CONACE
Ministerio del Interior
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

RESUMEN EJECUTIVO

NOVENO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL, 2010

ÁREA DE EVALUACIÓN Y ESTUDIOS

CONSEJO NACIONAL PARA EL
CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE)

MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA

SANTIAGO DE CHILE, JUNIO 2011

Área Evaluación y Estudios

NOVENO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE, 2010

INFORME DE PRINCIPALES RESULTADOS

Junio de 2011

PRINCIPALES RESULTADOS

SERIE DE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACION GENERAL

CONACE ha realizado el Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2010) en conformidad con el compromiso de observar las tendencias en el uso de drogas en el país a través de un estudio sistemático, metodológicamente consistente y en escala nacional. La serie de estudios en población general se realiza cada dos años, en los meses de agosto, septiembre y octubre de los años pares, sin embargo este estudio se realizó entre los meses de noviembre de 2010 y abril de 2011 incluyendo la época de verano. La serie en población general ha conservado sus características fundamentales: está basada en un cuestionario que se realiza con entrevistas cara-a-cara en hogares, en población de ambos sexos entre 12 y 64 años de edad, en todas las regiones del país. Los formatos de las preguntas que registran prevalencias de consumo de drogas han sido siempre los mismos. Las muestras no han variado demasiado en tamaño y cobertura comunal: el número de comunas que configuran el universo de estudio ha permanecido estable desde el año 2000 en adelante, con aumentos que se deben solamente a la subdivisión de comunas antiguas o al crecimiento de algunas a más de 30.000 habitantes.

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

AÑO	ESTUDIO	NÚMERO DE COMUNAS	TAMAÑO MUESTRAL	UNIVERSO
1994	I Estudio Nacional de Drogas en Población General	66	8.271	6.186.528
1996	II Estudio Nacional de Drogas en Población General	72	12.421	6.917.182
1998	III Estudio Nacional de Drogas en Población General	62	31.665	6.940.727
2000	IV Estudio Nacional de Drogas en Población General	86	44.421	7.779.905
2002	V Estudio Nacional de Drogas en Población General	87	16.476	8.392.058
2004	VI Estudio Nacional de Drogas en Población General	87	16.366	8.715.567
2006	VII Estudio Nacional de Drogas en Población General	91	17.192*	8.876.262
2008	VIII Estudio Nacional de Drogas en Población General	95	17.113*	8.954.639
2010	IX Estudio Nacional de Drogas en Población General	108	16.000*	9.738.623

* En el Séptimo Estudio Nacional, 2006 se amplió el límite de edad de la población entrevistada hasta 65 años para cumplir con normas de comparabilidad internacional. El examen de tendencias nacionales considera solamente la población entre 12-64 años de edad.

METODOLOGÍA

La muestra del Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General ha sido proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas, en base a una selección aleatoria de áreas y hogares que se completa con un procedimiento de selección también aleatorio de personas dentro de los hogares. Se excluye población que vive en situación de calle y en instituciones como hospitales y cárceles entre otras.

En este caso, su tamaño (15.576 personas) y cobertura (108 comunas urbanas del país con población de más de 30.000 habitantes) que corresponde aproximadamente al 70% del total de la población nacional. La aplicación de la encuesta fue realizada por un organismo externo a CONACE, convocado mediante licitación pública (Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado).

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

Desde 1994 hasta 2008, la encuesta se aplicó con cuestionarios de papel ofreciendo la forma de autoreporte. El año 2010 se introdujo la tecnología utilizada en la mayoría de los países desarrollados usando un sistema de computación portátil (PDA, Personal Digital Assistant). La PDA está diseñada para proporcionar al entrevistado un modo privado y confidencial de respuesta con el fin de aumentar el nivel de información honesta del consumo de drogas ilícitas, no obstante se les entregó la opción a los entrevistados que así lo requerían, de contestar el cuestionario en papel. Además, este sistema permite la elección aleatoria del entrevistado al interior del hogar sólo después de conocer cuáles son todos sus miembros. Durante el levantamiento de terreno, se visitaron 22.742 viviendas, que representan el 91% del listado total de viviendas provisto por el INE y la tasa de respuesta de entrevistas logradas fue 70,3%.

Limitaciones en la medición de la tendencia

Debido a mejoras tecnológicas introducidas en 2010, las estimaciones de las encuestas pre- 2010 pueden tener una comparabilidad limitada. A partir de este año se introdujeron cambios tales como: el periodo en que se realizó el levantamiento de la información que incluyó fiestas de fin de año y verano, y la incorporación del uso de nuevas tecnologías. La tecnología PDA está siendo incorporada progresivamente en encuestas poblacionales debido a las ventajas de disponer de información en menor tiempo, automatizar procesos de validación al ingreso de la información y de facilitar el control de calidad centralizado. El uso de esta tecnología, si bien no impide la ocurrencia de errores de registro, transcripción y tipeo de la información, reduce los errores relacionados al ingreso de datos no válidos y estandariza en mayor medida la validación. Su principal debilidad consiste en el riesgo, por cierto muy bajo, de pérdida de información no posible de recuperar y en la menor experiencia de los encuestadores en su uso.

Formato de informe

En este informe se presentan capítulos que analizan los resultados nacionales en cinco temas: consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco; efecto del nivel socioeconómico, dependencia a las sustancias y percepción de tráfico de drogas.

Para efectos de este informe, las estimaciones de consumo de sustancias se presentan aproximadas al primer decimal, el análisis comparado del uso de drogas se expone ajustando los datos según la distribución por sexo y edad acorde a las proyecciones poblacionales del INE basadas en el CENSO del año 2002. La totalidad de la información reportada se analizó a través de un exhaustivo análisis de significancia estadística en el cual se incorpora el diseño muestral, con un nivel de confianza del 95%.

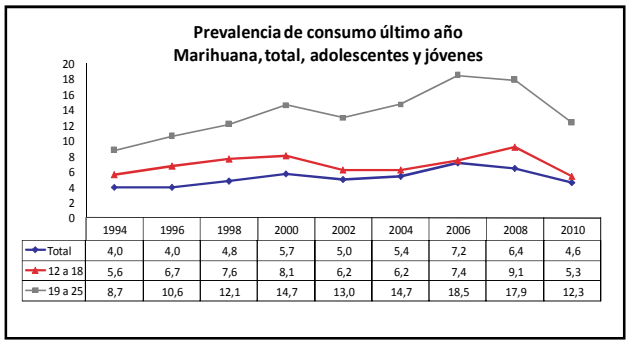
CONSUMO DE MARIHUANA

En el caso de la marihuana, los resultados muestran una variación en la declaración de consumo de marihuana en último año de 7,2% en 2006, 6,4% en 2008 y 4,6% en 2010, lo que muestra una consolidación en la tendencia a la baja observada a partir del año 2006 en el país. El uso de marihuana marcó una curva ascendente en la década de los noventa para estabilizarse en los años siguientes alrededor de la cumbre que alcanzara en el año 2000. El resultado actual muestra que la marihuana ha continuado disminuyendo llegando a la cifra más baja de la última década.

Las declaraciones de consumo de marihuana en adolescentes de 12-18 años presentaron una baja desde 9,1% en 2008 (cifra más alta de la tendencia) a 5,3% en 2010. En jóvenes se observó una nueva caída en el consumo de 17,9% en 2008 a 12,3% en 2010.

La tendencia de la marihuana entre adolescentes había sido muy auspiciosa con un descenso de 1,9 puntos porcentuales al entrar la década, pero se había producido un aumento sostenido del consumo hasta el año 2008 que se revierte en el año 2010. Entre los jóvenes, en cambio, sigue la tendencia nacional: la marcha ascendente se detuvo el 2006 y el uso de marihuana comienza a mostrar una débil disminución el 2008 que se consolida el 2010 llegando a una prevalencia de 12,3%.

Figura 1



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total	4,0	4,0	4,8	5,7	5,0	5,4	7,2	6,4	4,6
12 a 18	5,6	6,7	7,6	8,1	6,2	6,2	7,4	9,1	5,3
19 a 25	8,7	10,6	12,1	14,7	13,0	14,7	18,5	17,9	12,3

En general, en la población no se han presentado variaciones importantes entre los años 2006 y 2010 en la percepción de riesgo del consumo experimental de marihuana (probar 1 ó 2 veces). Sin embargo, se observa un leve y progresivo aumento de la percepción de riesgo en la población adolescente en las

últimas tres mediciones. En los jóvenes la percepción de riesgo aumenta entre el 2006 y el 2008, para luego presentar un leve descenso en esta última medición, con un 34,5% en el 2010.

El grupo de entrevistados que declara haber recibido una oferta de marihuana durante el último año, disminuyó entre el 2008 y el 2010, sobre todo, en el grupo de adolescentes (25,2% en el 2008 a 13,6% en el 2010), y jóvenes (34,7% en el 2008 a 25,2% en el 2010).

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

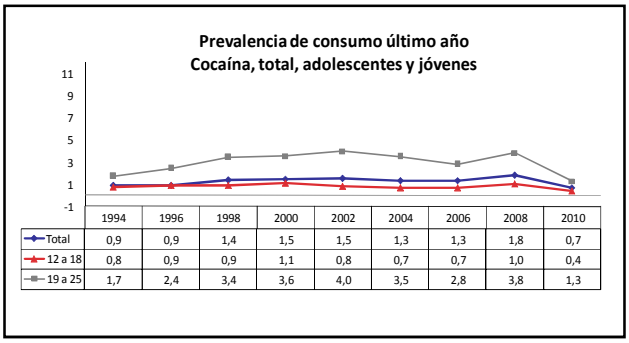
	EXPOSICIÓN A OFERTAS					PERCEPCIÓN DE RIESGO		
	2002	**2004**	**2006**	**2008**	**2010**	**2006**	**2008**	**2010**
TOTAL	13,9	15,1	16,0	15,8	10,3	46,6	51,8	48,1
ADOLESCENTES	19,9	21,7	21,5	25,2	13,6	42,5	46,4	48,5
JÓVENES	31,1	35,3	33,2	34,7	25,2	29,9	37,0	34,5

CONSUMO DE COCAÍNA Y PASTA BASE

Las declaraciones de consumo de cocaína variaron de 1,8% en 2008 a 0,7% en 2010, disminución que transforma al 2010 en el año con la prevalencia de consumo más baja de la serie.

El uso de cocaína disminuye tanto en adolescentes (12 a 18 años) como en población joven (19 a 25 años). En este último grupo etáreo se observa una disminución estadísticamente significativa entre la medición del año 2008 (3,8%) y la medición del año 2010 (1,3%).

Figura 2



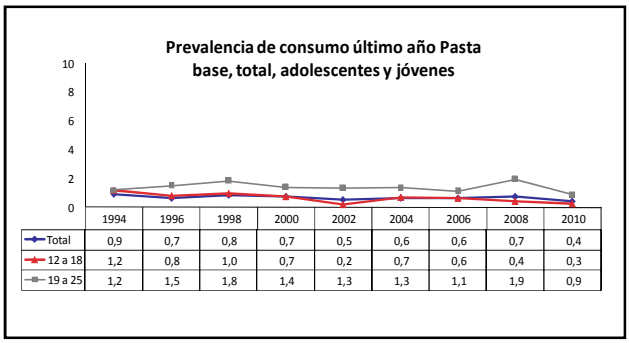
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total	0,9	0,9	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,8	0,7
12 a 18	0,8	0,9	0,9	1,1	0,8	0,7	0,7	1,0	0,4
19 a 25	1,7	2,4	3,4	3,6	4,0	3,5	2,8	3,8	1,3

La prevalencia de consumo de cocaína en el último año (ver anexo 2), es significativamente más alta en los hombres, alcanzando un 1,2%, versus un 0,1% observado en mujeres. Ambos grupos muestran una disminución significativa respecto a la última medición. Los hombres disminuyen su consumo de 3,2% a 1,2%, y las mujeres disminuyen la prevalencia de consumo en el último año de 0,6% a 0,1%.

En el caso de la pasta base, también se produce una disminución significativa de la prevalencia en el último año de 0,7% en 2008 a 0,4% en 2010, produciéndose la prevalencia más baja de la serie en más de una década.

El uso de pasta base disminuye tanto en adolescentes (12 a 18 años) como en población joven (19 a 25 años). A pesar de que en este último grupo etáreo se observa una disminución entre la medición del 2008 con 1,9%, y la de 2010 con 0,9%, es el que presenta las prevalencias más altas de consumo de pasta base.

Figura 3



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total	0,9	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,4
12 a 18	1,2	0,8	1,0	0,7	0,2	0,7	0,6	0,4	0,3
19 a 25	1,2	1,5	1,8	1,4	1,3	1,3	1,1	1,9	0,9

La prevalencia de consumo de pasta base en el último año (ver anexo 2), es significativamente más alta en los hombres, alcanzando un 0,7%, versus un 0,1% observado en las mujeres. Los hombres por un lado, disminuyen su consumo de 1,1% a 0,7%, y las mujeres disminuyen significativamente la prevalencia de consumo en el último año de 0,4% a 0,1%.

La percepción de riesgo del consumo experimental de cocaína se ha mantenido estable en la población joven de 19 a 25 años y ha presentado un leve aumento en el grupo de adolescentes. Los datos muestran que la percepción de riesgo ante el uso experimental de cocaína, en este grupo, aumentó en el último bienio de 66,1% a 67,6% para quienes perciben un gran riesgo en probar cocaína una o dos veces.

Por su parte, la exposición a ofrecimientos de cocaína, medida como el porcentaje de la población que declara haber recibido una oferta de cocaína en el último año, disminuye de manera significativa a nivel global desde un 6,4% en 2008 a un 3,0% en el año 2010. Este mismo patrón se observa cuando se observan las cifras por grupos etáreos, mostrando caídas significativas en todos ellos, pasando de 6,2% a 2,2% en la población adolescente, y de 12,1% a 6,0% para los jóvenes.

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

	EXPOSICIÓN A OFERTAS					PERCEPCIÓN DE RIESGO		
	2002	**2004**	**2006**	**2008**	**2010**	**2006**	**2008**	**2010**
TOTAL	4,4	5,3	5,0	6,4	3,0	69,4	74,5	69,6
ADOLESCENTES	2,7	3,7	3,5	6,2	2,2	60,2	66,1	67,6
JÓVENES	9,6	12,1	8,6	12,1	6,0	56,6	62,8	61,7

La percepción de riesgo del consumo experimental de pasta base muestra un descenso significativo en la última medición desde 81,1% en 2008 a 78,1% en 2010. A pesar de esta tendencia poblacional, el grupo de adolescentes muestra un alza entre el año 2008 y 2010, observándose una percepción de gran riesgo desde 72,9% en 2008 a 76,1% en 2010.

Por otra parte, el porcentaje de la población que declara haber recibido una oferta de pasta base en los últimos doce meses disminuye a 2,6% en el año 2010 en comparación con el 3,9% registrado en 2008. Según grupo etáreo, también se observan disminuciones que en el caso de adolescentes, de un 4,7% en 2008 a un 2,5% en 2010. En el segmento de jóvenes la variación registrada es de un 4,6% a un 5,5%, siendo este grupo el que declara la mayor oferta de cocaína entre ambos segmentos.

CUADRO 4: EXPOSICIÓN A OFERTAS DE PASTA BASE Y PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL USO DE PASTA BASE- *% que declara que le han ofrecido pasta base en el último año y % que observa un riesgo grande en el uso experimental de pasta base*

	EXPOSICIÓN A OFERTAS					PERCEPCIÓN DE RIESGO		
	2002	**2004**	**2006**	**2008**	**2010**	**2006**	**2008**	**2010**
TOTAL	2,8	3,9	4,0	3,9	2,6	77,2	81,1	78,1
ADOLESCENTES	2,8	4,8	3,5	4,7	2,5	67,4	72,9	76,1
JÓVENES	5,7	7,9	6,0	7,6	5,5	69,8	74,5	73,0

Lo anterior es consistente con las variaciones de precios observadas entre los años 2008 y 2010, ya que el gramo de cocaína pasó de un promedio de $5.308 durante el año 2008 a $6.393 en 2010, lo que equivale a un alza de 20,4%, mientras que el precio de la pasta base también registró alzas entre 2008 y 2010, aumentando de un promedio de $1.082 a $1.356 por papelina de pasta base, lo que equivale a un alza de 25,3% aproximadamente.

Figura 4

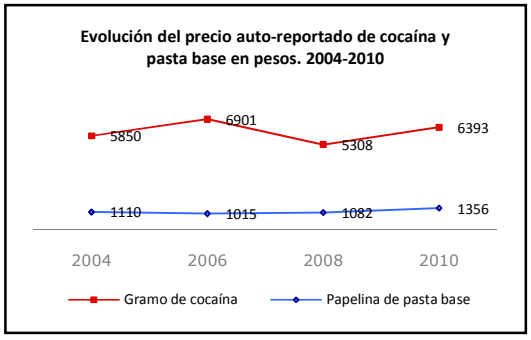
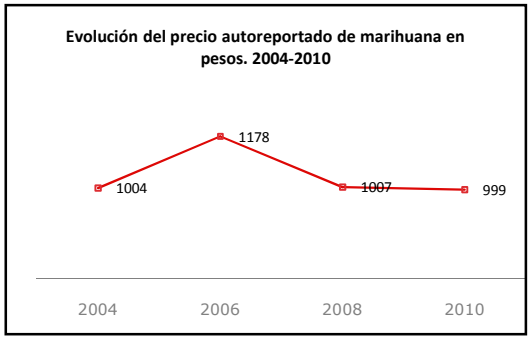


Figura 5



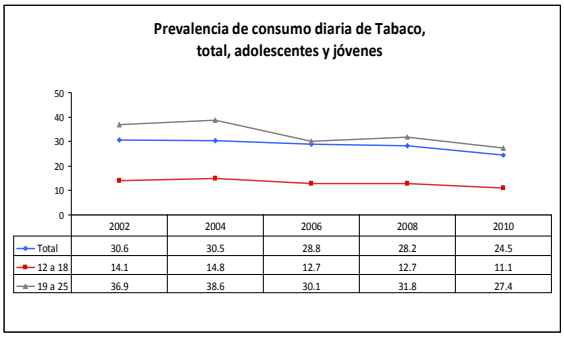
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

El consumo de alcohol consolida el descenso que presentaba desde el 2006, la prevalencia de último mes cae 9 puntos porcentuales, desde 49,8% hasta 40,5%, esta baja sumada a la observada entre 2006 y 2008 ilustra una disminución significativa en tendencia de esta prevalencia de consumo. La caída del alcohol se explica por un menor consumo en la población adolescentes donde se produce un descenso de 8 puntos porcentuales, y en adultos, mayores de 26 años, donde el consumo de último mes pierde 9 puntos porcentuales en promedio. Por otro lado, al analizar los datos por sexo, se observa una caída de 60% a 48,9% en hombres y de 39,9% a 32,2% en mujeres.

Los resultados para uso diario de tabaco también presentan una reducción significativa, esta caída respecto al estudio 2008 es de 3,7 puntos porcentuales. La disminución se explica por caídas

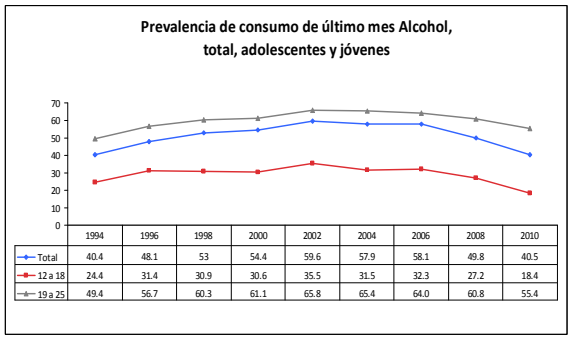
significativas por sexo y en los niveles socioeconómicos medios. Las declaraciones de uso diario de cigarrillos (20 o más días en el último mes) han permanecido estables en torno al 30% durante la década anterior, siendo la estimación correspondiente al año 2010 la más baja de la serie.

Figura 6



	2002	2004	2006	2008	2010
Total	30.6	30.5	28.8	28.2	24.5
12 a 18	14.1	14.8	12.7	12.7	11.1
19 a 25	36.9	38.6	30.1	31.8	27.4

Figura 7



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total	40.4	48.1	53	54.4	59.6	57.9	58.1	49.8	40.5
12 a 18	24.4	31.4	30.9	30.6	35.5	31.5	32.3	27.2	18.4
19 a 25	49.4	56.7	60.3	61.1	65.8	65.4	64.0	60.8	55.4

Un 85,3% de la población general percibe como un gran riesgo el consumo de 5 o más tragos de alcohol al día, cifra que se mantiene estable en relación al estudio de 2008. Sin embargo, este porcentaje presenta un leve aumento, aunque no significativo, en población adolescente (12 a 18 años) desde un 79,3% en 2008 a 82,9% en 2010.

CUADRO 5: PERCEPCIÓN DE RIESGO ANTE EL USO DE ALCOHOL

- % que observa un riesgo grande en el uso de 5 o más tragos de alcohol diariamente

	PERCEPCIÓN DE RIESGO		
	2006	**2008**	**2010**
TOTAL	82,9	85,4	85,3
ADOLESCENTES	76,4	79,3	82,9
JÓVENES	81,1	84,0	85,7

USO DE COCAÍNA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los datos muestran diferencias significativas entre el nivel socioeconómico alto y nivel socioeconómico bajo en el uso de cocaína (clorhidrato de cocaína), sin embargo, esta brecha ha disminuido en la última medición, principalmente por la disminución en el consumo del nivel socioeconómico bajo. Actualmente, la prevalencia de último año de cocaína en el nivel socioeconómico bajo es de 1%, mientras que en el nivel socio-económico alto es de 0,8%. La prevalencia de último año de pasta base para el nivel socioeconómico bajo es de 1,1%, casi siete veces mayor que en el nivel socio-económico alto, en el cual alcanza un 0,2%. En su conjunto, el uso de cocaína total (cocaína y/o pasta base) es el doble en el nivel socio-económico bajo respecto del alto. Junto a ello, la intensidad de uso de cocaína es mayor en el nivel socio-económico bajo, en el cual el promedio de días de consumo en el último mes es de 8, mientras que en el nivel alto esta cifra llega a los 2 días. En el caso de la marihuana, no es posible identificar un comportamiento de consumo asociado al nivel socioeconómico; las diferencias han sido siempre inestables y relativamente exiguas. Los datos de 2004-2006 parecieron confirmar un desequilibrio del consumo de marihuana hacia el nivel socio-económico alto, pero los datos de las

últimas dos mediciones (2008 y 2010) han vuelto a disminuir la brecha. La intensidad de uso de la marihuana suele ser mayor en el nivel socio-económico bajo, aunque con diferencias más estrechas de las que se observan en cocaína.

Figura 8

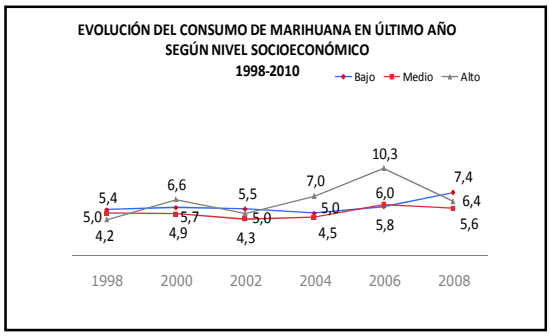
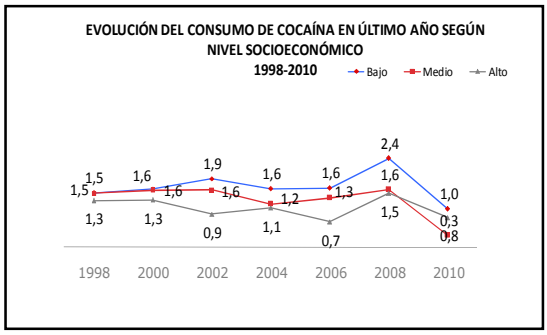


Figura 9



DEPENDENCIA

La tasa de dependencia se calcula a partir de la existencia de tres o más de los 6 criterios definidos acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): síntomas de deseo intenso (o vivencia de una compulsión a consumir), disminución de la capacidad para controlar el consumo, abstinencia, tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión (o aumento del tiempo necesario para obtener la sustancia o para recuperarse de sus efectos) y persistencia en el consumo de la sustancia.

Los datos muestran que la proporción de consumidores de marihuana de último año que declaran síntomas de dependencia han oscilado en torno al 20% a lo largo de la serie. Es importante destacar que al menos 1 de cada 5 adolescentes que ha usado marihuana en el último año, registran síntomas de dependencia, una cifra que muestra claramente los riesgos asociados al uso de marihuana y que desmiente la presunción de que la marihuana no produce adicción. En el caso de la pasta base y cocaína, las tasas de dependencia tampoco han sufrido alteraciones importantes. La pasta base es la sustancia que suscita siempre mayor dependencia, alrededor del 55% de los consumidores recientes. La cocaína, por su parte, a lo largo de la serie ha estado fluctuando en tasas de dependencia cercanas al 25%.

Figura 10

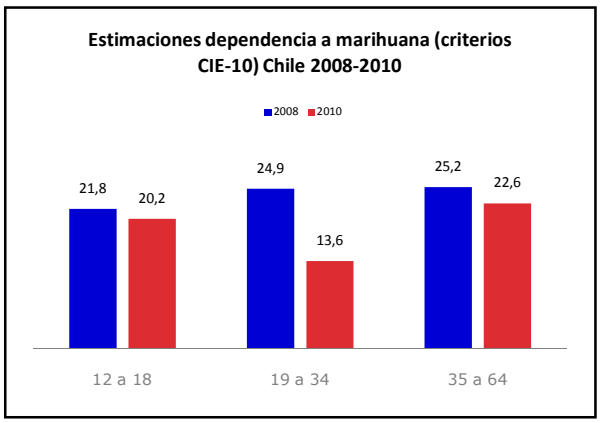
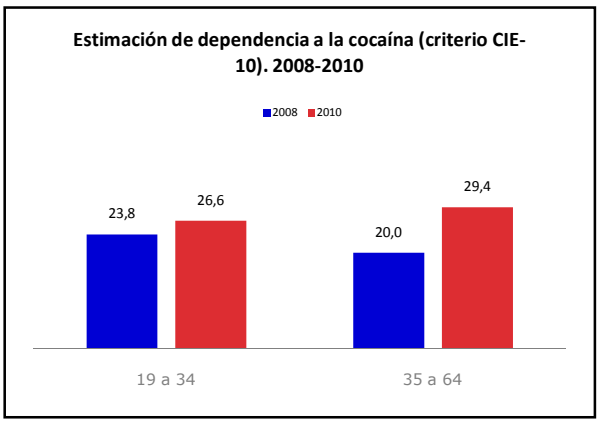


Figura 11



PERCEPCIÓN DE TRÁFICO Y CONSUMO DE DROGAS

La percepción de consumo y tráfico de drogas en el barrio donde se vive ha presentado una disminución significativa en relación al bienio anterior: la proporción que observa mucho consumo de drogas en lugares públicos, calles o plazas de su barrio, disminuyó de 46,0% en 2008 a 32,5% en 2010. Así mismo, la percepción de tráfico de drogas en los barrios donde se habita, obtiene su registro más bajo en el estudio actual con 28,6%, volviendo a los niveles observados en 2002. Las diferencias socio-económicas en las percepciones de consumo y tráfico son muy significativas. Los barrios más pobres tienen cuatro veces más percepción de tráfico que los barrios más ricos con cifras de 53,5% y 14,6% respectivamente. La percepción de consumo en espacios públicos es 54,7% en barrios pobres y 20,0% barrios ricos.

Figura 12

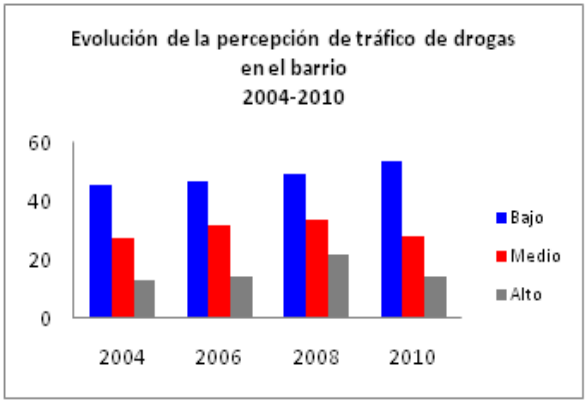
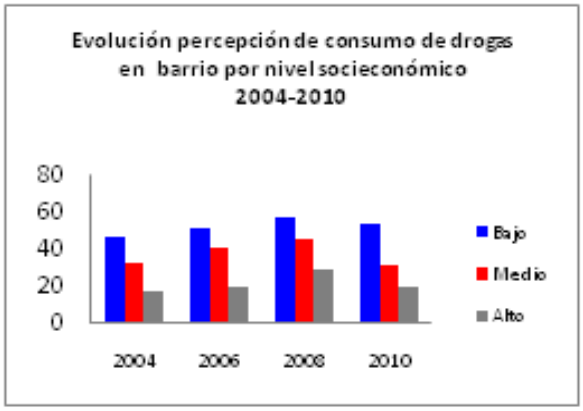
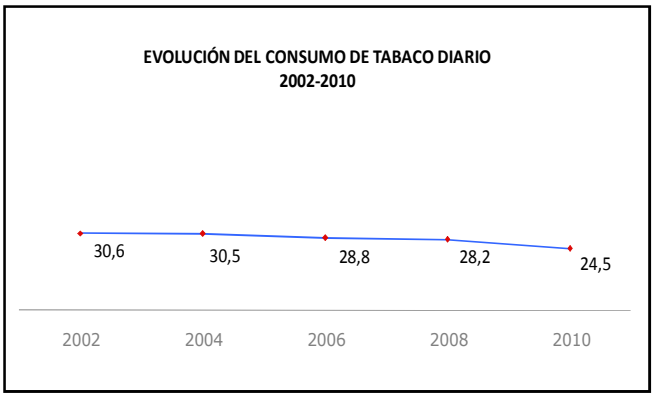
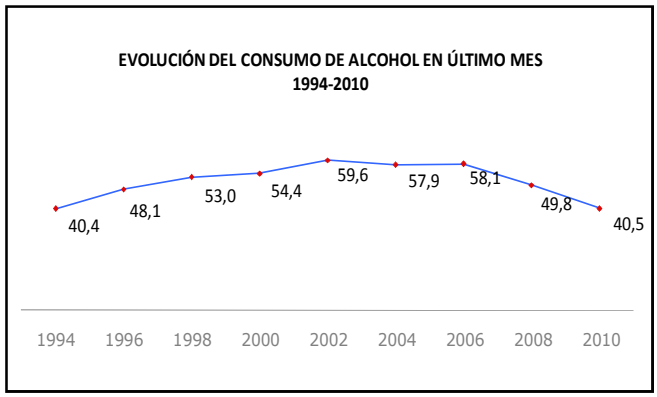


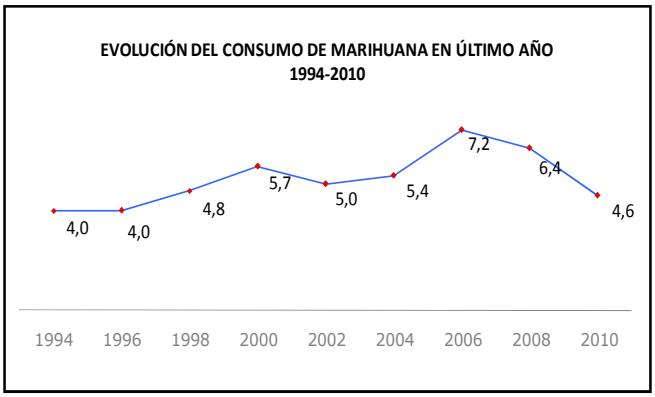
Figura 13

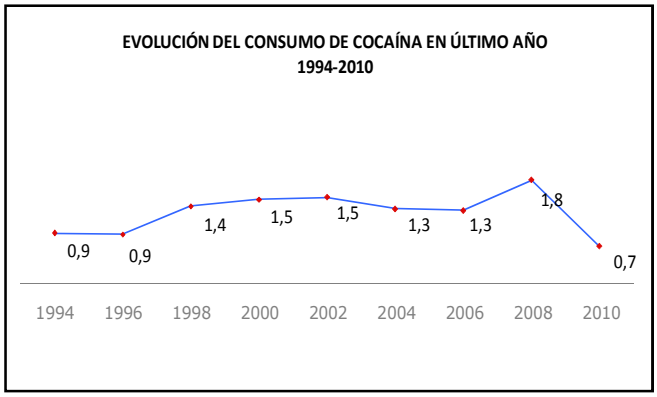


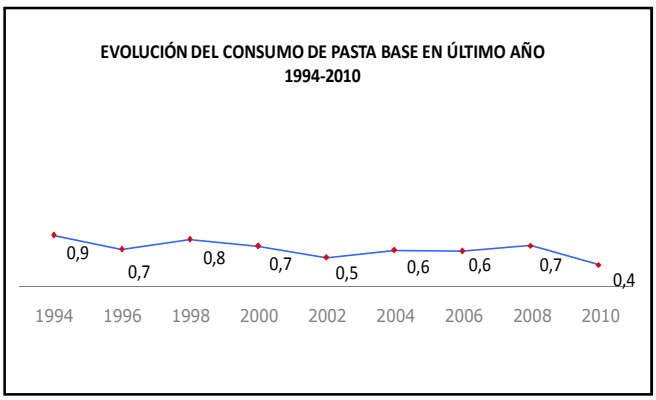
ANEXO 1: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO EN TODA LA MUESTRA
SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2010

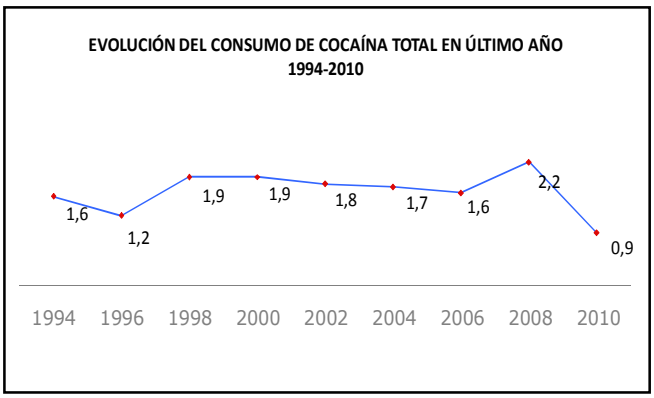




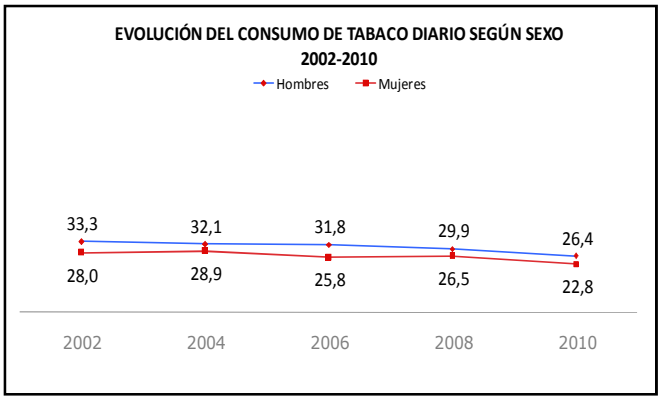


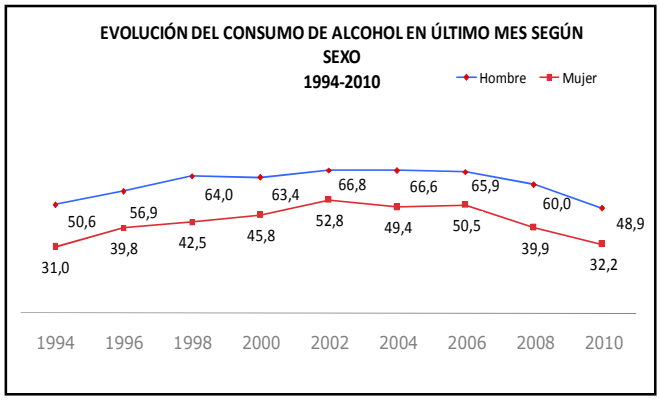


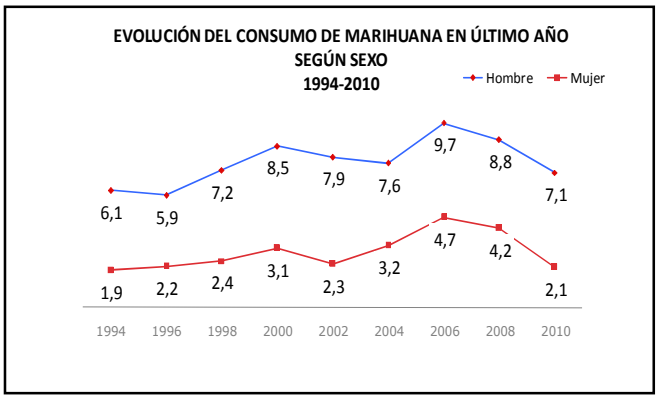


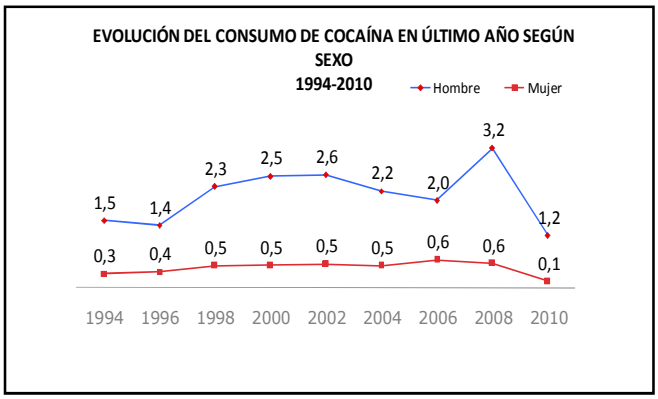


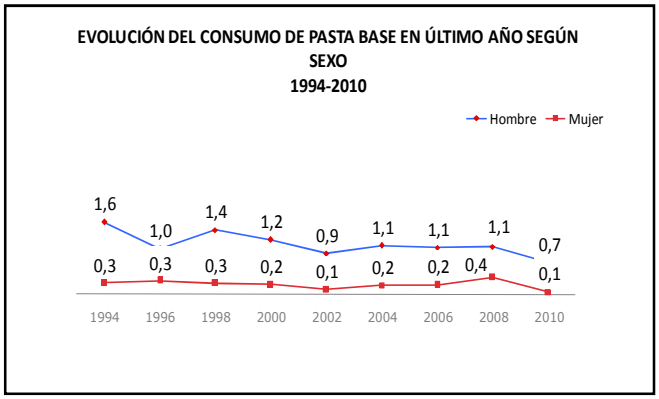
ANEXO 2: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO AJUSTADAS SEGÚN SEXO
COMPARACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES
SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2010

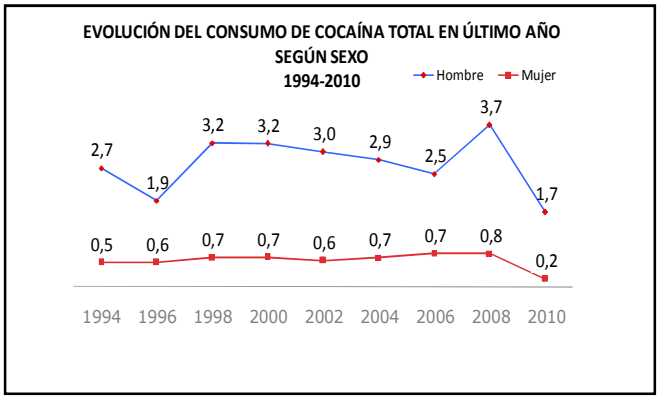




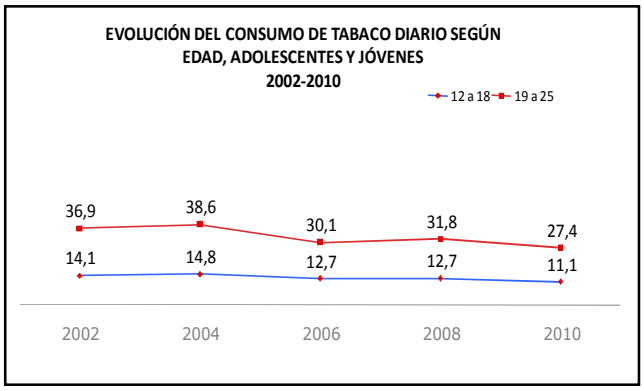


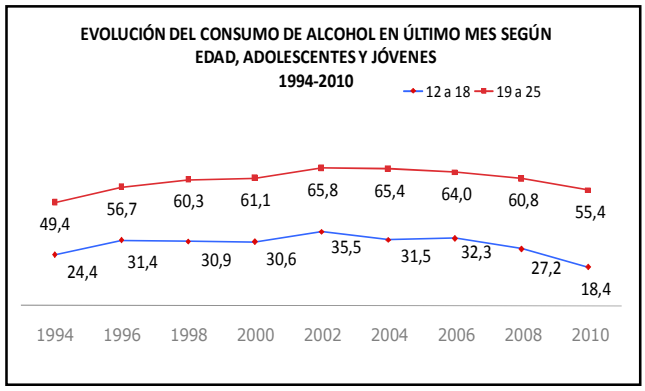


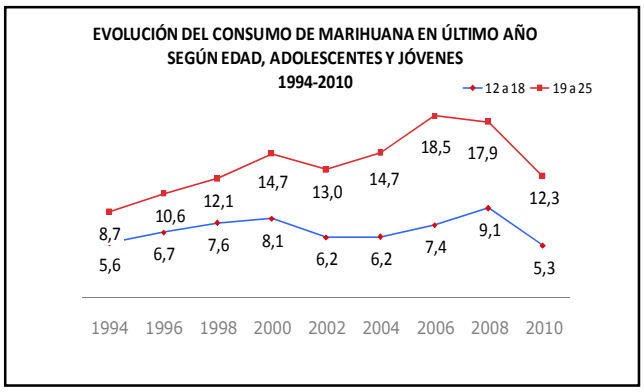


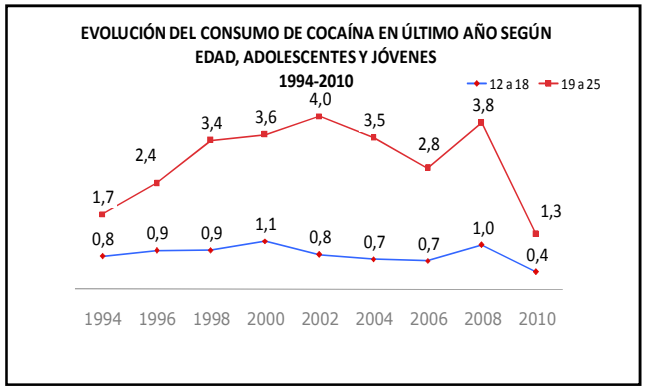


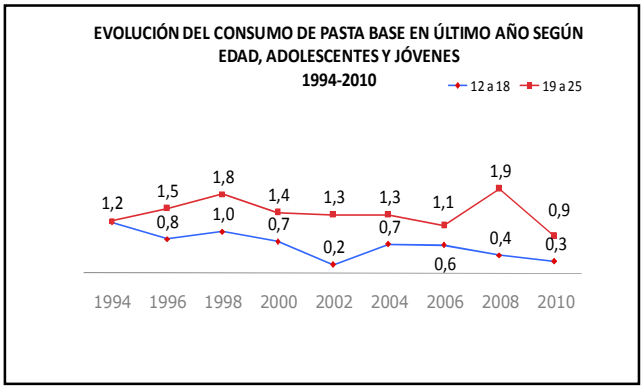
ANEXO 3: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO SEGÚN GRUPOS DE EDAD ADOLESCENTES (12-18 AÑOS) Y JÓVENES (19-25 AÑOS) SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2010

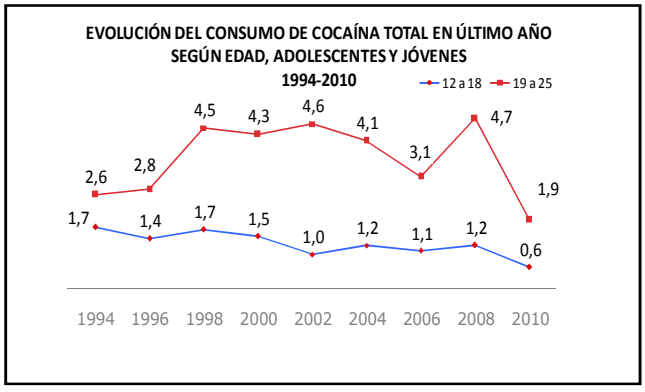




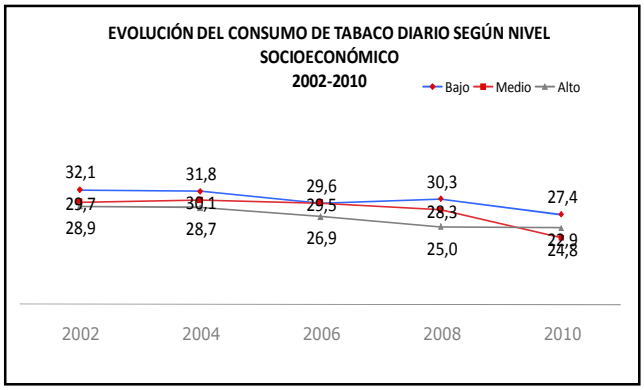


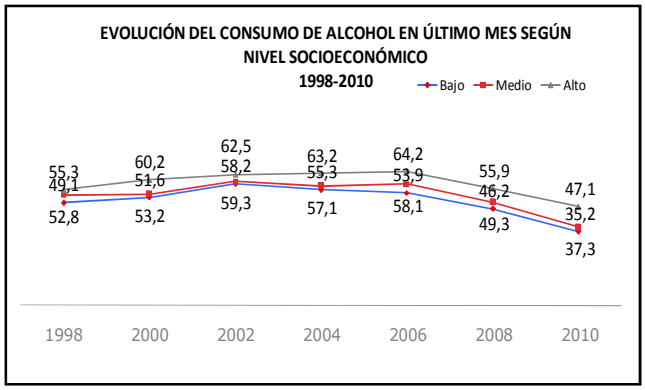


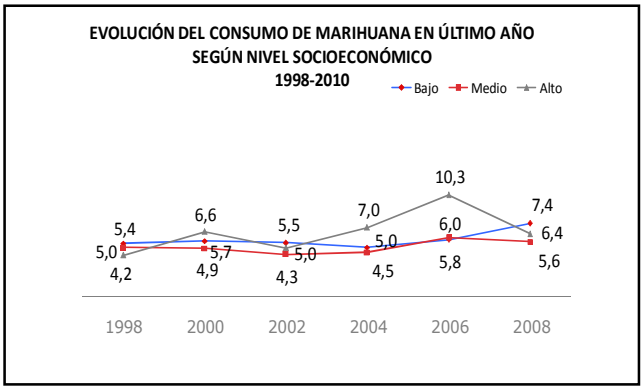


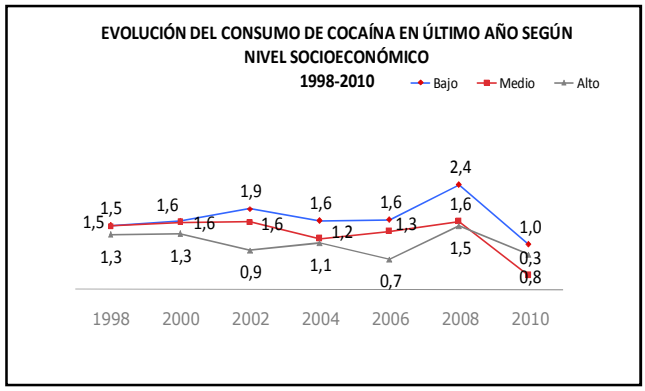


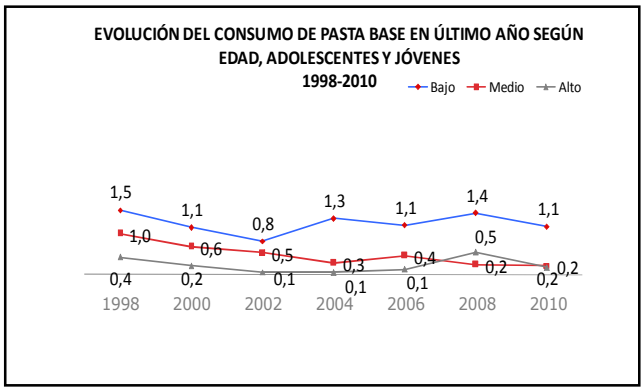
ANEXO 4: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO SEGÚN NIVEL SOCIO-ECONÓMICO NIVEL ALTO, MEDIO Y BAJO SERIE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL 1994-2010

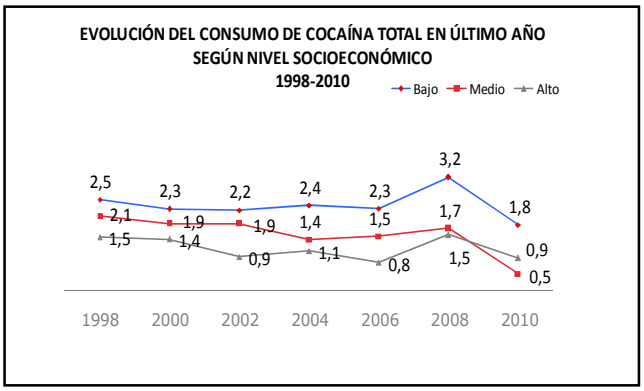












ANEXO 5: EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE TODAS LAS DROGAS SERIE COMPLETA DE ESTUDIOS NACIONALES DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
TABACO									
Prevalencia vida	63,2	71,5	72,5	69,7	70,1	73,0	69,7	68,8	58,2
Prevalencia año	46,1	48,4	47,7	49,5	49,0	49,4	48,3	47,3	39,5
Prevalencia mes	40,7	41,3	41,6	44,0	43,6	43,6	42,4	41,2	36,0
Prevalencia diaria					30,6	30,5	28,8	28,2	24,6
ALCOHOL									
Prevalencia vida	73,6	84,8	84,9	84,9	86,7	86,9	85,2	81,9	70,6
Prevalencia año	60,9	71,5	71,6	73,9	75,3	76,0	73,6	68,5	57,5
Prevalencia mes	40,4	48,1	53,0	54,4	59,6	57,9	58,1	49,8	40,5
Prevalencia diaria					2,7	1,8	2,4	1,2	1,1
MARIHUANA									
Prevalencia vida	13,1	17,5	17,5	20,8	23,1	24,1	26,3	26,0	19,6
Prevalencia año	4,0	4,0	4,8	5,7	5,0	5,4	7,2	6,4	4,6
Prevalencia mes	1,8	1,3	2,0	2,8	2,8	2,7	4,0	3,5	2,8
Prevalencia diaria					0,5	0,5	1,1	1,0	0,7
PASTA BASE									
Prevalencia vida	2,2	2,1	2,4	2,8	2,9	3,0	3,0	3,1	2,1
Prevalencia año	0,9	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,4
Prevalencia mes	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,1
COCAINA									
Prevalencia vida	2,4	2,9	4,3	4,9	5,5	5,8	6,5	6,6	3,7
Prevalencia año	0,9	0,9	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	1,8	0,7
Prevalencia mes	0,3	0,3	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6	1,0	0,3
COCAINA TOTAL									
Prevalencia vida	3,5	4,1	5,5	6,1	6,6	7,1	7,4	7,7	4,7
Prevalencia año	1,6	1,2	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	2,2	0,9
Prevalencia mes	0,6	0,4	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	1,3	0,4
CRACK									
Prevalencia vida					0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
Prevalencia año					0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Prevalencia mes					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EXTASIS									
Prevalencia vida					0,2	0,3	0,5	0,3	0,5
Prevalencia año					0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Prevalencia mes					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ALUCINOGENOS									
Prevalencia vida					0,9	0,9	1,4	1,0	0,7

Prevalencia año					0,1	0,1	0,4	0,2	0,2
Prevalencia mes					0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
INHALABLES									
Prevalencia vida					2,3	2,2	1,4	1,9	0,7
Prevalencia año					0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
Prevalencia mes					0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
HEROÍNA									
Prevalencia vida					0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Prevalencia año					0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Prevalencia mes					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ESTIMULANTES SIN RECETA MÉDICA									
Prevalencia vida			1,5	2,9	2,5	2,4	2,2	1,9	1,4
Prevalencia año			0,0	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3
Prevalencia mes				0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA									
Prevalencia vida					8,5	7,0	8,0	6,6	2,4
Prevalencia año						3,0	3,5	3,2	1,3
Prevalencia mes						1,1	1,3	1,0	0,5
METANFETAMINA SIN RECETA MÉDICA									
Prevalencia vida					1,7	1,1	1,2	0,9	0,5
Prevalencia año						0,1	0,2	0,1	0,1
Prevalencia mes						0,0	0,0	0,0	0,0

*ALUCINÓGENOS (LSD u otros ácidos, polvo de ángel, peyote, San Pedro, mescalina, hongos o cucumelo, floripondio y belladona)
*INHALABLES (neoprén, tolueno o parafina, éter u otros solventes volátiles usados en pinturas, pinturas en spray, poppers, acetona, solventes para extintores de incendio, cloruro de etilo, y desodorantes ambientales o corporales)
*ESTIMULANTES SIN RECETA MÉDICA (anfetaminas; cylert o pemolina; escancil; modafinilo o mentix, y anfepramona)
*TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA (clonazepan, ravortil o valpax; alprazolam, zotrán, ativán o adox; lorazepam o amparax; valium o diazepam; clorodiacepóxido; bromacepan; dormonit o midazolam; zopiclona, zolpidem o somno, y rohypnol, flunitracepam o ipnopen)
*METANFETAMINAS SIN RECETA MÉDICA (fenproporex o salcal; ritalín, concerta, metilfenidato o ritrocel; crystal, speed, ice o tina, y cidrín o metanfetamina).