumo de marihuana en población escolar. Los incrementos en el uso reciente de marihuana se producen en los cursos superiores de la enseñanza media. En Octavo Básico, en cambio, el consumo de marihuana no ha aumentado.



**Gráfico 28****Tendencia del consumo de marihuana, según prevalencia de último año, por cursos**

El uso de marihuana ha aumentado en proporciones similares tanto en hombres como en mujeres que mantienen diferencias de consumo muy estrechas, 16,4% en hombres y 14,0% en mujeres en el estudio actual. El aumen-

to en colegios particulares pagados es mayor que en los restantes tipos de establecimientos, alcanzando en este último estudio una marca de 17,0% contra 14,6% en particulares subvencionados y 15,2% en municipalizados.

**Tabla 1****Tendencia del consumo de marihuana, según prevalencia de último año, por sexo, cursos y tipo de administración del establecimiento escolar**

Años	Total	Hombre	Mujer	8° Básico	1° Medio	2° Medio	3° Medio	4° Medio	Munic.	Subv.	Pagado
2001	14,7	15,7	13,7	5,5	11,3	16,7	20,9	23,1	14,2	15,3	15,0
2003	13,1	14,5	11,8	5,0	8,6	14,5	19,3	22,5	12,4	12,9	13,9
2005	15,2	16,4	14,0	4,8	10,1	16,9	22,4	27,1	15,2	14,6	17,0

Tasas total ajustadas por sexo y curso, tasas según sexo ajustadas por curso y tasas según cursos ajustadas por sexo, tasas según tipo de colegio no ajustadas.

Tomando siempre como referencia la prevalencia de último año, el estudio de 2005 no registró variación en el uso de pasta base: la variación de la serie con resultados de 2,2%, 2,4% y 2,6% no es estadísticamente significativa

y no debe interpretarse como un aumento. Los resultados obtenidos en uso de cocaína (clorhidrato de cocaína) se mantienen igualmente estables: los datos de la serie son 3,1%, 3,0% y 2,9% con diferencias que no deben

ser interpretadas como una disminución. Tanto la pasta base como la cocaína muestran una declinación en Tercero y sobre todo Cuarto Medio, mientras en Octavo Básico se mantiene estable y en Primero y Segundo Medio registran incrementos estadísticamente significativos. Asimismo, éstas drogas siguen siendo más consumidas por los estudiantes hombres que tienen prevalencias

que casi doblan a las de las mujeres. En su conjunto, las prevalencias de cocaína total (pasta base y/o cocaína) se han mantenido estables en torno al 4% en el cuatrienio 2001 - 2005 con una tendencia, sin embargo, a que los consumos se equiparen en los diferentes niveles de la enseñanza media.

**Tabla 2**

**Tendencia del consumo de pasta base, clorhidrato de cocaína y cocaína total, según prevalencia de último año, por sexo, cursos y tipo de administración del establecimiento escolar**

	Total	Hombre	Mujer	8° Bás	1° Medio	2° Medio	3° Medio	4° Medio	Munic.	Subv.	Pagado
<b>P. Base</b>											
2001	2,2	3,0	1,4	1,3	2,2	2,7	2,6	2,6	2,6	2,0	1,5
2003	2,4	3,3	1,4	1,6	1,9	2,5	2,7	3,7	2,7	2,3	1,4
2005	2,6	3,3	1,8	1,8	2,6	2,9	2,6	3,2	3,3	2,1	1,7
<b>Cocaína</b>											
2001	3,1	4,3	2,0	1,2	2,3	3,7	4,3	5,0	3,1	3,4	2,7
2003	3,0	4,2	1,8	1,6	1,8	3,0	3,7	6,0	2,9	3,4	2,0
2005	2,9	3,7	2,1	1,7	2,7	3,3	3,2	3,9	3,2	2,7	2,5
<b>Cocaína Total</b>											
2001	4,0	5,4	2,7	1,8	3,3	4,7	5,3	5,9	4,2	4,3	3,2
2003	4,0	5,5	2,5	2,3	2,9	4,1	4,9	7,0	4,1	4,2	2,5
2005	4,2	5,4	3,1	2,5	4,0	5,0	4,6	5,7	5,1	3,7	3,4

Tasas total ajustadas por sexo y curso, tasas según sexo ajustadas por curso y tasas según cursos ajustadas por sexo, tasas según tipo de colegio no ajustadas.

En el caso de drogas distintas de marihuana, pasta base y cocaína sólo cabe mencionar alguna variación en las declaraciones de uso de éxtasis que suben de 1,3% a 2,0%, diferencia que es estadísticamente significativa.

El uso de inhalables y estimulantes sin prescripción médica como anfetaminas o metanfetaminas se mantiene sin variación. No existe información comparable para alucinógenos, crack y heroína, que en general mantienen tasas considerablemente más bajas que las otras drogas ya mencionadas.

El uso de otras drogas sigue estando muy asociado con el consumo de pasta base y cocaína bajo la forma de prevalentes múltiples de drogas, en porcentajes que alcanzan más del 70% para quienes declaran haber usado éxtasis, alucinógenos, crack o heroína. Sólo los usuarios de inhalables y estimulantes se desligan significativamente de una pauta de consumo múltiple.

**Tabla 3****Tendencia del consumo de drogas de menor uso, según prevalencia de último año**

	Éxtasis	Inhalables	Estimulantes	Alucinógenos	Crack	Heroína
2001	1,1	Sin dato	2,3	Sin dato	Sin dato	Sin dato
2003	1,3	3,1	2,3	Sin dato	Sin dato	Sin dato
2005	2,0	3,3	2,6	1,7	1,6	1,7

\* Inhalables como neoprén, tolueno, éter, acetona, poppers o pinturas

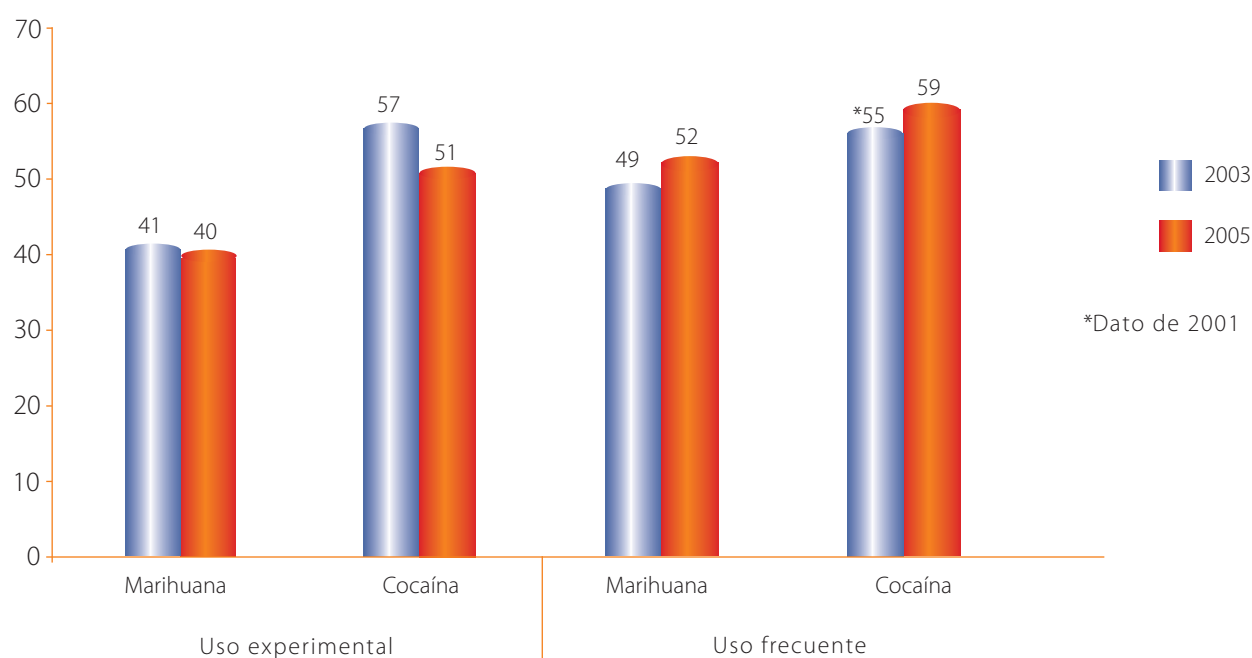
\* Estimulantes sin prescripción médica como anfetaminas (ritalin) y metanfetaminas (cidrín)

\* Alucinógenos como LSD u otros ácidos, polvo de ángel, mescalina o peyote

## Percepción de riesgo

Las tendencias en la percepción de riesgo ante el uso de marihuana no presentan variaciones demasiado importantes. La percepción de que se corre un riesgo grande al probar marihuana una o dos veces se mantiene en alrededor del 40%, mientras que el riesgo de usar marihuana frecuentemente, una o dos veces por

semana, vuelve a alcanzar su punto inicial de 52%. Los datos muestran, sin embargo, un deterioro importante en la percepción de riesgo frente al uso experimental, una o dos veces, de cocaína que cae de 57% a 51% con descensos en todos los cursos, especialmente Tercero y Cuarto Medio. Sin embargo, mejora la percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de cocaína, una vez al mes, alcanzando un 59%.

**Gráfico 29****Evolución 2003-2005 en la percepción de gran riesgo en el uso de marihuana y clorhidrato de cocaína (%)**

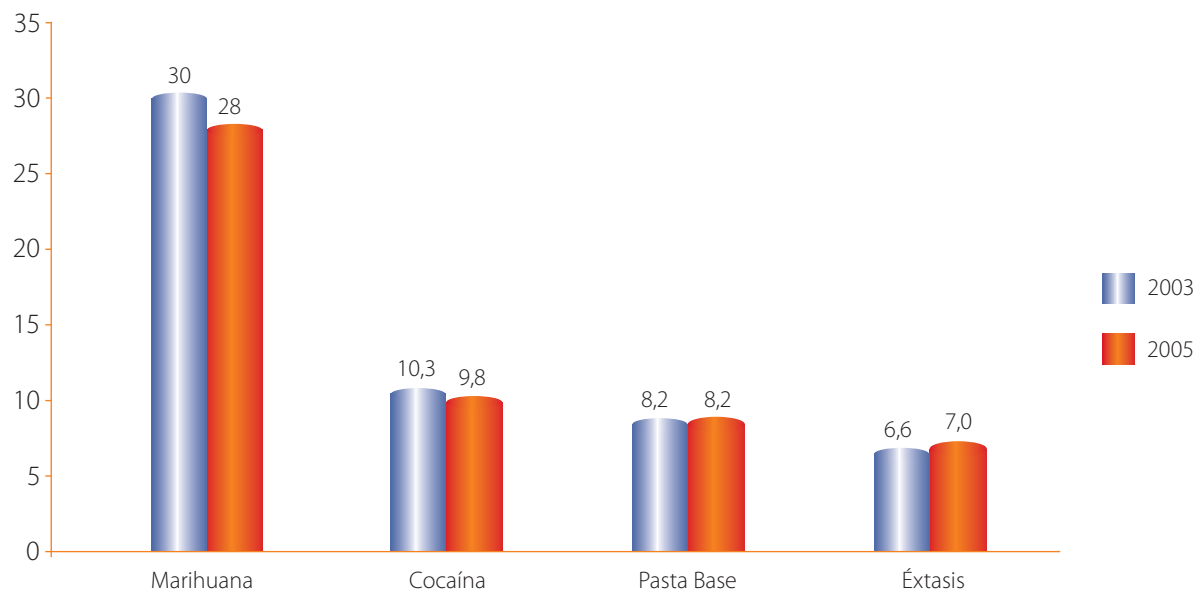
## Oferta de drogas

La exposición de los estudiantes a ofrecimientos de drogas ilícitas se mantuvo relativamente estable en el bienio 2003-2005. En ese período el porcentaje que declaró que le ofrecieron marihuana en los últimos 12 meses varió levemente de 30% a 28%. Sin embargo, estos pe-

queños progresos obtenidos en el caso de la marihuana no se repitieron con igual fuerza en cocaína, pasta base y éxtasis. Los ofrecimientos directos de cocaína y pasta base se mantuvieron estables alrededor del 10% y 8% respectivamente entre 2003 y 2005, mientras que los de éxtasis volvieron a marcar cerca de 7%

Gráfico 30

Evolución 2003-2005 del ofrecimiento de drogas ilícitas a estudiantes (%)







# Tratamiento y Rehabilitación



# Tratamiento y rehabilitación

Uno de los objetivos fundamentales de la Estrategia Nacional de Drogas es **“rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinsertión”**. Se trata que esas personas puedan recuperar su lugar en la sociedad y lograr una calidad de vida tal que sea incompatible con el consumo de estupefacientes.

Mención especial en la labor realizada en el período, merece el diseño de un **modelo de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de drogas**, el cual está **inserto en la salud pública** a través de un convenio entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAL).


CONACE traspasa recursos vía FONASA y otorga orientaciones técnicas a centros de tratamiento públicos y

privados. Se trata de planes diseñados para atender a consumidores (as) problemáticos de drogas con distintos niveles de compromiso biopsicosocial. Programas para población general (hombres adultos) y específica (mujeres, niños y adolescentes, además de personas en conflicto con la justicia). La cobertura ha crecido anual y sostenidamente. En 2005, ésta fue de 12.300 personas. De ellas, 6.158 personas bajo convenio CONACE-FONASA-MINSAL y 6.150 personas atendidas en atención primaria y secundaria de MINSAL

Para comprender el impacto de la incorporación del tratamiento de drogas a la salud pública, es necesario señalar que en 1999 CONACE- mediante un sistema de “compra” de cupos a centros de tratamiento - financió a 311 personas en 109 centros públicos y privados, en modalidades ambulatoria y residencial. El año 2005 la cobertura fue de 12.300 personas.

## **Necesidad de tratamiento**

El Observatorio Chileno de Drogas realiza cada dos años, a partir de preguntas específicas incluidas en los estudios en población general de 12 a 64 años de edad, una estimación de la necesidad de tratamiento de aquellas personas con consumo problemático de drogas, es decir, aquellos que presentan signos de abuso y/o dependencia a drogas. Dichas estimaciones toman como base a los prevalentes de último año de consumo de drogas

 ilícitas, que según criterios de la CIE-10 presentan signos de dependencia a drogas, o bien que presentan signos de abuso según criterios DSM-IV. Conforme a estas estimaciones, el 40,6% califica como consumidor problemático. Entre éstos, el 9,6% menciona haber sentido la necesidad de participar en un programa de tratamiento en los últimos 12 meses.



**Tabla 4**

**Signos de Dependencia y Consumo Problemático de drogas, por sexo y total, según prevalencia de último año, en población general de 12 a 64 años.**

Signos de dependencia a:	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Marihuana	90.352	27,1	21.699	17,0	112.051	24,3
Pasta Base	22.716	49,0	4.570	60,8	27.285	50,7
Cocaína	33.361	36,6	6.389	31,3	39.750	35,6
Cualquier droga ilícita	124.128	33,4	25.595	19,3	149.722	29,6
Consumo Problemático	165.720	44,5	39.247	29,5	204.967	40,6

**Tabla 5**

**Necesidad de Tratamiento de personas con signos de dependencia y consumo problemático de drogas ilícitas**

Signos de dependencia a:	Necesidad de Tratamiento	
	Casos	%
Marihuana	10.388	9,3
Pasta Base	7.070	25,9
Cocaína	6.555	16,5
Cualquier droga ilícita	17.056	11,4
Consumo Problemático	19.648	9,6

## Desafíos en tratamiento

Con relación al tratamiento de drogas y rehabilitación de personas que comenten delitos, se trata de disociar la relación Droga/Delito desde el punto de vista del tratamiento.

Como resultado de las siguientes disposiciones legales, existe el mandato de ofrecer tratamiento y rehabilitación: Ley N° 20.084, sobre Responsabilidad Penal Juvenil (infractores de ley y medio libre); Ley de Drogas (N° 20.000); Reforma Procesal Penal, y casos derivados de Tribunales



de Familia. Al respecto, se ha diseñado un sistema de tratamiento y rehabilitación para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas (Ley 20.084) entre el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), el Ministerio de Salud Pública (MINSAL) y el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Dicha Ley entrará en vigor a mediados del año 2007. Actualmente, en 7 regiones del país se están atendiendo 540 infractores de ley juveniles.



En el marco de la Reforma Procesal Penal, se contará con el **diseño de un sistema Interinstitucional de “Tratamiento de drogas para infractores en el contexto judicial”**, la cual busca entregar una alternativa a la respuesta tradicional del sistema de justicia, en el caso de personas consumidoras problemáticas de drogas, involucradas

en delitos no violentos, de penas bajas y cuyos imputados sean primerizos. Este programa consiste en otorgar tratamiento a personas con dependencia y/o abuso de drogas, bajo supervisión judicial (suspensión condicional del procedimiento).

## Evaluación de los resultados en tratamiento



En el año 2005 el Observatorio de Drogas inició un estudio de seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de resultados de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA. El objetivo general es evaluar el mantenimiento y cambio de los distintos logros terapéuticos en un grupo de beneficiarios de los diferentes planes de tratamiento, durante un período de 6 meses de terminado el plan de tratamiento, hasta un año y más de un año, y las condiciones de egreso, sean éstas altas terapéuticas o abandonos, y con eventos vitales significativos ocurridos después del egreso.

### Metodología del estudio

Se diseñó un estudio longitudinal de consumidores de drogas que egresan de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de drogas (convenio CONACE-FONASA), en planes ambulatorio básico, intensivo y residencial. El tamaño de la muestra consideró 304 usuarios, de los cuales 200 para el plan básico, 60 para el plan intensivo y 44 para el plan residencial. El marco de muestreo estuvo conformado por 104 centros prestadores de servicio del convenio en el año 2004, correspondiendo 89 centros a la Región Metropolitana de Santiago, 12 centros a la Quinta Región de Valparaíso y 3 centros a la Sexta Región cuya capital regional es la ciudad de Rancagua. Éstas tres regiones corresponden a tres de las cuatro con las mayores prevalencias de consumo e indicadores de decomisos de drogas en Chile, de la trece regiones del país.

El reclutamiento se realizó entre julio a la primera quincena de noviembre de 2005. El segundo período se realizó entre enero y abril del año 2006. La unidad de análisis consistió en cada una de las personas incluidas en el estudio. Se consideraron los siguientes aspectos:

- Caso: egreso de un programa el mes previo al comienzo del estudio.
- Egreso: término de la relación entre la persona y el centro para el tratamiento del episodio por el cual ingresó a ese tratamiento.
  - Alta terapéutica
  - Abandono
  - Traslado
  - Derivado
- Segunda entrevista: Se aplican los instrumentos y se solicita la participación en una tercera oportunidad 6 meses después.
- Instrumentos de recolección de información:
  - Instrumento ad hoc N°2: este instrumento recoge información sociodemográfica; información relativa al consumo; problemas judiciales; situación ocupacional; situación de salud y conflictos con la justicia.
  - Goldberg Health Questionnaire, versión 12: evalúa el estado de salud mental.
  - Familia: Apgar familiar
  - Apoyo social: cuestionario de DUKE-UNC-11
  - Apoyo social: cuestionario MOS



- Indicadores del mantenimiento de los logros terapéuticos alcanzados: Patrón de consumo
  - Situación de salud mental y física
  - Situación ocupacional
  - Situación legal
  - Situación familiar
  - Relaciones interpersonales

## Breve síntesis de resultados

La muestra a los seis meses de seguimiento y al año mantuvo características similares a la muestra original en relación a promedio de edad, sexo y condición de egreso.

Tanto en los pacientes con altas terapéuticas como en aquellos que abandonaron el tratamiento las prevalencias de consumo de drogas bajaron significativamente, si se compara la tasa de consumo antes del tratamiento y al egreso del mismo. En los pacientes con **altas terapéuticas** las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y marihuana suben desde el momento del egreso, hasta los 6 meses de egreso y al año de egreso, pero se mantienen todavía muy por debajo de las prevalencias de consumo registradas antes del tratamiento. En el caso de las prevalencias de pasta base y cocaína los resultados son aún mejores, pues al año de egreso las prevalencias registradas son menores que aquellas registradas al momento del egreso del tratamiento. Los pacientes que **abandonan** los programas de tratamiento presentan también prevalencias de consumo de drogas más bajas al momento del egreso del tratamiento, que antes de iniciarlo, sin embargo dichas prevalencias son considerablemente más altas que las registradas en aquellos pacientes que sí concluyen sus tratamientos (altas terapéuticas).

Las personas que egresan de los planes de tratamiento tienen una mejor valoración de su situación ocupacional. Más del 50% de los pacientes considera que su situación ocupacional es de muy buena a buena al momento del egreso del tratamiento. A los 6 meses de egreso casi el 60% de los pacientes considera que su situación ocupacional es muy buena o buena, porcentaje que se mantiene en un 54% en pacientes con un año de egreso de los programas de tratamiento.

Esta investigación entrega valiosa información respecto a la influencia positiva del tratamiento a los consumidores problemáticos de drogas en la reducción del delito. En este sentido se determinó si las personas en tratamiento habían cometido actos violentos o habían participado en actividades ilegales, si habían sido detenidos, imputados o condenados. Se concluyó que cerca del 50% había participado en actos violentos previo al ingreso, donde destacaba la violencia intrafamiliar y las peleas y riñas callejeras. Dicho porcentaje disminuyó a 12% al mes de egreso, 13% al sexto mes y 15% al año de seguimiento.

Con relación a las actividades ilegales, la más frecuente fue el robo que alcanzó a una prevalencia de 17% antes del tratamiento y que disminuyó a un 1,7% al mes de egreso, 2,5% a los seis meses y a un 1,9% al año de seguimiento.

Respecto a la detención, el 27% de las personas habían sido detenidas en alguna ocasión por algún delito. Este porcentaje disminuyó a 2,3% al mes de egreso, 3,5% a los seis meses y 0,5% al año de seguimiento. Las principales causas de detención son el robo y las peleas.



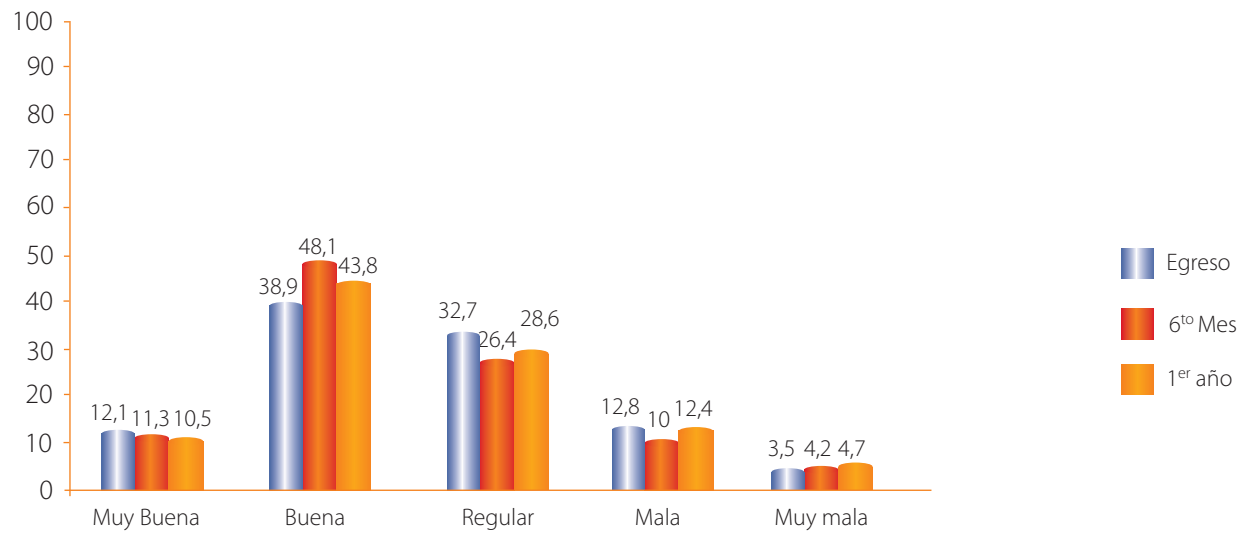
**Tabla 6**

**Prevalencia de consumo de drogas en pacientes antes del tratamiento, a un mes del egreso, a 6 meses del egreso y al año del egreso del tratamiento.**

	Altas terapéuticas				Abandono tratamiento			
	Antes Tto.	Egreso	6º mes	1º año	Antes Tto.	Egreso	6º mes	1º año
Alcohol	65,9	6,7	11,9	18,7	58,7	23,6	24,3	23,8
Tabaco	47,4	4,5	3,0	10,5	52,9	15,0	11,4	16,4
Marihuana	60,0	6,0	6,7	9,7	55,8	22,1	16,4	17,1
Pasta base	83,0	4,5	9,7	3,7	82,6	15,0	15,0	13,6
Cocaína	82,2	5,2	3,0	3,7	82,6	13,6	15,7	7,9

**Gráfico 31**

**Valoración de la situación ocupacional en pacientes a un mes del egreso, a 6 meses del egreso y a 1 año del egreso del tratamiento.**





The image features a solid blue background. A vertical white line runs through the center. Two large, thick orange curved shapes, resembling partial circles or thick arcs, are positioned on either side of the vertical line, mirroring each other. At the top of the vertical line, there is a small orange square. At the bottom of the vertical line, there is a larger orange shape that looks like a wide, shallow bowl or a thick arc. The overall composition is symmetrical and minimalist.

# Costos Humanos, Sociales y Económico de las Drogas en Chile



# Costos humanos, sociales y económicos de las drogas en Chile

Desde el año 2003 Barbados, Costa Rica, México y Uruguay, en calidad de países piloto, estuvieron realizando con apoyo de la CICAD/OEA estudios de costos humanos, sociales y económicos asociados a las drogas. Uno de sus principales objetivos era complementar la información correspondiente a indicadores de tipo social y epidemiológicos, tales como magnitud y tendencias del consumo, e indicadores de control, como cantidad de droga decomisada, con otro tipo de datos que permitan llegar a un valor estimado del gasto en que incurre cada país, en un período determinado de tiempo, para contrarrestar el problema de las drogas.

Tomando en consideración la vital importancia de este tipo de información para las estrategias nacionales sobre drogas en los países del hemisferio americano, CICAD/OEA invitó a Chile y a El Salvador para sumarse a esta iniciativa, a partir del primer semestre del año 2004. Posteriormente se fueron incorporando como observadores otros países, entre ellos Argentina, Perú y Colombia.

Con el objetivo de unificar metodologías y facilitar el desarrollo de estos estudios CICAD, con el apoyo técnico de organizaciones especializadas en el tema, elaboró un manual de estudios de costo de las drogas y una página web (<http://www.cicadcostos.org/>), diseñada para recolectar información de cada uno de los países que forman parte del proyecto. La información está estructurada en cuatro categorías:

**1.- Indicadores de nivel 1:** Número de muertes asociadas con consumo de drogas, número de condenas y tiempo de condenas por tráfico de drogas, entre otros.

**2.- Indicadores de nivel 2:** costo económico por ausentismo laboral, pérdida económica por morbilidad asociada a drogas, entre otros.

**3.- Indicadores de gasto gubernamental en:**

**3.1.-** Reducción de la oferta de drogas

**3.2.-** Reducción de la demanda de drogas

**3.2.1.-** Reducción de la demanda en prevención

**3.2.2.-** Reducción de la demanda en tratamiento

**4.- Parámetros generales:** tamaño de la población de cada país, por sexo, tasa de mortalidad por sexo, etc.

La agrupación en los niveles 1 y 2 se refiere al grado de dificultad esperado para la obtención de información en cada nivel, siendo el nivel 2 de mayor dificultad. En forma más específica, se crearon además indicadores de gasto gubernamental, diferenciando los gastos en reducción de la oferta y en reducción de la demanda. Finalmente, existe una serie de parámetros generales, tales como el tamaño de la población de cada país y la tasa de mortalidad, entre otros.

El estudio de costos humanos, económicos y sociales de las drogas ilícitas en Chile para el año 2003, fue desarrollado con la metodología propuesta por CICAD/OEA para este tipo de estudios, la cual a su vez fue realizada con la asesoría y coordinación permanente de expertos canadienses en este tipo de metodología de investigación.



## Resultados

El costo económico asociado al consumo de sustancias psicoactivas ilegales en Chile, durante el año 2003, fue estimado en **US\$ 149 millones**. Este costo global corresponde a un costo de **US\$ 9,9** per capita. La magnitud relativa del problema representa el **0,22%** del PIB.

Estas cifras hablan, sin duda, de un problema social de relevancia significativa, pero todavía lejos de la magni-

tud que el problema representa en países desarrollados como los Estados Unidos de América, por ejemplo. De acuerdo al estudio de ONUDD para el año 2003, el costo de las drogas representa alrededor del 1,6% del PGB para ese país. Por el momento, en el caso de Chile, resulta imposible decir si estos valores son altos o bajos; un juicio más ajustado podrá hacerse cuando se disponga de más información sobre el país en otros años, y de otros países en el continente.

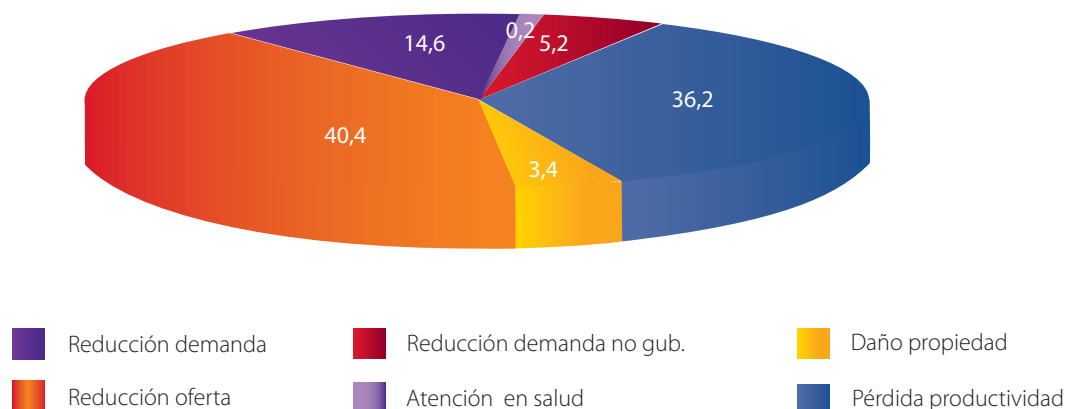
**Tabla 7**

### Composición del problema - distribución de costos de las drogas en Chile

		%	
1	Atención en salud	0,2	
2	Reducción de la demanda no gubernamental	5,2	
3	Pérdida de productividad		
	• Ausentismo por enfermedad	5,2	36,2%
	• Ausentismo no pacientes SPA ilegales	0,4	
	• Ausentismo por problemas judiciales	13,1	
	• Ausentismo definitivo	17,5	
4	Daño a la propiedad	3,4	
5	Costos directos en reducción de la oferta	40,4	55%
6	Costos directos en reducción de la demanda	14,6	
			100

Gráfico 32

### Distribución de los costos de las drogas en Chile



Los costos en salud y el ausentismo laboral son rubros muy pequeños porque solamente se incluyeron las emergencias hospitalarias y el ausentismo asociados al uso de sustancias ilegales. Los costos de tratamientos ofrecidos por entidades no gubernamentales se trataron separadamente. Evidentemente, los costos directos gubernamentales representan más de la mitad de los costos, que corresponden a un 55% si se consideran en conjunto los costos en reducción de la demanda (14,6%) y reducción de la oferta de drogas (40,4%); seguido por las pérdidas de productividad, que suman 36,2%.

La inversión estatal en el año 2003, específicamente en el campo de reducción de la demanda representa el 14,6% del total, distribuido así: 5,8% en tratamiento y 8,8% en prevención. Estas cifras muestran un equilibrio muy poco común con relación al resto del mundo entre las inversiones estatales para controlar la oferta y para controlar la demanda<sup>7</sup>.

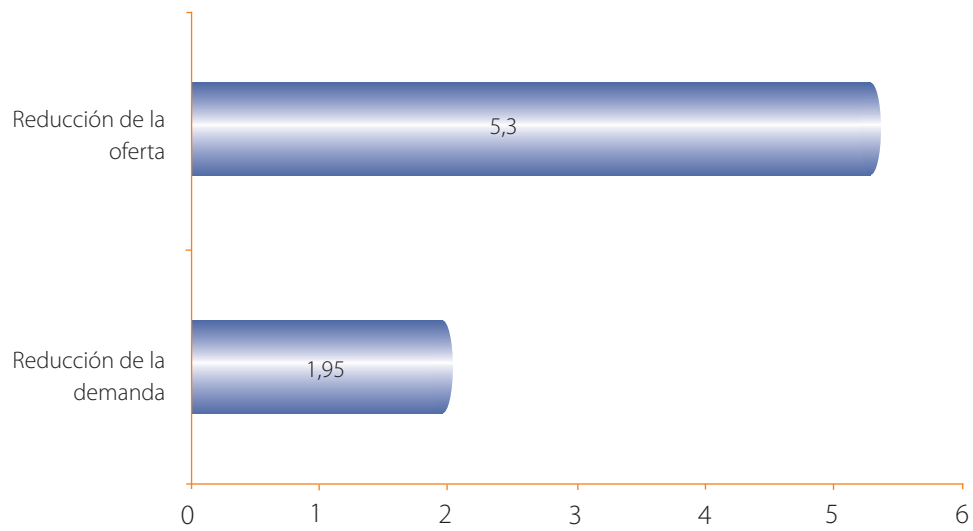
### Estrategia de reducción del problema.

En términos generales, la forma en que la sociedad enfrenta el problema de las drogas puede desagregarse en dos grandes categorías, el control criminal o **reducción de la oferta y la reducción de la demanda** que se divide básicamente en tratamientos y en prevención. Dentro de la primera categoría, incorporando los gastos directos gubernamentales en **reducción a la oferta** y los costos por ausentismo asociados a problemas judiciales, en Chile se gastaron **US\$80 millones**. En la segunda categoría, incorporando los gastos directos gubernamentales en **reducción de la demanda** que son los gastos en prevención y los gastos en tratamiento incorporados en los costos de atención en salud, en Chile se gastaron **US\$29,7 millones**. Para dimensionar la magnitud de este esfuerzo, a continuación se presenta el gasto per cápita en estas dos categorías. En el año 2003, en reducción de la oferta, se gastaron **US\$5,3 per cápita** y en reducción de la demanda **US\$ 1,95 per cápita**.

<sup>7</sup>En realidad, la norma es el desequilibrio, y muy profundo. Sin embargo, la Asamblea Extraordinaria de la Comisión Antinarcóticos de las Naciones Unidas, reunida en Nueva York en junio de 1998, recomendó enfáticamente que se debía buscar un equilibrio en las inversiones en los campos de demanda y de oferta. Un desequilibrio 'aceptable' es de 3:1 (oferta:demanda). En muchos países ese desequilibrio puede ser 1000:1.

**Gráfico 33**

**Costo per cápita en reducción de la oferta y en reducción de la demanda de drogas**



Las características de la información proporcionada por diversas fuentes e informantes clave consultados en Chile, le dan confiabilidad a este informe, sin desconocer todas las limitaciones propias de un estudio basado en indicadores indirectos.

El indudable impacto del problema de las drogas sobre la productividad lleva a sugerir que se necesitará incrementar la inversión tanto en la reducción de la oferta como en la reducción de la demanda.



**La Cultura del Éxtasis y la Escena  
Electrónica en Santiago de Chile**



# La cultura del Éxtasis

## y la escena electrónica en Santiago de Chile

### Consumo de Éxtasis en Chile

Según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2005) realizado por CONACE, entre octubre y noviembre de 2004, se observó que 28.941 personas entre los 12 y 64 años de edad han usado éxtasis alguna vez en la vida, lo que significa una tasa de consumo de un 0,33%, la que en el año 2002 correspondía a un 0,17%, alrededor de 14.523 personas en el mismo tramo de edad. Por su parte, el consumo reciente (últimos 12 meses) fue de 0,15%, esto es, cerca de 13 mil individuos. De ellos, la tasa más alta de consumo la tuvieron los adolescentes de entre 12 a 18 años de edad, con 0,46%, seguida por los jóvenes de 19 a 25 años con 0,36%. El mismo estudio indica que el éxtasis es una droga mayoritariamente consumida por hombres de familias con los mayores ingresos económicos. Asimismo, los datos de las encuestas en población general indican que el éxtasis es una droga de uso poco frecuente, sin que se

registren declaraciones de consumo en el último mes. Es importante mencionar también que muchas de las pastillas que se venden como éxtasis están adulteradas y lo que los jóvenes compran como éxtasis, no lo es efectivamente.

Tal y como dan cuenta los informes de organismo internacionales, la situación tiende a ser más preocupante en el caso de la población joven. Según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (CONACE, 2006), en el año 2005 un 2% de los estudiantes entre el 8° básico y el 4° medio declaró haber usado éxtasis alguna vez en el último año, lo que representa un aumento estadísticamente significativo con relación a los años 2003 y 2001, con tasas de 1,3% y 1,1% respectivamente en la misma población.



**Tabla 8**

**Prevalencias de consumo de éxtasis entre los escolares de Chile (de 8° básico a 4° medio), medido a través de los estudios nacionales de drogas en población escolar (2001, 2003 y 2005).**

	Total	Hombre	Mujer	8° B	1° Medio	2° Medio	3° Medio	4° Medio	Mun.	Subv.	Part.
<b>Éxtasis vida</b>											
2001	2,5	3,5	1,5	2,2	2,8	2,7	2,5	2,4	2,9	2,3	2,1
2003	3,3	4,5	2,1	3,0	3,0	3,4	3,4	3,7	3,7	3,0	2,5
2005	4,0	5,0	3,1	3,2	4,7	4,4	3,9	4,0	4,6	3,6	3,6
<b>Éxtasis año</b>											
2001	1,1	1,5	0,7	0,8	1,2	1,4	1,0	1,1	1,3	0,9	0,9
2003	1,3	1,9	,8	1,3	1,1	1,3	1,3	1,8	1,5	1,2	1,2
2005	2,0	2,5	1,5	1,6	2,6	2,2	1,8	1,8	2,3	1,8	1,8
<b>Éxtasis mes</b>											
2001	0,6	0,8	0,3	0,4	0,7	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
2003	0,6	0,9	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,9	0,7	0,5	0,6
2005	0,8	1,1	0,5	0,6	1,1	0,8	0,6	0,9	0,9	0,7	0,6

## Una droga de moda

El éxtasis aumenta su popularidad entre los adolescentes y los jóvenes. Pese a que ya se usaba en Estados Unidos en la década de los setenta, es en los noventa cuando se empieza a masificar y expandir a otras naciones. En los últimos cinco años en Chile el uso de éxtasis comienza a ser muy común en los eventos de música electrónica y las fiestas tipo RAVE.

tos estimulantes, con un aumento rápido y creciente de la temperatura corporal, lo que puede llegar a causar la rápida deshidratación de quien la consume. Esa es la razón por la que el agua se convierte en un líquido “vital” entre los usuarios de éxtasis.

## Los efectos del Éxtasis

Al ser el éxtasis una droga compuesta por estimulantes muy potentes (metanfetamina) que alteran el Sistema Nervioso Central y pueden llegar a producir alucinaciones, se pueden percibir algunos parámetros comunes entre los consumidores. Una pastilla -que contiene entre 10 a 200 miligramos de metanfetamina- produce efec-

Además, se acentúa la percepción de los sentidos visuales, auditivos y táctiles, por lo que la existencia de muchas luces de colores y de la música tecno están íntimamente relacionados con poder disfrutar de los efectos que provoca la droga.

Debido a que el MDMA es un estimulante muy fuerte, puede producirse bruxismo o apretamiento de las mandíbulas y rechinar de dientes entre los consumidores, además de una gran tensión muscular en todo el cuerpo, por lo que en algunos lugares donde se vende y/o consume éxtasis cuentan con espacios para masajes corporales.



## El día después

Al día siguiente de la ingesta, la falta de serotonina en el cerebro provocada por el MDMA, puede producir una notoria somnolencia, dolor muscular, angustia, paranoia y aislamiento. Dependiendo de la cantidad de pastillas ingeridas, -que pueden llegar hasta tres o cuatro por noche- a largo plazo pueden ocurrir daños irreversibles en las células cerebrales.

## Proyecciones

El consumo de éxtasis en Chile podría seguir en aumento, especialmente porque se trata de una droga que provoca grandes sensaciones de euforia y porque está de moda entre los jóvenes de Europa y Estados Unidos, siendo cada vez más conocido entre los jóvenes de países en desarrollo. Además, el control del tráfico de esta droga, a diferencia de otras como la cocaína o la pasta base, que son fabricadas en países donde existe la materia prima y deben superar estrictos controles policiales y aduaneros para llegar a Chile, el MDMA podría ser elaborado en países vecinos o dentro del país, en cualquier sitio que se implemente como un laboratorio clandestino, por lo cual su control policial se hace aún más difícil que otras drogas.

## Éxtasis y música electrónica

Los resultados que se presentan a continuación provienen de una investigación cualitativa (CONACE, 2004) que toma como referencia 27 entrevistas en profundidad (seleccionadas con el sistema "bola de nieve"), casi todos usuarios de éxtasis (pero no sometidos a tratamientos por adicción o abuso de drogas), hombres y mujeres, la mayor parte profesionales o universitarios entre 25 y

35 años, vinculados a la escena estable u ocasional de la música electrónica y a ambientes de encuentro de minorías sexuales. La investigación fue realizada por el Centro de Desarrollo e Investigación Aplicada de la Facultad de Ciencias Humanas y Educación de la Universidad Diego Portales.

El uso de éxtasis en Chile aparece específicamente asociado al escenario de la música electrónica, que adquiere paulatinamente mayor visibilidad y envergadura en el país. El circuito de la música electrónica reconoce ya un público amplio y masivo que se reúne en torno a las "open rave". Éstas son fiestas electrónicas urbanas gratuitas, que se agregan a otras experiencias algo más restringidas de la comunidad tecno, con sus fiestas electrónicas fuera de la ciudad. Estas fiestas conectan con la naturaleza y el ritual del baile trance y con la formación de algunos espacios de discotecas que realizan fiestas electrónicas que no alcanzan a configurarse como clubes electrónicos propiamente tales. Muchas de las conexiones existentes entre éxtasis, baile y música electrónica apuntan a la recepción de la música en un **cuerpo extasiado**, a la intensificación de la experiencia emocional y corporal y al sentimiento de conexión plena con el entorno y los demás, que están vinculadas con la experiencia del trance ("rave") y del "salir de sí mismo". La motivación hacia el uso de éxtasis está relacionada con búsqueda de placer sensual y la sensación de bienestar y "amigabilidad", no siempre conectado con experiencias sexuales ("droga de los abrazos" más que del "amor"). Demás está decir que no toda la experiencia con música electrónica está conectada con el uso de éxtasis.



## **Facilidad y condiciones de acceso**

El acceso al éxtasis está muy restringido por limitaciones en la oferta y dificultades con el precio. El éxtasis en Chile tiene un valor de comercialización que oscila entre los 10 y 15 mil pesos, lo que debe añadirse a los costos asociados a los circuitos festivos propios de sus contextos de uso. La instalación en el circuito de la música electrónica suele ser onerosa y tiende a producirse en jóvenes, más bien universitarios o profesionales, aunque la imaginaria tecno penetra poco a poco entre escolares conectados con medios tecnológicos.

No existen indicaciones ciertas que muestren un aumento de la oferta reciente de éxtasis. Para muchos usuarios los precios del éxtasis lejos de descender, como podría esperarse ante la estabilización y normalización de cualquier producto que ya se ha instalado en el mercado, tienden a aumentar o a mantenerse estables. No se han detectado progresos en la fabricación o producción local del producto, que continúa siendo internado ilegalmente en redes inestables, esporádicas y poco organizadas. El éxtasis no es una “droga de barrio”, tanto en lo que se refiere a su consumo, como en lo que respecta a su mercado: se ha difundido a través de redes derivadas de las relaciones entre pares o, simplemente, a través de preferencias musicales y de estilos de vida particulares. El dealer o intermediario no es un “personaje” extraño o ajeno a la escena cultural donde circula la droga y prevalece, por lo tanto, mucha proximidad social y cultural entre los diferentes agentes que participan en su compra, venta y consumo. También la conexión electrónica (internet, chat) se torna relevante en la circulación del éxtasis, a la vez que constituye un punto de contacto para la formación de citas y reuniones electrónicas y sirve de soporte para la formación y ampliación de comunidad tecno en sentido amplio.

## **El Éxtasis está sujeto a mucha adulteración**

Por sus combinaciones con otros tipos de anfetaminas que tienen una acción cardiovascular más pronunciada todavía, es frecuente encontrar usuarios de éxtasis que no alcanzan sino sensaciones desagradables con su uso. La presentación en polvo o “cristales” a los que se atribuye mayor pureza y potencia (MDMA puro) se vuelve más frecuente en este contexto.

## **Percepción de riesgo**

El éxtasis suele ser percibido por quienes lo usan como una “droga no adictiva”, en particular porque sus costos y modalidades de uso inducen al consumo esporádico y en dosis relativamente pequeñas. Se la considera una droga de gran potencia con efectos significativos tanto en el plano psíquico como corporal, pero no se le atribuyen propiedades intrínsecas, que sean capaces de poner en riesgo la salud. Esta escasa percepción de riesgo puede contribuir poderosamente a la difusión de la droga, cuyo uso regular o indebido está sujeto, sin embargo, a peligros y daños debidamente documentados.

No obstante, el éxtasis aparece asociado al uso ocasional o frecuente de otras drogas (prevalencia múltiple o policonsumo) y a mezclas o combinaciones que aumentan poderosamente los riesgos. Un tópico muy recurrente respecto al consumo de éxtasis y las mezclas tiene relación con el consumo de alcohol. Es sabido que los diferentes entornos en los que se consume éxtasis, éstos generalmente van acompañados de música y baile por lo que generalmente se mantiene una gran actividad física. También es conocido por la población usuaria que el éxtasis trae aparejado como efecto fisiológico o corporal, un significativo aumento de la temperatura



corporal. Este aumento de la temperatura, más el baile, la multitud y otros factores contextuales hacen que se experimente una gran sudoración corporal y, por consiguiente, un aumento significativo de la sensación de sequedad bucal y de sed. Esto influye de sobre manera en la necesidad y deseo de consumo de líquidos durante la experiencia. La recurrencia al alcohol, liviano o fuerte, en estas condiciones es muy frecuente y los riesgos, ampliamente mencionados por los expertos en esta materia, suelen desdeñarse.

## Riesgos secundarios

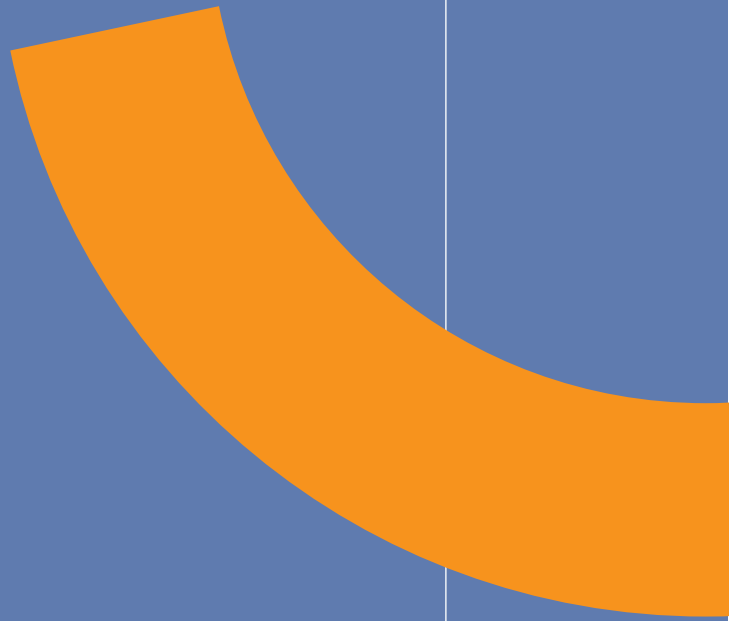
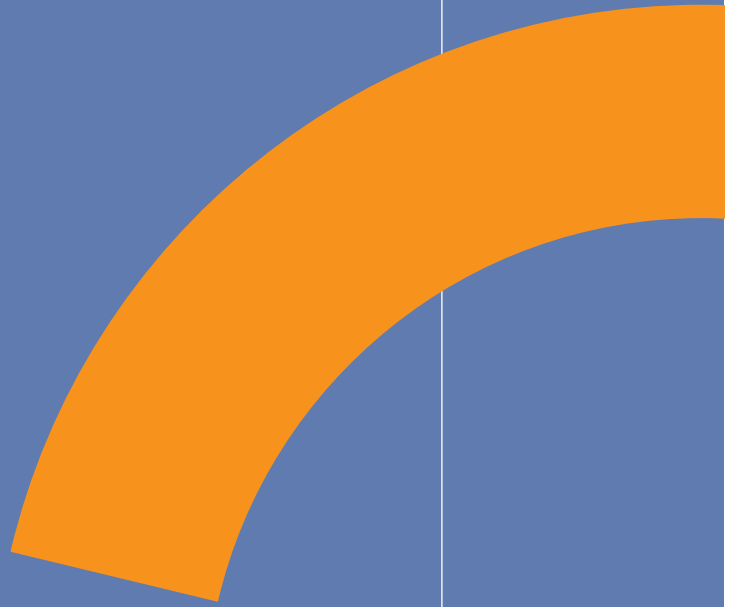
---

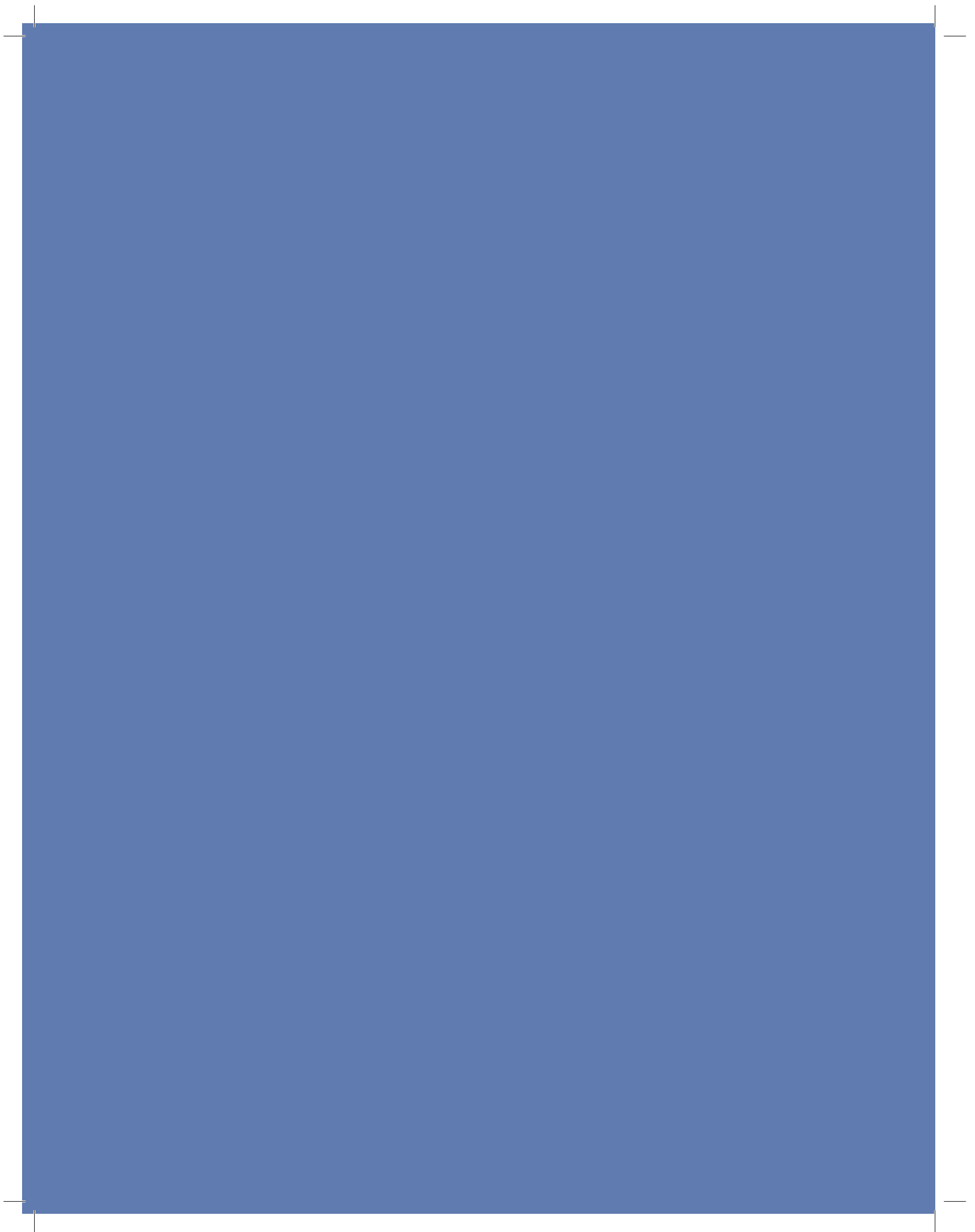
Cabe señalar que en la cultura del éxtasis y el baile se ha difundido mucho la idea e imagen de **éxtasis, baile y agua**. Una de las necesidades clave de los usuarios de éxtasis en estos contextos tiene que ver con el acceso a servicios de agua potable para su hidratación, que en muchos locales es comercializada a precios altos o simplemente no está disponible. La ausencia de espacios de descanso (“chill- out- rooms”) insertos en el mismo espacio de la fiesta o de lugares abiertos que reduzcan la exposición excesiva al calor alienta los episodios de “golpes de calor” o “hipertermia” que vuelven especialmente peligroso el uso de éxtasis. También el éxtasis produce mucha desorientación e inhibe el control sobre sí mismo durante la “navegación”, lo que exige espacios de consumo especialmente seguros y confiables. El uso de éxtasis ofrece riesgos particulares al margen de grupos que tienen un propósito común y de condiciones de seguridad que se ofrecen en jornadas largas y en ocasiones en lugares apartados de la ciudad: en contextos de seguridad y de confianza interpersonal más precarios, el éxtasis se vuelve extremadamente peligroso y puede estar conectado con violaciones (especialmente “violaciones por conocidos”, “acquaintance rape”) y asalto con ayuda de drogas.





# Uso de Tabaco





# Uso de Tabaco

## Antecedentes

### Nueva ley del Tabaco

Las modificaciones a la Ley N° 19.419, mediante la promulgación de la Ley N° 20.105 por parte de la Presidenta de la República Michelle Bachelet el día 2 de mayo de 2006, publicada en el Diario Oficial el día 16 de mayo de ese año, buscan adecuar la actual normativa sobre publicidad y consumo de tabaco al Convenio Marco para el Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

Esta ley apunta básicamente a proteger a los menores de edad y a las personas no fumadoras mediante la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, además de permitir a los fumadores mayor acceso a información sobre los efectos del tabaco y ayudarlos a dejar de fumar.

### Las claves de la nueva ley

**Prohibición de publicidad y promoción:** La ley prohíbe promocionar o publicitar tabaco, excepto al interior de los lugares de venta. Junto con eso, los avisos no podrán superar los 2 metros cuadrados y la advertencia deberá ocupar, al menos, la mitad del aviso. En tanto, fuera de los puntos de venta, sólo se permitirá avisaje diseñado por el Ministerio de Salud. Finalmente, se prohíbe entregar tabaco por concepto de premios u ofrecer compensación económica por su compra.

**Protección de menores:** Las modificaciones prohíben la venta o entrega de tabaco a menores de 18 años. Además, las máquinas expendedoras de cigarrillos sólo podrán instalarse en lugares, que por disposición legal, los menores no tengan acceso. Junto con lo anterior, no podrá haber publicidad a menos de 300 metros de colegios de enseñanza básica y media, y se prohíbe la venta en lugares que estén a menos de 100 metros de estos colegios.

Esta nueva ley, además, no permite vender cigarrillos por unidad o en paquetes de menos de 10 unidades.

Por otra parte, no estará permitido el ingreso a menores de 18 años a los lugares de acceso público donde sí se puede fumar.

Por último, en los planes y programas de estudio deberán incluirse contenidos que eduquen e informen acerca de los daños que produce el consumo del tabaco, su carácter adictivo y sobre las consecuencias que genera exponerse al humo del tabaco.

**Advertencias:** La nueva ley obliga que las advertencias sobre los daños que produce el consumo de tabaco sean muy claras y precisas. Por eso, las que estén impresas en las cajetillas, serán diseñadas por el Ministerio de Salud y tendrán una vigencia de 12 meses. Respecto a esto, en los paquetes de cigarrillos, la advertencia debe

figurar en las dos caras principales y ocupar la mitad de cada una de ellas. El aviso que informa acerca de las consecuencias del tabaco, deberá figurar en toda la producción nacional o importada.

**Acceso a la Información y facultades del Ministerio de Salud:** Uno de los puntos relevantes de esta nueva informativa es el acceso de las personas a la información. Por ello no se podrán incluir términos que engañen al público. En tanto, las empresas tabacaleras o las importadoras deberán informarle anualmente al Ministerio de Salud sobre los componentes y aditivos de sus productos. Además, el Ministerio podrá prohibir sustancias que

formen parte del producto y tendrá la facultad de establecer límites máximos para el uso de determinados componentes.

**Entrada en vigencia:** La legislación comenzó a regir el día 14 de agosto de 2006, 90 días después de su publicación en el Diario Oficial. Sin embargo, la prohibición de publicidad entrará en vigencia 18 meses después de esa fecha. Respecto a la separación de ambientes en lugares de esparcimiento, la ley comienza a regir un año después de su publicación. Acerca de las disposiciones relativas a ambientes libres de humo, éstas comenzaron a regir el día 14 de agosto de 2006.

## La prevención del consumo de Tabaco



En el marco de la Estrategia Nacional de Drogas del Gobierno de Chile, CONACE ha desarrollado orientaciones que permiten abordar el tema del consumo de tabaco, desde una perspectiva integral, sistemática e inserta en las normativas que rigen la convivencia entre las personas en los distintos ámbitos.

De esta manera, se identifican algunas orientaciones:

- Incorporar la prevalencia e incidencia del consumo de tabaco, dentro de los estudios diagnósticos realizados en los distintos ámbitos.
- El tabaco es una droga que está presente en los distintos espacios de nuestra sociedad y que representa un serio riesgo desde el punto de vista de la salud física, mental y social. De esta manera es fundamental que la familia cuente con las herramientas concretas que le permitan enfrentar las situaciones de riesgo para evitar y/o retardar su consumo.
- Ofrecer alternativas del uso del tiempo libre, promover estilos de vida saludables, tener una actitud de

claro rechazo al consumo y dificultar el acceso de los niños y jóvenes, son algunas formas que permiten aumentar las posibilidades de protegerse del consumo de tabaco.

- El tema del consumo de tabaco debe ser incorporado dentro de las políticas de prevención de las instituciones educacionales y laborales.
- Desarrollar programas de prevención específica, en relación al autocuidado de las personas, tanto de aquellas que consumen, como las que no consumen.

El tema del consumo de tabaco está incorporado a través de módulos específicos en programas de prevención, tales como:

- **Prevención escolar.** Se aborda el tema a través de la entrega de información relevante sobre sus efectos y consecuencias, y a través de los módulos de autocuidado de los programas del continuo preventivo escolar en drogas: "En busca del Tesoro" para niños de



nivel pre-escolar, "Marori y Tutibú" para niños de 1° a 4° básico, "Quiero Ser" para niños de 5° a 8° básico y "Yo Decido" para la Enseñanza Media.

- **Prevención laboral.** A través de orientaciones para incorporar el tema a la política preventiva de la empresa, definir espacios diferenciados que protejan a los no fumadores y abordar el tema a través de programas de prevención en relación al autocuidado.

- **"Prevenir en Familia".** A través de información relevante acerca de las consecuencias de su uso, así como del módulo de mitos y creencias. El programa pretende fortalecer el rol protector de la familia y entregarle herramientas prácticas para desempeñarlo, de tal manera que se conviertan en un agente que potencie los distintos factores protectores con que toda familia cuenta.

## Magnitud del consumo de Tabaco



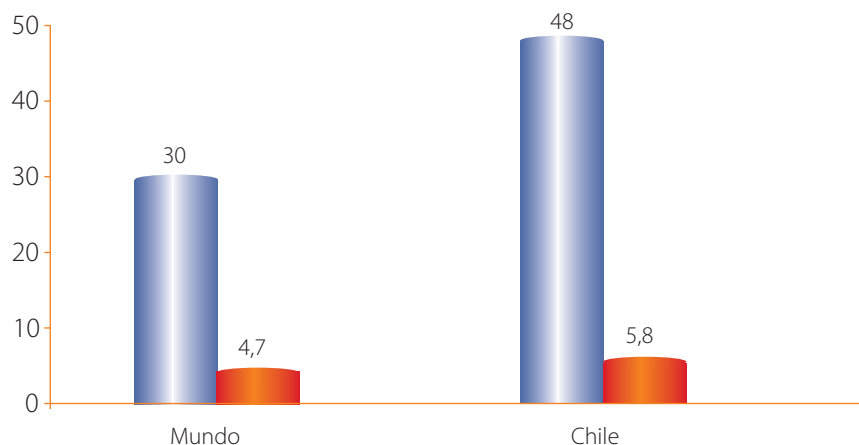
### Contexto internacional

Según el informe sobre la Tendencia Mundial de las Drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD, 2004), la prevalencia anual de tabaco a nivel mundial es de 30%, lo que se compara con una prevalencia anual de 4,7% para las drogas ilícitas. La prevalencia anual de consumo de tabaco en Chile es de 48% entre las personas de 12 a 64 años de edad (Gráfico 34).

En el mundo hay 1.300 millones de fumadores de tabaco, número siete veces mayor que el de consumidores de drogas ilícitas. La Organización Mundial de la Salud calcula que el año 2000 murieron unas 200.000 personas a causa del uso indebido de drogas, lo que equivale al 0,4% del total de muertes registrado en el mundo. Sin embargo, el tabaco cobró 25 veces más vidas (4,9 millones), lo que equivale al 8,8% del total de fallecimientos. Si se utiliza el criterio de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, el uso indebido de drogas habría causado la pérdida de 11,2 millones de años de vida sana, pero el tabaco hubiera causado una pérdida cinco veces mayor (59,1 millones).

**Gráfico 34**

**Paralelo entre el consumo de tabaco y drogas ilícitas, según prevalencia de último año, en datos mundiales de Naciones Unidas y estudios realizados en Chile, año 2004.**



## Contexto nacional

El Ministerio de Salud Pública de Chile estima que son más de 14 mil personas las que anualmente mueren en Chile a causa de las enfermedades producidas por el tabaco. De acuerdo a los resultados de la I Encuesta de Salud de Chile, realizada el año 2003 por el Ministerio de Salud, el 42% de la población chilena es fumadora actual, 9% son fumadores ocasionales, es decir fuman menos de un cigarrillo diario, y 33% son fumadores diarios o de al menos 1 cigarrillo por día. Fuman significativamente más los hombres (48%) que las mujeres (37%).

## Resultados de estudios en población general de Chile

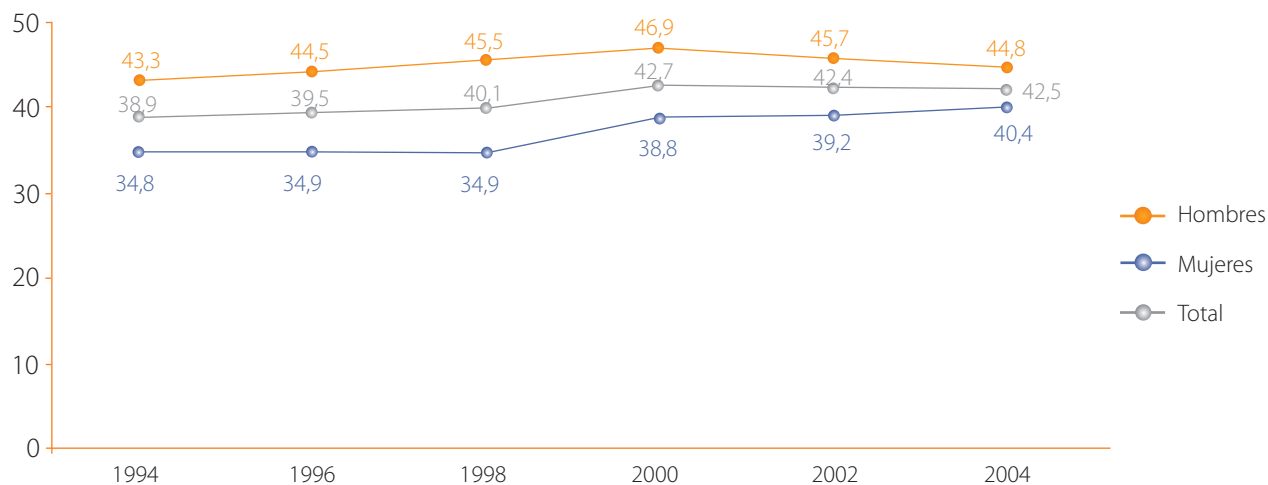
De acuerdo al Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 3.716.040 personas, entre 12 y 64 años de edad, usaron tabaco en el último mes previo

a la encuesta. De ellos, 733.377 personas fumaron 10 o más cigarrillos diariamente.

La declaración de consumo de tabaco, de acuerdo a la prevalencia de último mes, indica que los hombres mantienen un consumo estable en el decenio 1994-2004. Por su parte, la mujeres presentan un aumento leve, pero persistente del consumo de tabaco en todo el período estudiado. Entre 1994 y 2004 el consumo de tabaco en las mujeres aumentó en 5 puntos porcentuales. De los casi 10 puntos porcentuales que diferenciaban la declaración de consumo de tabaco, entre hombres y mujeres en 1994, en diez años esta diferencia se ha reducido a menos de la mitad.

Gráfico 35

**Tendencia del consumo de tabaco en población general de 12 a 64 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



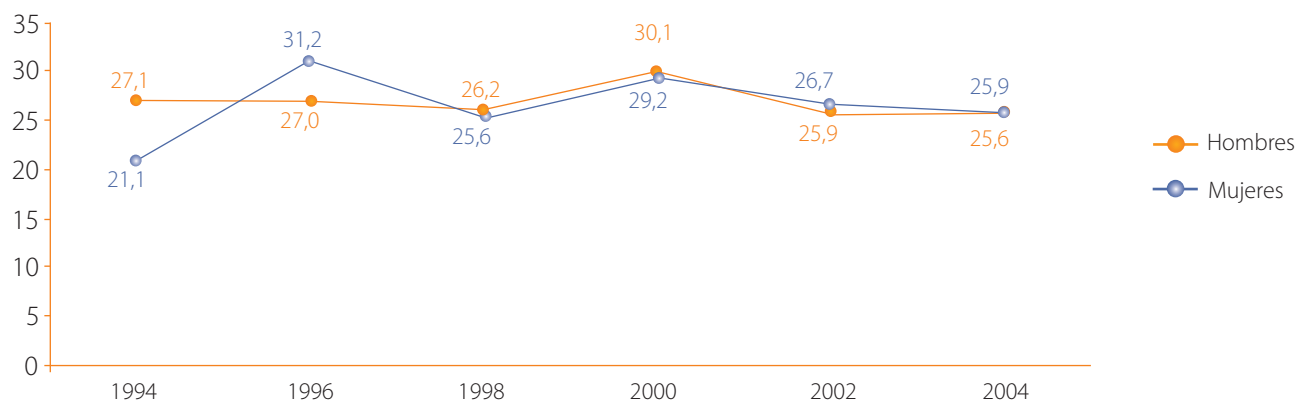
**El consumo de tabaco en los adolescentes se ha mantenido estable en el último bienio.**

Tal como se observa en la población en general, entre los adolescentes hombres el consumo de tabaco tiende a mantenerse estable en el decenio, alcanzando la tasa más alta de consumo en 2000, con una prevalencia mes de 30%, para quedarse en alrededor del 26% en 2002 y 2004. Las mujeres adolescentes, por su parte, presen-

tan declaraciones de consumo menos estables. La tasa más alta de consumo se registra en 1996, con 31%. En el último bienio la declaración de consumo de tabaco en mujeres es similar a la de los hombres, con tasas que bordean el 26%. De todos los grupos etarios, el único que no presenta diferencias importantes en el consumo de tabaco entre ambos sexos, es el de los adolescentes.

**Gráfico 36**

**Tendencia del consumo de tabaco en adolescentes de 12 a 18 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



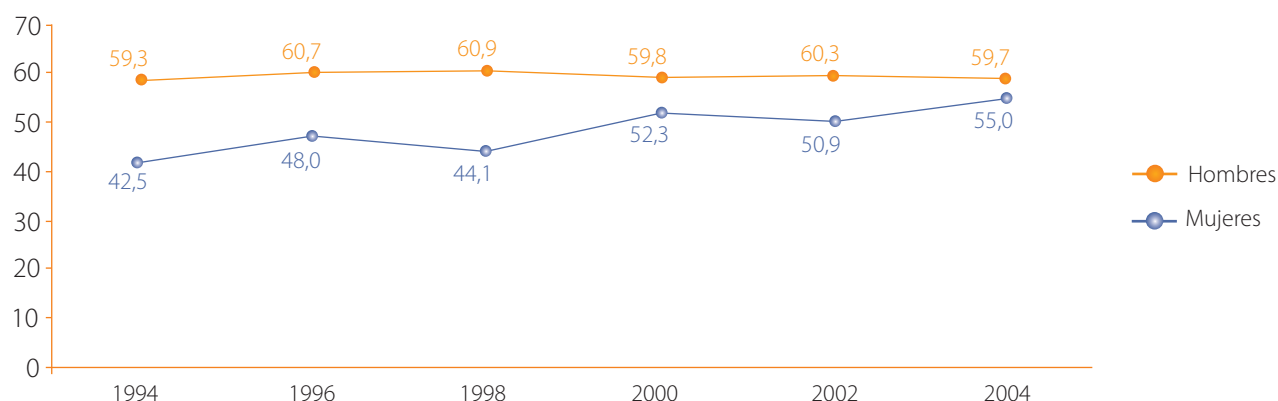
**El consumo de tabaco entre los jóvenes de 19 a 25 años de edad permanece estable entre los hombres y aumenta en las mujeres.**

Entre los hombres de 19 a 25 años de edad el consumo de tabaco permanece estable en todo el decenio, con prevalencias de último mes que bordean el 60%. Las mujeres del mismo grupo etario, en cambio, han au-

mentado el consumo de tabaco en 12 puntos porcentuales entre 1994 y 2004, alcanzado una prevalencia mes de 55% en 2004. De los casi 17 puntos porcentuales que diferenciaban el consumo de tabaco entre hombres y mujeres en 1994, dicha diferencia se redujo a menos de 5 puntos porcentuales en 2004.

**Gráfico 37**

**Tendencia del consumo de tabaco en jóvenes de 19 a 25 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



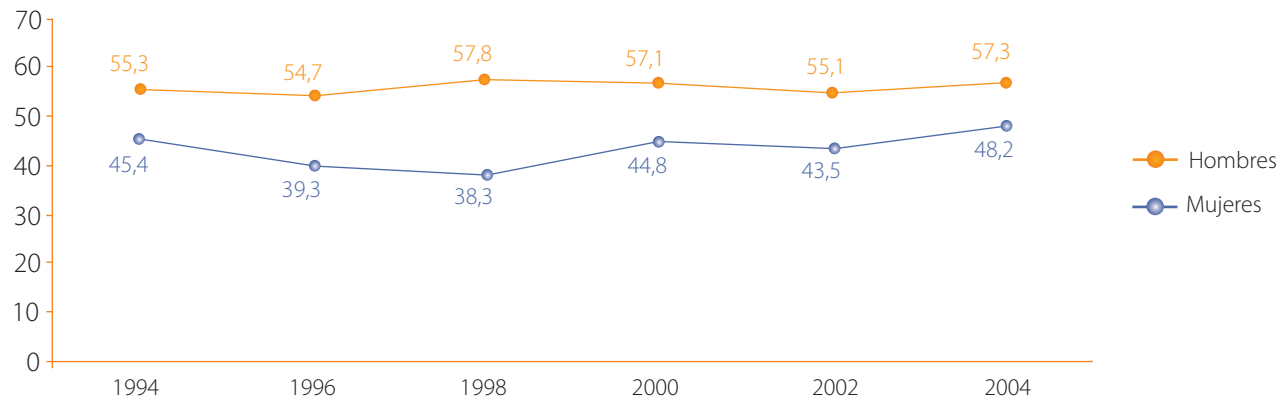
**Entre los adultos jóvenes el consumo de tabaco en hombres y mujeres se mantiene estable en el decenio.**

A diferencia de lo que pasa entre los adolescentes y los jóvenes, entre los adultos de 26 a 34 años de edad el consumo de tabaco se ha mantenido estable en el decenio, para ambos sexos, manteniendo además en el período una diferencia de 10 puntos porcentuales en el consumo de hombres y mujeres. No obstante lo anterior, en el bienio 2002 –2004 se observan leves aumentos del consumo de tabaco, en ambos sexos.



**Gráfico 38**

**Tendencia del consumo de tabaco en adultos jóvenes de 26 a 34 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



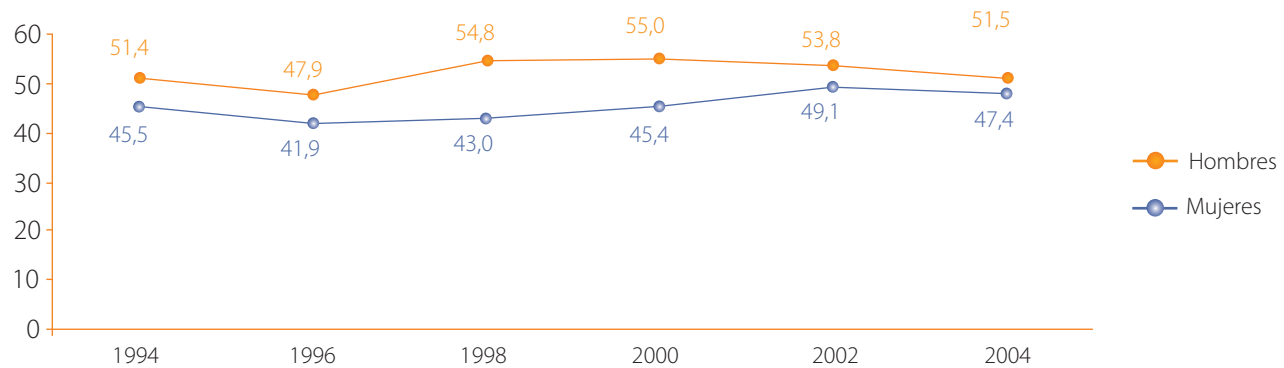
Entre los adultos de 35 a 44 años de edad el consumo de tabaco se mantiene sin grandes variaciones en el decenio.

Entre los adultos de 35 a 44 años de edad el consumo de tabaco ha sido menos estable que en otros grupos

de edad, pero sin grandes variaciones en el decenio. En el último bienio el consumo de los prevalentes mes ha descendido cerca 2 puntos porcentuales, tanto en hombres como en mujeres.

**Gráfico 39**

**Tendencia del consumo de tabaco en adultos de 35 a 44 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



Las tasas más altas de consumo de tabaco se registran entre la población joven (19-25 años) y en adultos jóvenes (26-34 años). Sin embargo, a pesar de que a partir

de los 35 años las prevalencias son más bajas, el uso de tabaco tiende a ser más intenso.

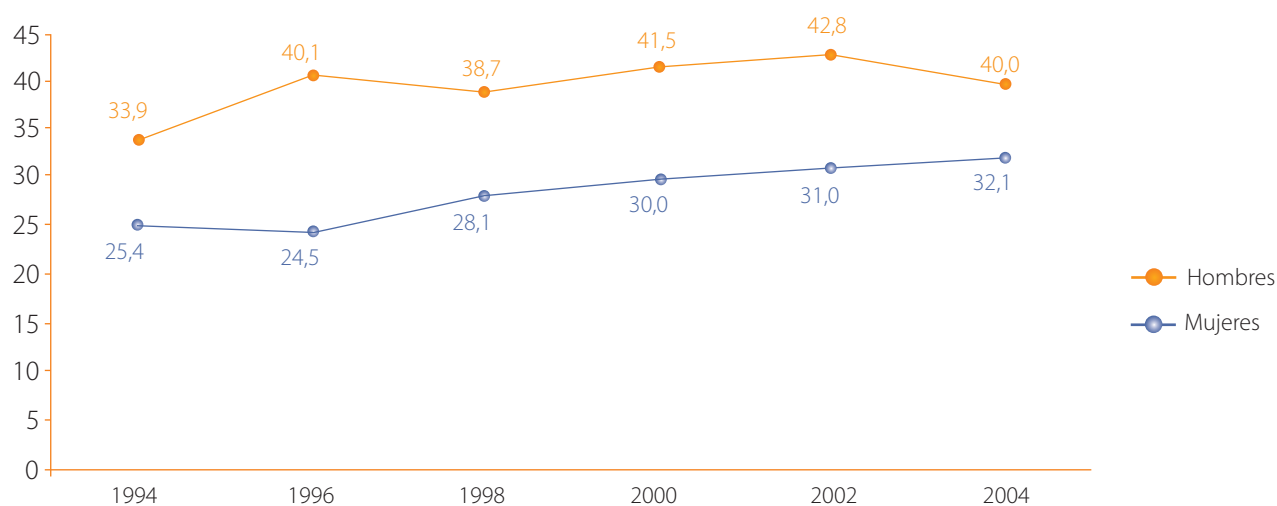
La segunda tasa más baja de uso de tabaco, después de los adolescentes, se presenta entre las personas de 45 a 64 años de edad.

Las personas del grupo etario de 45 a 64 años de edad presentan la segunda tasa más baja de consumo de tabaco en el decenio 1994-2004. Sin embargo, en igual período la prevalencia de último mes aumentó en 6 puntos

porcentuales entre los hombres y en casi 7 puntos porcentuales entre las mujeres. En éstas últimas se observa un aumento leve, pero persistente en todos los estudios desde 1996 hasta 2004. Las diferencias en las tasas de consumo entre ambos sexos se han mantenido en alrededor de 8 puntos porcentuales, con tasas más altas entre los hombres en todo el período.

#### Gráfico 40

**Tendencia del consumo de tabaco en adultos de 45 a 64 años de edad, según prevalencia de último mes, por sexo. Decenio 1994 - 2004**



El uso más intenso de tabaco se registra en este grupo etario (45-64 años), con 9 cigarrillos diarios consumidos en promedio.

La edad de inicio se mantiene estable en el decenio.

La evolución de la edad de inicio en el uso de tabaco no muestra diferencias en la edad del primer consumo en todo el período estudiado. La mitad de la población que lo usó consumió tabaco por primera vez a los 15 años o antes de esa edad. Un menor porcentaje de la población usó tabaco por primera vez a los 11 años de edad o antes.



**Tabla 9****Tendencia de la edad de inicio del uso de tabaco. Decenio 1994 - 2004**

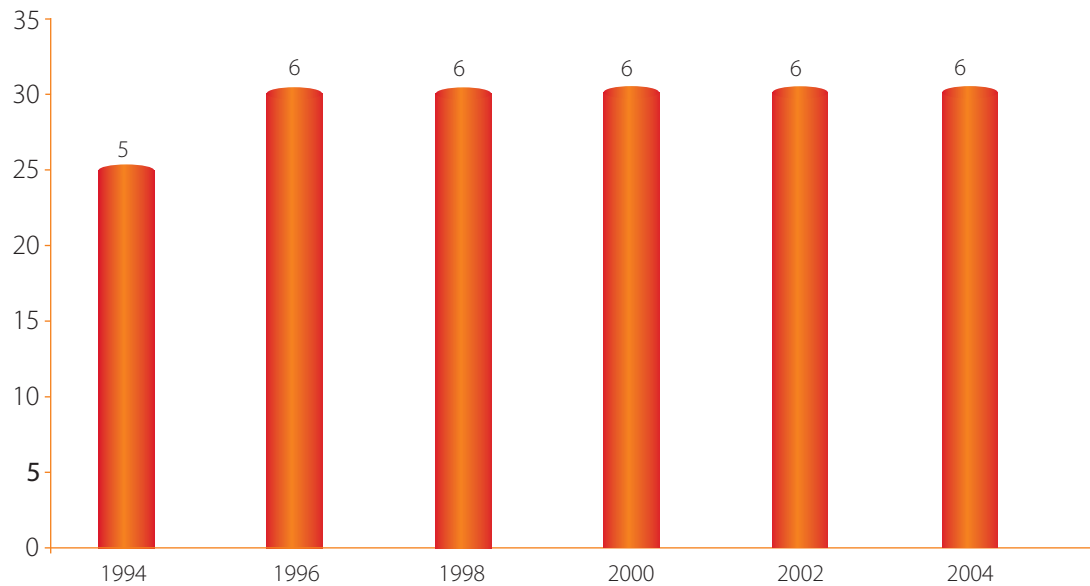
Año	Sexo	Percentil 05	Mediana	Percentil 95
1994	Hombre	10	15	22
	Mujer	12	15	26
	Total	11	15	24
1996	Hombre	10	15	22
	Mujer	11	15	27
	Total	11	15	25
1998	Hombre	10	15	21
	Mujer	11	15	25
	Total	11	15	24
2000	Hombre	11	15	22
	Mujer	12	16	26
	Total	11	15	25
2002	Hombre	10	15	21
	Mujer	12	16	27
	Total	11	15	25
2004	Hombre	11	15	22
	Mujer	12	16	26
	Total	11	15	25

**Quienes fuman, consumen en promedio 6 cigarrillos diarios.**

El número de cigarrillos usados diariamente, entre quienes declaran haber fumado cigarrillos en el último mes, se ha mantenido bastante estable en el período, con 6 cigarrillos en promedio.

**Gráfico 41**

**Tendencia del consumo promedio de cigarrillos diarios en prevalentes de último mes. Decenio 1994-2004**



**El uso intenso de cigarrillos es mayor en personas con más edad.**

La intensidad en el uso de cigarrillos, esto es, el número de cigarrillos consumidos diariamente, en promedio, en los últimos 30 días, aumenta en las personas de mayor edad. Un ejemplo de ello es que entre los hombres de 45 a 64 años de edad, de los 6 cigarrillos diarios consumidos en promedio en 1994, se aumentó a 8 cigarrillos diarios en 1996 y a 9 cigarrillos diarios en 1998, cifra que se ha mantenido estable hasta 2004.

**Tabla 10****Tendencia del consumo promedio de cigarrillos diarios, en prevalentes de último mes, según sexo y tramos de edad**

Año	Sexo	Tramos de Edad					Total
		12 - 18	19 - 25	26 - 34	35 - 44	45 - 64	
1994	Hombre	4	5	6	5	6	5
	Mujer	3	5	4	5	4	4
1996	Hombre	4	6	7	8	8	7
	Mujer	3	5	5	5	6	5
1998	Hombre	4	6	7	8	9	7
	Mujer	3	4	5	6	7	5
2000	Hombre	4	6	7	8	9	7
	Mujer	4	5	6	6	7	6
2002	Hombre	4	5	6	7	9	6
	Mujer	3	5	5	6	6	6
2004	Hombre	4	5	7	7	9	6
	Mujer	3	4	5	6	6	5

**El consumo de tabaco en las distintas regiones del país.**

Los datos del Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile muestran que las prevalencias de consumo de último mes de tabaco fluctúan entre 36,6%, la prevalencia más baja registrada en la IX Región de la Araucanía, y 45%, la prevalencia más alta registrada en la V Región de Valparaíso. La tasa promedio nacional en 2004 es de 42,5%

**Tabla 11****Tendencia\* 1994-2004 del consumo de tabaco, según prevalencia mes, por región**

Región	1994	1996	1998	2000	2002	2004
I	35,98	35,45	36,04	42,41	39,95	38,54
II	38,23	34,93	36,75	39,51	39,64	40,15
III	39,73	37,09	36,27	43,31	42,58	40,50
IV	35,67	34,07	33,92	41,60	40,91	42,68
V	40,12	40,20	42,76	43,54	45,62	45,19
VI	36,71	40,57	34,98	41,19	44,15	42,02
VII	38,81	32,07	33,36	39,51	38,35	38,03
VIII	36,76	31,40	36,44	37,18	36,82	41,18
IX	36,34	38,12	36,22	40,83	37,01	36,59
X	38,69	35,79	41,19	42,29	37,65	41,97
XI	34,23	39,89	37,43	42,57	40,56	39,12
XII	37,86	38,22	35,69	40,97	41,90	40,03
R.M	39,81	42,77	42,06	44,40	44,53	43,85
País	38,94	39,53	40,08	42,69	42,36	42,54

\*Tasas ajustadas por sexo y edad (base=2004)

**La gran mayoría de los consumidores de drogas ilícitas fuman cigarrillos y el inicio del uso de tabaco es siempre previo al de droga ilícitas.**

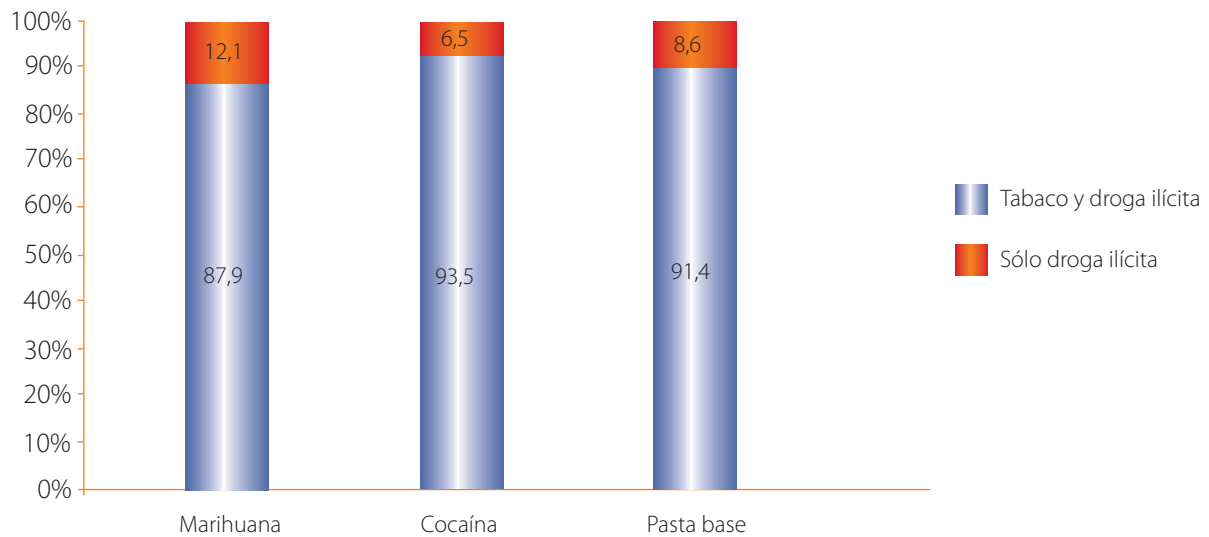
En promedio, el 90% de los usuarios de drogas ilícitas como marihuana, pasta base y cocaína, son fumadores de tabaco. Sólo un 12% de quienes se iniciaron en el consumo de marihuana lo han hecho con anterioridad a haber usado tabaco. La mediana de edad de inicio de tabaco es a los 15 años, mientras que la mediana de

edad de inicio más temprano a drogas ilícitas, es la de marihuana, a los 17 años, es decir, posterior a la edad de inicio de tabaco.

Los estudios demuestran que mientras más temprano es el inicio en el consumo de una droga, hay más probabilidades de generar adicción y/o dependencia y de iniciarse también en el uso de otras drogas (escalada) y/o ser un consumidor múltiple (policonsumo).

**Gráfico 42**

**Asociación entre uso de tabaco y drogas ilícitas, según prevalencia de último año. Estudio 2004**

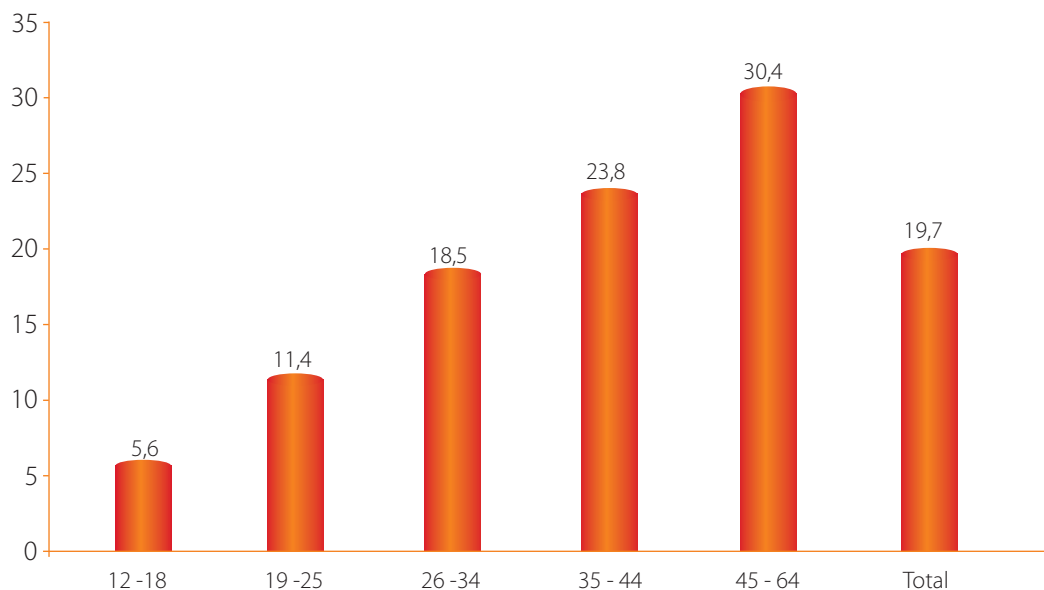


**A mayor edad, mayor es la frecuencia de uso de cigarrillos.**  
Entre las personas que declaran haber fumado en los últimos 30 días (prevalentes mes), 1 de cada 10 de ellos fuma 10 o más cigarrillos diarios en el grupo etario de 19 a 25 años de edad. Entre las personas de 45 a 64 años

de edad, la cifra se triplica, pues 3 de cada 10 personas fuman 10 o más cigarrillos al día. En términos generales, 2 de cada 10 personas en Chile, que declaran haber fumado el último mes, fuman 10 o más cigarrillos al día.

**Gráfico 43**

**Porcentaje de personas que declara fumar diariamente 10 o más cigarrillos, en prevalentes de último mes**



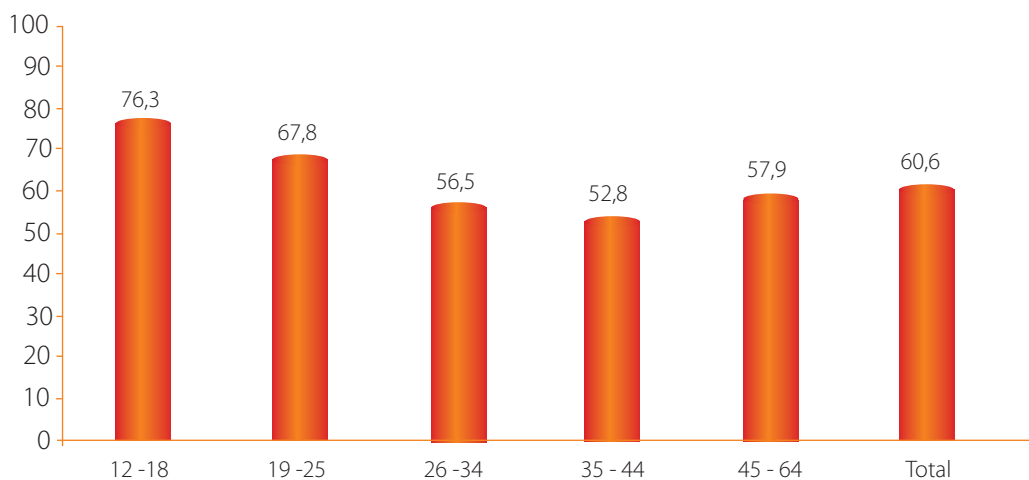
**El uso de tabaco en el entorno cercano aumenta el riesgo de consumo.**

Cerca de 8 de cada 10 adolescentes que declaran haber fumado tabaco en el último mes, declaran que en su casa alguien más fuma. La proporción es más baja entre

las personas adultas, a excepción de quienes tienen más de 45 años de edad, donde cerca del 60% de los fumadores tiene a alguien más en casa que fuma. Los ambientes donde se fuma tabaco promueven la aparición de más fumadores

**Gráfico 44**

**Porcentaje de personas con consumo en el último mes, que declara que en su casa alguien, independiente de él, tiene el hábito de fumar tabaco**



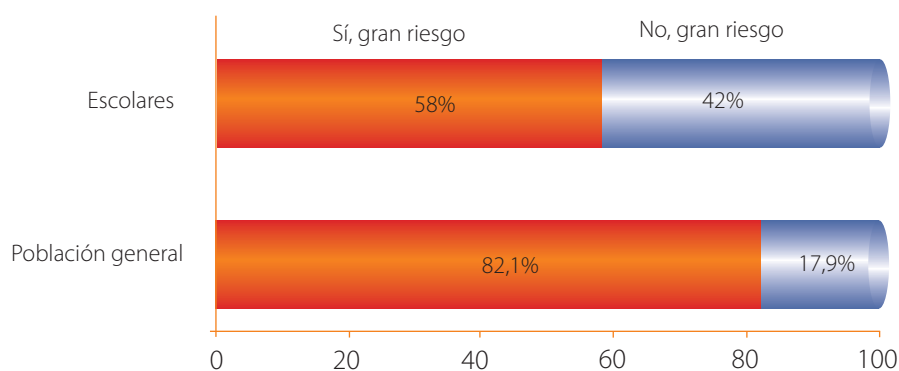
**La percepción de gran riesgo en el uso frecuente de tabaco es muy baja entre los escolares.**

Los escolares, adolescentes que cursan entre el 8° básico y el 4° medio, tienen una baja percepción de riesgo en el fumar 1 o más de una cajetilla de cigarrillos al día. Es así

como 4 de cada 10 escolares no perciben gran riesgo en esta situación. En la población en general, la percepción de gran riesgo en fumar una o más de una cajetilla de cigarrillos al día es mayor, 8 de cada 10 personas perciben gran riesgo.

**Gráfico 45**

**Porcentaje de percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de cigarrillos (1 cajetilla o más al día). Comparación entre población en general y escolares de 8° básico a 4° Medio.**



## Resultados en población escolar

El consumo de tabaco entre los escolares de Chile aumentó en el último bienio.

Un dato desalentador del último estudio nacional de drogas realizado entre los escolares de Chile, es que el

consumo de tabaco aumentó en el bienio 2003-2005. En términos generales el aumento alcanza los 3 puntos porcentuales. El aumento en el consumo se observa tanto en mujeres como en hombres, en todos los cursos y en todos los tipos de colegios.

**Tabla 12**

**Tendencia del consumo de tabaco en población escolar de 8° básico a 4° medio, según prevalencia de último mes, por sexo, cursos y tipo de colegio.**

Categorías	2001	2003	2005
Hombres	38,4	35,4	38,5
Mujeres	45,3	41,3	45,0
8° Básico	26,5	23,9	26,4
1° Medio	38,0	33,0	38,4
2° Medio	45,1	41,5	46,5
3° Medio	51,5	47,9	50,5
4° Medio	53,7	51,8	52,1
Municipalizado	40,3	36,0	41,2
Pagado	45,3	42,5	43,1
Subvencionado	42,0	38,5	42,0
Total	41,9	38,4	41,8

El consumo de tabaco entre los escolares de Chile siempre ha sido mayor entre las mujeres.

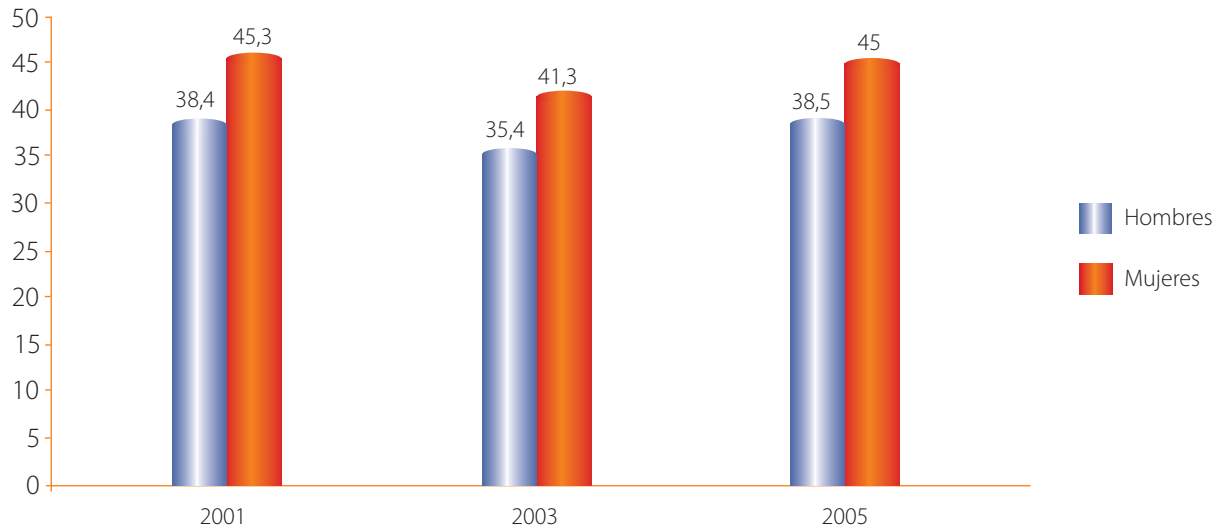
Luego de haber experimentado un descenso entre los años 2001 y 2003, el uso de tabaco entre escolares vuelve al punto registrado en 2001, con tasas de consumo actual de alrededor del 38% entre los hombres y de 45% entre las estudiantes mujeres.

Cabe mencionar que las tasas de consumo de tabaco entre los estudiantes son siempre más altas en las mujeres con relación a los hombres, situación que permanece inalterable en toda la serie de estudios nacionales en población escolar.



**Gráfico 46**

**Tendencia del consumo de tabaco en población escolar de 8° básico a 4° medio, según prevalencia de último mes, por sexo, en toda la serie de estudios CONACE**



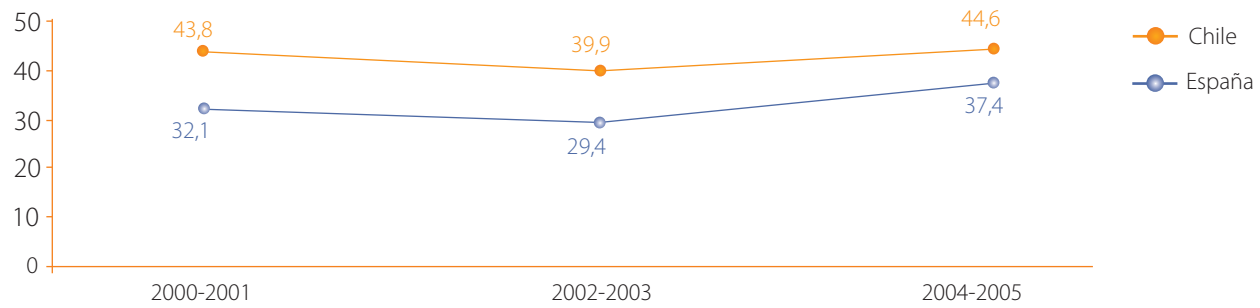
**El consumo de tabaco entre los escolares de Chile es mayor que el de sus similares de España.**

Tanto España como Chile cuentan con una serie de estudios para medir tendencias del consumo de drogas lícitas e ilícitas en población escolar. La serie de estudios de España se inició en 1994, mientras que la de Chile un año más tarde. Sin embargo, ambos países han mantenido una periodicidad bienal en la realización de sus estudios. En ambos casos se trata de encuestas autoaplicadas a una muestra aleatoria de estudiantes en la sala de clases.

Haciendo un paralelo de la tendencia de ambos países, la de España de los años 2000, 2002 y 2004, y la de Chile de los años 2001, 2003 y 2005, con resultados para estudiantes entre 14 y 18 años de edad, se observa que en ambos países la tendencia presenta aumentos en el último bienio. También se constata que en toda el segmento de la serie de estudios en ambos países, las prevalencias de consumo de tabaco siempre han sido más altas en Chile.

**Gráfico 47**

**Tendencia del consumo de tabaco en población escolar de 14 a 18 años de España y Chile, según prevalencia de último mes.**



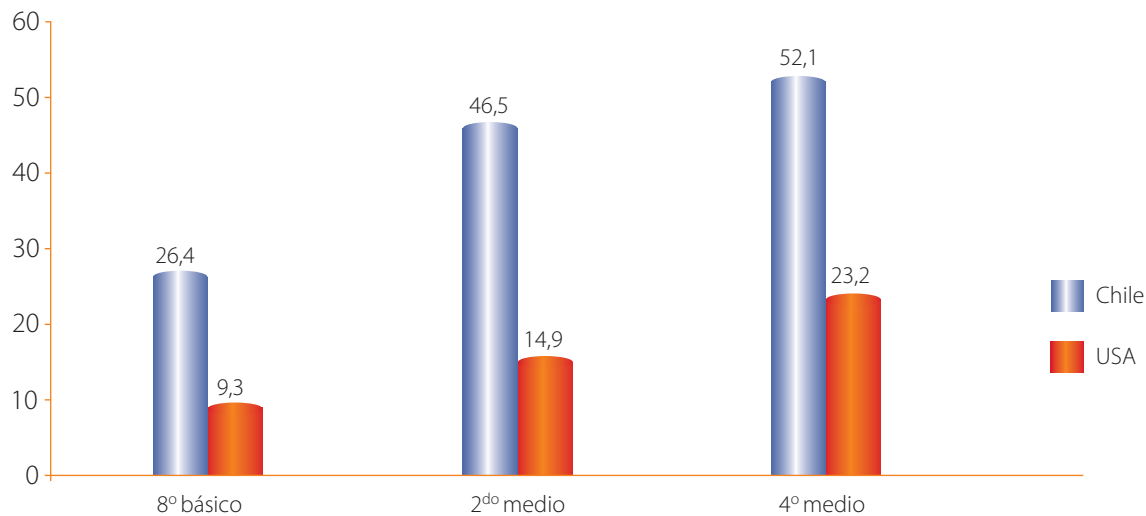
**El consumo de tabaco entre los escolares de Chile casi triplica al de sus similares en los Estados Unidos de América.**

En Chile los alumnos de 8º básico y 2º medio presentan tasas de consumo actual de tabaco tres veces más altas que sus similares en Estados Unidos. Este paralelo ha sido realizada usando metodologías similares, mediante

encuestas autoaplicadas en la sala de clases, en el mismo año (2005). Los datos de Chile corresponden al Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar y los de Estados Unidos a la encuesta nacional "Monitoring the Future", que realiza anualmente la Universidad de Michigan, por encargo del NIDA.

**Gráfico 48**

**Consumo de tabaco en población escolar de 8º básico, 2º medio y 4º medio, según prevalencia de último mes. Datos de Chile y Estados Unidos, 2005**



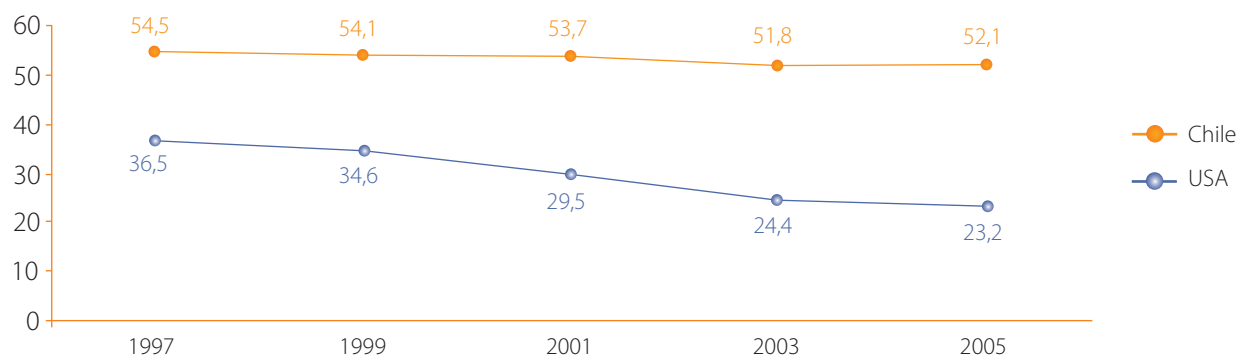
Mientras el consumo de tabaco en los 4º medios de estudiantes de los Estados Unidos tiende a disminuir, el de los estudiantes de Chile es el doble y se mantiene estable.

En una secuencia de estudios bienales desde 1997 hasta 2005, el consumo actual de tabaco entre los estudiantes

chilenos, del último año de enseñanza media, siempre ha sido más alto que el de sus similares en los Estados Unidos de América. Además, mientras en los últimos el uso de tabaco tiende a descender, el de los estudiantes chilenos se ha mantenido estable siendo, en 2005, el doble que el de los estudiantes norteamericanos.

#### Gráfico 49

**Tendencia del consumo de tabaco en población escolar de 4º medio, según prevalencia de último mes. Datos comparados de Chile y Estados Unidos, en serie de estudios de 1997 a 2005**





# Magnitud del Consumo y Abuso de Alcohol





# Magnitud del consumo y abuso de Alcohol

## Contexto internacional

La Organización Mundial de la Salud estima que son 2.000 millones de personas alrededor del mundo que consumen bebidas alcohólicas y 76,3 millones con desórdenes diagnosticables por el uso de alcohol. Desde una perspectiva de salud pública, la carga relacionada al consumo de esta sustancia, en términos de morbilidad y mortalidad, es considerable en todo el mundo. El consumo de alcohol tiene consecuencias sociales y de salubridad, vía intoxicación, dependencia y otros efectos. En suma, las enfermedades crónicas que pueden afectar a los bebedores después de años de consumo abusivo, contribuyen a traumáticos resultados que pueden llevar a la muerte o inhabilitar a muy temprana edad. Esto se traduce en varios años de vida perdidos. Asimismo, ha aumentado la evidencia que además del volumen de alcohol, el patrón de consumo es relevante en los efectos sobre la salud. Por ello, podemos decir que existe una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades. Se estima que el alcohol es

responsable de cerca del 20 – 30% del cáncer al esófago, cáncer al hígado, cirrosis, homicidios, epilepsia y accidentes de tránsito en todo el mundo. Ahondando en lo anterior, podemos decir que en el año 2000 el consumo de alcohol era responsable del 4,0% de la carga mundial de morbilidad, lo que supone un nivel apenas inferior al de los estragos causados en la sociedad por el tabaquismo (4,1%) y la hipertensión arterial (4,4%).

El consumo de alcohol causa 1,8 millones de muertes (3,2%) del total y al menos 58,3 millones (4% del total) de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que se pierden. Los traumatismos no intencionados explican alrededor de 1/3 de los muertos por esta causa, mientras que los trastornos neuropsiquiátricos (por ejemplo, la dependencia, las psicosis o la depresión) explican cerca del 40% de los 58.3 millones AVAD.

## Tasa de bebedores problema de Alcohol según el Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2000

### Concepto de beber problema

Es interesante comentar el hecho de que muchas personas que presentan dificultades en ciertas áreas de su vida con relación al consumo de alcohol, no necesariamente

presentan características relacionadas con alguno de los diagnósticos clásicos sobre el tema, tales como “dependencia a alcohol” o “abusadores de alcohol”. Por esto es que epidemiológicamente se define otra categoría, la de “bebedor problema”.

Según criterios técnicos del Ministerio de Salud, "beber problema es cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal y funcionamiento social".

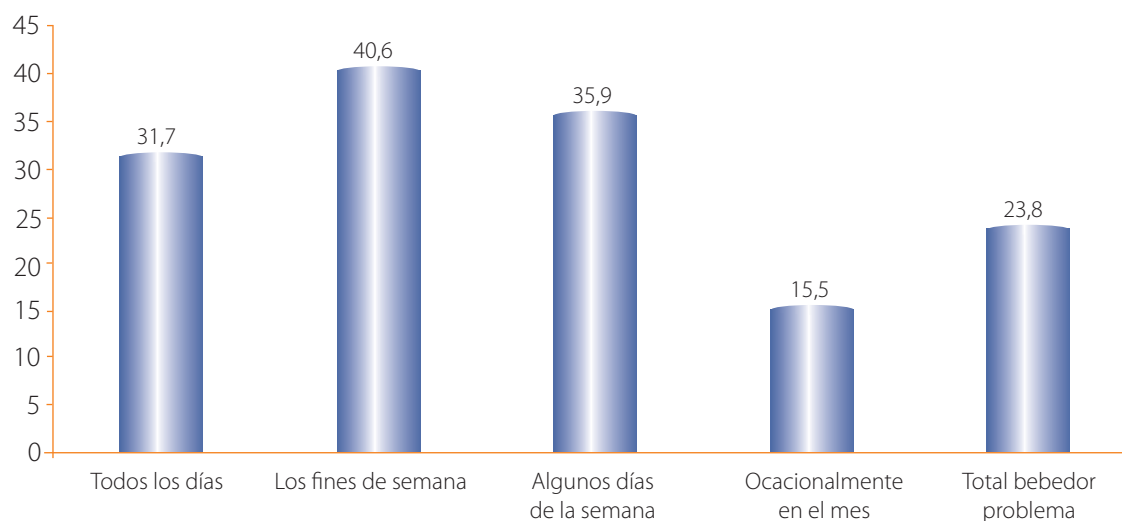
De acuerdo al Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2000), el 53,34% de la población consumió alcohol el último mes, esto es aproximadamente 4.149.457 personas. De este total de consumidores, 986.932 personas presentaron un EBBA positivo, por lo que pueden ser considerados "bebedores problema". La Escala Breve de Beber Problema de Alcohol (EBBA) considera que una persona es un bebedor problema si

tiene 2 o más respuestas positivas de un listado de siete preguntas.

Conforme al citado estudio, la tasa general de bebedores problema en el año 2000 fue de 23,8%. De las personas que consumen alcohol los fines de semana, un 40,6% de ellas presentó problemas relacionados al consumo de alcohol. Entre aquellos que consumen alcohol algunos días de la semana, cerca del 36% registró problemas con el alcohol. Por su parte, entre quienes consumen alcohol todos los días, un 31,7% calificó como bebedor problema. Resulta interesante observar que el beber problema de alcohol se asocia más a bebedores de fines de semana, que a aquellas personas que lo hacen algunos días de la semana o todos los días.

#### Gráfico 50

**Frecuencia de consumo de alcohol en últimos 30 días en bebedores problema. Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, año 2000**



**Tabla 13**

**Frecuencia de consumo de alcohol en últimos 30 días, entre bebedores y no bebedores problema. Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, año 2000**

Frecuencia de consumos de alcohol en últimos 30 días	No es bebedor problema		Si es bebedor problema	
	Nº Estimado	%	Nº Estimado	%
Todos los días	91.079	68,3	42.212	31,7
Los fines de semana	656.916	59,4	448.566	40,6
Algunos días de la semana	141.426	64,1	79.268	35,9
Ocasionalmente en el mes	2.263.337	84,5	415.892	15,5
Total	3.162.525	76,2	986.932	23,8

**Tabla 14**

**Escala breve de beber problema (EBBA)**

Nº		Si	No
1	¿Ha tenido problemas con su familia o amigos a causa del trago?		
2	¿Ha perdido amigos(as) por el trago?		
3	¿Ha tenido ganas de disminuir lo que bebe?		
4	¿Le ha ocurrido en ocasiones que sin darse cuenta termina tomando más de lo que piensa?		
5	¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas?		
6	¿Le ha ocurrido que al despertar, después de haber bebido, recuerda sólo parte de lo que pasó?		
7	¿Le molesta que lo critiquen por la forma en que toma?		

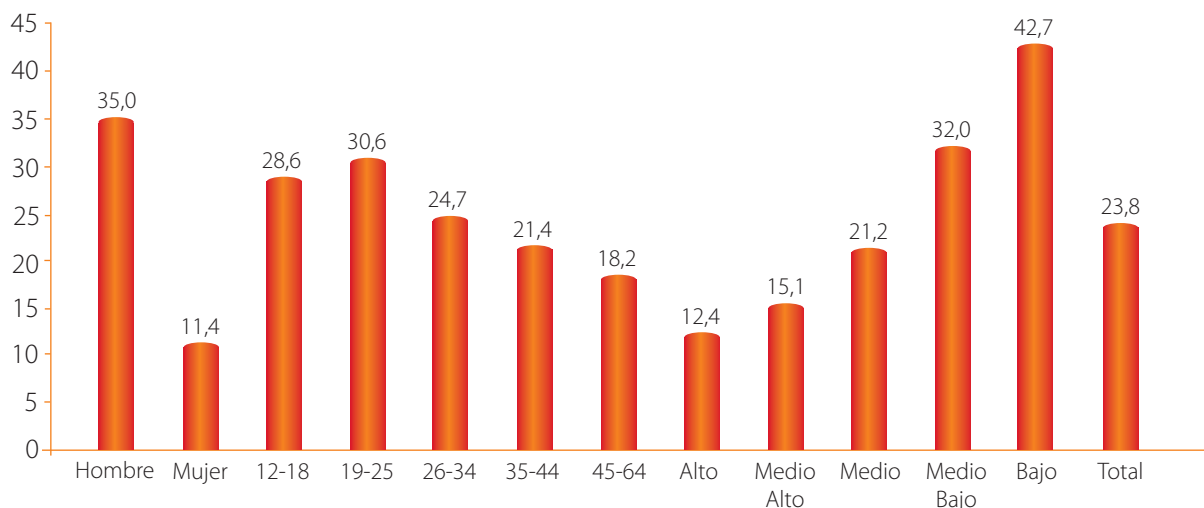
### **Tasa de bebedores problema según variables sociodemográficas**

Los hombres presentan tasas de bebedor problema que triplican a la de las mujeres, 35% y 11,4% respectivamente. Por su parte las tasas más altas de beber problema se localizan entre la población más joven, con 30,6% entre los jóvenes de 19 a 25 años de edad, 28,6% entre los adolescentes de 12 a 18 años y 24,7% entre los adultos

jóvenes de 26 a 34 años de edad. Conforme aumenta la edad de las personas, las tasas de beber problema decrecen. Entre el nivel socioeconómico alto y medio alto la tasa de beber problema supera el 27%, la que se triplica entre los niveles medio bajo y bajo, donde se eleva a casi un 75%. Sin embargo, si se considera cada nivel socioeconómico por separado, es posible afirmar que la tasa de beber problema decrece conforme aumenta el nivel socioeconómico de las personas.

Gráfico 51

**Bebedores problema de alcohol por sexo, grupos de edad y nivel socioeconómico, Estudio en Población General, año 2000**



**Magnitud del consumo y tasa de dependencia a Alcohol según el Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2004**

**Antecedentes**

De acuerdo a la declaración de consumo en los últimos 30 días, un 56,8% de la población entre 12 y 64 años de edad declara haber usado alcohol, porcentaje que corresponde a cerca de 5 millones de personas. Esta cifra no debe alarmar a nadie, pues corresponde a quien alguna vez bebió sin indicar ningún nivel de problemas asociados al alcohol. Pero de esos casi 5 millones de personas, un 12,6% presenta signos de dependencia al alcohol, esto es, alrededor de 624 mil personas. Esta tasa de dependencia afecta casi tres veces más a los hombres que a las mujeres, alcanzando a un 17,4% y 6,8% en cada sexo respectivamente. Más lamentable aún, la tasa de dependencia al alcohol es de 22,9% en jóvenes de 19 a 25 años y de 18,7% en adolescentes de 12 a 18 años de edad. Contrariamente a lo que se piensa, la tasa de dependencia al alcohol decrece en personas sobre los 25 años de edad, siendo sólo de un 6% en quienes tienen

entre 45 y 64 años. Los problemas derivados del abuso del alcohol no afectan a todos los grupos sociales por igual, observándose una tasa de dependencia de 15% en personas con ingresos familiares inferiores a los 200 mil pesos mensuales, la que decrece conforme aumenta el ingreso familiar. Finalmente, es importante mencionar que entre las personas con signos de dependencia al alcohol, el 32% declara que a causa del alcohol se ha expuesto a peligros contra su integridad física como chocar el auto u otro tipo de accidentes.

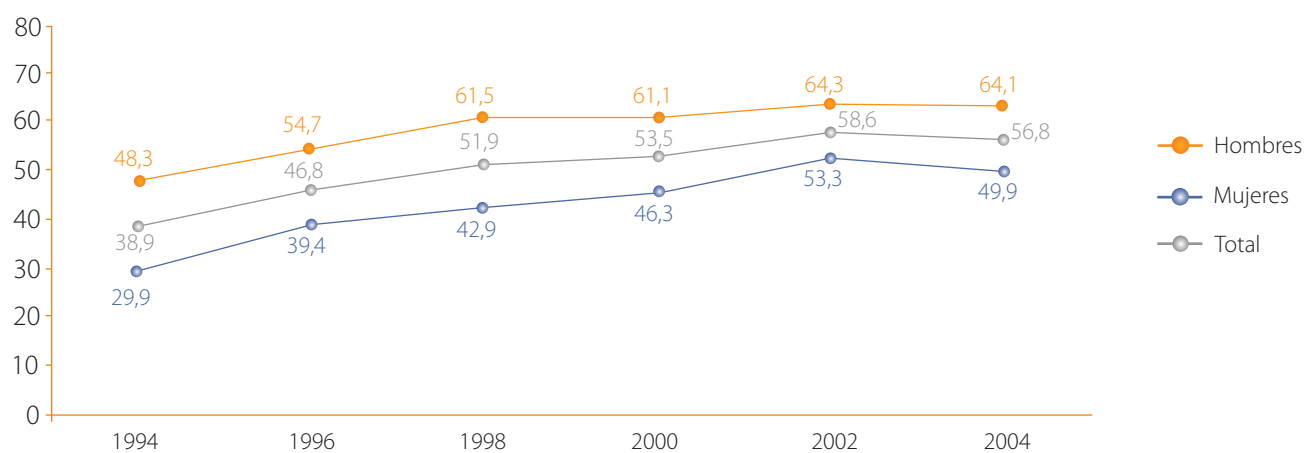
Conforme a los resultados del Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, la tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol muestra un persistente aumento en el período 1994-2004. Es así como la tasa de consumo actual de alcohol ha aumentado en 18 puntos porcentuales, aumento que es estadísticamente significativo en el decenio indicado.

Mientras que los hombres han aumentado la prevalencia en casi 16 puntos porcentuales en el decenio, las mujeres la han aumentado en 20 puntos porcentuales. Sin embargo, si consideramos el último bienio (2002-2004),

la prevalencia de último mes de consumo de alcohol se ha mantenido completamente estable entre los hombres y ha disminuido entre las mujeres.

**Gráfico 52**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en el decenio 1994 – 2004**

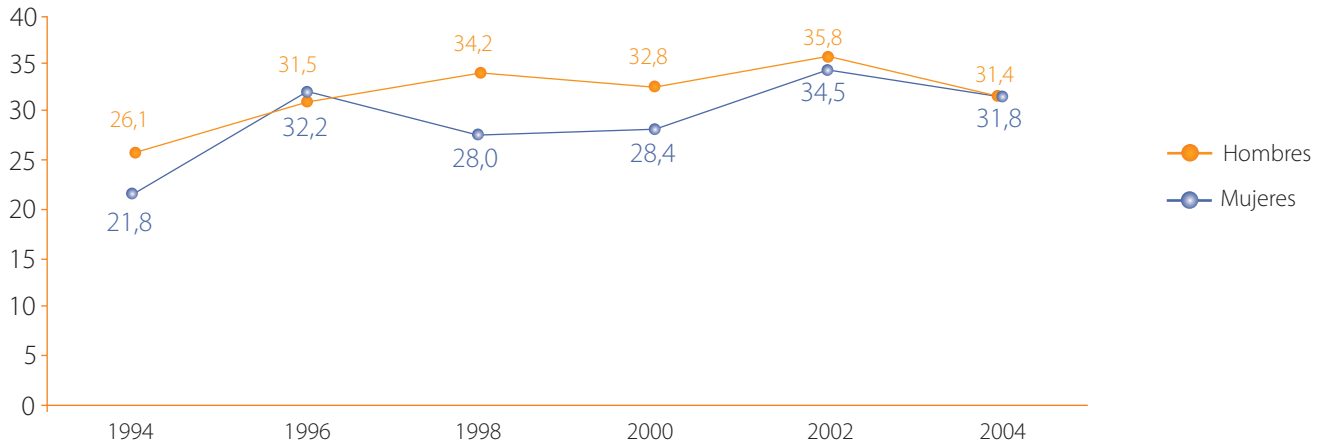


## **Consumo de Alcohol por sexo y grupos etarios**

En el caso del consumo de alcohol en adolescentes (12-18 años), tanto en hombres como en mujeres la prevalencia de último mes ha descendido en el último bienio, 4 puntos porcentuales en el caso de los hombres y casi 3 puntos porcentuales en el caso de las mujeres. Sin embargo, en ambos casos la prevalencia de consumo ha aumentado en el decenio, en 5 puntos porcentuales en el caso de los hombres y 10 puntos porcentuales en el caso de las mujeres.

**Gráfico 53**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 años de edad, por sexo, decenio 1994 - 2004**

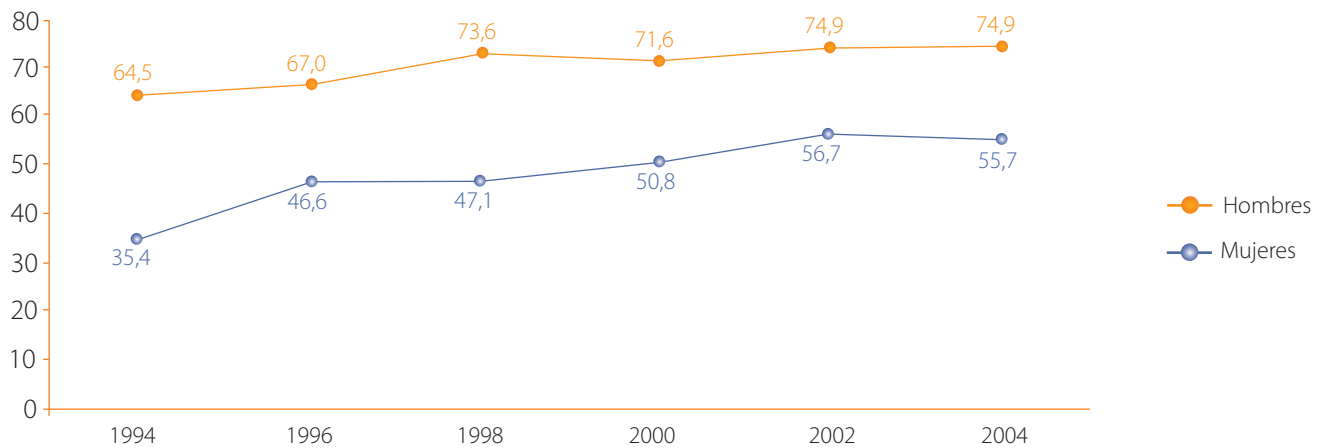


La evolución del consumo de alcohol entre hombres y mujeres de 19 a 25 años muestra una tendencia creciente en el decenio. En el caso de las mujeres el consumo actual de alcohol aumentó en 20 puntos porcentuales en el decenio, aunque se mantuvo estable en el último

bienio. En el caso de los hombres el consumo actual de alcohol aumentó en 10 puntos porcentuales en el decenio y, al igual que en el caso de las mujeres, se mantuvo estable en el último bienio.

**Gráfico 54**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en jóvenes de 19 a 25 años de edad, por sexo, decenio 1994 - 2004**

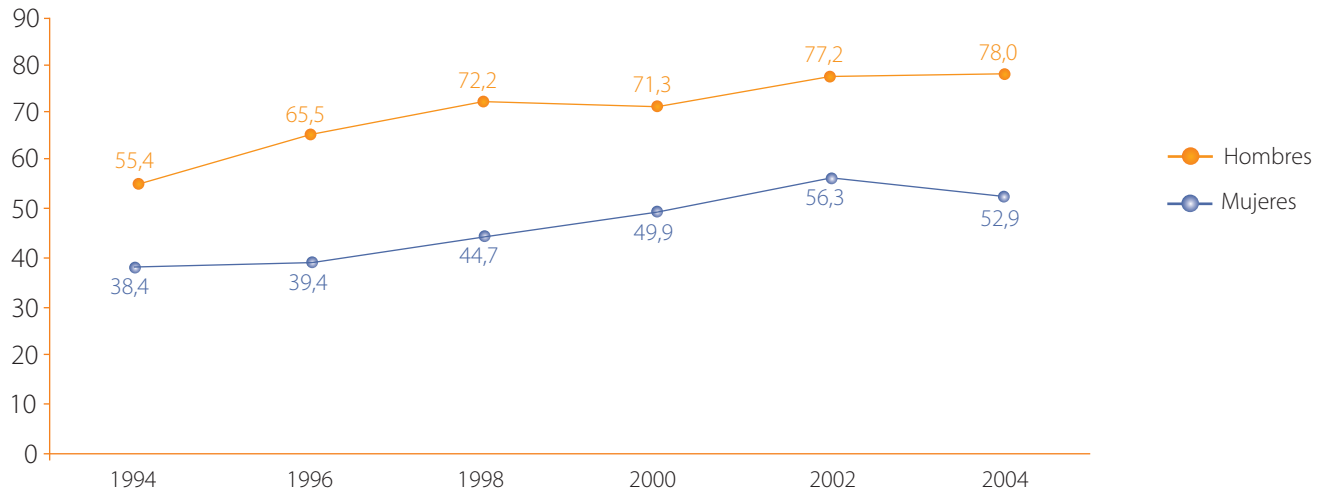


Entre los hombres y mujeres de 26 a 34 años de edad se producen los siguientes resultados para el bienio: los hombres mantienen y las mujeres disminuyen sus tasas de consumo actual. Sin embargo, en el decenio los hom-

bres presentan un aumento de casi 23 puntos porcentuales, mientras que el aumento de las mujeres es de algo más de 16 puntos porcentuales.

**Gráfico 55**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en adultos jóvenes de 26 a 34 años de edad, por sexo, decenio 1994 - 2004**

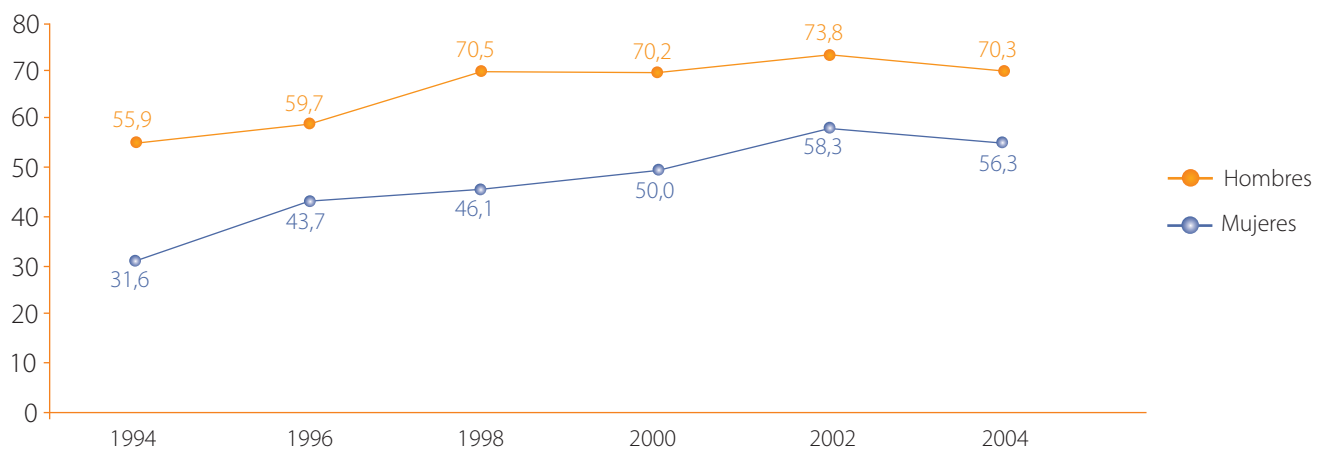


Entre los adultos de 35 a 44 años de edad el consumo actual de alcohol en el bienio 2002-2004 ha mostrado leves decrecimientos en ambos sexos. No obstante lo anterior, se observa una tendencia creciente en el decenio,

de casi 25 puntos porcentuales en el caso de las mujeres –la más alta de todos los grupos etarios– y de 15 puntos porcentuales en el caso de los hombres.

**Gráfico 56**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en adultos de 35 a 44 años de edad, por sexo, decenio 1994 - 2004**

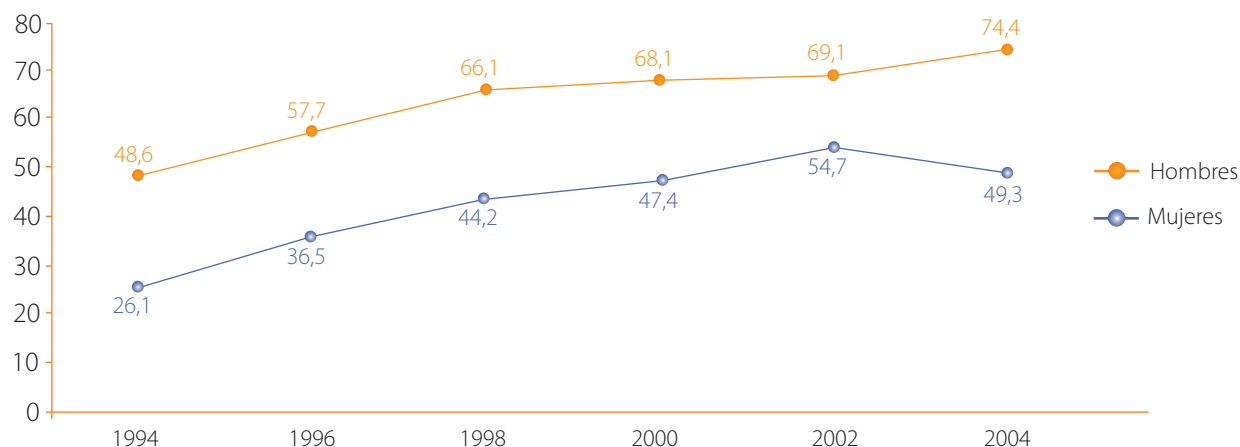


Las mujeres del grupo etario de 45 a 64 años de edad presentan la segunda tasa más baja de consumo de alcohol en el año 2004, después de los adolescentes. De hecho la prevalencia mes de alcohol en el período 2002 – 2004 descendió en más de 5 puntos porcentuales. Por otro lado, con los hombres sucede lo contrario, aumen-

tando la prevalencia mes en el bienio en más de 5 puntos porcentuales. Sin embargo, si observamos la tendencia en todo el decenio, en los hombres la prevalencia mes asciende en casi 26 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres aumenta en 23 puntos porcentuales.

**Gráfico 57**

**Tendencia de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol en adultos de 45 a 64 años de edad, por sexo, decenio 1994 - 2004**



## **Evolución de la edad de inicio de consumo de Alcohol**

La evolución de la edad de inicio en el uso de alcohol no muestra diferencias en la edad del primer consumo

en el período 2002-2004. La mitad de la población consumió alcohol por primera vez a los 15 años o antes de esa edad. Un menor porcentaje de la población ingirió alcohol por primera vez a los 11 años de edad o antes.

**Tabla 15**

**Evolución de la edad de inicio del uso de alcohol, 2002 - 2004**

Evolución 2002-2004 de la edad de inicio de uso de alcohol			
Año	Percentil 05	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 95
2002	11	15	22
2004	11	15	22

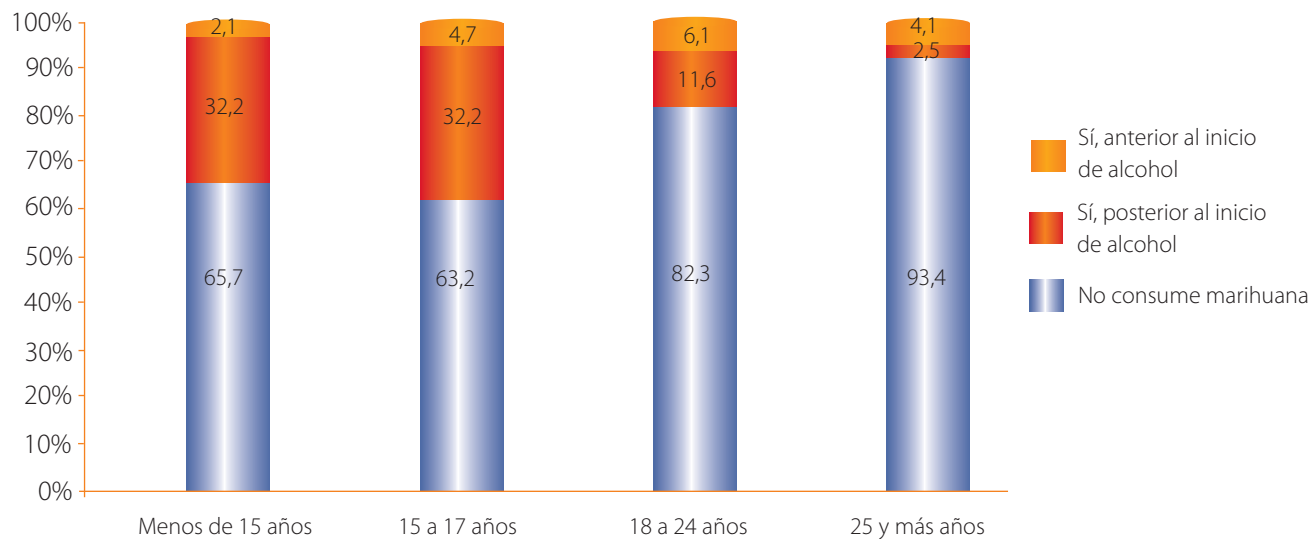
## Asociación entre uso de Alcohol y Marihuana en población general de 12 a 64 años de edad

De acuerdo al gráfico siguiente, entre quienes se inician en el consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, un 65,7% no ha consumido nunca marihuana y un 32,2% consumió marihuana con posterioridad a haber probado alcohol por primera vez. Sólo un 2,1% consumió marihuana antes de haber usado alcohol alguna vez. Esta asociación se repite de forma similar en el grupo etario de 15 a 17 años de edad. En general y principalmente

entre los adolescentes, un porcentaje muy bajo prueba marihuana alguna vez, sin antes haber usado alcohol por primera vez. Aunque no se establezca aquí una relación de causalidad, quienes a muy temprana edad han usado marihuana, generalmente ya han usado alcohol con antelación. Asimismo, es interesante observar que a medida que aumenta la edad de inicio en alcohol, el consumo de marihuana decrece. Conforme a ello, es posible afirmar que retardar el consumo de alcohol entre los adolescentes es un importante factor protector para evitar el uso de marihuana y otras drogas ilícitas.

Gráfico 58

**Asociación entre uso de alcohol y marihuana en población de 12 a 64 años de edad. Porcentaje de personas, por edad de inicio de alcohol, que consumieron marihuana antes o después de haberse iniciado en alcohol**



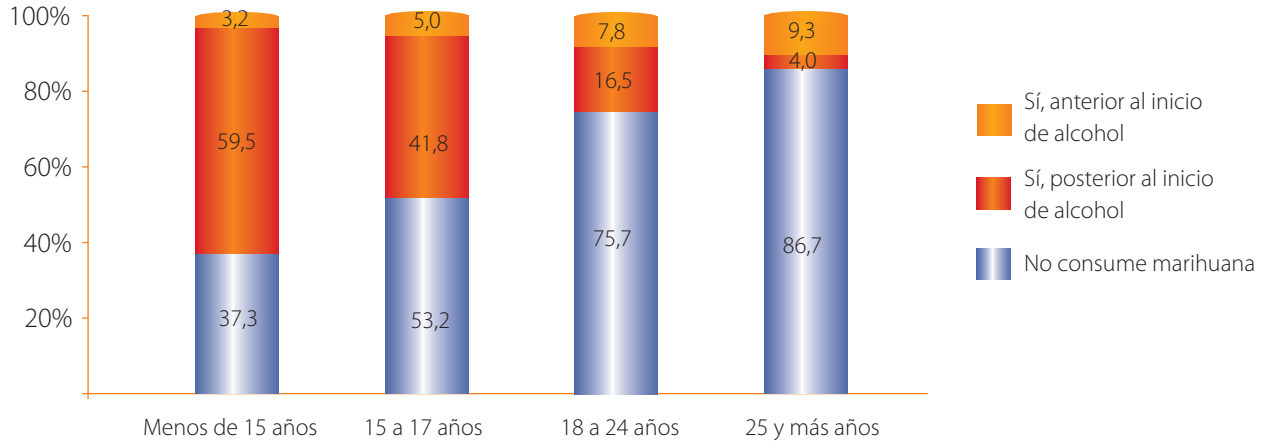
## Asociación entre uso de Alcohol y Marihuana en población general de 19 a 34 años de edad

Entre los jóvenes de 19 a 34 años de edad existe una importante asociación entre el uso de alcohol y de marihuana. Si consideramos la edad en que usaron por pri-

mera vez alguna de estas drogas, los estudios de CONACE han constatado que el 60% de quienes usaron marihuana antes de cumplir los 15 años, ya se habían iniciado en el uso de alcohol. Visto de otro modo, sólo 3% de los adolescentes que usaron marihuana antes de los 15 años no habían bebido alcohol (Gráfico 59).

**Gráfico 59**

**Asociación entre uso de alcohol y marihuana en población de 19 a 34 años de edad. Porcentaje de personas, por edad de inicio de alcohol, que consumieron marihuana antes o después de haberse iniciado en alcohol**



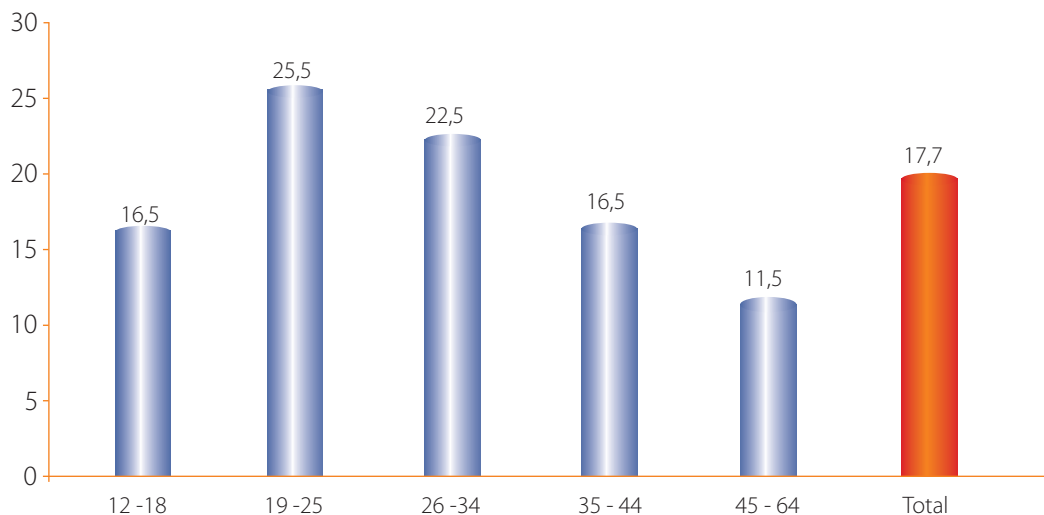
## **Consumo de Alcohol y "carrete juvenil"**

El consumo de 5 o más vasos de alcohol en una salida de "carrete" es mayor entre los jóvenes de 19 a 25 años de edad, donde el 25,5% bebe esa cantidad en aquellos

días en que ha bebido. Le siguen los adultos jóvenes de 26 a 34 años de edad, donde el 22,5% bebe 5 o más vasos de alcohol en una salida de "carrete". Esta forma de beber decrece conforme aumenta la edad y también es menor entre los adolescentes.

**Gráfico 60**

**Porcentaje de consumidores de alcohol en último mes que declara tomar 5 o más vasos aquellos días que ha bebido alcohol**



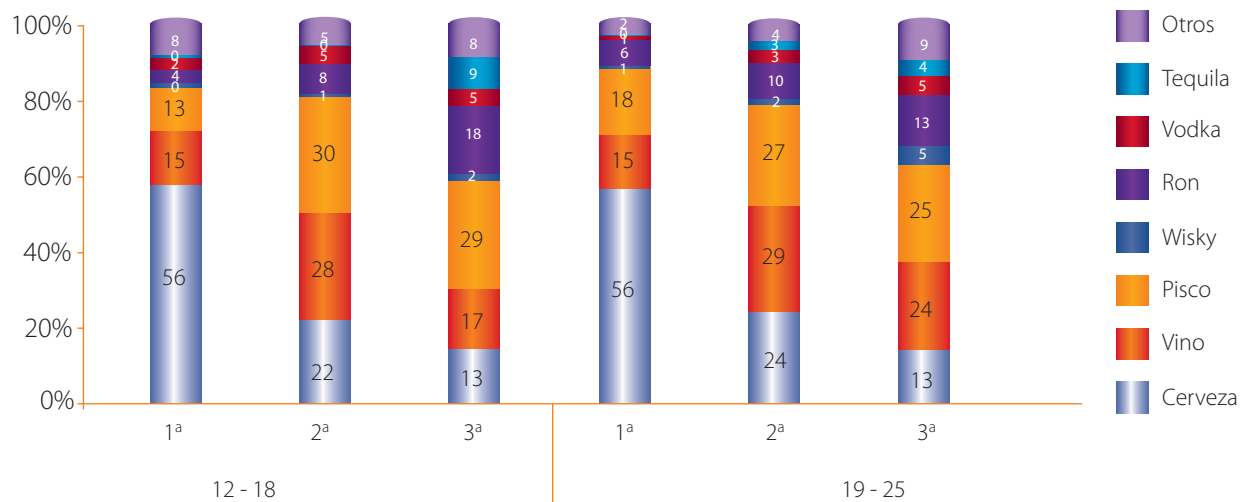
## Orden de preferencia de bebidas alcohólicas en adolescentes y jóvenes

En el gráfico siguiente se observan las preferencias en cuanto a las bebidas alcohólicas entre adolescentes y jóvenes. En ambos grupos etarios la primera preferencia, con un 56%, es la cerveza. La segunda preferencia es el pisco en el caso de los adolescentes (30%) y el vino en

el caso de los jóvenes (29%). La tercera preferencia la tiene una vez más el pisco en el caso de los adolescentes, que coincide con la tercera preferencia de los jóvenes. Es preocupante constatar que en los adolescentes el pisco mantenga una alta preferencia, puesto que es una bebida con alta graduación alcohólica, considerando además que en este grupo etario el consumo de alcohol no debería ser permitido.

Gráfico 61

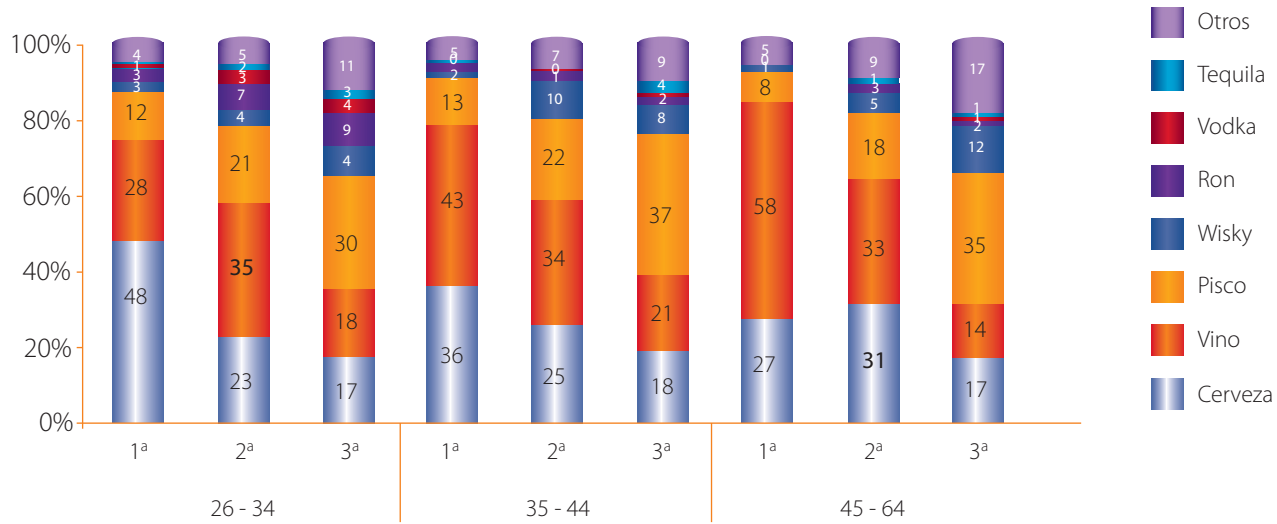
Bebidas alcohólicas en orden de preferencia, en adolescentes y jóvenes



Las preferencias por las bebidas alcohólicas se mantienen según segmentos etarios. Entre los adultos jóvenes de 26 a 34 años la primera preferencia es también la cerveza. Sin embargo, a partir de los 35 años de edad la primera y segunda preferencia es el vino.

**Gráfico 62**

**Bebidas alcohólicas en orden de preferencia, en personas adultas**



**Riesgo asociado al uso de Alcohol**

Los principales riesgos derivados del uso del alcohol se relacionan principalmente con accidentes del tránsito, peleas o riñas y desacatos a la autoridad pública o con la

ley. Un 8,4% de los prevalentes de último año de consumo de alcohol ha tenido algún problema con la familia o con amigos a causa del alcohol. Un 6,4% se ha expuesto a peligros contra su integridad física, como chocar el auto u otro accidente a causa del alcohol.

**Tabla 16**

**Riesgo asociado al uso de alcohol, porcentaje en prevalentes de último año de consumo de alcohol**

Le a sucedido que a causa del Alcohol:	% entre consumidores año	Nº estimado
Se ha expuesto a peligros contra su integridad física, como chocar el auto u otro accidente	6,4	319.007
Se ha visto envuelto en peleas a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos del alcohol	4,8	238.195
Hizo algo que pudo causarle problemas con la autoridad pública o con la ley, como manejar bajo efectos del alcohol	3,5	174.287
Ha sido detenido por Carabineros a causa del consumo de alcohol	3,5	230.323
Ha sufrido algún accidente de tránsito, laboral o doméstico que pudo deberse al uso de alcohol	1,1	73.446
Ha tenido algún problema con la familia o amigos, como disgusto o discusión que haya resentido la relación	8,4	414.384
Ha tenido algún problema serio en casa, el lugar de trabajo o donde estudia	4,3	212.522

Entre quienes presentan signos de dependencia los problemas ocasionados por el uso de alcohol aumentan ostensiblemente. Es así como un 37,3% de los bebedores con signos de dependencia han tenido algún problema

con la familia o con amigos a causa del alcohol. Asimismo, un 31,5% se ha expuesto a peligros contra su integridad física, como chocar el auto u otro accidente a causa del alcohol.

**Tabla 17**

**Riesgo asociado al uso de alcohol, porcentaje en prevalentes de último mes con signos de dependencia**

Le a sucedido que a causa del Alcohol:	% entre consumidores mes con signos de dependencias	Nº estimado
Se ha expuesto a peligros contra su integridad física, como chocar el auto u otro accidente	31,5	196.533
Se ha visto envuelto en peleas a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos del alcohol	22,7	141.754
Hizo algo que pudo causarle problemas con la autoridad pública o con la ley, como manejar bajo efectos del alcohol	17,6	109.445
Ha sido detenido por Carabineros a causa del consumo de alcohol	16,3	101.737
Ha sufrido algún accidente de tránsito, laboral o doméstico que pudo deberse al uso de alcohol	5,4	33.710
Ha tenido algún problema con la familia o amigos, como disgusto o discusión que haya resentido la relación	37,3	232.481
Ha tenido algún problema serio en casa, el lugar de trabajo o donde estudia	21,1	131.394

En la tabla siguiente se compara la información de las dos tablas previamente comentadas. En ella es posible observar que, en términos de porcentaje, los riesgos asociados al consumo de alcohol aumentan considerablemente en aquellas personas que presentan signos de dependencia, con relación a los prevalentes de último año.



**Tabla 18****Riesgo asociado al uso de alcohol. Comparación entre prevalentes de último año y prevalentes de últimos meses con signos de dependencia**

Le ha sucedido que a causa del Alcohol:	% entre consumidores año	% entre consumidores mes con signos de dependencia
Se ha expuesto a peligros contra su integridad física, como chocar el auto u otro accidente	6,4	31,5
Se ha visto envuelto en peleas a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos del alcohol	4,8	22,7
Hizo algo que pudo causarle problemas con la autoridad pública o con la ley, como manejar bajo efectos del alcohol	3,5	17,6
Ha sido detenido por Carabineros a causa del consumo de alcohol	3,5	16,3
Ha sufrido algún accidente de tránsito, laboral o doméstico que pudo deberse al uso de alcohol	1,1	5,4
Ha tenido algún problema con la familia o amigos, como disgusto o discusión que haya resentido la relación	8,4	37,3
Ha tenido algún problema serio en casa, el lugar de trabajo o donde estudia	4,3	21,1

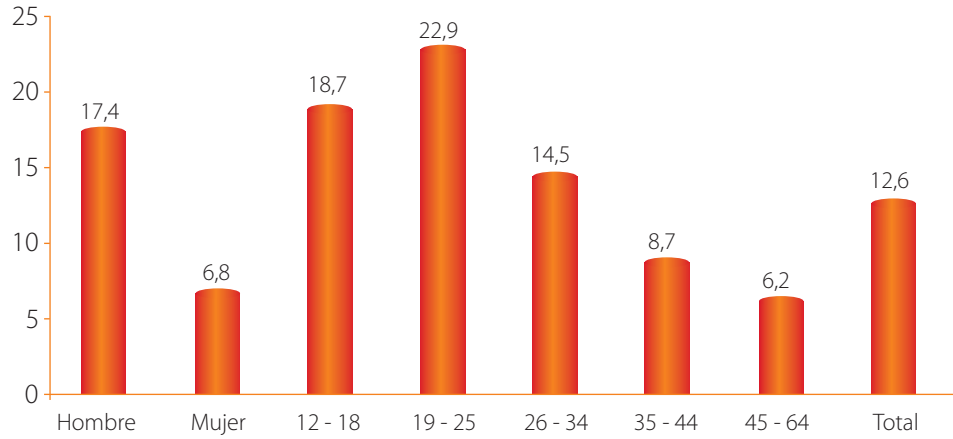
**Tasa de consumidores con signos de dependencia a Alcohol**

Para obtener una estimación de las personas con signos de dependencia a alcohol, en los estudios nacionales de drogas en población general de Chile se utilizan preguntas específicas de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) las que son aplicadas, en el caso del alcohol, sólo a aquellas personas que declaran haber consumido alcohol en los últimos 30 días previos a la encuesta. Sin embargo y en el entendido de que este tipo de medición debe hacerse clínicamente, el cálculo de esta tasa de consumo de alcohol es presentada bajo el rótulo de "personas con signos de dependencia al alcohol".

Conforme a lo anterior, la tasa de personas con signos de dependencia al alcohol es cerca de tres veces superior en los hombres con relación a las mujeres, 17,4% y 6,8% respectivamente. Los jóvenes de 19 a 25 años son los que presentan la tasa más alta por grupos etarios, con 22,9%, seguidos por los adolescentes con una tasa de 18,7%. A partir de los jóvenes conforme aumenta la edad, la tasa de personas con signos de dependencia al alcohol decrece.

**Gráfico 63**

**Tasa de consumidores con signos de dependencia a alcohol. Porcentaje de prevalentes de último mes de consumo de alcohol, por sexo y edad, que marca 3 o más puntos en la escala CIE-10**

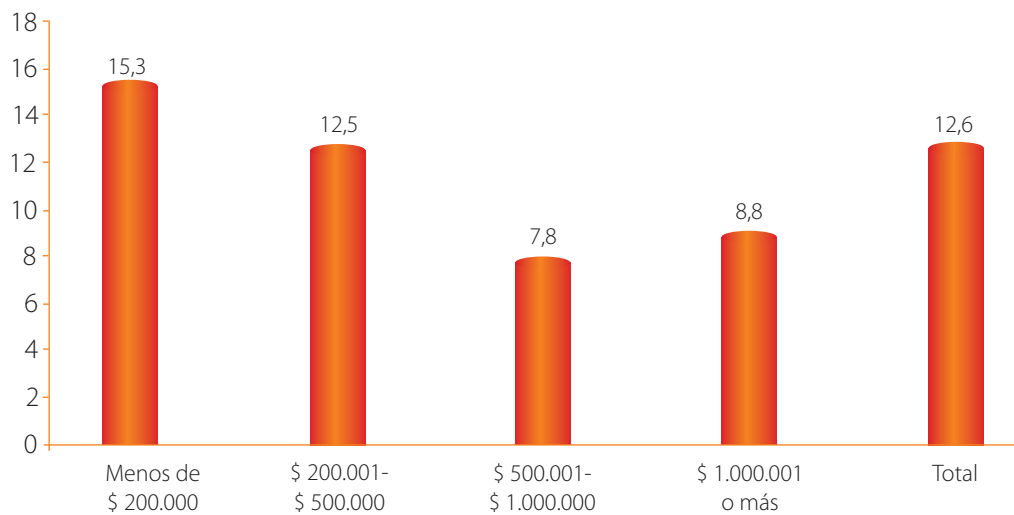


De acuerdo al nivel de ingreso familiar, se observa que los consumidores con signos de dependencia a alcohol de las familias con los más bajos ingresos casi duplican

a los de las familias con los más altos ingresos, con tasas de 15,3% y 8,8% respectivamente.

**Gráfico 64**

**Tasa de consumidores con signos de dependencia a alcohol. Porcentaje de prevalentes de último mes de consumo de alcohol, por nivel de ingreso familiar, que marca 3 o más puntos en la escala CIE-10**



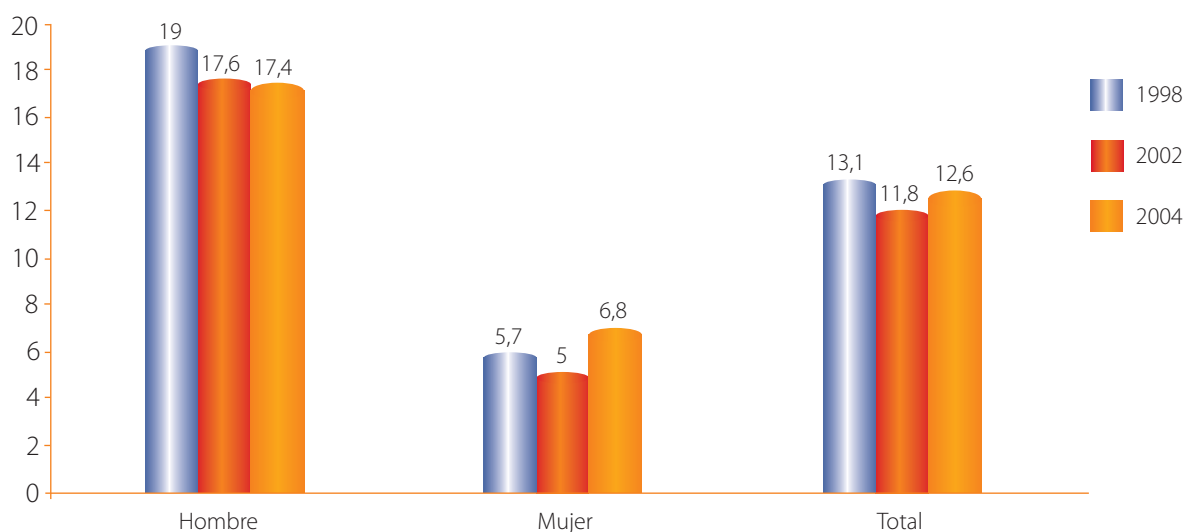
## Tendencia de los consumidores de Alcohol con signos de dependencia

La tasa de consumidores de alcohol con signos de dependencia tiende a mantenerse estable en el período

1998 – 2002 – 2004, cercana al 13%. Realizando un análisis por sexo, los hombres han experimentado un leve descenso en la misma entre 1998 y 2002-2004, mientras que las mujeres han experimentado una leve tendencia al alza.

Gráfico 65

Tendencia de la tasa de consumidores de último mes con signos de dependencia a alcohol, por sexo. Resultados según escala CIE-10.



Tal como se indicara anteriormente, la mayor tasa de signos de dependencia a alcohol se registra en el grupo etario de 19 a 25 años, donde los hombres alcanzan una tasa de 26,4% en 2004, levemente inferior a la de 27,3% del año 2002. Por su parte, las mujeres de este grupo etario presentan una tasa de 17,2%, 9 puntos porcentuales más baja que la de los hombres, pero 7 puntos porcentuales más alta que el 10,1% observado entre las mujeres

en el año 2002. Por su parte, entre los adolescentes la tasa de signos de dependencia al alcohol es muy similar entre hombres y mujeres, con 19,7% y 17% respectivamente. En ambos casos la tasa se ha mantenido estable entre los años 2002 y 2004. Otro aumento importante en la tasa de signos de dependencia a alcohol la registran las mujeres del grupo etario de 26 a 34 años de edad, que aumentó de 4,6% en 2002 a 7,6% en 2004.

**Tabla 19**

**Tendencia de la tasa de consumidores con signos de dependencia a alcohol, por grupos de edad, según sexo. Evolución 2002 - 2004**

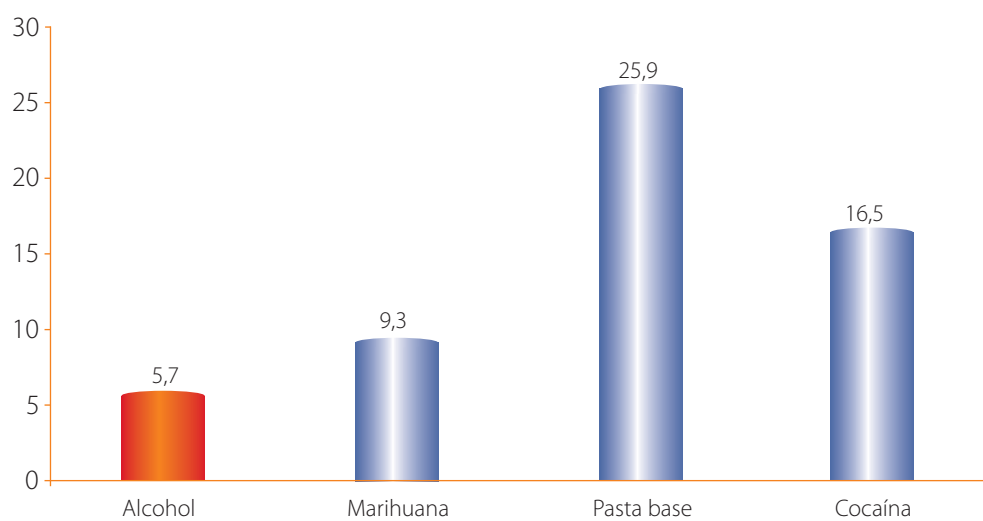
Edad	Año	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		Nº Estimado	%
		Nº Estimado	%	Nº Estimado	%		
12-18	2002	64.565	19,0	32.184	17,4	96.750	18,4
	2004	62.810	19,7	33.323	17,1	96.133	18,7
19-25	2002	158.458	27,3	34.101	10,1	192.559	20,9
	2004	144.834	26,4	58.731	17,2	203.565	22,9
26-34	2002	94.310	16,4	19.632	4,6	113.941	11,4
	2004	106.823	18,9	27.980	7,6	134.803	14,5
35-44	2002	73.484	13,5	15.061	2,7	88.545	8,0
	2004	78.706	15,7	15.360	2,7	94.067	8,7
45-64	2002	79.895	12,5	12.733	1,6	92.628	6,5
	2004	79.210	10,2	15.791	2,1	95.001	6,2
Total	2002	470.712	17,6	113.712	5,0	584.424	11,8
	2004	472.383	17,4	151.186	6,8	623.569	12,6

### **Porcentaje de consumidores con signos de dependencia a Alcohol que declara necesidad de tratamiento**

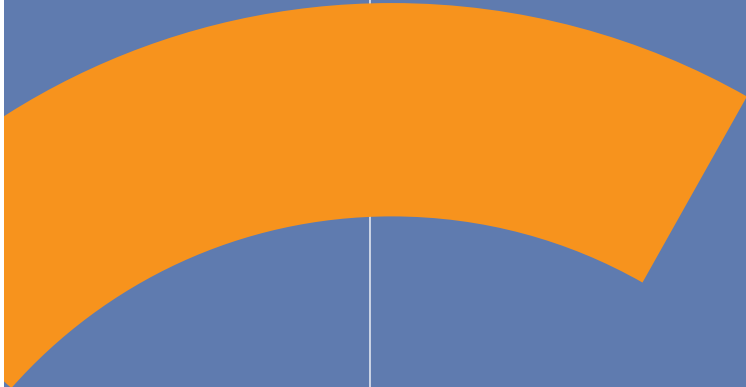
Es necesario destacar el bajo porcentaje de consumidores con signos de dependencia al alcohol que declara sentir la necesidad de un tratamiento, tomando en cuenta las altas tasas de prevalencia, de bebedores problema y de personas con signos de dependencia al alcohol en el país. Dentro de las drogas más usadas en Chile, el alcohol es la que muestra la tasa de necesidad de tratamiento más baja, siendo la pasta base la que registra la tasa más alta.

**Gráfico 66**

**Porcentaje de consumidores de alcohol y de drogas ilícitas con signos de dependencia que declaran necesidad de tratamiento**



# Bibliografía





# Bibliografía

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-IV.4<sup>th</sup> Edition

Botvin, G. (2000). 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors' [«Prevención del consumo abusivo de drogas en las escuelas: enfoques sociales y de mejora de la competencia dirigido a factores etiológicos individuales»], *Addictive Behaviours* nº 25.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000). *Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos*. Extraído el 30 de noviembre, 2004, del sitio Web de CEPAL:  
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/4/LCL1424/lcl1424.pdf>

Chile, Biblioteca del Congreso Nacional (2006). "Ley Nº 20105" Extraído el 31 de octubre, 2006, del sitio Web de la Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.bcn.cl/portada.html>

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2001). *Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2000*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes & Servicio Nacional de Menores. (2002). *Estudio Acerca de la Magnitud del Consumo y los Factores Asociados al Uso de Drogas en la*

*Población de SENAME*. Informe Ejecutivo Final, Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2002). *Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, de 8º básico a 4º medio, 2001*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2003). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2003). *Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2002*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes & Ministerio de Educación. (2003). *Programa de Prevención del Consumo de Drogas Quiero Ser*. Manual del Profesor (2ª ed.). Santiago de Chile: Prosa S.A.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004). *Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, de 8º básico a 4º medio, 2003*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, División de Seguridad Ciudadana. (2006). *Informe sobre la Labor Policial para el Control del Narcotráfico en el Gran Santiago, año 2005*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2005). *Sexto Estudio Nacio-*



nal de Drogas en Población General de Chile, 2004. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2006). *Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, de 8° básico a 4° medio, 2005*. Santiago de Chile: Autores.

Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2006). *Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE - FONASA*. Santiago de Chile, noviembre de 2006: Autores.

España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Encuesta sobre Drogas en Población Escolar, 2004*. Extraído el 20 de octubre de 2006, del sitio Web: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>

Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002* [Estadísticas sanitarias: datos clave sobre salud 2002], Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

Fundación Paz Ciudadana (2005). *Consumo de drogas en detenidos: aplicación de la metodología I-ADAM en Chile*. Santiago de Chile: Autores.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2006). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2005*. (NIH Publication No. 06-5882). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis de

Doctorado para la Obtención del Grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.

Navarro, J. (2000). *Factores de Riesgo y Protección de Carácter Social Relacionados con el Consumo de Drogas*. Ayuntamiento de Madrid.

Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. (2005). *Informe Anual 2005: El Problema de la Drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2005.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Autor.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Global Illicit Drug Trends, 2003*. Executive Summary. Extraído el 15 de septiembre de 2006 del sitio Web: [http://www.unodc.org/unodc/en/world\\_drug\\_report\\_2004.html](http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report_2004.html)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2006). *Global Illicit Drug Trends, 2006*. Executive Summary. Extraído el 15 de septiembre de 2006 del sitio Web: [http://www.unodc.org/unodc/en/world\\_drug\\_report.html](http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html)

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva 2004, Printed in Singapore.



