

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission.

Report on drug use in the Americas, 2011.

p. ; cm. (OAS Official Records Series; OEA Ser.L)

ISBN 978-0-8270-5707-4

1. Drug abuse--America. 2. Drugs--America. 3. Drinking of alcoholic beverages--America. 4. Inhalant abuse--America. I. Title. II. Inter-American Observatory on Drugs.

III. Inter-American Drug Use Data System. IV. Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.6

ISBN 978-0-8270-5707-4

Organización de los Estados Americanos
Secretaría de Seguridad Multidimensional
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
Observatorio Interamericano de Drogas
Washington, D.C.

Informe del Uso de Drogas en Las Américas

2011



Equipo Editorial

Esta publicación fue desarrollada y coordinada por Marya Hynes Dowell, del Observatorio Interamericano de Drogas (OID), con la colaboración del equipo del OID: Dr. Francisco Cumsille, Jefe del OID, Pernel Clarke, Especialista del OID, Juan Carlos Araneda (Especialista de UNODC asignado a la CICAD), María Demarco y Orlando González. La versión en español fue elaborada por Juan Carlos Araneda.

Agradecimientos

Especiales agradecimientos para la *Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico* (SEDRONAR) de Argentina, y a Graciela Ahumada de SEDRONAR por su valiosa colaboración en esta publicación. También agradecemos a la *Red Interamericana de Investigadores en Drogas* (REDLA) por sus contribuciones.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y el OID expresan sus sinceros agradecimientos a las Comisiones Nacionales de Drogas de cada uno de los Estados miembros y a sus respectivos Observatorios Nacionales de Drogas, los cuales entregaron la información primaria que se resume en este informe.

Deseamos también expresar nuestra gratitud al Gobierno de los Estados Unidos de América y al Gobierno de Canadá por el apoyo financiero, sin el cual este informe no habría sido posible.

El OID quiere reconocer también la colaboración de los siguientes funcionarios de la CICAD: Anna Chisman, Martín Cubas, María Beatriz Galvis, John Grajales, Adriana Henao, Alexandra Hill y Rafael Parada.

CICAD también reconoce la contribución de John Carnevale de Carnevale Asociados; Dr. Jorge Delva, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Michigan; Dra. Cristina Bares, de la Escuela de Trabajo Social de Virginia Commonwealth University; Fernando Andrade, de la Escuela de Educación de la Universidad de Michigan, a Javier Córdova de USINL, y al *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) por sus contribuciones.

Este informe fue sometido a un proceso de revisión por pares antes de su publicación.

La correspondencia relativa al informe debe ser enviada a las siguientes direcciones:
Francisco Cumsille, Jefe del OID, email: fcumsille@oas.org

o

Marya Hynes Dowell, Coordinadora del Informe, email: mhynes@oas.org

Tabla de Contenidos

Prefacio	1
Resumen Ejecutivo.....	3
Metodología.....	6
Capítulo 1 Alcohol.....	9
1.1. Prevalencia y Patrones de Uso del Alcohol.....	9
1.1.1 Prevalencia de Uso de Alcohol entre Estudiantes Secundarios.....	9
1.1.2 Prevalencia de Uso de Alcohol en el Grupo Etario de 14 años y menos	11
1.1.3 Beber en exceso	11
1.1.4 Diferencias por Sexo en Prevalencia de Alcohol entre Estudiantes Secundarios.....	12
1.2. Prevalencia de Uso de Alcohol en la Población General.....	14
1.2.1 Diferencias en Prevalencia de Uso de Alcohol por Sexo en la Población General.....	15
1.2.2 Consumo riesgoso o perjudicial de Alcohol en la Población General.....	15
1.3. Pacientes en Tratamiento por Abuso de Alcohol.....	16
1.4. Accidentes, Lesiones y Muertes relacionadas al Abuso de Alcohol.....	17
1.5. Costos Económicos del Abuso de Alcohol.....	18
1.6. Comentarios sobre Alcohol.....	19
Capítulo 2 Marihuana.....	22
2.1. Prevalencia y Patrones de Uso de Marihuana.....	22
2.1.1 Prevalencia de Uso de Marihuana entre Estudiantes Secundarios.....	22
2.1.2 Uso de Marihuana versus Uso de Tabaco entre Estudiantes Secundarios.....	24
2.2. Prevalencia de Uso de Marihuana en la Población General.....	25
2.3. Diferencias en el Uso de Marihuana por Sexo.....	26
2.3.1. Uso de Marihuana por Sexo entre Estudiantes Secundarios.....	26
2.3.2. Uso de Marihuana por Sexo en la Población General	27
2.4. Tendencias en el Uso de Marihuana.....	28
2.5. Tratamiento por Dependencia a Marihuana.....	31
2.6. Comentarios sobre Marihuana.....	33
Capítulo 3 Inhalables	34
3.1 Prevalencia y Patrones de Uso de Inhalables.....	35
3.1.1 Prevalencia de Uso de Inhalables entre Estudiantes Secundarios.....	35
3.1.2 Uso de Inhalables por Edad entre Estudiantes Secundarios.....	36
3.2 Uso de Inhalables por Sexo.....	37
3.3 Uso de Inhalables entre Estudiantes Universitarios.....	38
3.4 Tratamiento por Uso de Inhalables.....	38
3.5 Comentarios sobre Inhalables.....	39
Capítulo 4 Clorhidrato de Cocaína, Pasta de Coca, Cocaína Base y Otras Sustancias que contienen alcaloides de Cocaína.....	40
4.1 Prevalencia y Patrones de Uso de Cocaína.....	40
4.1.1 Prevalencia de Uso de Cocaína entre Estudiantes Secundarios.....	41
4.2 Prevalencia de Uso de Cocaína en la Población General.....	41
4.3 Uso de Cocaína por Sexo.....	43

4.4 Población Carcelaria.....	46
4.5 Dependencia: Datos de la Subregión de Sudamérica.....	47
4.6 Tendencias del Uso de Cocaína.....	48
4.6.1 Tendencias del uso de Cocaína en el último año entre Estudiantes Secundarios.....	48
4.6.2 Tendencia del Uso de Cocaína en la Población General.....	51
4.7 Prevalencia y Patrones de Uso de PBC.....	52
4.7.1 Prevalencia de Uso de PBC entre Estudiantes Secundarios.....	52
4.7.2 Prevalencia de Uso de PBC por Grupos Etarios, entre Estudiantes Secundarios.....	52
4.7.3 Diferencias por Sexo, entre Estudiantes Secundarios.....	53
4.8 Prevalencia de Uso de PBC en la Población General.....	54
4.9 Tendencias del Uso de PBC.....	55
4.10 Comentarios sobre Cocaína: Clorhidrato y Pasta base.....	57
Capítulo 5 Uso de Fármacos sin Prescripción Médica.....	59
5.1 Prevalencia y Patrones de Uso.....	59
5.2 Comentarios sobre el Uso Fármacos sin Prescripción Médica.....	61
Capítulo 6 Percepción de Riesgo sobre el Consumo y la Disponibilidad de Drogas	62
6.1 Percepción de Riesgo Asociada con el Consumo y la Disponibilidad de Drogas.....	62
6.2 Tratamiento por Uso de Drogas.....	64
Anexos.....	66
Referencias.....	91

Lista de Tablas

Tabla 1. Prevalencia de uso de alcohol, más alta y más baja, entre la población de estudiantes secundarios en las Américas, porcentaje total y por grupos etarios.....	10
Tabla 2. Proporción de estudiantes secundarios que reportan beber excesivo de alcohol (entre usuarios del último mes).....	12
Tabla 3. Prevalencia de último mes de uso de alcohol, más alta y más baja, en la población General de 12-64 años, porcentaje total y por grupos de edad	14
Tabla 4. Prevalencia de último año de consumo de alcohol en la población general de 12-64 años, por sexo	15
Tabla 5. Prevalencia de uso de marihuana, más alta y más baja, en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos de edad	23
Tabla 6. Prevalencia de último año de uso de marihuana en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por grupos etarios	25
Tabla 7. Prevalencia de último año de uso de marihuana en la población general de 12-64 años, por sexo.....	27
Tabla 8. Porcentaje de admisiones a tratamiento que identifican a la marihuana como la primera sustancia por la cual solicitaron tratamiento, por país.....	32
Tabla 9. Prevalencia de uso de inhalables, más alta y más baja, entre la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos etarios	35
Tabla 10. Países donde la prevalencia de uso de inhalables en los últimos 30 días, excedió la prevalencia de uso de marihuana, entre estudiantes secundarios	36
Tabla 11. Prevalencia de último año de uso de inhalables entre estudiantes universitarios, en cuatro países andinos.....	38
Tabla 12. Prevalencia de uso cocaína, más alta y más baja, en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos etarios	41
Tabla 13. Prevalencia de uso cocaína, más alta y más baja, en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por grupos etarios	42
Tabla 14. Prevalencia de último mes de uso de cocaína entre estudiantes secundarios por sexo, porcentaje total y por sexo.....	43
Tabla 15. Prevalencia de último año de uso de cocaína en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por sexo	45
Tabla 16. Uso de drogas tipo cocaína entre la población carcelaria.....	46

Tabla 17. Prevalencia de último año de uso de cocaína en la población general de seis países de Sudamérica, y proporción de estos usuarios de cocaína que cumplen con los criterios de dependencia CIE 10, por grupos etarios.....	47
Tabla 18. Prevalencia de uso de pasta base de cocaína en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por sexo.....	52
Tabla 19. Prevalencia de vida de uso de pasta base de cocaína, más alta y más baja, en la población general de 12-64 años	54
Tabla 20. Porcentaje de admisiones a tratamiento por uso de drogas, por país y por droga.....	64

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Razón de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios.....	13
Gráfico 2. Razón de la prevalencia de último mes de consumo de marihuana y tabaco, entre estudiantes secundarios.....	24
Gráfico 3. Razón de la prevalencia de último año de consumo de marihuana, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios.....	26
Gráfico 4. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001-2009.....	28
Gráfico 5. Prevalencia de último año de uso de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Chile, 2001-2009.....	29
Gráfico 6. Prevalencia de último año de uso de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Costa Rica, 2004-2009.....	29
Gráfico 7. Prevalencia de último año de uso de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.....	30
Gráfico 8. Prevalencia de último año de uso de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Estados Unidos, 2000-2009.....	30
Gráfico 9. Número de admisiones (en miles) a tratamiento por marihuana como primera sustancia de abuso, Estados Unidos, 1994-2006.....	31
Gráfico 10. Prevalencia de último año de consumo de inhalables entre estudiantes secundarios, por grupos etarios.....	36
Gráfico 11. Prevalencia de último año de consumo de inhalables entre estudiantes secundarios, por sexo.....	37
Gráfico 12. Razón hombres: mujeres de la prevalencia de último mes de consumo de cocaína, en estudiantes secundarios.	44
Gráfico 13. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001-2009.....	48
Gráfico 14. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Chile, 2001-2009.....	49
Gráfico 15. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.....	49
Gráfico 16. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Estados Unidos, 2001-2009.....	50

Gráfico 17. Tendencia de la prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de cocaína en la población general, Chile, 1994-2008.....	51
Gráfico 18. Tendencia de la prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de cocaína en la población general, Costa Rica, 1990-2006.....	51
Gráfico 19. Razón de la prevalencia de último año de consumo de PBC, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios, por país y año.....	53
Gráfico 20. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001-2009.....	55
Gráfico 21. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Chile, 2001-2009.....	56
Gráfico 22. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.....	56
Gráfico 23. Prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, entre estudiantes secundarios	59
Gráfico 24. Prevalencia de vida, Último Año y Mes de Uso de Estimulantes sin prescripción médica, entre Estudiantes Secundarios	60
Gráfico 25. Prevalencia de último año de consumo de marihuana y percepción de riesgo asociado con consumo “frecuente” de marihuana en la población general de 15 a 64 años, en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.....	62
Gráfico 26. Prevalencia de último año de uso de marihuana y percepción de fácil acceso en la población general de 15 a 64 años, por país.....	63

Prefacio

Es un gran placer presentar este primer informe sobre el Uso de Drogas en las Américas en el último decenio, que fue posible gracias a la información producida por los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos, a través de sus Observatorios Nacionales de Drogas u organismos equivalentes. Nos gustaría agradecer sinceramente a los gobiernos de cada Estado miembro, además del equipo del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID), que se encargó de recopilar y analizar la información.

Tal como lo establece la Estrategia sobre Drogas del Hemisferio 2010, la información debe ser un elemento central en la toma de decisiones sobre políticas de drogas y debe generarse a partir de procedimientos metodológicos estrictos. Pero tan importante como lo anterior, es su divulgación a diferentes niveles, tanto a nivel político, académico como hacia el público general, como también a nivel nacional e internacional. De allí la importancia de este reporte.

Este informe, que fue desarrollado utilizando la información disponible de cada país, tiene como objetivo proporcionar una visión general del uso de drogas en el hemisferio americano. Cabe señalar que en algunos países la información más reciente es de varios años atrás, destacando la necesidad de los países para mantener la continuidad en sus programas de investigación sobre drogas y seguir recopilando datos con una regular periodicidad.

Este informe está dividido en capítulos y sub-secciones, cada una enfocada en una droga específica y las cuestiones conexas. La información sobre el uso de drogas surge de dos poblaciones clave: la población general (de 12 a 64 años) y los estudiantes secundarios (aproximadamente de 13 a 17 años). Cada uno de estos grupos de población es particularmente relevante. Los estudios realizados en la población general nos proporcionan una estimación del número de usuarios de cada droga en tal población, proveyendo así un punto de vista de la magnitud del consumo de drogas a nivel general. Los estudios realizados en la población de estudiantas secundarios se consideran fundamentales, pues ellos son los principales destinatarios de los programas de prevención. Por lo tanto, mediante el análisis de los niveles de consumo de drogas en esta población, a través del tiempo y de la vinculación de la prevalencia del consumo de drogas a los indicadores sobre la percepción de riesgo asociado y otros factores de riesgo, podemos comprender el impacto de las acciones preventivas.

La información sobre el uso de drogas en este informe se desglosa por sexo y por edad. El reconocimiento de la evolución de los patrones de consumo de drogas y en qué se diferencian por sexo, nos permite percibir los cambios en tales patrones de uso. Por ejemplo, en países donde el consumo de drogas

es más alto en general, los niveles de consumo de drogas entre hombres y mujeres tienden a ser similares a lo largo del tiempo, especialmente en el grupo de edad de 18-25 años. El análisis del uso de drogas por grupos de edad revela que los mayores niveles de consumo se concentran entre los adultos jóvenes, de entre 18 y 25 años de edad, lo que indica la necesidad de vigilar de cerca a dicho grupo etario.

Esperamos que la información disponible a través de este informe pueda ser de utilidad a los Estados miembros. Estamos seguros de que a través de nuestro Observatorio vamos a seguir contribuyendo regularmente al acervo de conocimientos sobre el uso de drogas con más información de este tipo.

Por último, nos gustaría expresar nuestro sincero y leal agradecimiento al Embajador James Mack, que encabezó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas desde 2004 hasta 2011 y cuyo apoyo hizo posible este informe.

Embajador Adam Blackwell
Secretario,
Secretaría de Seguridad Multidimensional

Embajador Paul E. Simons
Secretario Ejecutivo,
Comisión Interamericana para el
Control del Abuso de Drogas

Resumen Ejecutivo

El Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID), bajo la dirección de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha estado trabajando para apoyar y promover la investigación relacionada con las drogas en América Latina y el Caribe por más de diez años. El siguiente informe combina la información de los estudios individuales llevados a cabo en treinta y cuatro países en las Américas, entre 2002 y 2009. A pesar de que se trata de estudios individuales, y que éstos no proporcionan series cronológicas de datos, la recopilación de información de los Estados miembros presenta una evaluación general sobre la situación del consumo de drogas en el hemisferio americano. La información disponible en este documento fue provista a la CICAD por las Comisiones Nacionales de Drogas y sus Observatorios Nacionales de Drogas, o sus equivalentes dentro de cada Estado miembro. Los datos surgen principalmente de los estudios sobre consumo de drogas en dos de las poblaciones más importantes, los estudiantes secundarios y la población general. Las naciones de América Latina y el Caribe trabajaron mano a mano con la CICAD y el OID para producir este informe.

Tal vez una de las observaciones más importantes que se pueden hacer en este reporte es la diversidad de la problemática de drogas en todo el hemisferio. El consumo de alcohol es frecuente en todos los países; al mismo tiempo, la prevalencia de alcohol parece no estar relacionada con el comportamiento de consumo de riesgo, que parece ser más común en los países con consumo de alcohol relativamente bajo. La marihuana es la droga ilegal más consumida, pero algunos países muestran mayores niveles de uso de inhalables entre los jóvenes. El consumo de cocaína parece estar en aumento en América del Sur, mientras que parece estar disminuyendo en América del Norte. Las diferencias se pueden ver tanto en el ámbito regional, como a nivel nacional. De hecho, si miráramos con más profundidad la realidad nacional dentro de los países, veríamos diferencias significativas en los patrones de consumo de drogas a nivel local.

Es bien sabido que la marihuana es la droga ilegal más consumida en el mundo y esto no es una excepción en el continente americano. Según datos de UNODC (2010), a nivel mundial existen entre 129 y 191 millones de personas, de entre 15 y 64 años, que han consumido esta droga en algún momento durante el último año y, aproximadamente, el 25% de los que residen en las Américas también las usaron en el mismo período. América del Norte representa casi el 75% de los consumidores de marihuana en el continente americano, debido principalmente a una prevalencia más alta y al gran número de habitantes en Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, en términos relativos, otras áreas geográficas, tales como el Cono Sur de Sudamérica (Argentina, Chile y Uruguay) y la región del Caribe también muestran una alta prevalencia de consumo de marihuana (por ejemplo, Dominica, Santa Lucía y Granada). De hecho, en muchos países del Caribe, los estudiantes secundarios presentan mayor consumo de marihuana que de

tabaco. En países donde los datos de tendencias están disponibles, estamos observando aumentos en el consumo de marihuana a través del tiempo entre los estudiantes secundarios.

La prevalencia del consumo de marihuana no es la única preocupación. En los pocos países que poseen datos sobre el tratamiento de drogas, vemos que la marihuana representa una gran parte de las admisiones a tratamiento de drogas. En los Estados Unidos ha habido un incremento sistemático de las admisiones a tratamiento por dependencia a la marihuana. La evidencia sugiere que esto puede estar relacionado al aumento en el porcentaje de THC¹ en la marihuana a través del tiempo.

El comportamiento de consumo riesgoso de alcohol es común entre las poblaciones de las Américas. De particular preocupación es el hecho de que algunos de los más altos índices de consumo problemático de la población general se encuentran en países con prevalencia relativamente baja de consumo de alcohol. Esto implica que los problemas más graves con la bebida pueden estar concentrados en grupos de alto riesgo de las minorías. El consumo excesivo de alcohol, un fenómeno que antes se asociaba con estudiantes secundarios y universitarios de América del Norte, es ahora una práctica común en América Latina y el Caribe. A pesar de que sólo unos pocos países han recogido la información de beber en exceso, los países que reúnen datos sobre consumo excesivo de alcohol indican que entre 30% y 65% de los estudiantes secundarios que informaron consumo de alcohol durante el último mes, también se habían embriagado con alcohol recientemente. Esto tiene serias implicancias para las políticas sobre alcohol destinadas a los menores de edad en cada uno de los Estados miembros.

El uso de inhalables está siendo un problema cada vez mayor, ya que los jóvenes buscan los medios para drogarse con sustancias legales y de fácil acceso. Alguna vez considerados como una sustancia psicoactiva usada casi exclusivamente por niños en situación de calle, el análisis de este informe indica que el uso de inhalables se ha establecido firmemente entre los estudiantes secundarios en América Latina y el Caribe. A diferencia de los Estados Unidos y Canadá, donde el uso de inhalables tiende a decaer alrededor de los catorce años, los estudiantes secundarios en América Latina y algunos países del Caribe parecen usar estas sustancias en tasas más altas a medida que aumentan la edad. Un estudio llevado a cabo por la Comunidad Andina señala que el uso de inhalables es significativo entre los estudiantes universitarios, particularmente entre las mujeres de esa Subregión. La inhalación de solventes volátiles puede causar un grave impacto en la salud física y mental y, cuando se consume en grandes cantidades por adolescentes y adultos jóvenes, el uso de inhalables puede tener importantes consecuencias a largo plazo para la salud.

Aunque la cocaína se consume en todo el mundo, su producción se origina en América del Sur. En el pasado, la creencia general era que la cocaína era producida para la exportación fuera de la región, pero

¹ La marihuana tiene decenas de elementos psicoactivos, el más potente el THC (tetrahidrocannabinol), que tiene su propio receptor en el cerebro.

ahora sabemos que esto no es necesariamente cierto. El consumo de cocaína se ha generalizado en toda América Latina y el Caribe, además de América del Norte. Aproximadamente la mitad de los consumidores de cocaína en el mundo están en el continente americano, de estos el 70% se encuentran en América del Norte y el 27% se encuentran en América del Sur.¹ Mientras que el consumo de cocaína parece estar disminuyendo entre los estudiantes secundarios en los Estados Unidos, los pocos países de América del Sur con datos sobre tendencias indican que el consumo de cocaína, entre los estudiantes secundarios, se mantiene estable o tiende a aumentar. En algunos países de América del Sur el uso de cocaína en el último año ha llegado a niveles similares a los encontrados en Europa. De mayor preocupación son las tasas de consumo en el último mes, que ahora son más altas en algunos países de América del Sur y el Caribe que en los Estados Unidos.

La pasta base de cocaína (PBC) y sus variantes pueden ser algunas de las sustancias de abuso más perjudiciales en las Américas. Aunque los Estados Unidos y Canadá son a menudo el punto de comparación para el uso de drogas, bajo el supuesto de que la mayoría del consumo de drogas tiene lugar en América del Norte, la PBC parece ser la excepción a esta regla. Según los estudios realizados, el Cono Sur de Sudamérica se ha visto particularmente afectado por la pasta base de cocaína, tanto en estudiantes como en la población general. Investigaciones realizadas en América del Sur indican que la PBC es altamente adictiva y perjudicial para la salud. Hay evidencia que apoya la idea de que la PBC es una de las sustancias más adictivas y nocivas utilizadas en el Cono Sur. La escasa información disponible sobre tratamiento nos dice que, a pesar de que la prevalencia de consumo de PBC es relativamente baja, su participación es desproporcionadamente alta en el tratamiento de drogas.

A pesar de la información disponible sobre los efectos negativos del consumo de drogas, la evidencia indica que este mensaje no está llegando con suficiente fuerza a los jóvenes en los Estados miembros. Se ha comprobado que uno de los factores más importantes asociados con el consumo de drogas, entre los adolescentes y los adultos jóvenes, es el grado en que perciben el consumo de drogas como una actividad de alto riesgo. De impacto adicional es el grado en que los jóvenes perciben la facilidad para acceder a las drogas. La percepción del riesgo, combinada con la facilidad percibida de acceso a las drogas, pueden ser predictores del aumento, o disminución, del consumo de drogas. De hecho, podemos ver que en los países donde los adolescentes tienen la percepción de riesgo más baja y el acceso a las drogas es percibido como fácil, la prevalencia del consumo de drogas es mayor. El análisis de este informe indica que los Estados miembros deben prestar mucha atención a estos cambios en las actitudes de los jóvenes y su disposición hacia las drogas, y tomar las medidas adecuadas.

Metodología

A menos que se cite, los datos presentados en este informe fueron entregados a la CICAD desde las Comisiones Nacionales de Drogas (CND) a través de sus Observatorios Nacionales de Drogas (OND) en cada Estado miembro. Los datos de Canadá fueron proporcionados a la CICAD por la Oficina de Investigación y Vigilancia de Sustancias Controladas y la Dirección de Tabaco de Salud Canadá. Los datos de los Estados Unidos para estudiantes secundarios fueron obtenidos del informe “Monitoreando el Futuro” (2009).² Los datos de la población general en los Estados Unidos se calcularon a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de 2009, sobre Uso de Drogas y la Salud, obtenidos a partir de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA).

La mayoría de los datos presentados en este informe surgen del Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD, conocido como SIDUC. Éste utiliza una serie de metodologías estandarizadas creadas por el OID de la CICAD y desarrolladas a través del consenso por expertos en encuestas y profesionales afines de todo el continente americano. El principal objetivo de la uniformidad de este enfoque es permitir la comparación directa de los datos de corte transversal, de las encuestas que se llevaron a cabo en diferentes países y en diferentes momentos. Como resultado de lo anterior, los procedimientos de muestreo, recolección de datos, cuestionarios y el método de administración de los datos son uniformes en todos los países.

Los datos de los Estados miembros que aplican la metodología SIDUC se pueden considerar altamente comparables. Inclusive Brasil, Chile, Colombia y México, que utilizan sus propias metodologías e instrumentos nacionales, aunque con pequeñas diferencias, se han armonizado con SIDUC y pueden ser considerados sistemas comparables. Los Estados Unidos y Canadá tienen también sus propios sistemas independientes, que utilizan indicadores similares para el uso de drogas entre los estudiantes secundarios y para la población general. A pesar de que sus sistemas difieren ligeramente, sus datos pueden ser considerados suficientemente comparables para los efectos de este informe.

En algunos casos, los datos utilizados en este análisis son similares a aquellos recogidos por los Estados miembros a través del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM). En estos casos, donde el año y los datos eran similares, cada punto de datos fue rehecho y comparado con los datos del MEM para asegurar que no haya inconsistencias entre los informes. Sin embargo, en muchos casos los datos en este informe provienen de estudios que se llevaron a cabo después de la última ronda del MEM. En estos casos, los datos de este reporte pueden ser más recientes que la información contenida en los informes Nacionales del MEM, lo que explicaría las diferencias en la prevalencia del consumo de drogas entre los informes.

Población Representada

La población objetivo de las encuestas escolares del SIDUC incluye a los estudiantes secundarios, entre las edades de 13 y 17 años. Los datos se presentan por grupos de edad, en lugar de grados o cursos, debido a las diferencias en los sistemas escolares en todos los países. Sin embargo, estos corresponden aproximadamente a los cursos 2, 4 y 6 en los países del Caribe y a los grados 8, 10 y 12 en los Estados Unidos, Canadá y Chile.

La población objetivo de la encuesta SIDUC en población general son las personas de entre 12 y 64 años de edad, que viven en los hogares de los respectivos países. En algunos casos, los datos de países que no participan en el sistema SIDUC pueden corresponder a grupos de edad ligeramente diferentes, y son citados en el informe. Es importante señalar que las estimaciones para la población general en Canadá corresponden a las edades de 15-64 años.

Estudios Adicionales

Los Estados Unidos y Canadá aplican sus propias encuestas nacionales de consumo de drogas. La CICAD/OID ha trabajado en estrecha colaboración con la Oficina Nacional de Política de Control de Drogas (ONDCP, por sus siglas en inglés), la Oficina de Investigación y Vigilancia de Sustancias Controladas de Canadá, y con la Dirección de Tabaco para asegurar que los datos presentados en este informe sean tan similares como sea posible a los datos obtenidos de los estudios de SIDUC. Por ejemplo, la metodología SIDUC para estudiantes secundarios se ha desarrollado sobre la base de los indicadores de los Estados Unidos del estudio Monitoreando el Futuro (MTF). Por su parte, la encuesta de hogares SIDUC fue desarrollada en base a los mismos indicadores del Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), utilizados por la Encuesta Nacional sobre uso de Drogas y la Salud (NSDUH). Los indicadores de consumo de drogas entre estudiantes secundarios en Canadá fueron tomados de la Encuesta de Jóvenes Fumadores (YSS) de 2006-2007. Por su parte, los datos de la población general se tomaron de la Encuesta de Monitoreo del Uso de Drogas en Canadá, 2008 (CADUMS) que fueron proporcionados a la CICAD/OID por la Dirección Canadiense para Sustancias Controladas y Tabaco. La información complementaria y adicional para elaborar este informe fue tomada de otras fuentes existentes, las que son citadas cuando corresponde.

Limitaciones

Los datos de este informe son fundamentalmente de corte transversal y sólo nos permiten observar la prevalencia de consumo de un punto dado en el tiempo. Los datos de los Estados miembros no se corresponden con el mismo año y no se han realizado ajustes estadísticos para dar cuenta de las diferencias entre los países en cuanto al tamaño de la población o la demografía. El análisis de las tendencias se realizó sólo en los países que poseen datos suficientes, a través del sistema SIDUC, para describir los cambios en el tiempo y, como resultado, los datos de tendencia sólo están disponibles para un número limitado de países. Conforme a todo lo anterior, las diferencias en la prevalencia no necesariamente implican que un país tiene mayores o menores niveles de uso de una determinada droga en la actualidad, situación que esperamos pueda ser mejorada en futuros informes, a partir de una actualización más frecuente de los datos por parte de los Estados miembros. Dar cuenta de estas limitaciones y propender hacia un cambio favorable en este sentido es también uno de los objetivos de este informe.

Capítulo 1 - Alcohol

El alcohol es una de las sustancias más utilizadas en las Américas. Las tasas de uso varían enormemente entre los países, las poblaciones y los estratos sociodemográficos. Aunque la mayoría de los adultos que consumen alcohol no sufren consecuencias negativas, la Organización Mundial de la Salud estima que el alcohol causa en todo el mundo el 3,2% de todas las muertes o 1,8 millones de muertes por año y representa el 4% de la carga mundial de muertes. La mayoría de estas muertes se deben a accidentes y lesiones relacionados con el alcohol.³

El consumo peligroso o nocivo de alcohol afecta desproporcionadamente a los adultos jóvenes. Datos de la encuesta SIDUC en las Américas indican que las tasas más altas de consumo de riesgo o nocivo ocurren entre los 18 y 34 años de edad. Los datos también muestran que entre el porcentaje de personas que consumen alcohol de forma regular, una gran parte son menores de 18 años que ya cumplen los criterios clínicos para el uso peligroso de alcohol. El consumo excesivo de alcohol y la dependencia también se asocian a una amplia variedad de conductas desadaptativas y de riesgo.⁴

1.1. Prevalencia y Patrones de Uso de Alcohol

1.1.1 Prevalencia de Uso de Alcohol entre Estudiantes Secundarios

La Tabla 1 muestra los rangos de las estimaciones de prevalencia de consumo de alcohol en las Américas, entre los estudiantes secundarios de 13 y 17 años de edad. El propósito de esta tabla es mostrar la amplia gama de conductas posibles de consumo de alcohol que se llevan a cabo entre estudiantes secundarios de todo el continente americano, en lugar de centrarse en un solo país. La tabla presenta la amplitud de uso en todos los países para los cuales se dispone de datos de prevalencia de vida, del último año y último mes. Las filas marcadas como "Países con la prevalencia más baja" y "Países con la prevalencia más alta" presentan a los países con las cinco tasas mínimas y máximas para cada categoría. Esta tabla muestra sólo la prevalencia de consumo en los países antes mencionados y no compara el comportamiento clínicamente definido como consumo peligroso o nocivo. Sin embargo, respecto al análisis por grupos etarios, cualquier nivel de consumo de alcohol en menores puede ser considerado problemático.

Tabla 1. Prevalencia de uso de alcohol, más alta y más baja, entre la población de estudiantes secundarios en las Américas, porcentaje total y por grupos etarios

Prevalencia	Vida	Último Año	Último Mes
Rango	32,50-88,20	20,00 – 77,26	11,50 – 63,77
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 32,50 Honduras (2005) 43,38 Perú (2007) 44,90 Bolivia (2008) 46,50 Venezuela (2009) 47,20	El Salvador (2008) 20,00 Honduras (2005) 22,12 Perú (2007) 29,90 Venezuela (2009) 30,10 Bolivia (2008) 35,40	El Salvador (2008) 11,50 Honduras (2005) 12,70 Perú (2007) 16,10 Venezuela (2009) 17,90 Costa Rica (2006) 18,90
Países con la prevalencia más alta	Dominica (2006) 80,52 Uruguay (2009) 81,50 Trinidad y Tobago (2006) 83,69 Grenada (2005) 84,05 Sta. Lucia (2005) 88,20	Brasil (2004) 63,30 Dominica (2006) 67,50 Trinidad y Tobago (2006) 69,92 Uruguay (2009) 70,20 Sta. Lucia (2005) 77,26	Trinidad y Tobago (2006) 49,93 Colombia (2004) 50,30 Dominica (2006) 52,26 Uruguay (2009) 52,70 Sta. Lucia (2005) 63,77
14 años y Menos	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 19,44 Bolivia (2008) 20,68 Honduras (2005) 25,83 Nicaragua (2003) 28,40 Panamá (2008) 29,77	Bolivia (2008) 11,23 Honduras (2005) 11,68 El Salvador (2008) 11,99 Panamá (2008) 15,94 Nicaragua (2003) 17,30	Honduras (2005) 5,85 El Salvador (2008) 6,20 Bolivia (2008) 6,39 Panamá (2008) 8,55 Perú (2007) 9,69
Países con la prevalencia más alta	Barbados (2006) 68,51 Dominica (2006) 72,68 Grenada (2005) 76,44 Trinidad y Tobago (2006) 79,03 Sta. Lucia (2005) 83,44	Brasil (2004) 52,15 Uruguay (2009) 53,90 Dominica (2006) 57,95 Trinidad y Tobago (2006) 61,72 Sta. Lucia (2005) 70,12	Brasil (2004) 34,88 Colombia (2004) 37,61 Trinidad y Tobago (2006) 41,21 Dominica (2006) 41,34 Sta. Lucia (2005) 57,64
15-16 años	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2008) 38,04 Honduras (2005) 40,36 Bolivia (2008) 44,99 Guatemala (2002) 50,07 Nicaragua (2003) 50,26	Honduras (2005) 20,69 El Salvador (2008) 24,07 Bolivia (2008) 31,40 Nicaragua (2003) 33,16 Guatemala (2002) 35,90	Honduras (2005) 11,69 El Salvador (2008) 13,80 Bolivia (2008) 18,56 Panamá (2008) 20,08 Venezuela (2009) 22,98
Países con la prevalencia más alta	Colombia (2004) 84,60 Trinidad y Tobago (2006) 86,60 Grenada (2005) 87,46 Uruguay (2009) 87,90 Sta. Lucia (2005) 91,34	Canadá* (2006) 74,70 Trinidad y Tobago (2006) 76,61 Brasil (2004) 78,19 Uruguay (2009) 78,20 Sta. Lucia (2005) 80,49	Dominica (2006) 56,63 Colombia (2004) 59,15 Trinidad y Tobago (2006) 59,38 Uruguay (2009) 60,60 Sta. Lucia (2005) 64,32
17 años y más	Vida	Último Año	Último Mes
Países con la prevalencia más baja	Honduras (2005) 50,35 El Salvador (2008) 51,04 Guatemala (2002) 54,06 Venezuela (2009) 56,31 Nicaragua (2003) 59,49	Honduras (2005) 26,73 El Salvador (2008) 30,48 Guatemala (2003) 39,40 Haití (2009) 39,60 Venezuela (2009) 40,58	Honduras (2005) 16,59 El Salvador (2008) 19,15 Venezuela (2009) 27,09 Haití (2009) 27,80 Perú (2007) 31,32
Países con la prevalencia más alta	Trinidad y Tobago (2006) 89,44 Dominica (2006) 89,65 Sta. Lucia (2005) 90,82 Colombia (2004) 91,11 Uruguay (2009) 94,80	Canadá* (2006) 79,30 Brasil (2004) 82,09 Colombia (2004) 82,92 Sta. Lucia (2005) 85,17 Uruguay (2009) 86,40	Dominica (2006) 63,88 Argentina (2007) 66,10 Colombia (2004) 69,96 Uruguay (2009) 72,00 Sta. Lucia (2005) 77,55

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009 , *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencias de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

La prevalencia de último mes de consumo de alcohol para todos los grupos de edad oscila entre 11,5% a casi 64% en todo el hemisferio americano. En otras palabras, en el país con prevalencia más baja, un poco más de uno de cada diez estudiantes consumió alcohol al menos una vez durante el último mes, mientras que en el país con mayor prevalencia, algo más de seis de cada diez estudiantes lo hicieron. Los datos SIDUC indican que las tasas más altas de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios durante el último mes exceden 50% en Colombia, Dominica, Uruguay y Sta. Lucía. Las tasas más bajas de consumo actual fueron las de Honduras y El Salvador (ambas menores a 13%)

1.1.2 Prevalencia del Uso de Alcohol en el Grupo de 14 años y menos

El consumo actual de alcohol entre los estudiantes de 14 años de edad y menores presenta rangos entre 5,9% y 57,6%. Esto representa una gran variedad de comportamientos relacionados con la bebida, medido en el grupo de edad más joven dentro de las escuelas secundarias en todos los países. La mediana del consumo de alcohol en el último mes, entre estos países, es de aproximadamente 24,5%, lo que indica que la mitad de los países en el continente americano presentan tasas de uso mayores a 24,5% en este grupo de edad. El consumo de alcohol entre la población más joven es de particular interés, puesto que las investigaciones indican que mientras más temprano se inicia el consumo de alcohol o de cualquier sustancia psicoactiva, mayor será la probabilidad de dependencia a largo plazo.^{5,6}

1.1.3 Bebedor Excesivo

Sólo unos pocos países en el continente americano cuentan con estudios nacionales que analizan el fenómeno de beber en exceso. Bebedor excesivo se define en las encuestas de estudiantes secundarios de la CICAD como *haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un solo evento durante las dos semanas anteriores a la encuesta*. Los Bebedores excesivos no son necesariamente dependientes del alcohol. Sin embargo, beber en exceso lleva a una variedad de riesgos, tales como las lesiones no intencionales, intoxicación por alcohol, comportamiento violento, etc. El Beber excesivo de alcohol también se asocia con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno relacionado con el alcohol.⁷ Además, se asocia a conductas sexuales de riesgo, lo cual puede resultar en una enfermedad de transmisión sexual y en embarazos no deseados. El Beber excesivo de alcohol en cualquier proporción, en particular entre los adolescentes, es considerado como una conducta de alto riesgo. En efecto, y como se mencionó anteriormente, a pesar de que todos los niveles de consumo de alcohol entre los menores de edad debe ser considerado un problema, independientemente de si usa el alcohol en forma experimental o regular, el beber excesivo de alcohol es un indicador del abuso de alcohol entre los jóvenes que ya están demostrando hábitos de consumo potencialmente dañinos.

Indicadores de Beber Excesivo Encuesta de Estudiantes Secundarios SIDUC
<i>En las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces has bebido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?</i>
1. Nunca
2. Una vez
3. Entre 2 y 3 veces
4. Entre 4 y 5 veces
5. Más de 5 veces

Tabla 2. Proporción de estudiantes secundarios que reportan beber excesivo de alcohol (entre usuarios del último mes)	
Argentina (2007)	49,10
Barbados (2006)	43,10
Canadá (2006)	35,60
Dominica (2006)	48,50
Ecuador (2005)	64,70
Jamaica (2006)	35,80
Perú (2005)	52,20
Sta. Lucía (2005)	32,90
Trinidad y Tobago (2006)	31,30
Uruguay (2005)	53,90
Fuentes: CNDs, ONDs, HC y OID	

La Tabla 2 presenta las estimaciones de diez países de América Latina y el Caribe que han medido el Beber Excesivo en sus encuestas entre estudiantes secundarios.^b Estas estimaciones se basan en la proporción de estudiantes que ha bebido alcohol en exceso y se calcula en base al número total de estudiantes que ha bebido alcohol durante el mes anterior a la encuesta. La CICAD estima que entre un tercio y la mitad de los estudiantes encuestados que reportaron el consumo de alcohol durante el último mes presentaron Beber Excesivo de alcohol.

Otros países en el continente americano aplican sus propias medidas para estimar el beber excesivo de alcohol, utilizando distintas metodologías. Los datos de la encuesta 2006-2007 de la Agencia Canadiense YSS indican que 35,6% de los estudiantes secundarios que consumieron alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta, informaron haber bebido en exceso en algún momento durante el último año.⁸

De acuerdo al Informe Monitoreando el Futuro⁹, el beber excesivo de alcohol entre estudiantes secundarios en los Estados Unidos ha disminuido constantemente desde 1980. Entre los estudiantes del grado 12, en el año 1983, el 41% reportó beber en exceso en las dos semanas anteriores a la encuesta. En 1992 este número había disminuido a 28% y en 2009 alrededor del 25% de los alumnos del grado 12 en los EE.UU. reportó beber en exceso.^c

1.1.4 Diferencias por Sexo en Prevalencia de Consumo de Alcohol entre Estudiantes Secundarios

Es importante entender las diferencias en el consumo de alcohol y otras drogas entre hombres y mujeres. Los estudios han demostrado que puede haber diferencias significativas en el comportamiento entre niños y niñas, lo cual puede plantear riesgos diferentes entre ambos sexos. Los estudios realizados por la OPS y la OMS¹⁰ han demostrado que los patrones de uso, tales como la frecuencia y la intensidad de

^b Los datos presentados pueden no corresponder a las encuestas más recientes

^c Consumo excesivo de alcohol se define en el estudio “Monitoreando el Futuro” como el beber 5 o más bebidas consecutivas, al menos una vez durante las últimas 2 semanas.

consumo de alcohol entre hombres y mujeres, son muy diferentes. Al mismo tiempo, la investigación indica que las diferencias en la prevalencia del consumo de alcohol entre hombres y mujeres tienden a reducirse a lo largo del tiempo.¹¹ El consumo de alcohol entre las estudiantes secundarias aumenta el riesgo de embarazos no deseados y, si se continúa bebiendo durante el embarazo, plantea nuevos riesgos para la salud de los niños por nacer.¹² Investigaciones recientes muestran que la supervisión de los padres puede ser un factor importante en la reducción de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios, e incluso se traduce en niveles de consumo más bajos entre los estudiantes universitarios.¹³ Por ello es importante que los padres comprendan los riesgos que provoca el consumo de alcohol entre sus hijos e hijas.¹⁴

El Gráfico 1 Describe la relación del consumo de alcohol en el último mes, entre los estudiantes secundarios de ambos sexos, en gran parte del hemisferio americano. La línea horizontal en el centro, marcado como 1 en el eje “y” indica una razón de 1, lo que significa que el consumo de alcohol es igual entre hombres y mujeres. Las barras que van por encima de la línea 1 indican un mayor nivel de consumo de alcohol entre los hombres con relación a las mujeres, y las barras que se encuentran por debajo de la línea 1 indican que el consumo de alcohol es mayor entre las mujeres con relación a los hombres.

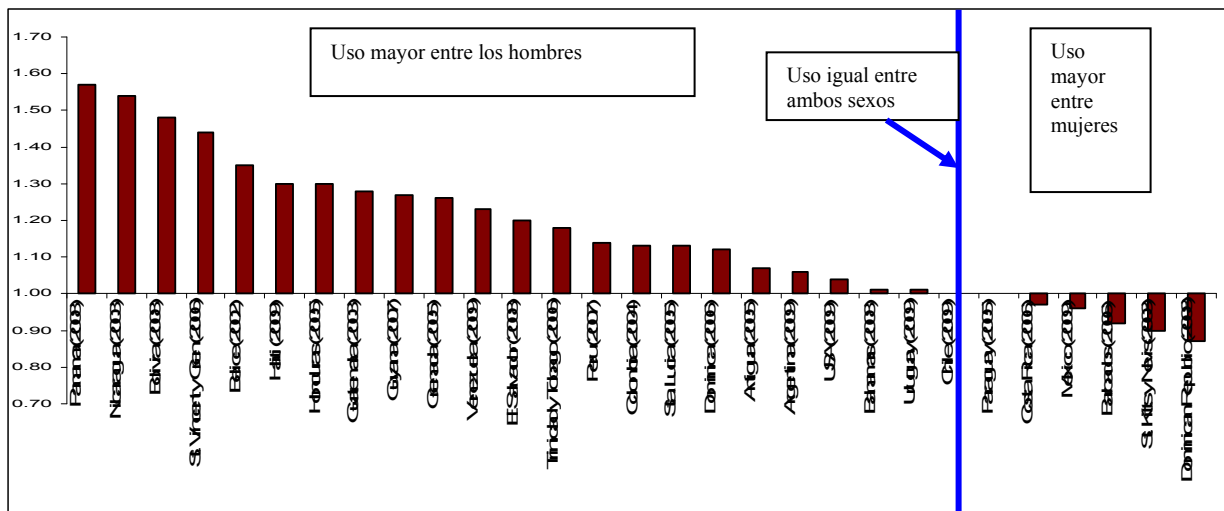


Gráfico 1. Razón de la prevalencia de último mes de consumo de alcohol, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios.

Fuentes: ONDs y CNDs en los estados miembros. Las bases de datos no estaban disponibles para Canadá y EE.UU. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países que poseen bases de datos SIDUC o equivalentes. Los países sin datos comparables no están representados.

En cada uno de los países del Gráfico 1, la razón del consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes secundarios por sexo es de 1,5:1 o inferior. El consumo de alcohol en Nicaragua, Panamá y Bolivia es aproximadamente 50% mayor entre los varones que en las mujeres. En el extremo opuesto del espectro, Barbados, San Kitts y Nevis y la República Dominicana muestran que el consumo de alcohol en el último mes es ligeramente superior entre las mujeres. Aunque no se muestra en el Gráfico 1, los estudios de los Estados Unidos (Johnston, 2010) y Canadá (YSS, 2006-2007) reportan que la prevalencia de consumo de alcohol es casi igual entre los estudiantes secundarios de ambos sexos.

1.2. Prevalencia de Uso de Alcohol en la Población General

Tabla 3. Prevalencia de último mes de uso de alcohol, más altas y más bajas, en la población general, y prevalencia por grupos de edad (%).	
Población General, 12-64 años de edad	
Rango	10,11 – 66,70
Prevalencia último mes %	
Países con la prevalencia más baja	El Salvador (2005) 10,11 Guatemala (2005) 11,39 Nicaragua (2006) 18,14 México (2009) 22,90 Belice (2005) 27,10
Países con la prevalencia más alta	Argentina (2008) 47,03 Chile (2008) 49,81 Uruguay (2006) 50,10 Estados Unidos (2009)† 51,90 Canadá (2008)* 66,70
Grupos Etarios, Las cinco mayores tasas disponibles	
12-17 años Países con la prevalencia más alta	Paraguay (2003) 20,34 Argentina (2008) 22,41 Chile (2008) 22,46 Uruguay (2006) 35,09 Canadá (2008)* 43,50
18-34 años Países con la prevalencia más alta	Argentina (2008) 56,70 Chile (2008) 59,70 Uruguay (2006) 61,14 Estados Unidos (2009)† 63,11 Canadá (2008)* 69,20
35 - 64 años Países con la prevalencia más alta	Uruguay (2006) 47,11 Argentina(2008) 46,89 Chile (2008) 49,83 Estados Unidos (2009)† 57,01 Canadá (2008)* 67,50
Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año † Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.	

Existe un amplio rango en las tasas de consumo de alcohol en la población general de todo el hemisferio americano (Tabla 3). En cuanto al consumo actual de alcohol, definido como el uso en los últimos treinta días, la prevalencia oscila entre un 10% en El Salvador a cerca de 67% en Canadá. En efecto, Canadá, Estados Unidos y Uruguay presentan prevalencias mes superiores al 50%, lo que indica que en cada uno de estos países, por lo menos la mitad de la población general consumió alcohol durante los treinta días anteriores a la encuesta. Prevalencias de último mes de consumo alcohol por debajo del 20% se pueden observar en El Salvador (10,1%), Guatemala (11,4%) y Nicaragua (18,1%). Las siguientes tasas más bajas se registraron en México, con 22,9%, y Belice, con 27,1%.

1.2.1 Diferencias en la Prevalencia de Consumo de Alcohol por Sexo en la Población General

Tabla 4. Prevalencia de último año de consumo de alcohol en la población general de 12-64 años, por sexo (%) y Razón entre Hombres: Mujeres.

País	Total	Hombres	Mujeres	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	58,06	67,93	48,31	1,41
Barbados (2006)	53,38	68,88	43,10	1,60
Belice (2005)	36,58	39,59	33,57	1,18
Bolivia (2007)	59,09	64,56	54,85	1,18
Brasil (2005)	49,80	60,10	42,50	1,41
Chile (2008)	68,49	75,62	61,56	1,23
Colombia (2008)	61,18	71,95	51,72	1,39
Ecuador (2007)	54,02	69,87	42,00	1,66
El Salvador (2005)	18,61	29,78	9,13	3,29
Guatemala (2005)	23,66	35,18	16,00	2,20
México (2008)	36,40	33,80	12,70	2,66
Nicaragua (2006)	35,13	50,64	23,27	2,18
Panamá (2003)	44,90	59,94	35,83	1,67
Paraguay (2003)	65,29	77,36	55,83	1,39
Perú (2006)	61,95	71,27	54,73	1,30
Suriname (2007)	47,84	62,26	37,67	1,65
Uruguay (2006)	64,26	72,00	57,20	1,26
Estados Unidos (2009)	66,80	70,60	63,10	1,12

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009 , *HC
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Las tablas de prevalencia completas se encuentran en los apéndices.

Existen grandes diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol entre hombres y mujeres en la población general. En la mayoría de los países la prevalencia entre los hombres es 30% a 70% mayor que entre las mujeres. Como puede observarse en la Tabla 4, los países con una prevalencia relativamente alta de consumo de alcohol en general, tienden a mostrar pequeñas diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres, mientras que los países con menor prevalencia de consumo de alcohol tienden a mostrar mayores diferencias por sexo. El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua, que tienen la más baja prevalencia de último año, también muestran mayores diferencias en la prevalencia de uso entre hombres y mujeres. En algunos casos, la prevalencia de consumo de alcohol entre los hombres es dos o tres veces más alta que entre las mujeres.

1.2.2 Consumo riesgoso o perjudicial de alcohol en la población general

El consumo riesgoso se puede definir como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de daño para los usuarios u otros individuos. El uso perjudicial se refiere a un patrón de consumo que produce consecuencias en la salud mental o física del consumidor (OMS, 2007).

Sólo unos pocos países en América Latina y el Caribe aplican en la actualidad mediciones de uso riesgoso o perjudicial del consumo de alcohol en sus encuestas nacionales de hogares. Por ejemplo, los

estudios realizados en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y los países del Caribe, aplicaron inicialmente la *Escala Breve del Bebedor de alcohol Anormal* (EBBA). Los mencionados países Sudamericanos, a los que se incorpora más recientemente Colombia, han aplicado también los criterios DSM-IV y en sus últimos estudios el *Test de Identificación de Desórdenes del Uso de Alcohol* (AUDIT). Los datos de los Estados Unidos corresponden a los criterios del DSM IV para el abuso de sustancias. Aunque las escalas son similares en muchos aspectos, los intentos de hacer comparaciones directas con respecto a los niveles de problemas con el alcohol, entre los países, debe hacerse con extrema precaución.

A pesar de las diferencias en las escalas de medición, se pueden extraer algunas conclusiones generales. De acuerdo con los estudios CICAD/UNODC de 2008, los países con prevalencia de consumo de alcohol más alta en la población general, no necesariamente tienen mayores tasas de problemas de alcoholismo o dependencia entre las personas que declaran cualquier uso de alcohol durante su vida.

Por el contrario, algunos países con baja prevalencia de consumo de alcohol en la población general muestran mayores tasas de dependencia entre la proporción de la población que consume con regularidad o incluso que ha consumido alcohol alguna vez en su vida. Los estudios en población general de Argentina, Barbados, Canadá, Chile, Colombia, Perú y Uruguay muestran tasas de consumo problemático de alcohol entre la población que consume regularmente, que son hasta dos o más veces más altas que las de la población general en muchos otros países.¹⁵⁻²⁵

El Servicio de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) de los Estados Unidos estima que en 2009 al menos 3,2 millones de personas de 12 años o más reunieron los criterios de dependencia o abuso de alcohol y drogas ilícitas, y 15,5 millones eran dependientes o abusadores únicamente de alcohol.²⁵ Además, casi 19 millones de personas de 12 años o más, que equivale aproximadamente al 7,4% de la población total de EE.UU., cumplen los criterios de abuso o dependencia de alcohol.

1.3. Pacientes en Tratamiento por Abuso de Alcohol

Existen muy pocos estudios actuales acerca de pacientes en tratamiento en América Latina. Argentina realizó un estudio en 2007 que demostró que entre los pacientes en tratamiento por consumo de drogas, el 43,8% comenzó el uso de sustancias con el alcohol, y más del 75% reportó que el alcohol fue la primera o segunda sustancia que utilizó en su vida. Aunque la edad media del primer consumo de cualquier sustancia fue dieciséis años, más de la mitad de todos los pacientes se inició en el uso de alcohol antes de los catorce años. Entre aquellos pacientes en tratamiento cuya primera sustancia de uso era el alcohol, el 35,4% informó que consumió alcohol al menos una vez al día, y un adicional de 6,7% reportó el uso de alcohol varias veces al día.²⁶

El estudio SISVEA de 2006 en México²⁷ demostró que entre los pacientes que reciben tratamiento para la adicción a sustancias, más del 27% inició el tratamiento principalmente para el consumo de alcohol, superior al de cualquier sustancia psicoactiva. De manera similar, un estudio de Paraguay de pacientes en tratamiento, llevado a cabo en 2005, mostró que más de la mitad de todos los pacientes en tratamiento ingresó por problemas con el alcohol, y no por problemas con drogas ilícitas. Casi el 70% de los pacientes en tratamiento reportaron que el alcohol fue la primera sustancia que usaron y el 46% de ellos habían comenzado a usar alcohol a la edad de catorce años²⁸.

En los Estados Unidos, un total de 2,7 millones de personas²⁹ de 12 años de edad y mayores recibieron tratamiento por abuso de alcohol durante el año 2007. Esta cifra representa el 1,1% de la población de 12 o más años de edad en el país, y representa alrededor del 70% del número total de personas que reciben tratamiento por drogas ilícitas y alcohol combinados.

1.4. Accidentes, Lesiones y Muertes Relacionadas con el Uso de Alcohol

La evidencia sugiere que el uso indebido y el abuso del alcohol son responsables de una gran proporción de muertes, enfermedades y lesiones en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que el alcohol es la causa de aproximadamente 1,8 millones de muertes en todo el mundo cada año, y que aproximadamente la mitad de estas muertes son el resultado de lesiones (OMS, 2007). Los estudios realizados en otros países apoyan esta opinión. Un estudio realizado en Canadá en 2006 estima que las muertes asociadas con el consumo de alcohol aumentaron de 3,4% del total de muertes en 1992 a 4,1% del total de muertes en 2002 (Rehm, 2006). Además, el estudio canadiense estima que el abuso del alcohol representa más del 7% de todos los días de hospitalización de cuidados intensivos durante el año 2002, lo que representa un aumento significativo con relación a un estudio de 1992. El Centro de los Estados Unidos para el Control y Prevención de Enfermedades estima que hay alrededor de 75.000 muertes atribuibles al consumo excesivo de alcohol cada año, por lo que es la tercera causa de muerte.³⁰

En cuanto a la morbilidad y mortalidad relacionada con el alcohol en América Latina y el Caribe, hay mucha menos información. En 2007, Argentina realizó un estudio en las Salas de Emergencia que mostró que el 16,9% de los admitidos a salas de emergencia habían consumido alcohol en las seis horas antes de la admisión. De los 16,9%, casi la mitad fueron reportados como relacionados con el alcohol, de acuerdo con la impresión del médico tratante. La mayoría de estos casos fueron accidentes de tránsito o resultados de algún tipo de violencia (SEDRONAR, 2007). Un informe de la OPS sobre el consumo de alcohol en las Américas señaló que el uso de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en las Américas, y fue responsable de aproximadamente 323.000 muertes durante 2002 (OPS, 2007).

1.5. Costos Económicos derivados del Abuso de Alcohol

Los estudios sobre costos asociados con el consumo de alcohol siempre le adjudican, de entre todas las sustancias, los costos más altos para la sociedad. La mayoría de estos costes se deben a la pérdida de productividad como resultado de muerte y discapacidad atribuibles al consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó al alcohol como uno de los factores de riesgo más importante para la carga mundial de morbilidad.³¹

Argentina llevó a cabo un estudio de costo integral sobre el impacto económico de las sustancias tanto lícitas como ilícitas. Según sus estimaciones, el consumo de alcohol costó a Argentina más de 26 millones de dólares americanos en 2004. Aproximadamente la mitad de estos costos se debieron a la pérdida de productividad como consecuencia de la muerte y la discapacidad atribuidas al alcohol (SEDRONAR 2007). Canadá estimó que los costos por abuso de alcohol durante el año 2002 ascendieron a CA\$14.6 mil millones. El mayor costo económico se atribuyó a la pérdida de productividad debido a enfermedad y muerte prematura (aproximadamente CA\$7,1 mil millones). Otros costos sociales del alcohol identificados en este estudio representaron CA\$3,3 mil millones en costos directos de atención de la salud y CA\$3,1 mil millones en costos de aplicación de la ley (Rehm, 2006). Un estudio de los costos relacionados con el alcohol, llevado a cabo en los Estados Unidos en 2000, estimó que en 1998 el abuso de alcohol costó a los Estados Unidos 184,6 mil millones de dólares americanos.³²

La mayoría de los costos en el estudio de los EE.UU. fueron el resultado de los servicios especializados (como el tratamiento por abuso de alcohol), la salud y pérdida de productividad debido a enfermedad y muerte relacionadas con el alcohol. Alrededor de 16 mil millones de dólares americanos estaban relacionados con la delincuencia y los costos de los jueces penales relacionados con el uso y abuso del alcohol. La pérdida de productividad debido a la morbilidad, es decir, la pérdida de salarios y ganancias como resultado de enfermedades relacionadas con el alcohol, se estimó en \$87,6 mil millones de dólares americanos; mientras que el lucro cesante futuro debido a la muerte prematura asociada al alcohol, como los accidentes de vehículos motorizados, se estimó en \$36,4 mil millones de dólares americanos. A pesar de que estos costos se estiman en términos económicos, hay que tener en cuenta que también representan un grave costo social, principalmente cuando nos fijamos en los costos en el cuidado de la salud, la delincuencia y la pérdida de productividad, que sin duda afectan a toda la sociedad.

1.6. Comentarios sobre el Alcohol

Aunque el consumo de alcohol es común en las Américas, las variaciones entre los países en la prevalencia del consumo de alcohol hacen difícil la identificación de patrones claros para la región. Podemos decir que el alcohol representa la droga de mayor prevalencia de abuso y que la mayoría de los países registran tasas más elevadas de abuso de alcohol entre los varones con relación a las mujeres. También se observa que los patrones de consumo de alcohol y las consecuencias negativas asociadas a su uso son amplios y variados en todo el hemisferio.

Con respecto al consumo de alcohol entre estudiantes secundarios, a pesar de que cualquier nivel de consumo de alcohol entre estudiantes es un asunto de interés, el consumo excesivo de alcohol es la conducta que probablemente tenga mayor impacto negativo a largo plazo. Dado que sólo unos pocos países en el hemisferio americano disponen de datos sobre consumo excesivo de alcohol y, asimismo, muy pocos países de América Latina han presentado informes con datos sobre tendencias en consumo excesivo de alcohol, es difícil determinar si este problema ha cambiado con el tiempo. No obstante, beber en exceso es una conducta de alto riesgo y se asocia tanto con un comportamiento perjudicial entre los adolescentes, como con problemas con el alcohol en la edad adulta. A la hora de elaborar políticas nacionales e intervenciones sobre problemas relacionados con las drogas, es importante que los países tengan en cuenta que los niveles de consumo excesivo de alcohol no necesariamente se correlacionan con alta prevalencia de consumo de alcohol. En otras palabras, los países con baja prevalencia de consumo de alcohol entre los adolescentes, no necesariamente tienen bajas tasas de consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes estudiantes.

Puede ser importante tener en cuenta las experiencias de países que han estado midiendo el consumo excesivo de alcohol a través del tiempo y han desarrollado políticas efectivas para reducirlo. La disminución del consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes secundarios de los Estados Unidos observada en el estudio *Monitoreando el Futuro*, coincide con un análisis realizado por Gruzca et al (2009) que apunta al aumento de la edad para beber a los 21 años (la edad mínima para beber, según la ley aprobada en 1984) como el factor más significativo en la disminución del consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Gruzca también citó un pequeño efecto debido a la aplicación de la ley de la tolerancia cero.³³ Puede ser útil para los países con mayores tasas de consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes estudiantes examinar las políticas citadas, tomando en cuenta las buenas prácticas y experiencias que han tenido éxito en otros países.

Los patrones de consumo de alcohol varían según el sexo, aunque esto es en menor grado entre los estudiantes secundarios que en la población general. En efecto, estamos observando tasas de consumo de

alcohol de relativa igualdad entre los estudiantes hombres y mujeres. Las estimaciones actuales de la población adulta muestran que los hombres tienden a usar más alcohol que las mujeres. A medida que avanza la edad de los adolescentes, es probable que los comportamientos con la bebida entre hombres y mujeres sigan siendo relativamente similares hasta alcanzar la edad adulta. El consumo de alcohol en la población general muestra una variabilidad mucho mayor por sexo que entre los estudiantes secundarios. No obstante, estudios previos han demostrado que la diferencia de comportamiento de consumo de sustancias entre hombres y mujeres tiende a asemejarse con el tiempo.

En los países con las mayores tasas de consumo problemático de alcohol, la mayor proporción de consumidores problemáticos son hombres, según los estudios realizados en la población general. En algunos casos, más del 40% de los hombres que usaron alcohol en los últimos 30 días reunieron los criterios de bebedor en riesgo. Sin embargo, esos mismos estudios encontraron que, aunque la prevalencia general del consumo de alcohol entre los hombres y mujeres es diferente, las tasas de consumo riesgoso entre aquellos que reportaron algún consumo de alcohol durante el último mes fueron similares entre hombres y mujeres. En otras palabras, el comportamiento de consumo riesgoso de alcohol fue similar entre los hombres y mujeres que consumen alcohol de forma regular. Los patrones de consumo problemático existen en múltiples poblaciones que consumen alcohol y esto debe ser tenido en cuenta a la hora de crear intervenciones eficaces para reducir el problema con la bebida.

Las mayores tasas de problemas con el alcohol se encuentran en la población adulta joven de 18-34 años de edad. Éste es el caso no sólo entre los bebedores actuales (últimos treinta días), sino en la población general como un todo y fue consistente en casi todos los países. Una cuestión importante a tener en cuenta en relación con este grupo de edad, es que es muy probable que una gran proporción de estos bebedores problemáticos se haya iniciado en el consumo de alcohol muy precozmente. Esta información pone de relieve la importancia de la intervención temprana para prevenir el comportamiento a largo plazo del beber riesgoso o problemático. Un segmento importante de la población que cumpla con los criterios de problema con el alcohol, debe ser motivo de preocupación para los Estados miembros.

Un aspecto importante en la política de alcohol en el continente americano es que un gran número de países de América Latina y el Caribe tienen economías que son altamente dependientes de la producción de alcohol. América del Sur es conocida por sus vinos y tiene una tradición cultural de artesanía del vino. Otras regiones y países tienen una larga tradición en la elaboración de bebidas espirituosas como en América Central y el Caribe, que son reconocidas por su ron de alta calidad. Según las investigaciones de Rehm et al en 2006, los países productores de vino muestran mayores tasas de consumo de alcohol, mientras que otros países muestran tasas más altas de abstinencia.³⁴

Los estados miembros de la OEA parecen tener evidencia que sustenta la afirmación anterior. Los países del hemisferio americano con las tasas más altas de consumo de alcohol, en general, son países productores de vinos. Sin embargo, el aumento de la prevalencia no se corresponde necesariamente con mayores tasas de problemas de consumo excesivo o problemático de alcohol. De hecho, los países en el continente americano con mayor índice de problemas relacionados con el alcohol no son necesariamente los productores de alcohol. Esto plantea una cuestión importante en relación con la formulación de políticas. Los Estados miembros deben examinar el uso de sustancias psicoactivas más allá de las simples medidas de prevalencia. La prevalencia es necesaria para entender la magnitud del problema, pero no siempre ofrece información suficiente hacia la comprensión de la gravedad del problema. Para obtener una mejor comprensión de los problemas relacionados con el alcohol, los países deben desarrollar mejores medidas de comportamientos de riesgo, tales como consumo excesivo de alcohol, como parte de sus programas regulares de estudios del consumo de drogas y sus consecuencias.

La magnitud del problema de alcohol también puede ser evaluada a través del impacto económico asociado con el consumo de alcohol. Aunque el alcohol representa un aspecto económico importante en muchos países en el hemisferio americano, los costos sociales asociados con el abuso del alcohol también tienen un impacto económico importante. Los estudios realizados en el continente americano, y en otras partes del mundo sobre los costos económicos del abuso de sustancias, han demostrado que los costos asociados con el alcohol por sí solos superan el impacto económico combinado de las sustancias ilícitas. En última instancia, se delega a cada país la responsabilidad de la elaboración de políticas nacionales que incluyan, o no, una respuesta eficaz para responder al creciente abuso y dependencia del alcohol en sus sociedades, y tomar decisiones sobre las acciones a realizar para mitigar sus consecuencias.

Capítulo 2 Marihuana

La marihuana es la droga ilícita más ampliamente utilizada en el hemisferio americano. Se estima que en todo el mundo, entre 129 y 191 millones de personas, lo que representa entre 2,9% y 4,3% de la población de edades entre 15 y 65 años, han usado marihuana durante el último año. En las Américas, alrededor de 40 millones de adultos han usado marihuana durante el último año.³⁵ En el Caribe, que tiene algunas de las mayores tasas de consumo de marihuana, el uso de esta droga excede al consumo de tabaco en determinadas poblaciones.

2.1. Prevalencia y Patrones de Uso de Marihuana

2.1.1 Prevalencia de uso de Marihuana entre Estudiantes Secundarios

La Tabla 5 muestra las prevalencias para el consumo de marihuana entre los estudiantes secundarios en países miembros de la OEA, y las tasas por grupos etarios usando las variables: alguna vez en la vida, último año y último mes. Los países con la prevalencia más baja de consumo de marihuana en el último año, entre estudiantes secundarios, son Perú (1,9%), Honduras (1%), República Dominicana (1%), República Bolivariana de Venezuela (0,9%) y Haití (0,7%). Las tasas más altas de uso de marihuana el último año entre estudiantes secundarios se observan en Canadá (24%) y los Estados Unidos (23%). La prevalencia del último año entre los estudiantes secundarios fue de 15% o superior en Sta. Lucía, Dominica y Granada.

El uso actual de marihuana entre los estudiantes secundarios, que se define como el uso durante los últimos treinta días, varía de 0,4% a 13,8%. Las tasas más altas, 11% o superiores, de uso actual de marihuana entre los estudiantes se encuentran en los Estados Unidos y Dominica, y excedieron el 8% en otros países del Caribe. Las menores prevalencias de último mes entre los estudiantes secundarios rondaba en torno al 0,4% en la República Dominicana, Haití y Honduras. La prevalencia de la marihuana asciende conforme aumenta la edad de los estudiantes. Este patrón es consistente en todos los países del hemisferio americano.

Tabla 5. Prevalencia de uso de marihuana, más alta y más baja, en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos de edad			
Prevalencia	Vida (%)	Último Año (%)	Último Mes (%)
Rango	1,70 – 30,1	0,70 – 24,4	0,40 – 13,8
Países con la prevalencia más baja	Rep. Dominicana (2008) 1,70 Rep. Bol. Venezuela (2009) 1,70 Haití (2009) 2,00 Honduras (2005) 2,86 Perú (2007) 3,10	Haití (2009) 0,70 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,90 Rep. Dominicana (2008) 1,00 Honduras (2005) 1,06 Perú (2007) 1,90	Haití (2009) 0,40 Honduras (2005) 0,41 Rep. Dominicana (2008) 0,40 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,60 Perú (2007) 0,90
Países con la prevalencia más alta	Sta. Lucia (2005) 25,56 Grenada (2005) 27,28 Estados Unidos † (2009) 29,0 Dominica (2006) 29,59 Canadá* (2006) 30,10	Grenada (2005) 15,74 Sta. Lucia (2005) 16,03 Dominica (2006) 18,07 Estados Unidos † (2009) 22,90 Canadá* (2006) 24,40	Antigua (2005) 8,53 Grenada (2005) 8,58 Sta. Lucia (2005) 8,98 Dominica (2006) 11,93 Estados Unidos † (2009) 13,80
Grupos Etarios			
Prevalencia	Vida (%)	Último Año (%)	Último Mes (%)
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 14 años de edad o menores.	Grenada (2005) 15,98 Canadá* (2006) 16,90 Sta. Lucia (2005) 16,90 Antigua (2005) 17,22 Dominica (2006) 20,58	Sta. Lucia (2005) 7,73 Jamaica (2006) 9,19 Dominica (2006) 10,94 Estados Unidos † (2009) 11,80 Canadá* (2006) 13,60	Antigua y Barbuda (2005) 4,29 Sn. Kitts y Nevis (2003) 4,63 Jamaica (2006) 5,04 Estados Unidos † (2009) 6,50 Dominica (2006) 6,79
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 15-16 años.	Grenada (2005) 29,65 Dominica (2006) 30,88 Estados Unidos † (2009) 32,30 Sn. Kitts y Nevis (2003) 32,40 Canadá* (2006) 41,40	Sta. Lucia (2005) 18,45 Sn. Kitts y Nevis (2003) 18,50 Dominica (2006) 19,94 Estados Unidos † (2009) 26,70 Canadá* (2006) 34,30	Sta. Lucia (2005) 9,81 Grenada (2005) 10,18 Antigua y Barbuda (2005) 10,77 Dominica (2006) 12,45 Estados Unidos † (2009) 15,90
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 17 años de edad o más.	Sta. Lucia (2005) 41,84 Estados Unidos † (2009) 42,00 Grenada (2005) 42,44 Dominica (2006) 43,75 Canadá* (2006) 47,50	Grenada (2005) 25,19 Dominica (2006) 27,65 Sta. Lucia (2005) 30,66 Estados Unidos † (2009) 32,80 Canadá* (2006) 37,10	Antigua (2005) 13,04 Grenada (2005) 14,74 Sta. Lucia (2005) 20,07 Dominica (2006) 20,56 Estados Unidos † (2009) 20,60
Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC			
Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.			
*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.			
† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.			
Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.			

2.1.2 Uso de Marihuana versus Tabaco entre Estudiantes Secundarios

En todo el mundo la marihuana es la sustancia ilegal más consumida, mientras que el tabaco es la sustancia lícita de más rápido crecimiento en los países en vías de desarrollo.³⁶ En base a estudios previos, se estima que la prevalencia del consumo de tabaco en todo el mundo es aproximadamente siete veces mayor que el consumo de marihuana.^d

**Razón a nivel Global del
Uso de Tabaco y
Marihuana**
7:1

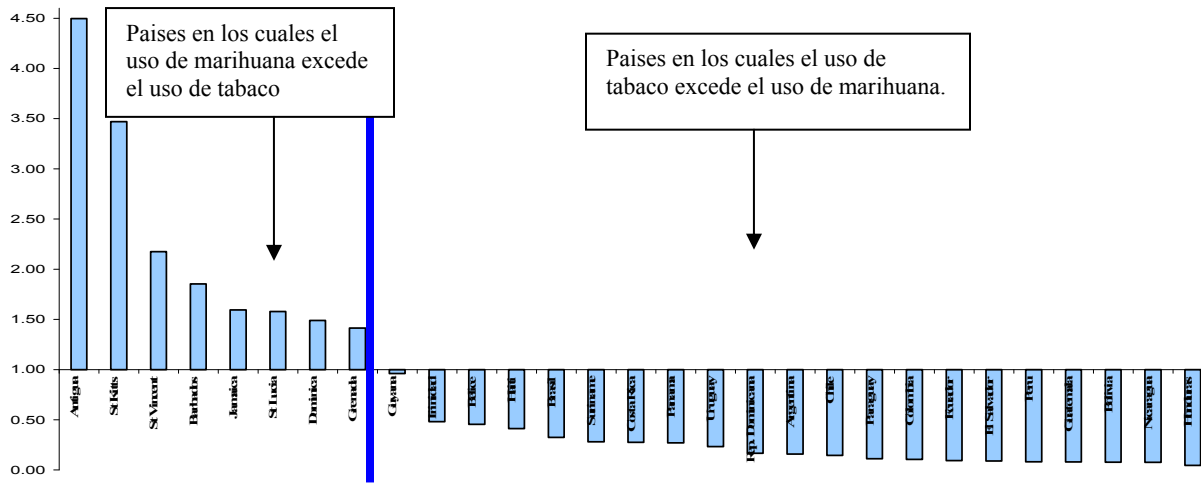


Gráfico 2. Razón de la prevalencia de último mes de consumo de marihuana y tabaco, entre estudiantes secundarios. Nota: El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

En el Gráfico 2 se observa la razón del consumo de marihuana y de tabaco entre los estudiantes secundarios en el continente americano. La mayoría de los países siguen la tendencia mundial, en que la prevalencia del consumo de tabaco supera a la de marihuana. Sin embargo, una serie de países del Caribe registra una prevalencia de consumo de marihuana mayor a la de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios. En Antigua, por ejemplo, la tasa de uso actual de marihuana es 4,5 veces superior a la tasa de uso actual de tabaco. De hecho, en Antigua, Sn. Kitts y Nevis, Sn. Vicente y Granadinas, Barbados, Jamaica, Sta. Lucía, Dominica y Granada el uso actual de marihuana es mayor que el consumo de tabaco (Gráfico 2). La elevada razón de consumo de marihuana con relación al tabaco en estos ocho países del Caribe sugiere que puede haber una población importante que utiliza la marihuana en forma exclusiva. En los Estados Unidos se observó un fenómeno similar, en el cual la prevalencia de último mes de consumo de marihuana en estudiantes (14,8%) resultó ser más alta que la prevalencia mes del uso de cigarrillos (12,8%) (Johnston et al, 2010).

^d Estimado en base a datos de Guindon, 2003, y de UNODC en “Tendencias Mundiales de las Drogas, 2009. Guindon estima que hay aproximadamente 1.3 mil millones de usuarios de tabaco en el mundo. UNODC estima que entre 142 y 190 millones de personas usaron marihuana en 2009.

2.2. Prevalencia de Uso de Marihuana en la Población General

Tabla 6. Prevalencia de último año de uso de marihuana en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por grupos etarios					
País	Último Mes	Último Año	Último Año por Grupos Etarios		
			12-17	18-34	35-64
Argentina (2008)	2,30	3,70	1,58	7,83	1,21
Barbados (2006)	6,60	8,30	4,07	13,65	4,39
Belice (2005)	6,90	8,45	5,28	13,25	5,03
Bolivia (2007)	0,45	4,53	0,79	9,26	0,77
Brasil (2005)	1,92	2,60	-	-	-
Canadá (2008)**	9,30	13,60	25,20	24,00	7,10
Chile (2008)	3,53	6,44	7,93	12,17	2,66
Colombia (2008)	1,60	2,27	2,72	4,01	0,56
Costa Rica (2006)	0,60	1,00	-	-	-
Ecuador (2007)	0,40	0,70	-	-	-
El Salvador (2005)	0,26	0,35	-	-	-
Guatemala (2005)	0,06	0,13	-	-	-
Nicaragua (2006)	0,41	1,06	-	-	-
México (2008)	0,70	1,03	1,18	1,40	0,58
Panamá (2003)	2,85	3,64	2,22	4,68	3,01
Paraguay (2003)	0,33	0,51	0,84	0,78	0,10
Perú (2006)	0,37	0,66	0,80	1,01	0,30
Uruguay (2006)	3,26	5,17	3,50	11,11	1,79
Estados Unidos (2009)†	6,64	11,33	13,56	23,36	7,43

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.
 *Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencias de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocian edades de 17 años o más.
 † Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocian edades de 17 años o más.
 Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

Los datos más recientes sobre el consumo de marihuana en la población general (entre 12 y 64 años) son escasos. La mayoría de la información sobre el uso de drogas en la población general proviene de las encuestas de hogares. Lamentablemente, no todos los países del hemisferio americano tienen datos de la población general en este momento.

La Tabla 6 muestra la prevalencia de último año de consumo de marihuana de la población general en diecinueve países que han llevado a cabo encuestas de hogares. Los datos disponibles en estos países sugieren que existe una gran variabilidad en la prevalencia de consumo de marihuana en la población general. La prevalencia del último año oscila entre 0,35% y 13,6%.

Del mismo modo, existe una gran variabilidad entre países en cuanto a prevalencia de consumo de marihuana en la población general en el último mes. Entre los países cuyos datos están disponibles, las mayores tasas de consumo actual se encuentran en Canadá, Belice, Estados Unidos y Barbados. Por su parte, Guatemala, México, El Salvador, Paraguay y Perú tienen las tasas más bajas de uso actual de marihuana en la población general, con prevalencias por debajo del 0,4%.

2.3. Diferencias en el Uso de Marihuana por Sexo

En América Latina los patrones de consumo de marihuana entre hombres y mujeres difieren ampliamente entre países, tanto dentro de la población general, como entre los estudiantes secundarios.

2.3.1. Uso de Marihuana por Sexo entre Estudiantes Secundarios

La Figura 3 presenta la razón de la prevalencia de consumo de marihuana en el último año entre hombres y mujeres. Los países con una razón de 1, como Haití, indican que las tasas de consumo para hombres y mujeres entre estudiantes secundarios son las mismas. Las razones por encima de 1 indican que la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios es mayor para los hombres que para las mujeres.

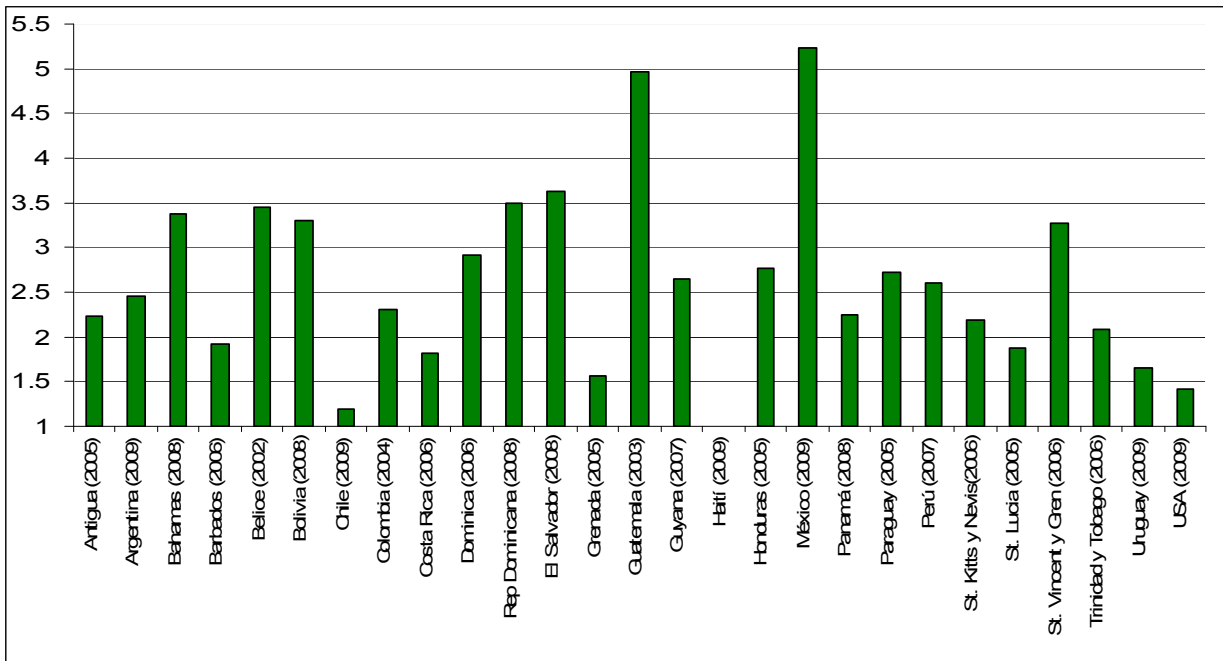


Gráfico 3. Razón de la prevalencia de último año de consumo de marihuana, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios.

Nota: El gráfico muestra los datos disponibles en los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

Las diferencias en la prevalencia de último año de consumo de marihuana van desde una razón de 1 (sin diferencia de consumo entre hombres y mujeres) en Haití, a unos 5,2 en México (el uso entre los hombres es 5,2 veces mayor que entre las mujeres). Ninguno de los países para los cuales hay datos disponibles muestra una mayor tasa de uso de marihuana entre las mujeres estudiantes.

2.3.2. Uso de Marihuana por Sexo en la Población General

La Tabla 7 muestra la prevalencia de último año de consumo de marihuana en la población general. Como se puede observar en la Tabla 7, las tasas de uso reciente son más altas entre los varones con relación a las mujeres en la población general de la mayoría de los países. Estas diferencias oscilan en un rango de alrededor de 1,5 veces mayor entre los hombres en Canadá a casi 38 veces mayor entre los hombres en El Salvador.

Tabla 7. Prevalencia de último año de uso de marihuana en la población general de 12-64 años, por sexo			
País	Hombres	Mujeres	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	5,38	2,07	2,59
Barbados (2006)	14,80	3,50	4,23
Belice (2005)	10,59	6,31	1,68
Bolivia (2007)	8,90	1,14	7,81
Brasil (2005)	4,20	1,50	2,80
Canadá (2008)*	16,90	10,40	1,60
Chile (2008)	8,79	4,16	2,12
Colombia (2008)	3,79	0,93	4,08
Costa Rica (2006)	1,90	0,20	9,50
Ecuador (2007)	1,40	0,10	14,00
El Salvador (2005)	0,75	0,02	37,50
Guatemala (2005)	0,29	0,03	9,67
Nicaragua (2006)	1,18	0,20	5,90
México (2008)	1,73	0,38	4,55
Panamá (2003)	6,35	1,65	3,85
Paraguay (2003)	0,80	0,28	2,86
Perú (2006)	1,16	0,27	4,30
Uruguay (2006)	7,50	3,04	2,47
Estados Unidos (2009) †	14,18	8,63	1,64

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.
 † Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

2.4. Tendencias del Uso de Marihuana

La siguiente sección presenta algunos datos sobre las tendencias de consumo de marihuana en el continente americano. Las normas entregadas por CICAD/OID para medir las tendencias en el consumo de drogas requieren un mínimo de tres estudios sucesivos, con el fin de reunir una tendencia apreciable. En la actualidad, la CICAD tiene datos sólo de algunos pocos países para mostrar las tendencias de la prevalencia de último año del consumo de marihuana entre la población de estudiantes secundarios.

Los datos sobre las tendencias de otros países, como México y Suriname, no están disponibles en forma de gráficos. Un informe de México de 2007 indica que la prevalencia del consumo de marihuana en ese país aumentó del 5% en 1997 a aproximadamente 8% en 2006 y mostró una drástica caída a alrededor del 4% en 2009.³⁷ Un informe similar de Suriname (2007) mostró un moderado descenso en la prevalencia de vida entre los estudiantes secundarios del 3% al 2,5% entre 2002 y 2004 respectivamente, con un fuerte aumento en 2006 a más de 4,5%.

Los gráficos 4 al 8 muestran la información disponible sobre las tendencias en el consumo reciente de marihuana en Argentina, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y Uruguay. Es importante tener en cuenta que los países del continente americano que poseen datos para establecer tendencias, los han recogido en diferentes años. Como resultado de ello, las comparaciones entre los países de las tendencias del consumo de drogas sólo se pueden realizar con precaución. También es importante señalar que el eje que representa la prevalencia no está hecho a la misma escala en cada gráfico. Cualquier interpretación de las tendencias debe ser tomada con cautela.

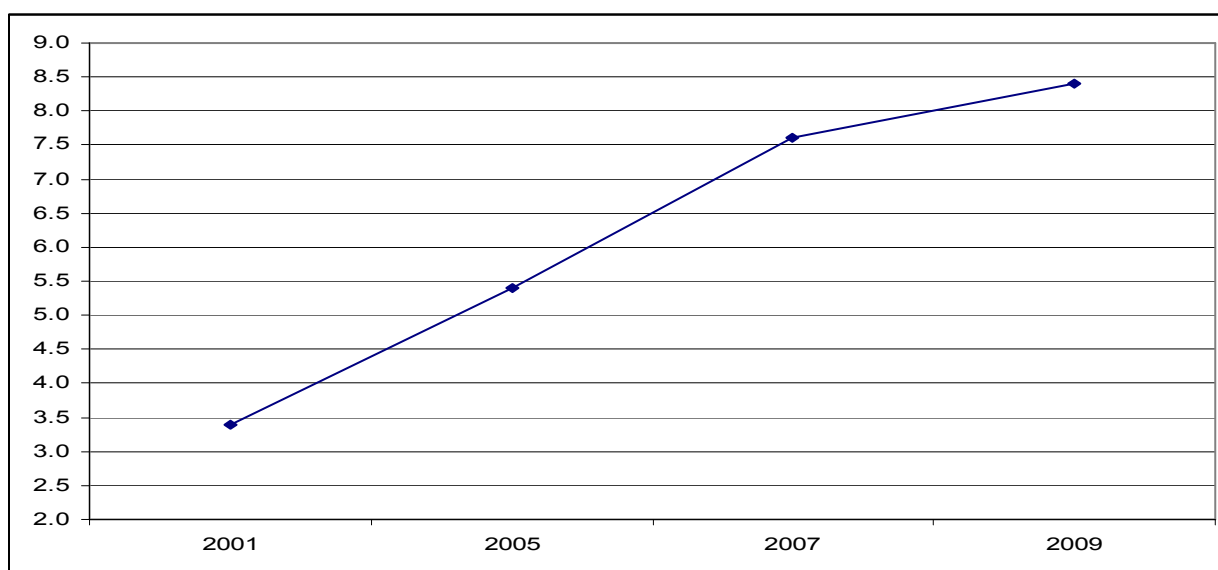


Gráfico 4. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001- 2009.

Fuente: OAD/SEDROUAR

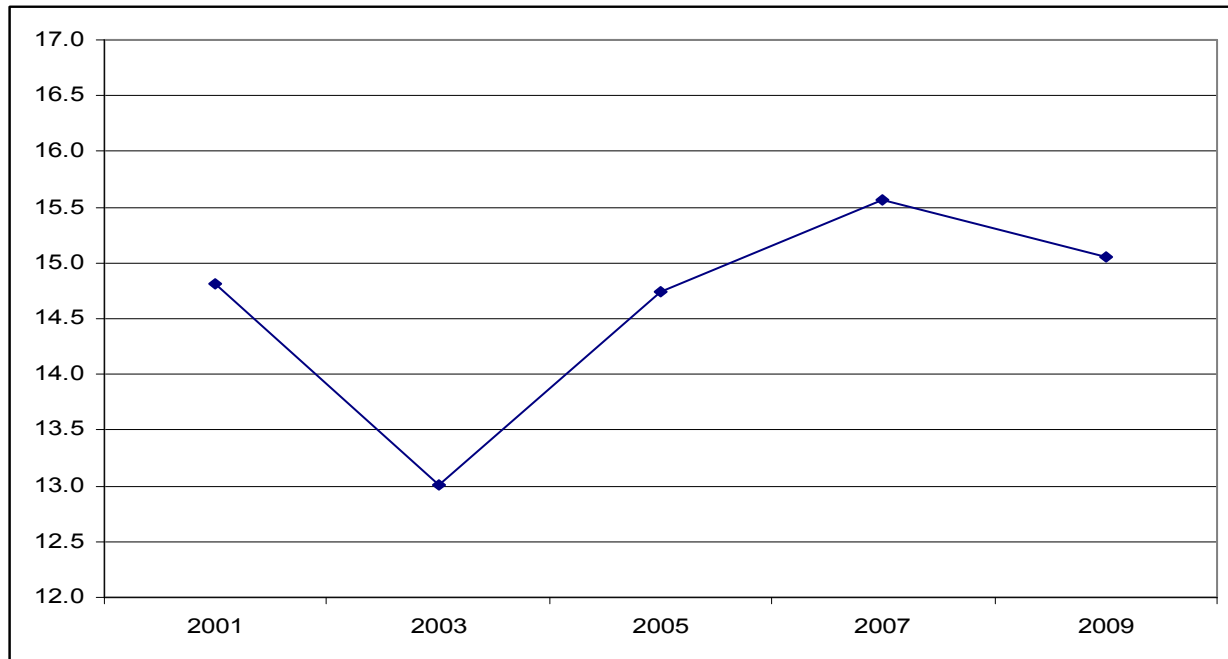


Gráfico 5. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Chile, 2001- 2009.

Fuente: CONACE

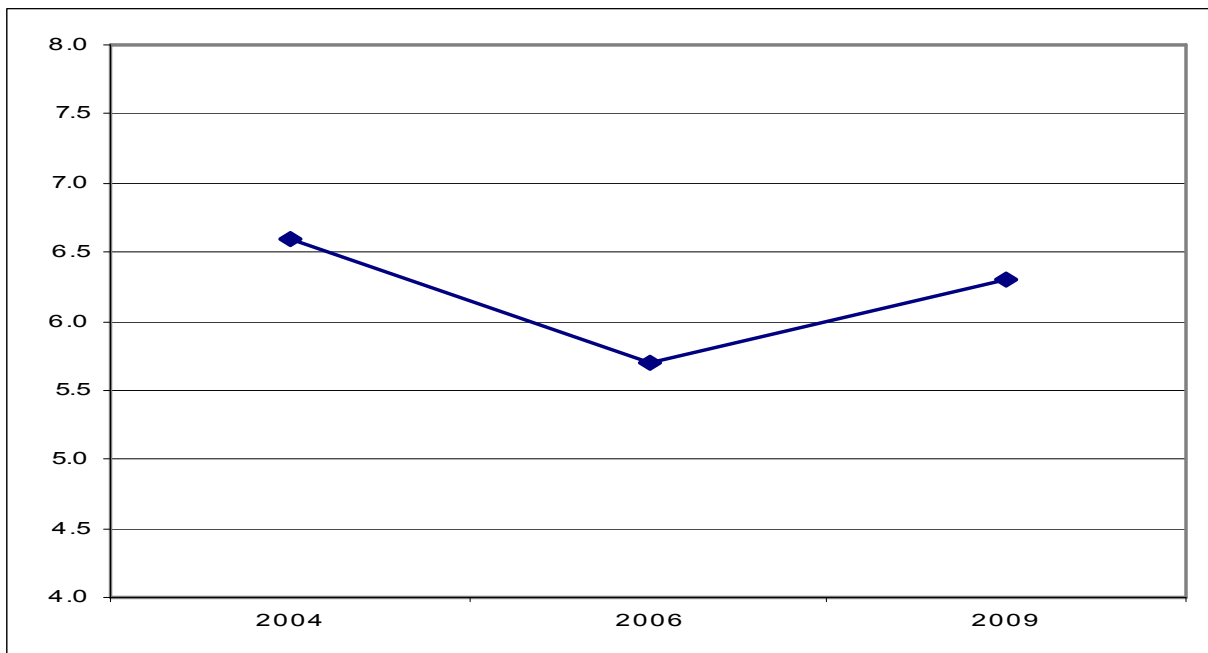


Gráfico 6. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Costa Rica, 2004-2009.

Fuente: IAFA

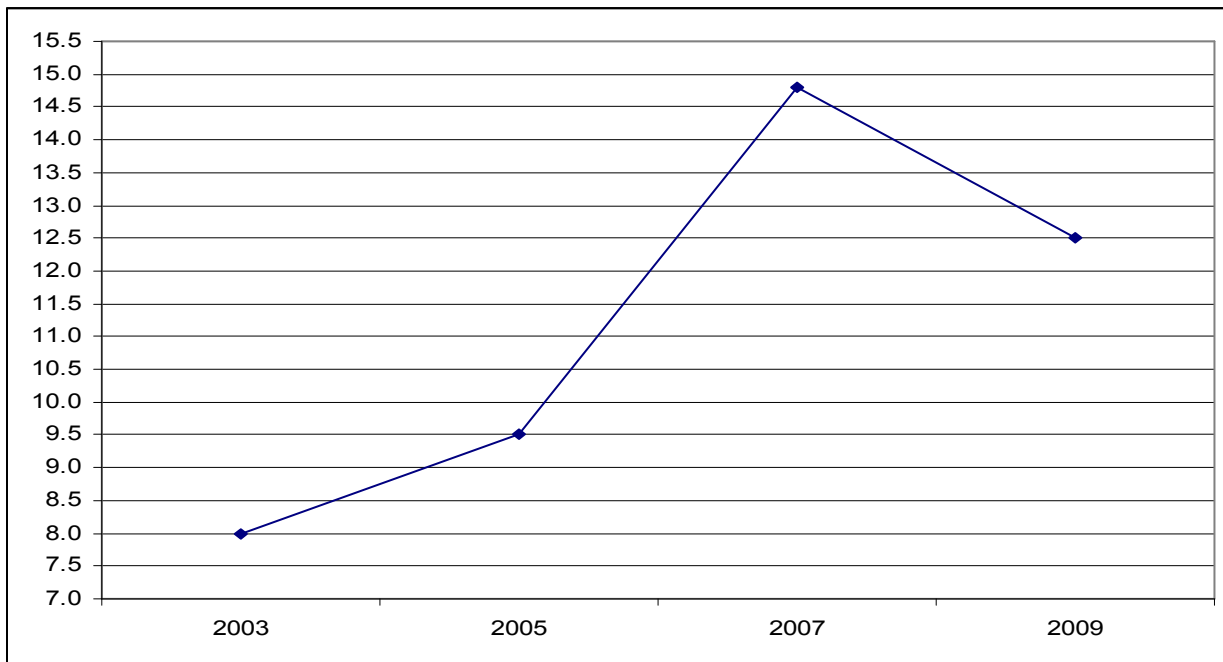


Gráfico 7. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.
Fuente: JND

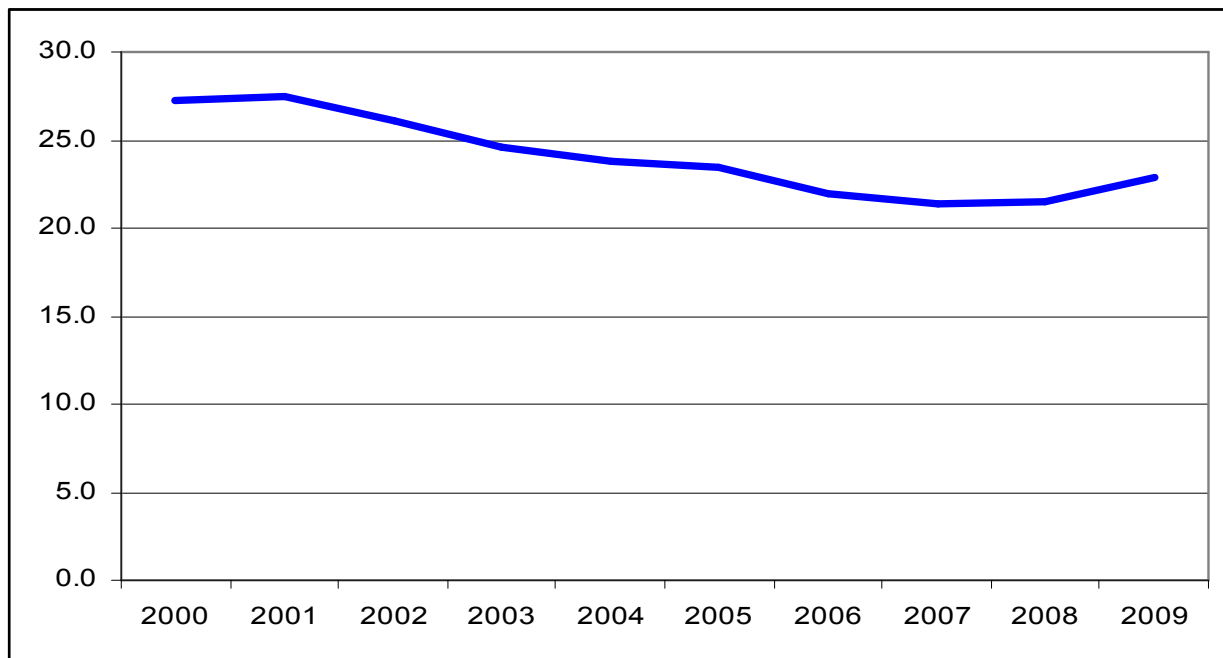


Gráfico 8. Prevalencia de último año de consumo de marihuana entre estudiantes secundarios, Estados Unidos, 2000-2009.
Fuente: MTF (2010)

Los datos de Argentina indican un aumento persistente en la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre los estudiantes secundarios (Gráfico 4). La tendencia general en la prevalencia de último año parece ser relativamente estable en Chile, con la excepción de una caída aparente en el 2003 (Gráfico 5). Sin embargo, los otros años indican niveles relativamente similares. Los datos de Uruguay muestran un alza entre 2003 y 2007, seguida de un descenso entre 2007 y 2009. Será importante observar el consumo de marihuana en los próximos años para determinar si esto es indicativo de una nueva tendencia. El Gráfico 8 muestra la tendencia de la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre los estudiantes secundarios (High School) de los Estados Unidos entre 2001 y 2009. La tendencia parece mostrar un ligero descenso. Es difícil evaluar si el ligero aumento en 2009 indica un cambio en esta tendencia o no.

2.5. Tratamiento por Dependencia a Marihuana

Existen datos limitados sobre el tratamiento para el abuso y/o la dependencia a la marihuana. Actualmente, las metodologías para recoger datos sobre el acceso al tratamiento o la demanda de tratamiento no han sido estandarizadas entre los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, algunos países recopilan y presentan información de manera independiente. La siguiente figura muestra los datos disponibles en los Estados Unidos sobre las admisiones a tratamiento por problemas relacionados con el consumo de la marihuana.

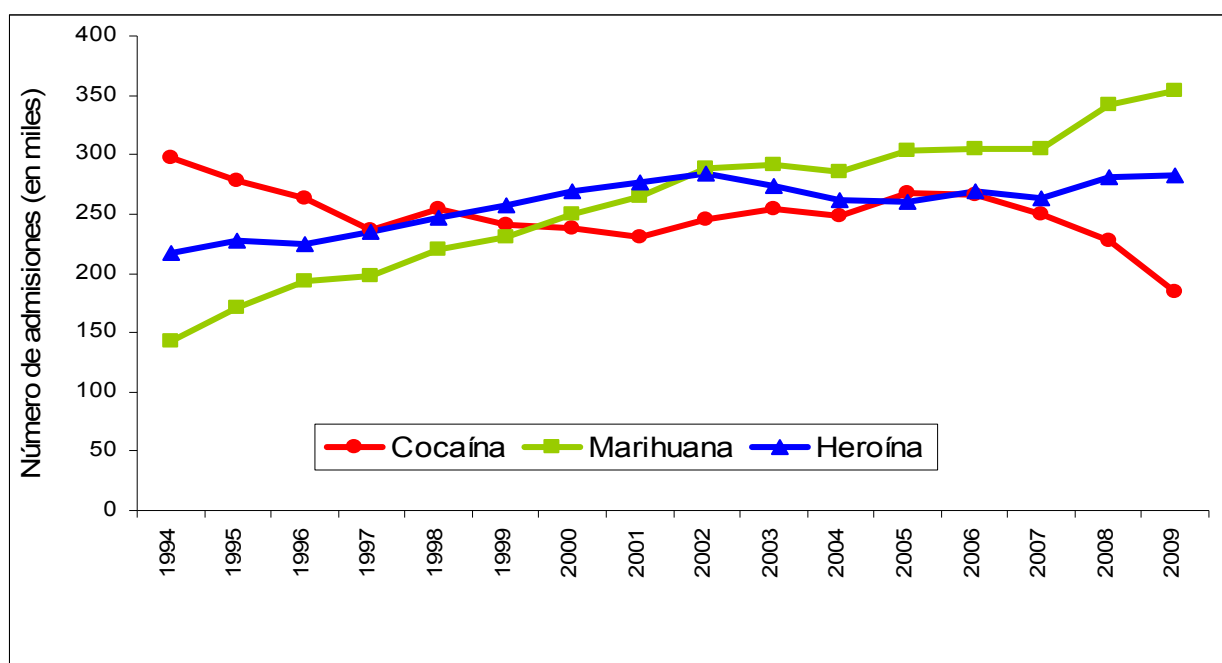


Gráfico 9. Número de admisiones (en miles) a tratamiento por marihuana como primera sustancia de abuso, Estados Unidos, 1994-2006.

Fuentes: SAMHSA, Serie de Datos de Episodios de Tratamiento (TEDS) Lo más destacado - 2006 (enero 2008), los datos para 1994 y 1995 desde 2004 y 2005 informes de TEDS, respectivamente. Gráfico tomado del Libro de la ONDCP Marihuana 2008

Los datos de los Estados Unidos muestran un aumento en las admisiones a tratamiento por consumo de marihuana en el tiempo. Entre 1994 y 2006, el número de admisiones a tratamiento derivados de problemas por el consumo de marihuana se duplicó.³⁸

Los datos disponibles indican que hay un amplio rango en el porcentaje de ingresos a los centros de tratamiento para los cuales la marihuana es la sustancia principal por la cual los individuos tienen acceso a tratamiento (Tabla 8). Los países que informan estos datos muestran que entre 3% y 23% de quienes solicitan acceso a tratamiento lo están buscando por problemas con la marihuana y que ésta era la sustancia primaria de abuso. Estos datos pueden no ser representativos de la región, ya que sólo unos pocos países han presentado datos a la CICAD sobre admisiones a tratamiento. Sin embargo, ofrecen una visión de la proporción de personas que accede a tratamiento por consumo de marihuana en diferentes países en el hemisferio americano.

Tabla 8. Porcentaje de admisiones a tratamiento que identifican a la marihuana como la primera sustancia por la cual solicitaron tratamiento, por país		
País	%	Año
Argentina	23,30	2007
Chile	15,18	2008
Costa Rica	11,10	2007
República Dominicana	5,87	2008
Ecuador	5,40	2007
México	12,10	2007
Panamá	23,00	2008
Perú	20,40	2008
Suriname	3,00	2008

Fuentes: Análisis realizado por el OID con los datos obtenidos de los ONDs en los Estados miembros. La información puede provenir de fuentes gubernamentales o no gubernamentales.

Nota: La tabla muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

2.6. Comentarios sobre Marihuana

La marihuana es la droga ilegal más consumida en casi todos los países del hemisferio americano. Esto se evidencia tanto en la población de estudiantes secundarios como en la población general. El rango de uso en todo el continente americano es muy amplio, lo cual da cuenta de patrones de consumo muy diferentes, tanto a través de regiones como dentro de los países.

Un fenómeno inusual que se ha visto entre estudiantes secundarios son las diferencias en la razón de uso entre el tabaco y la marihuana. En la mayoría de las regiones del mundo el consumo de tabaco supera ampliamente al consumo de marihuana. Esto es válido también para la población escolar secundaria tanto en América del Norte como en América Latina. Sin embargo, en varios de los países del Caribe este patrón de uso está invertido. En efecto, los estudiantes secundarios en varios países del Caribe muestran una mayor prevalencia de uso de marihuana que de tabaco, tanto para el último año como para el último mes. De hecho, el consumo de marihuana es más de cuatro veces mayor que el consumo de tabaco en algunos países. Es difícil predecir qué tipo de impacto en aspectos de salud puede tener a futuro la conducta observada en estos países. Sin embargo, puede ser importante para los responsables políticos tener esto en cuenta al planificar intervenciones de drogas entre los jóvenes.

Las diferencias por sexo en el uso de marihuana son evidentes en la población general y también en la población escolar secundaria. En la población general la prevalencia de último mes de consumo de marihuana muestra algunas diferencias por sexo. En los países con las tasas actuales más bajas de consumo de marihuana, como Ecuador, Bolivia y Perú, el consumo actual de marihuana es casi exclusivo de los hombres. En Uruguay, Chile y Argentina, donde la prevalencia de consumo de marihuana en general es más alta, la diferencia de uso entre hombres y mujeres es menos notoria, aunque los hombres siguen usando a un ritmo ligeramente mayor que las mujeres.

Aunque el consumo de marihuana es mayor entre los varones en la población general de la mayoría de los países, la menor diferencia por sexo de las prevalencias de consumo de marihuana entre los estudiantes secundarios puede indicar que la brecha entre los sexos se está cerrando y que estos países podrían ver tasas similares de consumo para hombres y mujeres en el futuro.

Existen datos limitados sobre las tendencias en el consumo de marihuana en el continente americano, y la poca evidencia existente hace que sea difícil sacar conclusiones con respecto a cualquier tipo de tendencia en todo el hemisferio.

Capítulo 3 Inhalables

Los inhalables son vapores químicos respirables que producen efectos psicoactivos. Hay una gran variedad de productos legalmente disponibles y de uso común en el hogar, en el lugar de trabajo y accesibles en los mercados abiertos, que contienen sustancias inhalables.³⁹ La definición de los inhalables es a menudo problemática en la investigación de drogas, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas que producen diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de problemas plantea retos para la investigación sobre el uso de estas sustancias, los motivos para su uso, los comportamientos asociados y las enfermedades.

La clasificación de los inhalables se diferencia de otras drogas. En efecto, mientras que sustancias como la cocaína son definidas por su tipo farmacológico, los inhalables se definen por su vía de administración.⁴⁰ La investigación ha identificado cuatro clases de estas sustancias: solventes, aerosoles, gases y nitritos.⁴¹ Los solventes volátiles se refieren a sustancias tales como diluyentes de pintura o removedores, tolueno, colas y líquido corrector. Los Aerosoles o propelentes se encuentran en los desodorantes, sprays para cocinar y dispensadores de crema batida. Los gases se refieren a butano, propano y gases similares, así como el cloroformo, el óxido nitroso y los gases anestésicos médicos. Finalmente, los nitritos a menudo se venden comercialmente y están empaquetados específicamente para la inhalación, se conocen comúnmente como "Popper" y se asocian frecuentemente con la escena de clubs, raves y el ambiente gay. Muchas de estas sustancias son elementos comunes de la casa y son fáciles de obtener.

El uso de inhalables es común en muchos países de todo el mundo, tanto en las poblaciones en mayor riesgo social, como en la población general.^{42, 43, 44, 45, 46, 47} Entre las sustancias que más se consumen están las que contienen tolueno, un solvente presente en disolventes de pintura y en pegamentos. Los inhalables se utilizan generalmente para producir un efecto de alerta y alucinógeno. Sin embargo, hay una gran cantidad de evidencia en los países en desarrollo de que la inhalación de sustancias que contienen tolueno se inicia a menudo por otras razones, que tienen implicaciones particulares para la política. Por ejemplo, en las poblaciones socialmente más vulnerables, el tolueno, o el pegamento que lo contiene, se utiliza a menudo para evitar el hambre o la sensación de frío. La investigación en los Estados Unidos indica que alrededor de un millón de adolescentes, entre 12 y 17 años, utilizó algún tipo de inhalable durante el año 2009.⁴⁸

3.1 Prevalencia y Patrones de Uso de Inhalables

3.1.1 Prevalencia de uso de Inhalables entre Estudiantes Secundarios

Tabla 9. Prevalencia de uso de inhalables, más alta y más baja, entre la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos etarios			
	Vida	Último Año	Último Mes
Rango	0,70% - 28,17%	0,50% - 14,34%	0,20% - 9,95%
Países con la prevalencia más baja	Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,70 Rep. Dominicana (2008) 1,10 Honduras (2005) 1,60 Nicaragua (2003) 2,00 Guatemala (2003) 2,11	Rep. Dominicana (2008) 0,50 Honduras (2005) 0,54 Nicaragua (2003) 0,87 Guatemala (2003) 0,99 Uruguay (2009) 1,40	Rep. Dominicana (2008) 0,20 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,20 Honduras (2005) 0,23 Nicaragua (2003) 0,40 Guatemala (2003) 0,41
Países con la prevalencia más alta	Brasil (2004) 15,69 Barbados (2006) 19,66 Guyana (2007) 21,72 Trinidad y Tobago (2006) 26,38 Jamaica (2006) 28,17	Barbados (2006) 9,92 Guyana (2007) 10,51 Trinidad y Tobago (2006) 13,29 Jamaica (2006) 13,93 Brasil (2004) 14,34	Barbados (2006) 6,47 Guyana (2007) 6,93 Trinidad y Tobago (2006) 7,45 Jamaica (2006) 9,47 Brasil (2004) 9,95
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 14 años de edad o menores.	Antigua (2005) 15,28 Guyana (2007) 22,62 Barbados (2006) 22,69 Trinidad y Tobago (2006) 26,22 Jamaica (2006) 27,73	Barbados (2006) 11,05 Guyana (2007) 11,12 Brasil (2004) 11,36 Jamaica (2006) 12,81 Trinidad y Tobago (2006) 14,31	Guyana (2007) 6,84 Barbados (2006) 7,11 Brasil (2004) 7,83 Trinidad y Tobago (2006) 8,08 Jamaica (2006) 8,10
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 15-16 años.	Barbados (2006) 17,15 Brasil (2004) 19,17 Guyana (2007) 20,71 Trinidad y Tobago (2006) 27,02 Jamaica (2006) 29,53	Guyana (2007) 10,07 México (2009) 10,13 Trinidad y Tobago (2006) 13,98 Jamaica (2006) 14,95 Brasil (2004) 18,12	Barbados (2006) 5,94 Guyana (2007) 7,08 Trinidad y Tobago (2006) 7,58 Jamaica (2006) 10,84 Brasil (2004) 12,40
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 17 años de edad o más.	Barbados (2006) 13,57 Brasil (2004) 20,10 Guyana (2007) 22,40 Trinidad y Tobago (2006) 25,73 Jamaica (2006) 26,64	Sta. Lucia (2005) 7,39 Trinidad y Tobago (2006) 9,88 Guyana (2007) 9,98 Jamaica (2006) 14,17 Brasil (2004) 18,73	Barbados (2006) 5,32 Trinidad y Tobago (2006) 5,82 Guyana (2007) 6,63 Jamaica (2006) 9,57 Brasil (2004) 13,33

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

Las tasas más bajas de uso de inhalables, tanto para la prevalencia de vida, el último año y último mes se encuentran principalmente en los países de América Central. Las tasas más altas de uso alguna vez en la vida se encuentran en la región del Caribe y también en Brasil. Tasas moderadas de uso de inhalables se encuentran a lo largo de la región de América del Sur.

3.1.2 Uso de Inhalables entre Estudiantes Secundarios

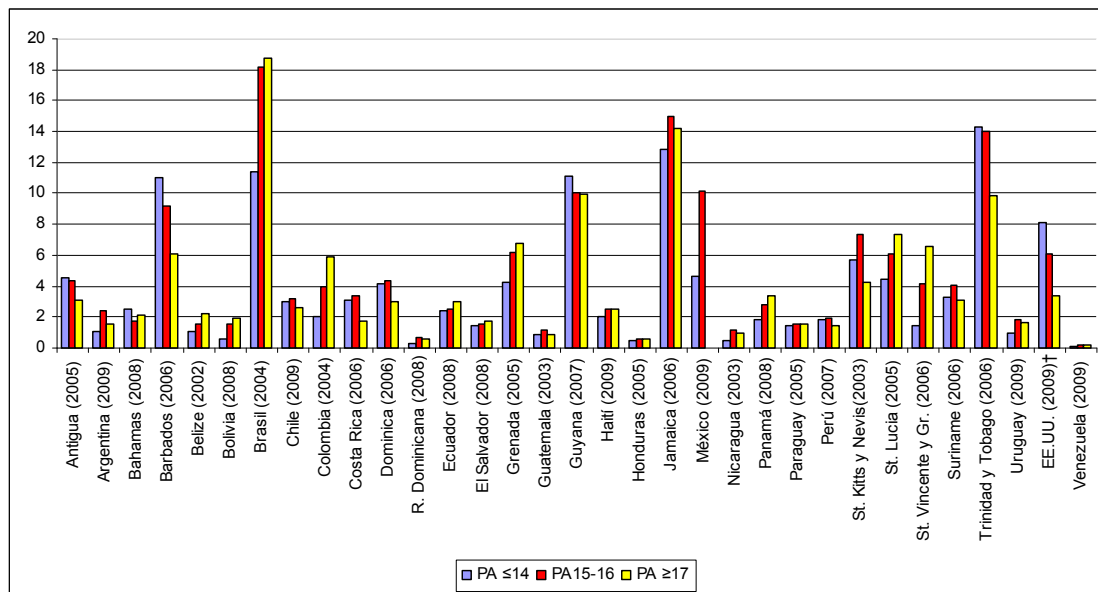


Gráfico 10. Prevalencia de último año de consumo de inhalables entre estudiantes secundarios, por grupos etarios.

Nota: El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados. Los datos de EE.UU. indican los grados 8, 10 y 12 y corresponde a los grupos de edad ≤14, 15-16, y ≥17 respectivamente.

En los Estados Unidos las tasas más altas de consumo de inhalables se encuentran en el octavo grado (aproximadamente 13 a 14 años de edad) y luego caen rápidamente (Johnston, 2009). Un patrón similar se refleja en Barbados, Chile, Guyana y Panamá, donde las más altas prevalencias de inhalables se encuentran en torno a 14 años de edad. En los demás países de América Latina y el Caribe las tasas más altas de uso de inhalables se registran a una edad más avanzada. En Antigua y Barbuda, Argentina, Costa Rica, Dominica, Guatemala, Haití, Jamaica, Nicaragua, Perú, Sn. Kits y Nevis, Suriname, y Trinidad y Tobago las mayores tasas de uso se encuentran en torno a la edad de 15 o 16 años. En casi todos los otros países, como Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Uruguay, la prevalencia de uso de inhalables continúa aumentando hasta los 17 años.

Tabla 10. Países donde la prevalencia de uso de inhalables en los últimos 30 días, excedió la prevalencia de uso de marihuana, entre estudiantes secundarios		
País	Último Mes Marihuana	Último Mes Inhalables
Barbados (2006)	6,08	6,47
Brasil (2004)	3,08	9,95
Guyana (2007)	3,72	6,93
Haití (2009)	0,40	1,40
Jamaica (2006)	8,50	9,47
México (2009)	1,15	2,39
Trinidad y Tobago (2006)	2,75	7,45

Fuentes: CNDs y ONDs en los Estados miembros

Aunque la marihuana suele ser la sustancia ilegal más común entre los estudiantes secundarios en América Latina y el Caribe, los inhalables con frecuencia ocupan el segundo lugar. Argentina y Uruguay son excepciones en las que la cocaína suele ser la droga más utilizada después de la marihuana. En algunos países, como Brasil y varios países del Caribe, la prevalencia de último mes de uso de inhalables es mayor que la de marihuana (Tabla 10).

3.2 Uso de Inhalables por Sexo

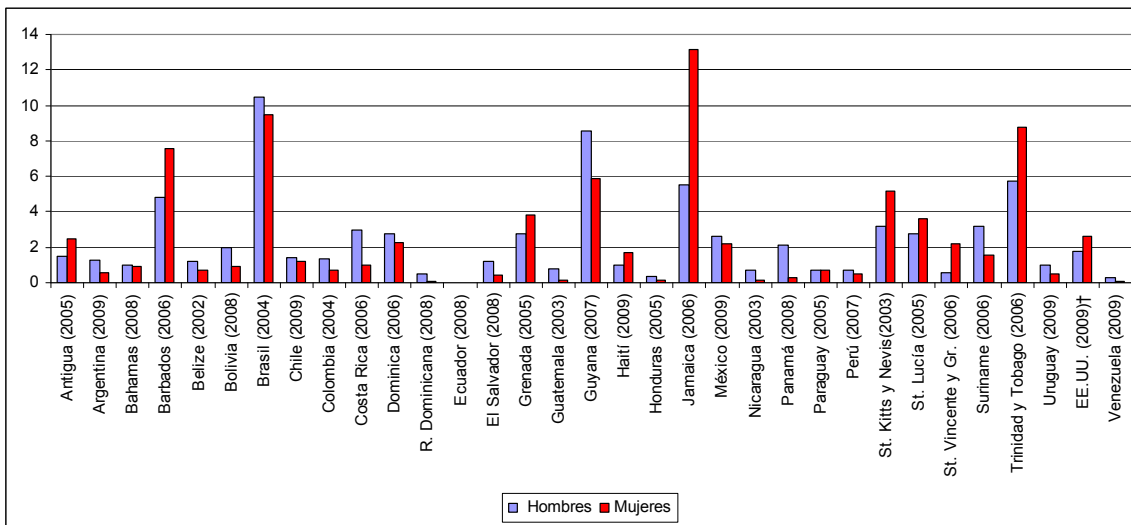


Gráfico 11. Prevalencia de último mes de consumo de inhalables entre estudiantes secundarios, por sexo.

Nota: Los datos de Estados Unidos se han tomado del estudio de 2009 y corresponden al 10º grado solamente, ya que los resultados para la población total no están disponibles. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

La prevalencia de último mes de uso de inhalables es mayor entre los hombres con relación a las mujeres entre los estudiantes en todos los países de América Latina. Sin embargo, este no es necesariamente el caso en el Caribe, donde la prevalencia de inhalables en muchos países es mayor entre las estudiantes mujeres. En las estudiantes mujeres del 8º y 10º grados en los Estados Unidos, el uso de inhalables registra una tasa ligeramente más alta que la de los varones. Sin embargo, en el 12º grado, los varones registran prevalencias más altas que las mujeres.

3.3 Uso de Inhalables entre Estudiantes Universitarios

Un estudio llevado a cabo en 2009 por la Comunidad Andina (CAN) ⁴⁹ entre los estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú registró altas tasas de uso de inhalables entre los estudiantes universitarios de estos países.

Tabla 11. Prevalencia de último año de uso de inhalables entre estudiantes universitarios, en cuatro países andinos		
País	%	IC* 95%
Bolivia	1,88	1,48-2,31
Colombia	1,40	1,14-1,67
Ecuador	0,77	0,53-1,02
Perú	1,70	1,34-2,08
Fuente: SG-CAN (2009). * Intervalos de Confianza de 95%		

En Bolivia, el 1,9% de los estudiantes universitarios reportaron haber usado inhalables el último año. En Colombia, el 1,4% de los estudiantes universitarios declaró el consumo de estas sustancias. Asimismo, lo hicieron el 0,8% de los universitarios en Ecuador y el 1.7% en Perú. A pesar de que alguna de estas tasas puede parecer baja en comparación con otras poblaciones, el informe señala que en países como Bolivia, Ecuador y Perú, la prevalencia de último año de uso de inhalables entre los estudiantes universitarios sólo es superada por la marihuana en esta población, y la prevalencia de estas drogas es muy similar entre los estudiantes universitarios. El estudio de la CAN (2009) también señala que en Bolivia, Ecuador y Perú la prevalencia del último año de inhalables fue mayor entre las mujeres que entre los hombres.

3.4 Tratamiento por Uso de Inhalables

La CICAD no dispone de datos sobre el tratamiento derivado del uso de inhalables en América Latina o el Caribe. Sin embargo, los estudios de los Estados Unidos indican que los adolescentes, entre las edades de 12 a 17 años, representan casi la mitad de todas las admisiones a tratamiento por uso de inhalables. Estas mismas admisiones tenían altas tasas de trastornos psiquiátricos recurrentes. Alrededor del 45% de adolescentes admitidos en el tratamiento por drogas debido al uso de inhalables, también tenían un trastorno psiquiátrico concomitante, en comparación con sólo el 29% de los adolescentes admitidos a tratamiento por consumo de drogas que no incluyeron a los inhalables. ⁵⁰

3.5 Comentarios sobre Inhalables

Uno de los problemas persistentes asociados con la comprensión del uso de inhalables es que éstos se refieren a una categoría que representa una amplia gama de sustancias que son químicamente diferentes, a menudo disponibles lícitamente y producen efectos ligeramente distintos al de otras sustancias psicoactivas. Asimismo, las motivaciones para el uso de inhalables pueden ser muy diversas. Los estudios específicos sobre los inhalables son muy necesarios para comprender a estas sustancias, las motivaciones para su uso y el impacto en la salud de las personas que las consumen o abusan periódicamente de ellas.

Los datos de los estudiantes secundarios muestran que el uso de inhalables está presente en esta población. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe los inhalables son la sustancia más común luego de la marihuana y, en algunos países, la prevalencia del último año de inhalables excede la prevalencia año de marihuana. De hecho, otros estudios han demostrado que el uso de inhalables es común entre los estudiantes secundarios (Neumark, 2011), (Hynes et al, 2011), (Villatoro et al, 2011).

Otro tema de preocupación en relación con el uso de inhalables entre los estudiantes secundarios es la edad en que se registran las tasas más altas de consumo. Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que con el tiempo el uso de inhalables presenta los registros más altos en torno a los catorce años, y luego prevalencia baja rápidamente. Sin embargo, los patrones de América Latina y el Caribe son muy diferentes. La mayoría de los países mostraron que los estudiantes secundarios en América Latina continúan utilizando los inhalables a medida que aumenta la edad, con tasas altas incluso entre alumnos de 17 o más años. Los resultados de los estudios en universitarios han demostrado también altas tasas de uso de inhalables en esta población.

En el Caribe, el patrón es ligeramente diferente. Los estudiantes secundarios muestran altas tasas de uso de inhalables alguna vez en la vida, pero tasas más moderadas en el último año y el último mes. Las tasas de consumo también tienden a disminuir con la edad, lo cual es consistente con lo que se ha visto en los países anglosajones de Norteamérica.

También hay diferencias por sexo en el uso de inhalables, que varían de país a país. En Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Suriname y Uruguay las tasas más altas de consumo entre los hombres superan la prevalencia entre las mujeres en 1,5 puntos porcentuales o más. Por otro lado, los demás países en el continente americano muestran tasas que son iguales en ambos sexos o superiores entre las mujeres.

Capítulo 4 - Clorhidrato de Cocaína, Pasta de Coca, Cocaína Base y Otras Sustancias que Contienen Alcaloides de Cocaína

Una variedad de sustancias derivadas de la hoja de coca se producen en las Américas. Estas no sólo incluyen el clorhidrato de cocaína (HCL), comúnmente conocida como cocaína en polvo, sino también una variedad de sustancias para fumar que se crean durante el procesamiento del clorhidrato de cocaína.⁵¹ Dentro de estas sustancias para fumar nos encontramos con una variedad de formas de Pasta Base de Cocaína (PBC), que se producen temprano en el proceso de refinamiento de la cocaína. ° Crack y base libre son otras formas fumables de la cocaína, que se producen mucho más tarde en el proceso de refinamiento, como productos derivados de la misma cocaína clorhidrato.^{52, 53, 54}

A pesar de que la composición exacta, las características distintivas y la nomenclatura precisa de la pasta base de cocaína son todavía objeto de debate, para el propósito de este capítulo el término “cocaína” se refiere a clorhidrato de cocaína y el término “pasta base de cocaína” (PBC) se refiere al basuco, paco y otras sustancias fumables que contienen alcaloides de cocaína, que se derivan de la hoja de coca y se producen antes del clorhidrato de cocaína.

El siguiente capítulo reporta la prevalencia del Clorhidrato de Cocaína y de la Pasta Base de Cocaína (CBP) en los Estados miembros de la OEA.

4.1 Prevalencia y Patrones de Uso de Cocaína

La prevalencia y patrones de consumo de cocaína varían entre los dos países y las subregiones del hemisferio americano. La Tabla 12 presenta los rangos de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios en el continente americano.

° También conocida como sulfato de cocaína, la pasta base o simplemente pasta, además de los términos locales como Basuco y/o Bazuca en Colombia, Pitillo en Bolivia, Baserolo en Ecuador y Pasta de Coca en Perú, es un producto intermedio en la producción de clorhidrato de cocaína, derivados de la hoja de coca. Por lo general se hace por inmersión en el agua de hojas secas de coca y el tratamiento con una solución de kerosene o gasolina, que luego se mezcla con sustancias alcalinas, como el permanganato de potasio y ácido sulfúrico. La pasta base (pasta básica), llamada Basuco y producida en Colombia, difiere de la descripción tradicional de la pasta base de cocaína como una sustancia a mitad de camino en el procesamiento de clorhidrato de cocaína. En Colombia, "Basuco", es un remanente de la segunda fase del procesamiento cuando la pasta de hoja de coca es transformada en cocaína base, y se obtiene a partir de métodos bastante simples usando kerosene, sustancias básicas, ácido sulfúrico y éter.

4.1.1 Prevalencia de Uso de Cocaína entre Estudiantes Secundarios

Tabla 12. Prevalencia de uso cocaína, más alta y más baja, en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por grupos etarios			
	Vida	Último Año	Último Mes
Rango	0,53%- 6,70%	0,17%- 3,40%	0,07%-1,78%
Países con la prevalencia más baja	Sn. Vicente y Gran. (2006) 0,53 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,60 Dominica (2006) 0,69 Suriname (2006) 0,70 Bahamas (2008) 0,80	Suriname (2006) 0,17 Bahamas (2008) 0,20 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,30 Sn. Vicente y Gran. (2006) 0,32 Trinidad y Tobago (2006) 0,49	Suriname (2006) 0,07 Bahamas (2008) 0,20 Sn. Vicente y Gran (2006) 0,21 Trinidad y Tobago (2006) 0,24 Rep. Bol. Venezuela (2009) 0,30
Países con la prevalencia más alta	Argentina (2009) 4,00 Guyana (2007) 4,12 Canadá* (2006) 4,40 Estados Unidos † (2009) 4,60 Chile (2009) 6,70	Argentina (2009) 2,30 Uruguay (2009) 2,50 Estados Unidos † (2009) 2,70 Guyana (2007) 2,78 Chile (2009) 3,40	Panamá (2008) 1,20 Argentina (2009) 1,30 Jamaica (2006) 1,35 Chile (2009) 1,70 Guyana (2007) 1,78
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 14 años de edad o menores.	Estados Unidos † (2009) 2,60 Panamá (2008) 3,28 Jamaica (2006) 3,45 Chile (2009) 3,90 Guyana (2007) 4,96	Estados Unidos † (2009) 1,60 Chile (2009) 1,90 Jamaica (2006) 2,42 Panamá (2008) 3,03 Guyana (2007) 3,93	Sn. Kitts y Nevis (2003) 0,86 Chile (2009) 1,10 Jamaica (2006) 1,82 Guyana (2007) 2,62 Panamá (2008) 2,69
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 15-16 años.	México (2009) 4,42 Estados Unidos † (2009) 4,60 Argentina (2009) 4,80 Canadá* (2006) 5,20 Chile (2009) 6,60	México (2009) 2,00 Estados Unidos † (2009) 2,70 Argentina (2007) 2,90 Uruguay (2009) 3,30 Chile (2009) 3,40	Antigua (2005) 0,96 Jamaica (2006) 1,05 Uruguay (2009) 1,50 Chile (2007) 1,70 Argentina (2009) 1,80
Países con la prevalencia más alta entre estudiantes de 17 años de edad o más.	Argentina (2007) 6,00 Estados Unidos † (2009) 6,00 Uruguay (2009) 6,90 Canadá* (2006) 9,00 Chile (2009) 9,80	Argentina (2009) 3,20 Colombia (2004) 3,32 Estados Unidos † (2009) 3,40 Uruguay (2009) 4,40 Chile (2009) 4,90	Sta. Lucia (2005) 1,34 Argentina (2009) 1,60 Uruguay (2009) 1,80 Guyana (2007) 1,89 Chile (2007) 2,30
Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009. *HC Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años. *Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más. † Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más. Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.			

4.2 Prevalencia de Uso de Cocaína en la Población General

El consumo de cocaína se observa en todo el hemisferio americano, con amplia diferencia en la población general de los diversos países. Las estimaciones de UNODC (2010) indican que la prevalencia mundial de cocaína durante el último año está entre 0,3% y 0,4%. Sin embargo, en las Américas alrededor del 1,4% de la población general ha consumido cocaína durante el último año, mientras que la tasa global de Europa es inferior al 1%. No obstante, se debe tener en cuenta que la amplitud de las prevalencias de consumo de esta droga en América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe es muy diversa.

La Tabla 13 muestra el rango de prevalencia de cocaína en la población general de 12-65 años en todo el hemisferio americano. La mayor prevalencia de último año (superior a 1,4%) se encuentra tanto en países del norte como del sur del hemisferio americano, con diversos patrones entre los países del centro. La mayor prevalencia de último año es aproximadamente 2%. La más baja prevalencia de último año en el continente americano se encuentra en Ecuador (0,1%) y Guatemala (0,1%). Es difícil identificar los patrones de consumo por subregión.

Tabla 13. Prevalencia de uso cocaína, más alta y más baja, en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por grupos etarios			
	Vida	Último Año	Último Mes
Rango	0,66%-16,74%	0,10%-2,24%	0,03%-1,03%
Países con la prevalencia más baja	Paraguay (2003) 0,66 Barbados (2006) 0,79 Guatemala (2005) 0,85 Ecuador (2007) 1,20 Perú (2006) 1,37	Ecuador (2007) 0,10 Guatemala (2005) 0,11 Barbados (2006) 0,14 Paraguay (2003) 0,19 Costa Rica (2006) 0,20	Guatemala (2005) 0,03 Barbados (2006) 0,04 Ecuador (2007) 0,06 Costa Rica (2006) 0,10 El Salvador (2005) 0,13
Países con la prevalencia más alta	Bolivia (2007) 3,22 Argentina (2008) 3,46 Uruguay (2006) 4,03 Chile (2008) 6,60 Estados Unidos † (2009) 16,74	Panamá (2003) 1,20 Uruguay (2006) 1,44 Chile (2008) 1,80 Canadá * (2008) 1,90 Estados Unidos † (2009) 2,24	Belice (2005) 0,61 Estados Unidos † (2009) 0,76 Uruguay (2006) 0,79 Chile (2008) 1,00 Panamá (2006) 1,03
Grupos Etarios			
Países con la prevalencia más alta en el Grupo etario 12-17 años	Belice (2005) 0,73 México (2008) 0,80 Chile (2008) 0,84 Colombia (2008) 1,22 Estados Unidos † (2009) 1,64	Panamá (2003) 0,44 Uruguay (2006) 0,57 Colombia (2008) 0,78 Estados Unidos † (2009) 0,98 Canadá* (2008) 3,60	Guatemala (2005) 0,26 Paraguay (2003) 0,28 Argentina (2008) 0,28 Estados Unidos † (2009) 0,28 Colombia (2008) 0,35
Países con la prevalencia más alta en el Grupo etario 18-34 años	Nicaragua (2006) 3,76 Argentina (2008) 6,47 Uruguay (2006) 8,49 Chile (2008) 10,10 Estados Unidos † (2009) 16,52	Chile (2008) 2,34 Argentina (2008) 2,45 Uruguay (2006) 3,34 Estados Unidos † (2009) 4,28 Canadá* (2008) 4,30	Chile (2008) 0,94 Panamá (2003) 1,12 Estados Unidos † (2009) 1,19 Argentina (2008) 1,25 Uruguay (2006) 1,89
Países con la prevalencia más alta en el Grupo etario 35-64 años	Uruguay (2006) 2,09 Panamá (2003) 2,21 Chile (2008) 4,31 Bolivia (2007) 4,61 Estados Unidos † (2009) 19,97	Canadá* (2008) 0,50 Chile (2008) 0,71 Belice (2005) 0,84 Panamá (2003) 1,29 Estados Unidos † (2009) 1,30	Uruguay (2006) 0,22 Chile (2008) 0,46 Estados Unidos † (2009) 0,62 Belice (2005) 0,84 Panamá (2003) 1,17
Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año. † Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.			

La mayor prevalencia de consumo de cocaína se encuentra en la población del grupo etario de 18-34 años en la mayoría de los países. Esto es válido para las prevalencias de vida, último año y último mes. Con algunas excepciones, la prevalencia de vida de cocaína es mayor en el grupo de edad de 35-64 años (4.61%) que en el grupo de edad 18-34 años (3.49%, no se muestra en la tabla). El uso actual de cocaína (cualquier uso dentro de los últimos treinta días) en Panamá, de acuerdo con los datos de encuestas de 2003, es también mayor en el grupo de edad de 35-64 años (1.17%) que en el grupo de 18-34 años (1.12%) (Tabla 13).

4.3 Uso de Cocaína por Sexo

Tabla 14. Prevalencia de último mes de uso de cocaína entre estudiantes secundarios, porcentaje total y por sexo				
País	Total Último Mes	Hombres	Mujeres	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	0,74	1,03	0,54	1,92
Argentina (2009)	1,30	2,10	0,60	3,50
Bahamas (2008)	0,20	0,10	0,20	0,50
Barbados (2006)	0,50	0,58	0,44	1,33
Belice (2002)	0,45	0,67	0,27	2,50
Bolivia (2008)	1,20	1,70	0,80	2,12
Chile (2009)	1,70	2,20	1,20	1,83
Colombia (2004)	0,50	0,76	0,28	2,74
Costa Rica (2006)	0,70	0,90	0,40	2,25
Dominica (2006)	0,39	0,68	0,15	4,37
El Salvador (2008)	0,50	0,80	0,30	2,67
Grenada (2005)	0,54	0,90	0,15	5,99
Guatemala (2003)	0,54	0,94	0,22	4,27
Guyana (2007)	1,78	3,01	0,98	3,07
Haití (2009)	0,30	0,50	0,10	5,00
Honduras (2005)	0,38	0,63	0,19	3,31
Jamaica (2006)	1,35	1,90	0,85	2,24
México (2009)	0,48	0,67	0,28	2,39
Nicaragua (2003)	0,52	0,79	0,32	2,47
Panamá (2008)	1,20	1,50	1,00	1,50
Paraguay (2005)	0,45	0,68	0,28	2,43
Perú (2007)	0,50	0,70	0,30	2,33
Sn. Kitts y Nevis(2003)	0,86	1,30	0,48	2,73
Sta. Lucia (2005)	0,58	0,71	0,49	1,45
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	0,21	0,29	0,17	1,71
Trinidad y Tobago (2006)	0,24	0,15	0,31	0,48
Estados Unidos (2009) †	0,90	1,00	0,80	1,25
Uruguay (2009)	1,10	1,70	0,50	3,40

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC
 Los datos de EE.UU. fueron tomados del estudio de MTF y muestran la información para estudiantes de grado 10, por sexo. Datos combinados para ambos sexos no están disponibles en el reporte de MTF 2009.
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Las tablas de prevalencia completas se encuentran en los apéndices.

La experiencia de los países con una larga historia de consumo de drogas e investigaciones al respecto, nos ha mostrado que a medida que la epidemia de drogas crece y evoluciona con el tiempo, las diferencias en las tasas de uso entre hombres y mujeres tienden a disiparse. Por lo tanto, en los países con mayores tasas de consumo de drogas en general, las diferencias de uso entre hombres y mujeres tienden a ser pequeñas, mientras que en países con niveles relativamente bajos de consumo, las diferencias en las tasas de consumo de drogas, entre hombres y mujeres, son más amplias.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la prevalencia del consumo de cocaína es mayor entre hombres que entre mujeres. Esto es válido tanto para la población general, así como para la población estudiantil. Hay algunas excepciones, donde la prevalencia de la cocaína entre las mujeres es mayor que entre los hombres, pero las diferencias son pequeñas y tienden a igualarse.

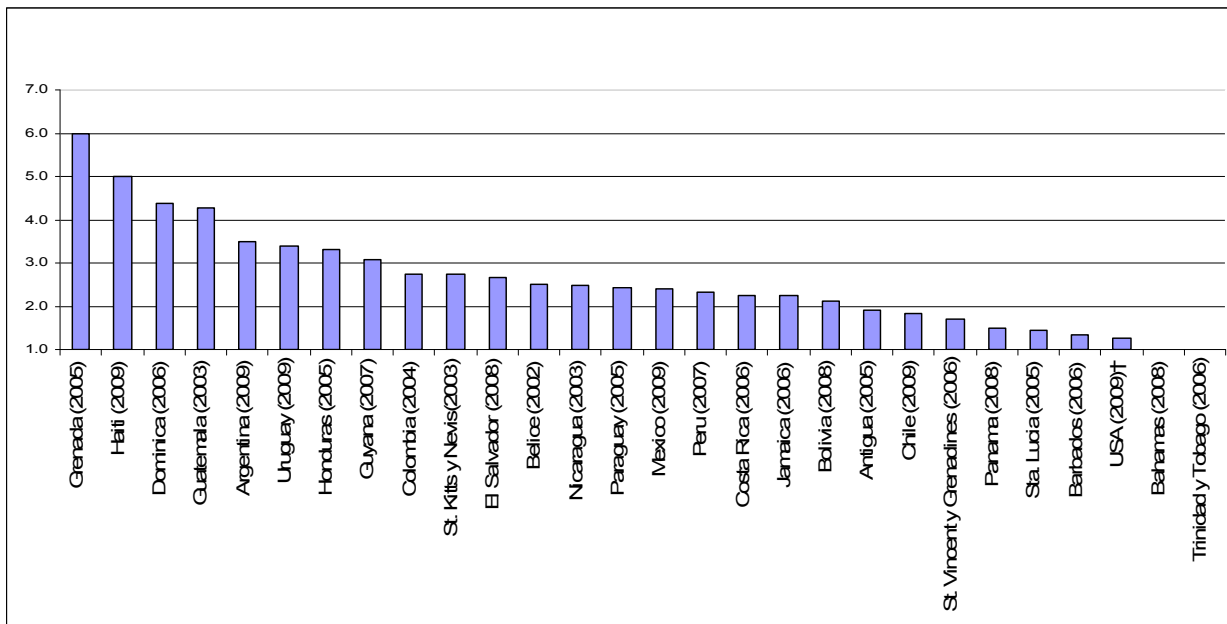


Gráfico 12. Razón hombres: mujeres de la prevalencia de último mes de consumo de cocaína, en estudiantes secundarios. Fuentes: CNDs, ONDs en los Estados miembros y MEM; EE.UU.=MTF. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

El Gráfico 12 muestra la razón de la prevalencia de último mes de consumo de cocaína entre los estudiantes secundarios hombres y mujeres. Es posible observar una amplia gama de patrones de consumo entre los estudiantes hombres y mujeres de todos los países. De esta forma, las diferencias en las tasas de uso entre hombres y mujeres son muy variadas. Por ejemplo, en Granada, la prevalencia de último mes es relativamente baja en el país; sin embargo, y de acuerdo al consumo actual, los hombres consumen cocaína casi seis veces más que las mujeres. En los Estados Unidos, donde la prevalencia del último mes es mucho mayor, hombres y mujeres tienen una prevalencia casi igual. En Bahamas y Trinidad y Tobago, en cambio, las razones son algo menores a 1, indicando uso similar entre hombres y mujeres, con tasas apenas más elevadas en mujeres.

Tabla 15. Prevalencia de último año de uso de cocaína en la población general de 12-64 años, porcentaje total y por sexo

País	Total Último Año	Hombres Último Año	Mujeres Último Año	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	1,06	1,89	0,24	7,70
Barbados (2006)	0,14	0,30	0,03	10,00
Belice (2005)	0,71	0,69	0,73	0,95
Bolivia (2007)	0,55	0,46	0,62	0,74
Brasil (2005)	0,73	1,45	0,21	6,90
Canadá* (2008)	1,90 ^Q	2,70 ^Q	1,10 ^Q	2,50 ^Q
Chile (2008)	1,80	3,15	0,55	5,72
Colombia (2008)	0,72	1,28	0,22	5,82
Costa Rica (2006)	0,20	0,40	0,00	-
Ecuador (2007)	0,10	0,60	0,00	-
El Salvador (2005)	0,24	0,52	0,00	-
Guatemala (2005)	0,11	0,25	0,03	8,33
Nicaragua (2006)	0,34	0,46	0,09	5,11
México (2008)	0,44	0,76	0,14	5,43
Panamá (2003)	1,20	0,22	0,17	1,29
Paraguay (2003)	0,19	0,43	0,15	2,87
Perú (2006)	0,27	0,56	0,10	5,60
Uruguay (2006)	1,44	2,31	0,66	3,50
Estados Unidos † (2009)	1,90	2,51	1,33	1,89

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM

* Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.

† Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

Las diferencias por sexo respecto a la prevalencia del consumo de cocaína en la población general son más amplias que en la población estudiantil. Las razones varían desde cerca de un uso de la cocaína que indica la igualdad entre hombres y mujeres, hasta diferencias de casi 10 a 1. En la mayoría de los países presentados en la Tabla 15, la prevalencia de último año de consumo de cocaína es mayor entre los hombres con relación a las mujeres (razón superior a 1). Sin embargo, esto no necesariamente implica un mayor nivel de uso de cocaína. De hecho, dos de estos países presentan las más bajas prevalencia de último año de consumo de cocaína. Por el contrario, puede ser importante tener en cuenta que aunque un país pueda tener una baja prevalencia, en comparación con los demás países del hemisferio, el uso de cocaína puede ser un problema más grave en un segmento particular dentro de la población.

4.4 Población carcelaria

Los datos registrados entre la población en prisión en América Latina y el Caribe son escasos. La Tabla 16 muestra algunos datos limitados de los países que han comunicado esta información al MEM. Un estudio realizado en El Salvador en 2005 entre los jóvenes en las escuelas penitenciarias y centros de rehabilitación juvenil registró que la prevalencia de vida y de último año de consumo de cocaína es muy superior a lo que se ha encontrado entre los jóvenes de la escuela secundaria tradicional. No sólo el uso del clorhidrato de cocaína es más frecuente entre estos jóvenes, sino también otros derivados de la cocaína como el crack, o sustancias relacionadas tales como el basuco, la pasta base de cocaína o pasta de coca.

Tabla 16. Uso de drogas tipo cocaína entre la población carcelaria			
El Salvador	Vida	Último Año	Último Mes
2005 – Escuela Penitenciaria			
Clorhidrato de Cocaína	14,00	1,40	0,50
Coca Pasta (Basuco)	5,10	0,30	0,30
Crack	14,00	3,20	1,40
2005 – Centros de Rehabilitación para Jóvenes			
Clorhidrato de Cocaína	17,10	3,40	0,90
Coca Paste (Basuco)	6,00	2,60	0,90
Crack	14,50	4,30	0,90
Cualquier tipo de Cocaína o derivados	37,60	10,30	2,70
Colombia	Vida	Último Año	Último Mes
2006 Población Carcelaria			
Clorhidrato de Cocaína	16,70	6,00	5,70
Basuco (PBC)	11,40	4,00	3,70
Crack	0,00	0,00	0,00

Fuentes: MEM 2005-2006, Informes nacionales de El Salvador y Colombia.

Nota: La tabla muestra los datos disponibles de los distintos países. Los países sin datos comparables no están representados.

Un estudio de 2006 en la población carcelaria en Colombia mostró una mayor prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de clorhidrato de cocaína y de PBC. Estas tasas superan con mucho las prevalencias de último año y último mes en la población general.

4.5 Dependencia: Datos de la Subregión Sudamericana

En 2006, la CICAD y UNODC Perú publicaron un estudio conjunto sobre el uso de drogas en la población general de seis países sudamericanos: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.⁵⁵ De acuerdo a ese estudio, la tasa global de consumo de cocaína, según la prevalencia de último año, en los seis países estudiados es alta en comparación con los niveles de consumo en todo el mundo. UNODC estima que la prevalencia mundial de cocaína durante el último año fue entre 0,3% y 0,4%, pero en estos seis países la tasa combinada de último año en la población general fue de 1,4%.

Tabla 17. Prevalencia de último año de uso de cocaína en la población general de seis países de Sudamérica, y proporción de estos usuarios de cocaína que cumplen con los criterios de dependencia CIE 10, por grupos etarios					
Grupos Etarios	12-17	18-24	25-34	35-65	Total
Prevalencia de último año	0,9%	1,8%	1,9%	1,1%	1,4%
Porcentaje de usuarios recientes de cocaína que presentan signos de dependencia según criterios CIE-10	39,7%	42,7%	39,9%	41,7%	41,3%

Fuente: CICAD/UNODC 2006

Nota: La tabla muestra los datos disponibles del conjunto de los seis países. Países que no participan el Proyecto Subregional de CICAD/UNODC no están incluidos. La prevalencia por grupos de edad se ajustó según el tamaño y la demografía de la población.

Una vez desglosados por grupos de edad, la mayor prevalencia de último año de consumo de la cocaína se encuentra en los grupos etarios de 18-24 y 25-34 años de edad de la población general de estos seis países. De mayor preocupación son las altas tasas de usuarios que presentan signos de dependencia a la cocaína entre la población general. Como ya se mencionó, el 1,4% de la población general en estos países consumió cocaína durante el último año. Asimismo, más del 40% de estos usuarios presentan signos de dependencia a cocaína, de acuerdo con los criterios de la CIE 10 de la OMS.

4.6 Tendencia del Uso de Cocaína

4.6.1 Tendencia del Uso de Cocaína entre Estudiantes Secundarios

Esta sección presenta los datos sobre tendencias en la prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios de Argentina, Chile, Uruguay y Estados Unidos. Los datos sobre tendencias del consumo son limitados y muy pocos países los informan periódicamente a la CICAD/OID. También es importante señalar que el eje que representa la prevalencia no está hecho a la misma escala en cada gráfico. Cualquier interpretación de las tendencias debe ser tomada con cautela.

Los datos sobre las tendencias de otros países no están disponibles en forma de gráficos e incluyen un estudio realizado en 2004 entre estudiantes secundarios de Brasil (SENAD, 2004) que indica que la prevalencia de vida del consumo de cocaína aumentó en forma sostenida entre 1987 y 2004. Un estudio realizado en México indicó que la prevalencia de vida del consumo de cocaína entre los estudiantes mexicanos de educación secundaria disminuyó de poco más de 5% a 2% entre 2000 y 2009 (Villatoro et al 2009).

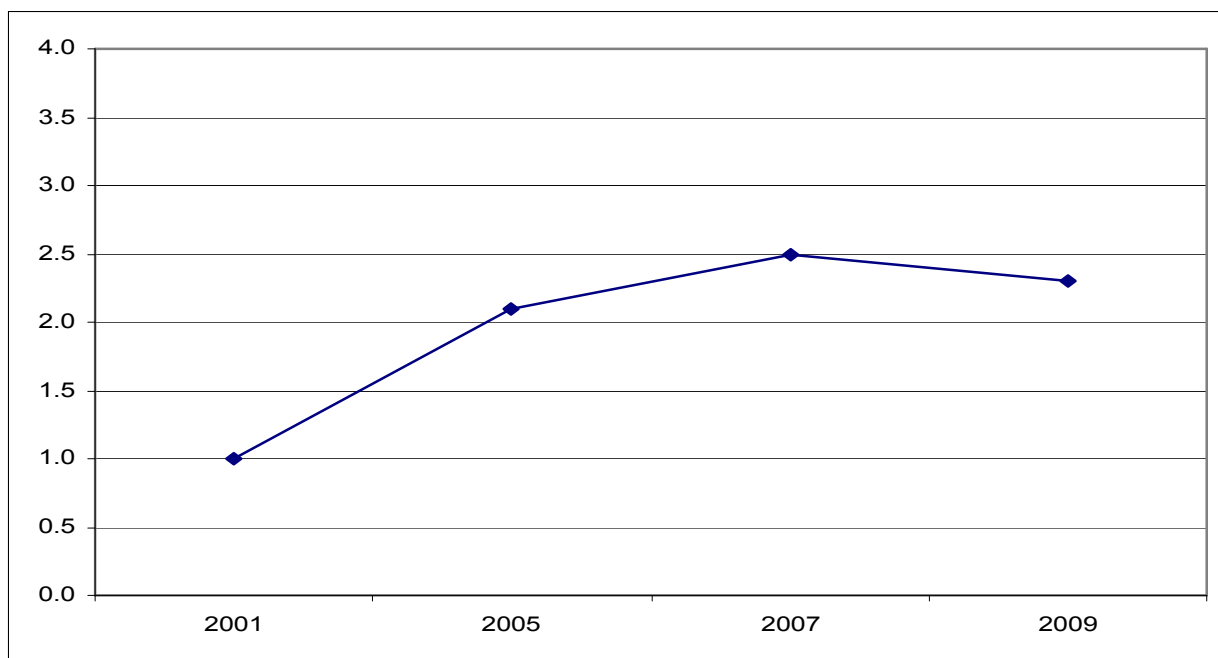


Gráfico 13. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001-2009.

Fuente: SEDRONAR.

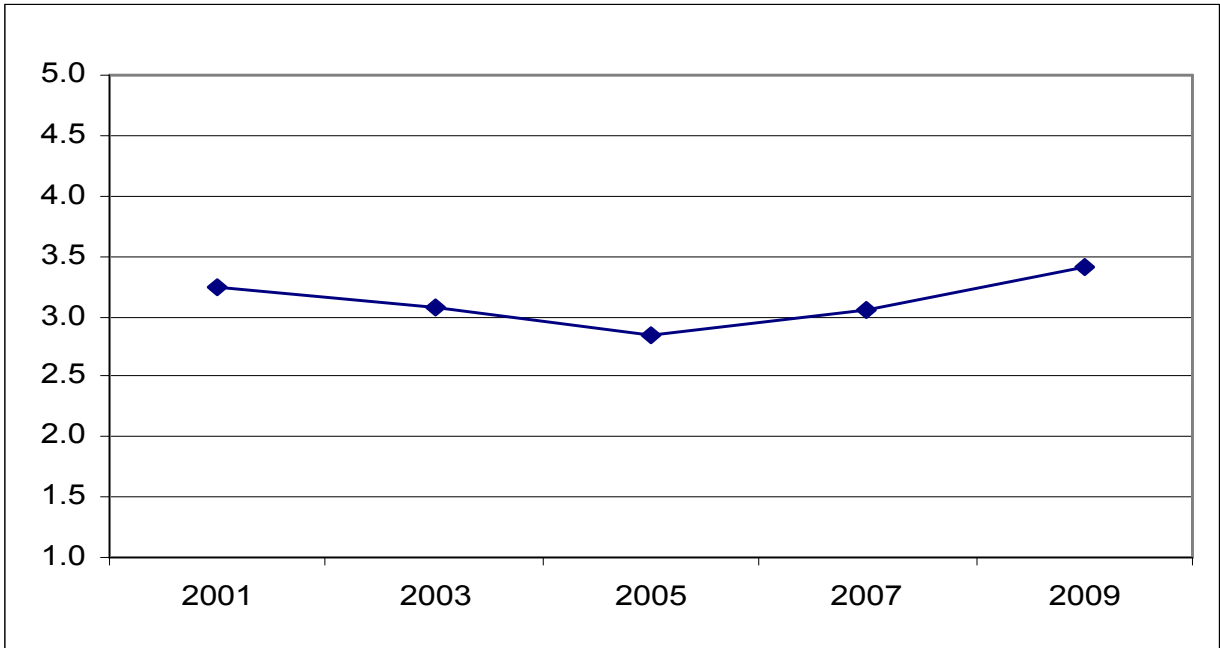


Gráfico 14. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Chile, 2001-2009.

Fuente: CONACE

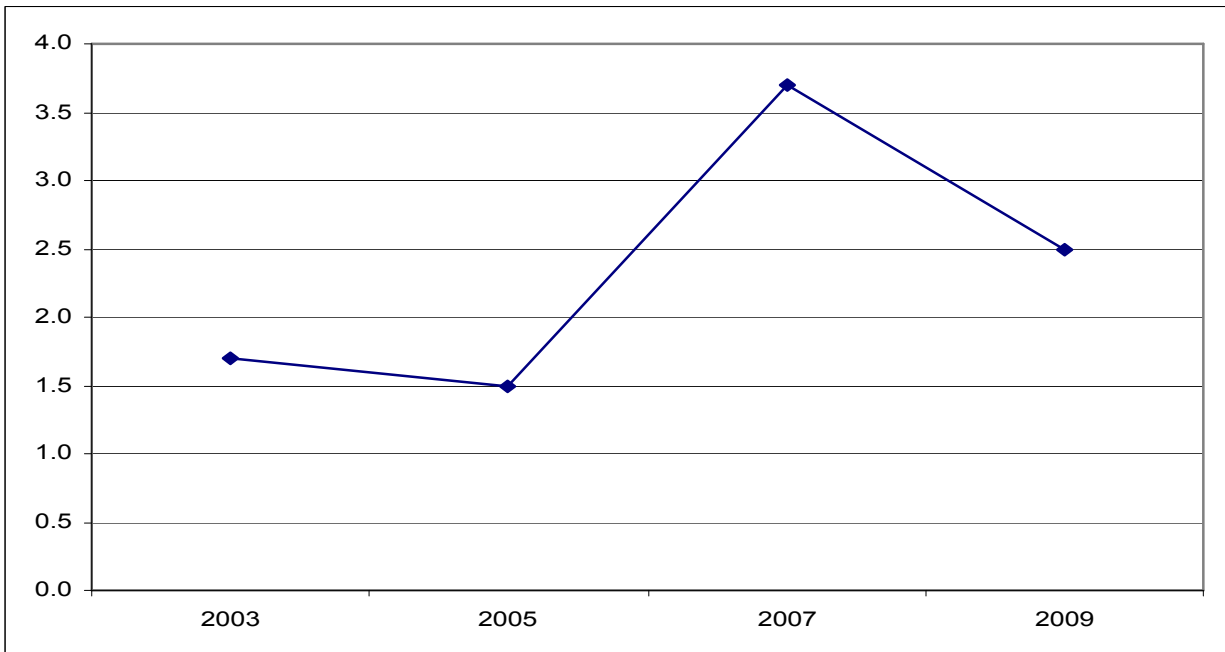


Gráfico 15. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.

Fuente: JND

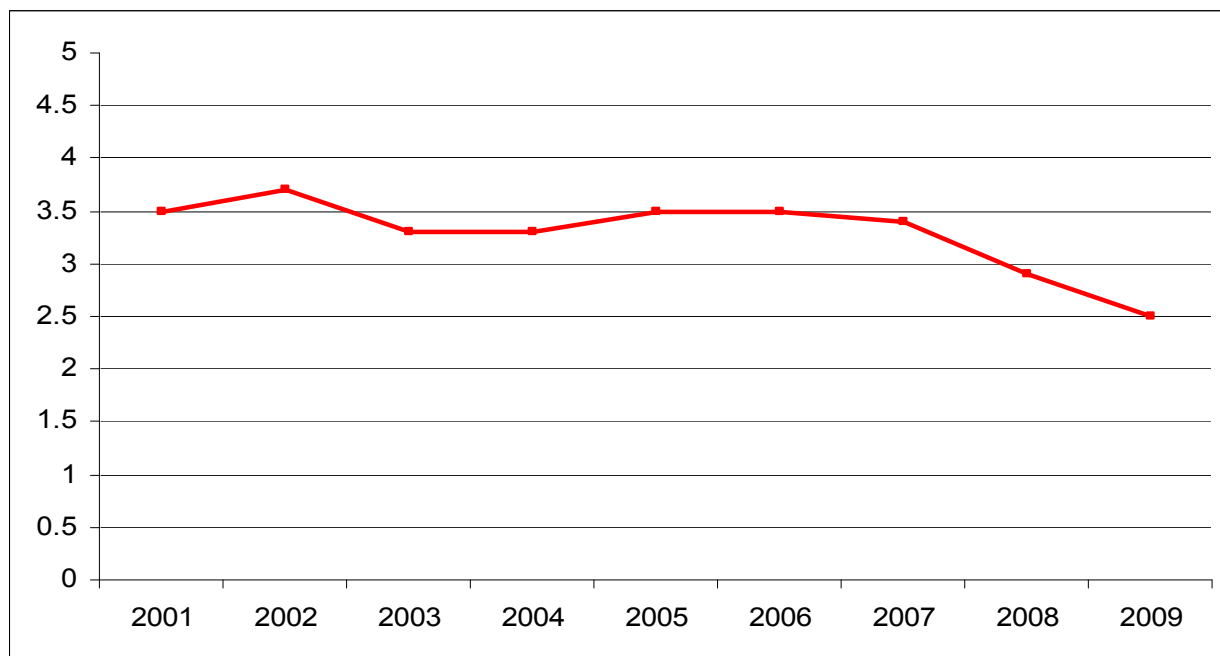


Gráfico 16. Prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios, Estados Unidos, 2001-2009.

Fuente: MTF, Johnston et al (2010)

Debido a la escasez de datos de los países del hemisferio, y al hecho de que la mayoría de los países de América Latina poseen datos desde hace sólo unos pocos años, es difícil evaluar la tendencia regional o incluso subregional en el consumo de cocaína entre estudiantes secundarios. Sin embargo, es posible mostrar algunas excepciones. La prevalencia de último año de consumo de cocaína entre los estudiantes secundarios en Argentina (Gráfico 13) muestra un aumento persistente entre 2001 y 2007, con un ligero descenso hacia 2009. Por su parte, la prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios en Chile (Gráfico 14) parece mostrar una tendencia relativamente estable entre 2001 y 2009. La tendencia de la prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios en Uruguay no está clara (Gráfico 15). En efecto, un aumento importante en la prevalencia se experimentó entre 2005 y 2007, seguido de un descenso en 2009. Por su parte y de acuerdo con datos de EE.UU. (Gráfico 16), la prevalencia de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios muestra un descenso gradual desde 2000.

4.6.2 Tendencia de la Prevalencia de Cocaína en la Población General

La CICAD/OID cuenta con informes sobre las tendencias en el consumo de cocaína en la población general recibidos de unos pocos países del hemisferio. Los escasos datos disponibles indican un aumento constante en la prevalencia de vida de consumo de cocaína entre la población general de 12-64 años, tanto en Chile y Costa Rica. Sin embargo, las tasas de consumo en el último año y último mes parecen no estar en ascenso. En Chile el consumo reciente y actual de cocaína se mantiene relativamente estable entre 1998 y 2006, con un leve aumento entre 2006 y 2008 (Gráfico 17). En Costa Rica, por su parte, la prevalencia de último mes de consumo de cocaína registra un leve descenso entre los hombres, entre 2001 y 2006 y se mantiene estable entre las mujeres a lo largo de toda la secuencia de estudios (Gráfico 18).

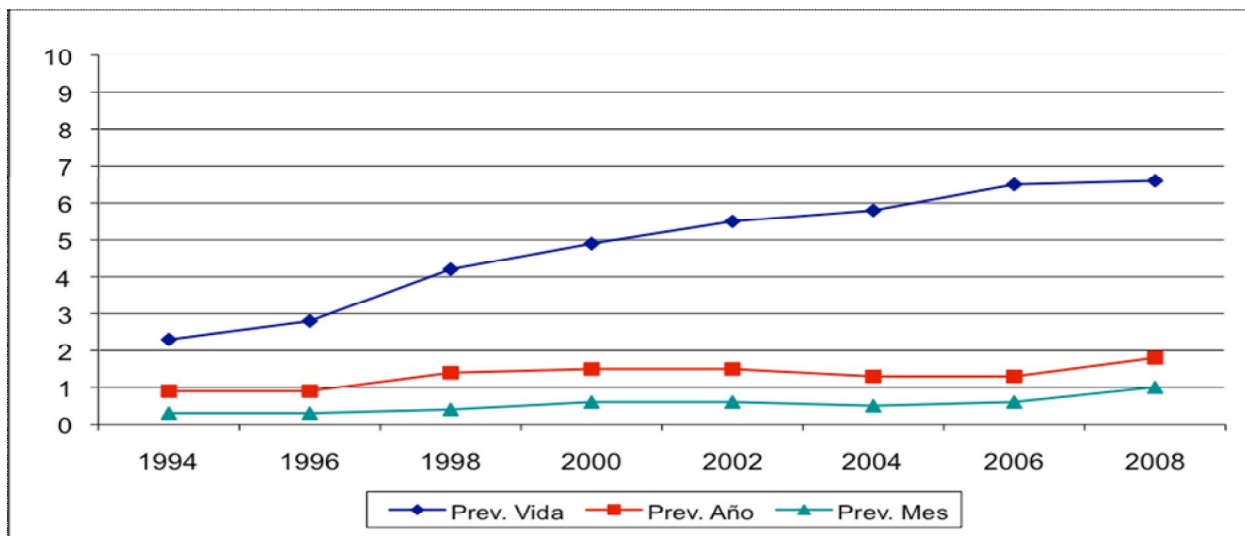


Gráfico 17. Tendencia de la prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de cocaína en la población general, Chile, 1994-2008.

Fuente: CONACE

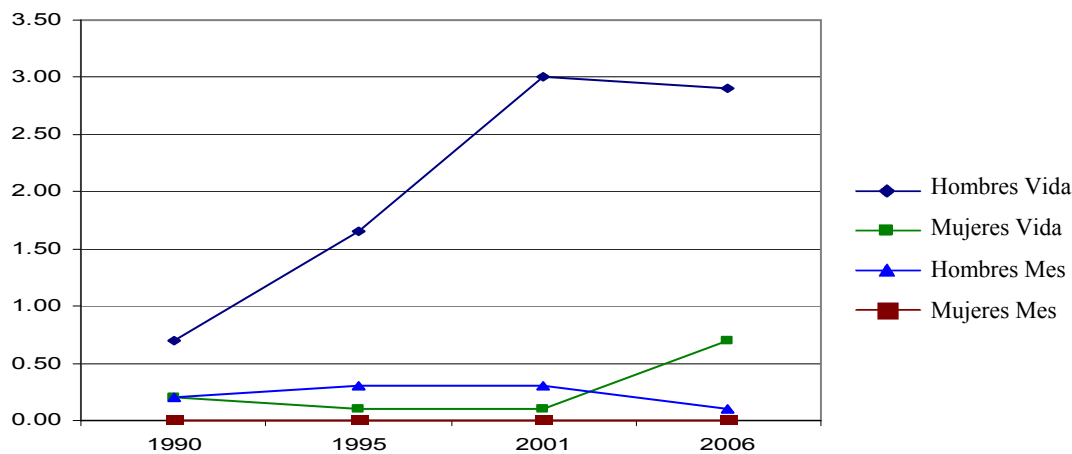


Gráfico 18. Tendencia de las prevalencia de vida y último mes de consumo de cocaína en la población general, por sexo, Costa Rica, 1990-2006.

Fuente: IAFA

4.7 Pasta base de Cocaína (PBC) Prevalencia y Patrones de Consumo

4.7.1 Prevalencia de Uso de PBC entre los Estudiantes Secundarios

De acuerdo a la información de los estados miembros de la CICAD, las mayores tasas de consumo de PBC se encuentran en los países de Sudamérica (Tabla 18). Se reporta prevalencia de vida de 1% o más en Ecuador, Uruguay, Colombia, Perú, Argentina, Bolivia y Chile; mientras que en Paraguay, Nicaragua, Venezuela, Guatemala y Honduras la prevalencia de vida permanece por debajo del 1%.

4.7.2 Prevalencia de PBC entre Estudiantes Secundarios

La prevalencia de consumo de PBC entre estudiantes secundarios parece ser considerable en la mayoría de los países de Sudamericanos y en algunos países de la América Central. La prevalencia de vida varía desde menos del 1%, a más de 5%. La prevalencia de PBC entre estudiantes secundarios en América Central parece ser muy baja, mientras que las tasas más altas, independientemente de si son por vida, año, o mes, se encuentran en América del Sur.

Tabla 18. Prevalencia de uso de pasta base de cocaína en la población de estudiantes secundarios, porcentaje total y por sexo					
País	Vida	Último Año	Último Mes	Último Mes Hombres	Último Mes Mujeres
Argentina (2009)	1,80	0,90	0,52	0,80	0,30
Bolivia (2008)	1,89	1,30	0,80	1,30	0,40
Chile (2009)	5,30	2,60	1,30	1,70	0,90
Colombia (2004)	1,37	1,22	0,61	0,75	0,49
Ecuador (2008)	1,00	0,60	0,30	-	-
Guatemala (2003)	0,37	0,19	0,06	0,12	0,02
Honduras (2005)	0,32	0,16	0,06	-	-
Nicaragua (2003)	0,64	0,18	0,12	0,14	0,11
Paraguay (2005)	0,76	0,50	0,24	0,34	0,15
Perú (2007)	1,60	0,70	0,30	0,50	0,20
Uruguay (2009)	1,30	0,60	0,20	0,40	<0,10
Venezuela (2009)	0,40	-	0,20	0,30	0,10

4.7.3 Diferencias por Sexo entre Estudiantes Secundarios

Hay consistentemente grandes diferencias en el consumo de PBC entre los varones de la escuela secundaria con relación a las mujeres, en todos los países. En la mayoría de los países donde se registra uso de PBC, la prevalencia de último año, entre los hombres, es el doble o más que entre las mujeres. En Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, la prevalencia de último año de consumo de PBC entre los estudiantes varones fue tres veces o más que entre las mujeres.

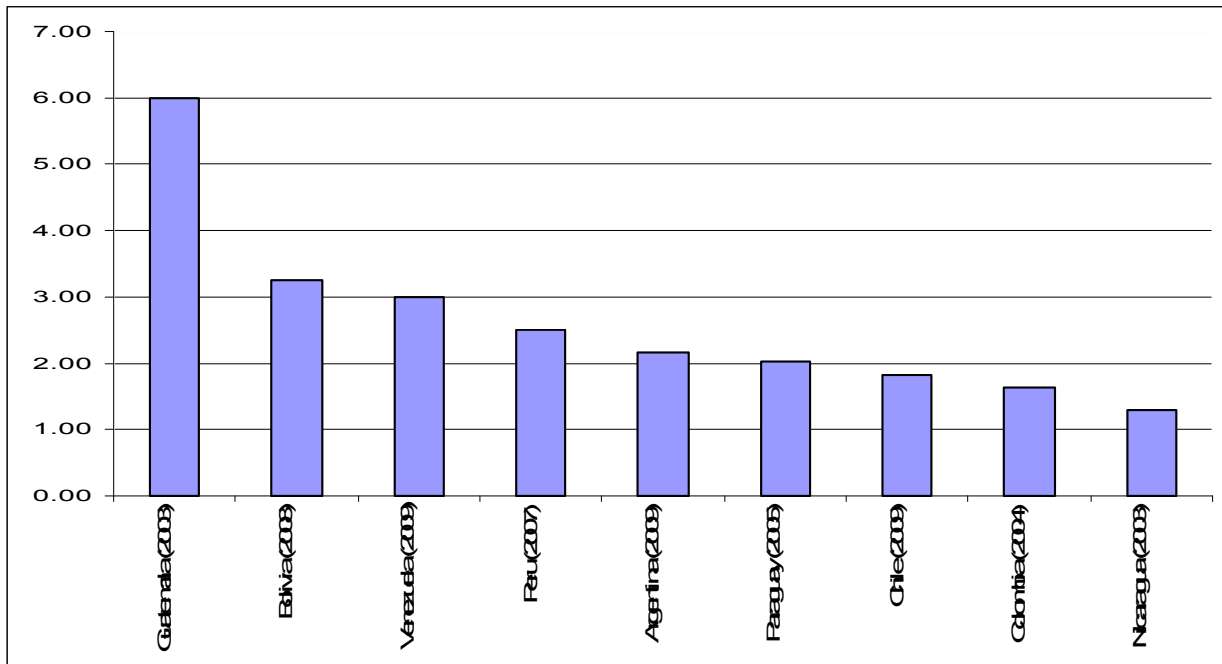


Gráfico 19. Razón de la prevalencia de último año de consumo de PBC, hombres y mujeres, entre estudiantes secundarios, por país y año.

Nota: La tabla muestra los datos disponibles por país. Los países sin datos comparables no están representados.

4.8 Prevalencia de consumo de PBC en la Población General

La información sobre la prevalencia de consumo de PBC en la población general entre 12 y 64 años de edad se encuentra disponible en siete países sudamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay) y cuatro de América Central (El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá).

Tabla 19. Prevalencia de vida de uso de pasta base de cocaína, más alta y más baja, en la población general de 12-64 años			
País	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2008)	0,40	0,20	0,10
Chile (2008)	3,10	0,70	0,40
Colombia (2008)	1,09	0,17	0,10
Ecuador (2007)	0,72	0,13	0,10
El Salvador (2005)	0,30	0,08	0,08
Guatemala (2005)	0,26	0,08	-
Nicaragua (2006)	0,50	-	-
Panamá (2003)	0,24	0,14	0,08
Paraguay (2003)	0,14	0,08	0,02
Perú (2006)	1,30	0,38	0,16
Uruguay (2006)	0,80	0,30	0,12

Fuentes: NDCs y NDOs en los Estados miembros.
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de cada país. Los países sin datos comparables pueden no estar representados. Canadá y los EE.UU. no recogen datos sobre consumo de PBC. Las tablas completas de prevalencia se encuentran en los apéndices. Datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o su equivalente a menos que se indique lo contrario.
 Los números en () indican el año en que se realizó el estudio.

La prevalencia de vida de consumo de PBC en la población general (Tabla 19) oscila entre el 0,14% y el 3,10%. La prevalencia moderada bordea el 1%. La prevalencia de vida más baja se encuentran en Paraguay, Panamá y Guatemala, cada uno por debajo del 0,3%.

La prevalencia de último año de consumo de PBC oscila entre 0,08% y 0,70% y representa un consumo de menos del 1% de la población general en cualquiera de los países con datos sobre el consumo de esta droga. Se registró una prevalencia de último año de 0,3% o mayor en Chile, Perú y Uruguay. Los países con menor prevalencia de último mes de consumo de PBC entre la población general son Paraguay (0,02%), El Salvador (0,08%), Panamá (0,08%) y Ecuador (0,10%).

4.9 Tendencias del Consumo de PBC

Teniendo en cuenta que sólo Argentina, Chile y Uruguay cuentan actualmente con datos de tendencia en el uso de PBC en población general, y el número de años de esas tendencias es limitado, es difícil sacar conclusiones generales sobre la evolución de PBC a nivel nacional o regional. Sin embargo, dada la naturaleza altamente adictiva de la PBC, el uso esta droga en la población debe considerarse como un motivo de gran preocupación. Los países que poseen datos sobre el consumo de PBC deben continuar monitoreando dicho consumo, como quienes no los tienen deberían incluirlos como información prioritaria en sus próximos estudios. También es importante señalar que el eje que representa la prevalencia no está hecho a la misma escala en cada gráfico. Cualquier interpretación de las tendencias debe ser tomada con cautela.

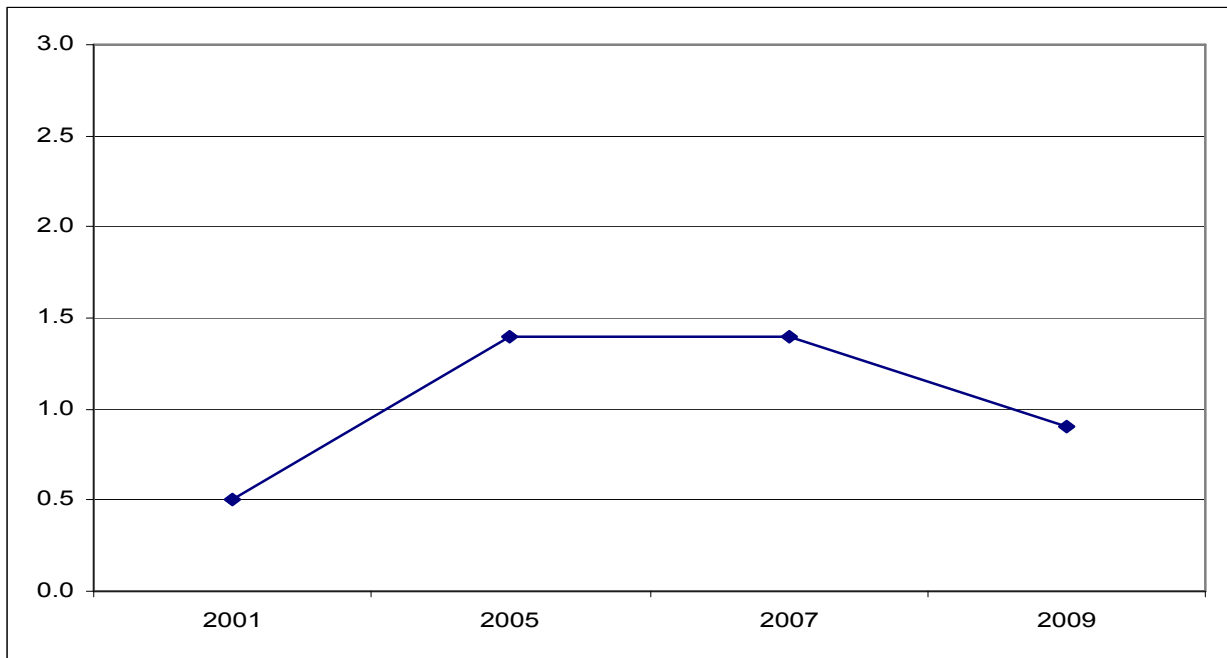


Gráfico 20. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Argentina, 2001-2009.

Fuente: SEDRONAR.

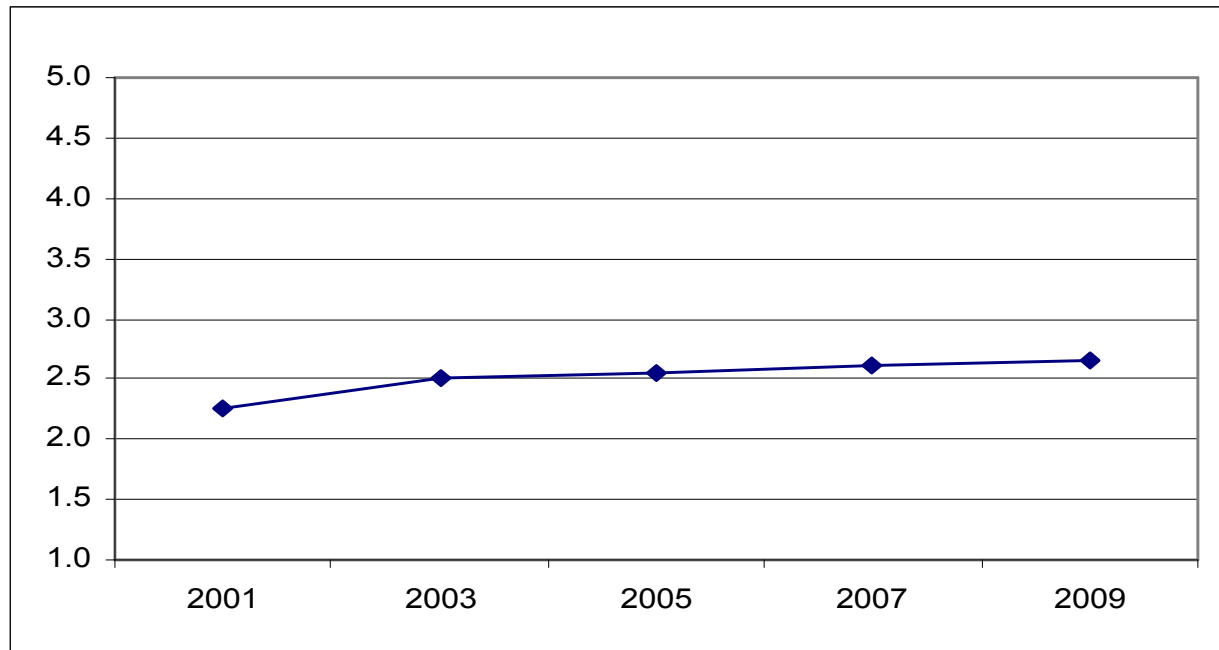


Gráfico 21. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Chile, 2001-2009.
Fuente: CONACE

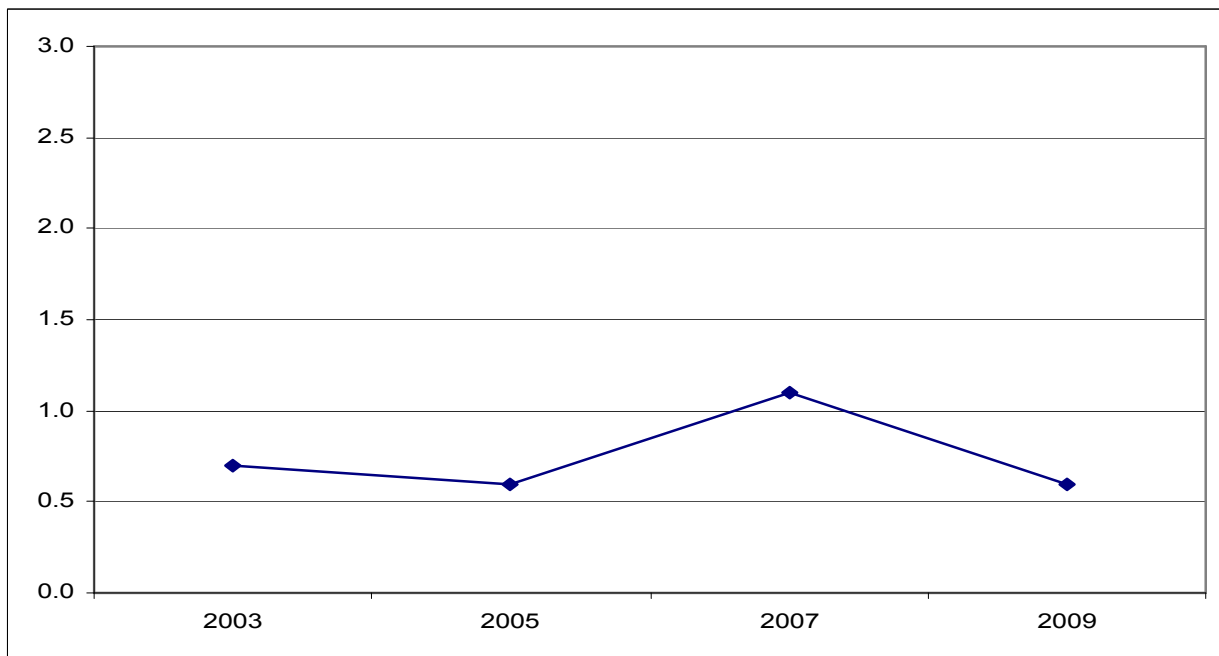


Gráfico 22. Prevalencia de último año de consumo de PBC entre estudiantes secundarios, Uruguay, 2003-2009.
Fuente: JND

4.10 Comentarios sobre Clorhidrato de Cocaína y PBC

Clorhidrato de Cocaína

La cocaína es considerada una de las sustancias psicoactivas más problemáticas en el hemisferio americano. Hay una gama muy amplia de patrones de consumo entre los países y sus poblaciones. Entre los estudiantes secundarios las tasas más altas de uso se registran en Uruguay, los Estados Unidos, Chile y Guyana. En cada uno de estos países la prevalencia de último año de consumo de cocaína entre estudiantes secundarios se encuentra en torno al 2,5% o superior. Puede ser importante observar que, aparte de los Estados Unidos, los países con las tasas más altas de consumo de cocaína están ubicados en Sudamérica.

La edad parece jugar un papel importante en el consumo de cocaína. Similar a otras drogas ilícitas y al alcohol, la mayor prevalencia de consumo de cocaína se encuentra en la población de 18-34 años en casi todos los países del hemisferio americano.

De mayor preocupación son las tasas de dependencia a la cocaína entre la población general de los países donde se dispone de dicha información. El análisis de los seis países de América del Sur que actualmente cuentan con información sobre la dependencia a cocaína, indica que aproximadamente el 1,4% de la población general de tales países ha consumido cocaína durante el último año. Debe ser de interés fundamental para los programas de prevención y tratamiento entender que del 1,4% que consumió cocaína en el último año, más del 40% de ellos cumplieron con los criterios de dependencia a cocaína de la CIE-10 de la OMS. Se necesitan más investigaciones para cuantificar la probabilidad de ser dependiente a la cocaína una vez que una persona comienza a utilizarla.

Hay sólo unos pocos países en América Latina con datos de tendencias sobre la prevalencia de la cocaína. Los datos disponibles provienen de estudios en los estudiantes secundarios y muestran un aumento en varios países (1% -2% en el tiempo). La posible excepción a este caso es Chile, donde la tendencia parece haberse estabilizado, pero en torno a una de las prevalencias más altas en el hemisferio.

Pasta Básica de Cocaína

La PBC y sus diversas formas fueron alguna vez sustancias que se encontraban sólo en los países productores de cocaína, y eran versiones relativamente baratas de cocaína para fumar. La información actual indica que el uso de PBC se ha extendido más allá de los países productores y es una sustancia que causa graves casos de adicción en América Central y del Sur, en particular en los países del cono Sur.

La información sobre el acceso al tratamiento y las razones para buscar tratamiento por problemas relacionados con el uso de PBC son escasas. Sin embargo, la limitada información al respecto que se divulga a través del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD, indica que en dos de los países donde se utiliza la PBC, el número de personas que tienen acceso a tratamiento por problemas con esta droga es desproporcionada con relación a las tasas de consumo, en comparación con otras drogas.^f Aunque la prevalencia de consumo de PBC es mucho menor que la de marihuana o la de cocaína en todos los países, la PBC y las sustancias relacionadas son altamente adictivas y nocivas para la salud. Se necesita más investigación en esta área para comprender mejor el mecanismo de la adicción y el impacto en la salud y en la sociedad causados por el consumo de PBC.

A pesar de contar con datos sobre su consumo, el uso de PBC es un fenómeno difícil de comparar entre países. Ello se debe a que hay una gran variedad de formas locales de PBC y la composición química y/o la forma de elaborar la sustancia pueden variar de un país a otro. Sigue habiendo debate acerca de si las sustancias descritas como paco, basuco, pasta base o pasta de coca, en los distintos países, son de hecho diferentes sustancias, o si deben ser clasificados como variantes de la misma sustancia. Parece que hay buenas razones para este debate. La investigación indica que la PBC puede, de hecho, representar a muchas sustancias similares con diferentes composiciones químicas (Meikle et al 2009).

^f Los datos reportados al Observatorio sobre Drogas de la CICAD en 2009 por parte de CONACE en Chile indican que de las 7.386 personas que accedieron a tratamiento por consumo de drogas, 4.495 identificaron a la PBC como la principal droga por la cual buscaron tratamiento. Asimismo, en Argentina, 282 de las 1.816 personas en tratamiento, lo solicitaron por PBC como la principal sustancia de uso.

Capítulo 5 – Uso de Fármacos Sin Prescripción Médica

Uno de los problemas de abuso de sustancias que ha generado gran atención es el consumo de fármacos usados sin prescripción médica. El uso indebido de productos farmacéuticos puede darse por automedicación o pueden ser tomados con la intención de drogarse. Cualquiera de los dos casos puede dar lugar a eventuales abusos o dependencia.

Tanto la práctica de automedicación sin control médico, como el uso de fármacos con la intención de sentir sus efectos psicoactivos, son complejos fenómenos socioculturales que son difíciles de separar en la investigación. Una complicación adicional es que el uso de productos farmacéuticos sin prescripción médica involucra a un conjunto diverso de sustancias que pueden ser conocidas con diferentes nombres de marca. De hecho, a menudo es poco claro si el usuario de estas sustancias sabe exactamente qué es lo que él o ella han usado.

Algunos datos recientes de SIDUC sobre el uso de fármacos sin prescripción médica, entre los estudiantes secundarios, indica que el fenómeno está extendido en muchos países de la OEA. Sin embargo, es difícil obtener información en detalle sobre el uso indebido de fármacos, ya que la metodología SIDUC utilizada hasta ahora no permite desagregar el subtipo de datos de los diversos fármacos. Como resultado, la prevalencia de la amplia gama de fármacos en los distintos países puede reflejar diferentes tipos de drogas.

5.1 Prevalencia y Patrones de Consumo entre los Estudiantes Secundarios

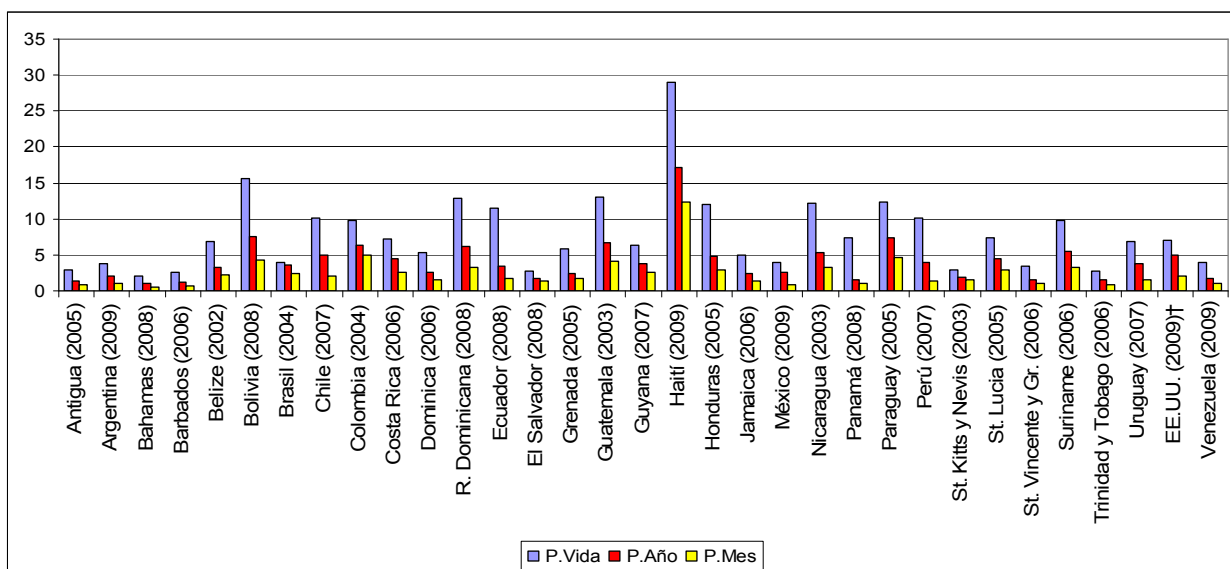


Gráfico 23. Prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, entre estudiantes secundarios.

Fuentes: CNDs y ONDs en los Estados miembros.

Nota: Las cifras muestran los datos disponibles de los países. Los países sin datos comparables no están representados.

El Gráfico 23 muestra los datos de la prevalencia del uso de tranquilizantes^g sin prescripción médica entre estudiantes secundarios en las Américas. Haití se destaca por registrar la mayor prevalencia de consumo tanto alguna vez en la vida, como en el último año y mes. Sin embargo, también es posible observar que en Bolivia, Paraguay, Guatemala, Colombia y República Dominicana la prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes, sin prescripción médica, es superior al 6%.

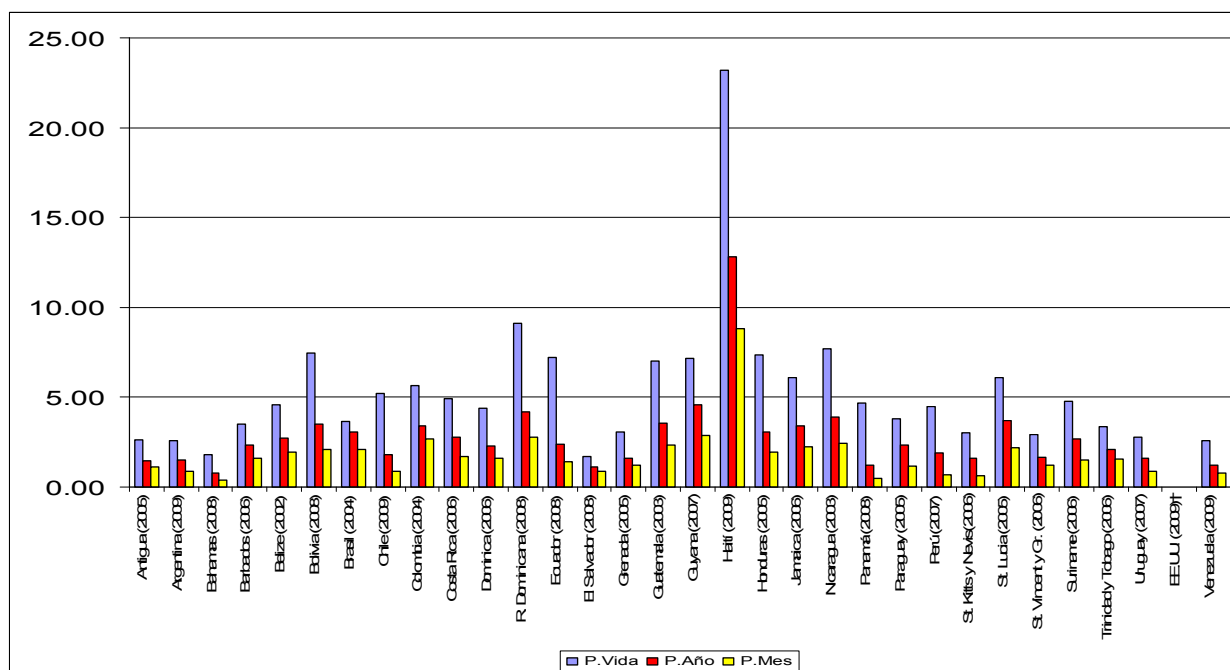


Gráfico 24. Prevalencia Vida, Último Año y Mes de Uso de Estimulantes sin prescripción médica, entre Estudiantes Secundarios.

Nota: Las cifras muestran los datos disponibles de los países. Los países sin datos comparables no están representados.

El Gráfico 24 registra las prevalencias de vida, último año y último mes de consumo de estimulantes^h sin prescripción médica en los estudiantes secundarios. Al igual que en el caso de los tranquilizantes, Haití se destaca por tener la mayor prevalencia de consumo de estimulantes tanto alguna vez en la vida, como en el último año y mes. También es posible observar que en Guyana, República Dominicana, Nicaragua, Santa Lucía, Guatemala y Bolivia la prevalencia de último año del consumo de estimulantes sin prescripción médica, entre los estudiantes secundarios, alcanza el 3,5% o más.

^g Tanto en las encuestas en población general como de estudiantes secundarios, la mayoría de los países Sudamericanos incluyen un listado de Benzodiazepinas, en las preguntas sobre tranquilizantes.

^h Tanto en las encuestas en población general como de estudiantes secundarios, la mayoría de los países Sudamericanos incluyen un listado de Anfétaminas, en las preguntas sobre estimulantes.

5.2 Comentarios sobre el Uso de Fármacos sin Prescripción Médica

Desafortunadamente, los datos disponibles sobre el uso de fármacos sin prescripción médica en los Estados miembros son limitados. Los cuestionarios estandarizados, aplicados hasta ahora por los Estados miembros de la CICAD en las encuestas a estudiantes secundarios, preguntan sobre el uso de fármacos en las categorías generales: tranquilizantes y estimulantes. Los cuestionarios incluyen referencia entre paréntesis a determinadas sustancias, principalmente benzodiazepinas como el clonazepam, alprazolam, lorazepam y valium para los tranquilizantes, y se refieren a las anfetaminas y metanfetaminas en la categoría de los estimulantes, también con algunos ejemplos de ellas entre paréntesis. Adicionalmente, los países pueden incluir otros fármacos específicos de interés nacional o los nombres de marcas comerciales conocidas en sus países. Sin embargo, la metodología estándar utilizada por los Estados miembros no permite desagregar las sustancias específicas. Será necesario seguir trabajando en los cuestionarios estandarizados con el fin de elevar la calidad de los datos sobre el uso indebido de fármacos.

Aunque el uso sin prescripción médica de fármacos varía entre los países, puede ser importante tener en cuenta que varios de aquellos países que tienen un uso relativamente bajo de drogas ilícitas, muestran tasas más altas de consumo de drogas farmacéuticas sin prescripción médica. Además, la limitada capacidad de desagregar las sustancias farmacéuticas diferentes, es una deficiencia importante hasta ahora y será fundamental mejorar los cuestionarios del SIDUC, de modo que permitan examinar esta cuestión con mayor profundidad en futuros estudios.

Capítulo 6 – Otros Aspectos de Interés

6.1 Percepción de Riesgo Asociada con Consumo de Drogas y Disponibilidad de Drogas

La percepción de gran riesgo asociado sobre el consumo de drogas es considerado como un punto de referencia subjetivo importante con respecto a la probabilidad de uso de sustancias psicoactivas. En el Informe “Elementos Orientadores de las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión” (UNODC/CICAD, 2008) es posible observar la influencia de una percepción negativa acerca de las drogas en las tasas de consumo. En concreto, los países donde el riesgo percibido asociado al consumo de drogas es más elevado, tienden a tener una menor prevalencia de consumo. Este patrón es válido para casi cualquier droga y se ha observado también en estudios realizados en otros países (Johnston et al 2010). La comprensión de la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas es un elemento esencial para la planificación y ejecución de programas de prevención de drogas.

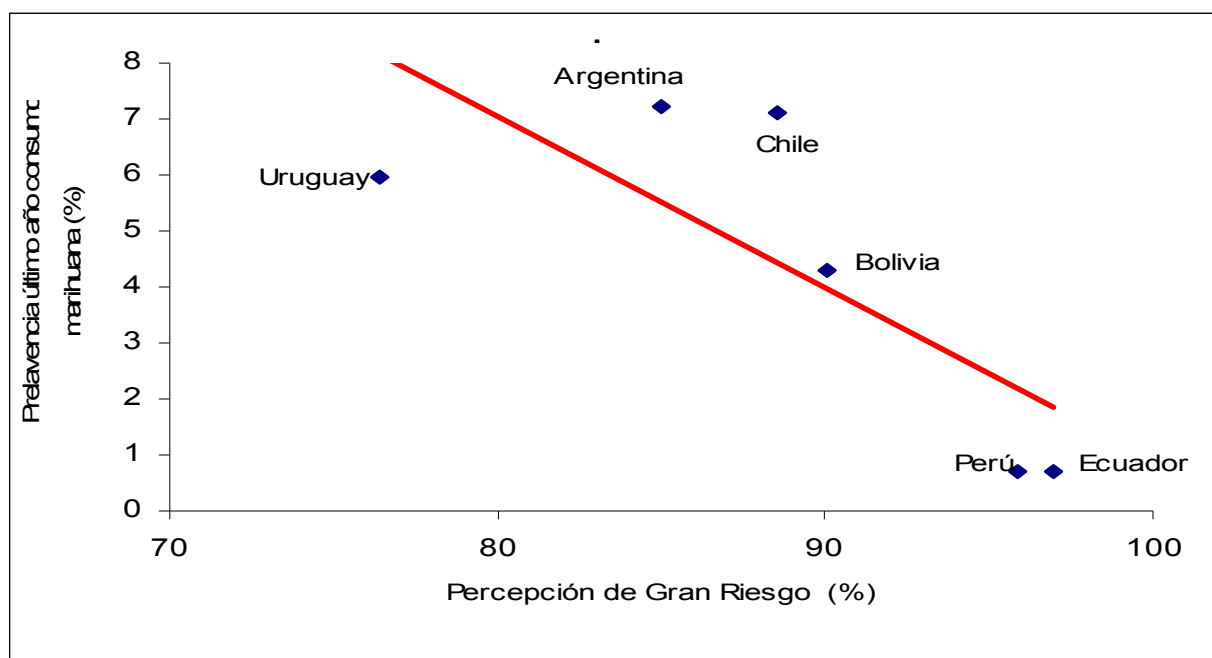


Gráfico 25 Prevalencia de último año de consumo de marihuana y percepción de riesgo asociado con consumo “frecuente” de marihuana en la población general de 15 a 64 años, en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

Nota: Prevalencia ajustada por edad y sexo. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países a través del programa SIDUC.

El Gráfico 25 indica que en países como Ecuador y Perú, donde la percepción de gran riesgo sobre el consumo de drogas es alta, las prevalencias de consumo son bajas. Por contrapartida, en Argentina, Chile y Uruguay, donde el riesgo percibido acerca del consumo de drogas es bajo, las prevalencias de consumo resultan ser las más altas.

La percepción de la facilidad o dificultad de acceso a las drogas es considerada como un punto de referencia objetivo del consumo de drogas y un factor que en última instancia impacta en las decisiones de un individuo para utilizar o no este tipo de sustancias. El mencionado estudio de UNODC/CICAD da cuenta de que la facilidad percibida de acceso a las drogas está directamente relacionada con la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los seis países estudiados.

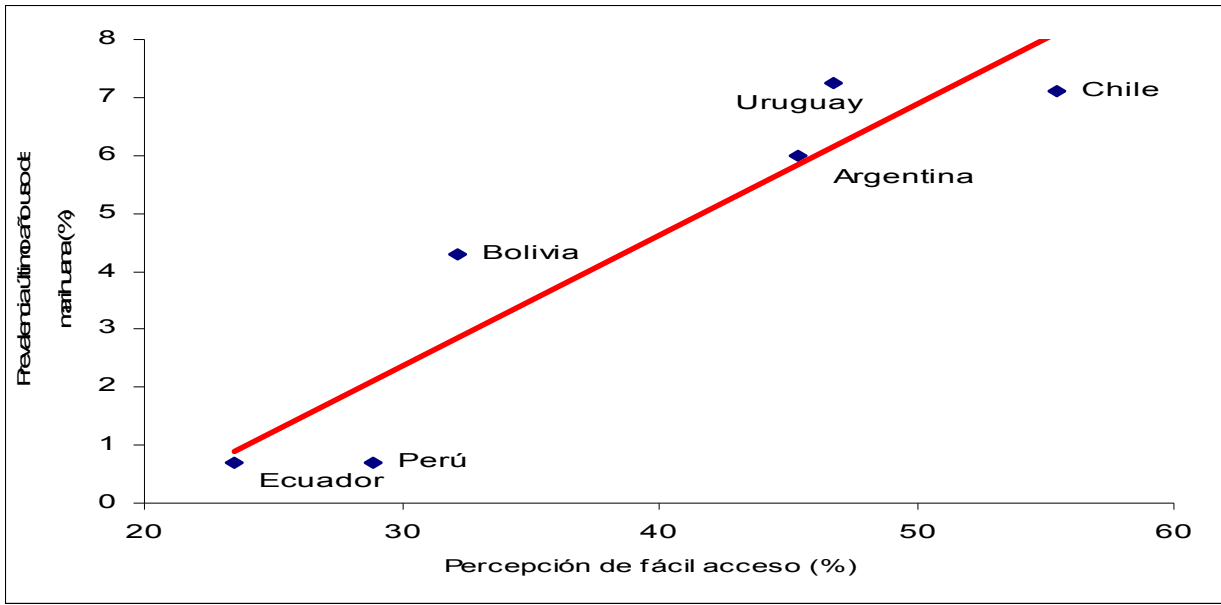


Gráfico 26. Prevalencia de último año de uso de marihuana y percepción de fácil acceso en la población general de 15 a 64 años, por país.

Nota: Prevalencia ajustada por edad y sexo. El gráfico muestra los datos disponibles de los distintos países a través del programa SIDUC.

Como se observa en el Gráfico 26, países como Ecuador y Perú, donde la percepción de fácil acceso a drogas es baja, presentan bajas prevalencias de consumo. Por contrapartida, países como Argentina, Chile y Uruguay, donde la percepción de conseguir drogas con facilidad es alta, presentan las más altas tasas de consumo.

Aunque hay una multitud de factores que en última instancia influyen en las decisiones de los individuos para consumir drogas, la percepción del riesgo asociado con el uso y la disponibilidad o la facilidad de acceso a las drogas han demostrado ser factores de gran relevancia para el uso de drogas (Johnston et al 2010). En el marco de la política pública sobre drogas, el control de la oferta y la disponibilidad de estas sustancias ha sido siempre uno de los principales objetivos de la lucha contra las drogas. Sin embargo, es importante tener en cuenta la percepción que tiene la población respecto a la disponibilidad y el riesgo, asociado con el uso. Los países de las Américas deben estar conscientes de los cambios en el tiempo respecto de la percepción del riesgo asociado al consumo y la accesibilidad a las drogas por parte de la población y estar preparados para responder con políticas y programas adecuados e integrales.

6.2 Tratamiento por Uso de Drogas

Los datos sobre demanda de tratamiento por problemas relacionados con las drogas y el acceso al tratamiento por consumo problemático de drogas son escasos en América Latina y el Caribe. La mayoría de los países no cuenta con sistemas nacionales de información de los centros de tratamiento de drogas. Sin embargo, algunos países reúnen un mínimo de datos sobre las admisiones a tratamiento de drogas e informan al OID/CICAD al respecto. La Tabla 20 muestra los datos de Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana y Panamá en las admisiones a tratamiento por drogas, de acuerdo con la droga principal que motivó dicha admisión.

Tabla 20. Porcentaje de admisiones a tratamiento por uso de drogas, por país y por droga

Droga principal por la cual se solicitó tratamiento	Argentina 2007	Chile 2008	Costa Rica 2007	Ecuador 2007	República Dominicana 2008	Panamá 2009
	%	%	%	%	%	%
Alcohol	33,80	-	51,90	59,10	0,03	11,00
Tabaco	2,00	-	2,40	0,40	-	2,00
Cannabis (Marihuana o hachís)	23,30	15,18	11,10	5,40	5,87	23,00
Inhalables	4,20	0,21	-	0,60	-	-
Heroína	-	0,05	-	0,40	3,37	-
Morfina	-	-	-	0,20	-	-
Cocaína HCL	21,10	22,39	8,10	7,40	32,64	16,00
Crack	0,30	0	24,20	0,50	53,20	48,00
PBC	8,20	58,41	-	25,60	-	-
Benzodiazepinas	3,20	3,61	-	-	-	-
Barbitúricos	0,40	0	2,20	-	-	-
Metanfetaminas	-	-	-	-	0,16	-
Otra	3,50	0,15	0,10	0,40	4,73	-
Total	100	100	100	100	100	100

Fuentes: CNDs y ONDs en estados miembros.
 Nota: Los datos de esta tabla presentan sólo la información sobre admisiones a tratamiento que los centros de tratamiento informan periódicamente a la CND en su país y pueden no ser representativos de las admisiones a tratamiento en todo el país. (-) Indica % menos del 1%

A pesar de que la Tabla 20 no necesariamente proporciona una visión representativa del tratamiento por consumo problemático de drogas en cada país, se observan varios aspectos importantes. El cannabis está bien representado entre las admisiones a tratamiento en cada uno de los países que reportan datos sobre el tratamiento de drogas. Además, el clorhidrato de cocaína aparece como una de las sustancias más comunes por las que se solicita tratamiento por drogas en Argentina, Chile, República Dominicana y Panamá. A pesar de que tanto Argentina como Chile registran prevalencias que indican un establecido y creciente consumo de cocaína en sus países, la República Dominicana, que ha mostrado tasas de consumo relativamente bajas en la mayoría de las drogas, debería monitorear con cuidado el hecho de que la mayor

proporción de personas que buscan ser admitidos a tratamiento en ese país, lo hacen por consumo problemático de cocaína.

En Argentina, Chile y Ecuador, tres países donde se registra uso de PBC bajo niveles endémicos, podemos ver que una parte importante de las admisiones a tratamiento se deben a consumo problemático de esa droga. En efecto, en cada uno de estos países, particularmente en Chile, la proporción de personas que reciben tratamiento por uso de PBC es mucho mayor que la prevalencia de esa droga. Como los datos sobre admisiones a tratamiento pueden no ser representativos de las admisiones a tratamiento en todo el país (centros públicos y privados), es difícil sacar conclusiones sobre el impacto general de esta droga. Sin embargo, los países con consumo de PBC deberían tener especial preocupación por esta droga, dados los impactos conocidos en la salud física y las cualidades adictivas de la PBC.

Finalmente, son tema de especial preocupación las drogas representadas entre las admisiones a tratamientos que no se encuentran en las encuestas de consumo de drogas. En tal sentido vemos el crack en Costa Rica y República Dominicana, además de la heroína en República Dominicana. No podemos sacar conclusiones acerca de la prevalencia de uso de cualquiera de estas drogas en estos países, dada la información disponible. Sin embargo, si tenemos en cuenta los datos de tratamiento de drogas, éstos pueden ser un indicador razonable de los problemas de drogas futuros, por lo que estas cifras deberían hacer reflexionar no sólo a Costa Rica y República Dominicana, sino también a otros países de la región.

Anexos

Anexo 1. Tablas

I. Tablas sobre consumo de alcohol

I.1 Prevalencia de uso de alcohol entre la población de estudiantes secundarios en las Américas (%)

País	Vida	Año	Mes	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	73,40	53,10	32,60	33,58	31,89	1,07
Argentina (2009)	71,30	59,80	46,30	47,80	45,30	1,06
Bahamas (2008)	68,20	49,30	28,90	29,20	28,80	1,01
Barbados (2006)	74,69	54,95	34,03	32,46	35,42	0,92
Belice (2002)	73,60	55,87	35,00	40,38	29,77	1,35
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	46,50	35,40	27,70	33,50	22,50	1,48
Brasil (2004)	65,20	63,30	44,30	-	-	-
Canadá (2006)*	70,90	61,40	-	-	-	-
Chile (2009)	75,00	57,00	35,50	35,60	35,50	1,00
Colombia (2004)	74,90	61,80	50,30	53,71	47,53	1,13
Costa Rica (2006)	48,10	35,10	18,90	18,60	19,20	0,97
Dominica (2006)	80,52	67,50	52,26	55,53	49,65	1,12
República Dominicana (2008)	63,80	48,60	31,40	28,90	33,40	0,87
Ecuador (2008)	79,40	57,50	35,50	-	-	-
El Salvador (2008)	32,50	20,00	11,50	12,70	10,60	1,20
Grenada (2005)	84,05	63,19	43,10	47,42	37,44	1,26
Guatemala (2003)	49,28	35,48	27,75	31,88	24,76	1,28
Guyana (2007)	61,58	48,49	38,23	43,96	34,54	1,27
Haití (2009)	59,80	38,10	26,90	30,80	23,70	1,30
Honduras (2005)	43,38	22,12	12,70	14,66	11,15	1,30
Jamaica (2006)	70,43	52,46	36,72	-	-	-
México (2009)	57,12	44,77	29,75	29,10	30,40	0,96
Nicaragua (2003)	47,55	31,76	23,98	30,13	19,46	1,54
Panamá (2008)	52,50	35,30	20,50	25,70	16,40	1,57
Paraguay (2005)	62,92	51,62	42,64	42,69	42,60	1,00
Perú (2007)	44,90	29,90	16,10	17,20	15,10	1,14
Sn. Kitts y Nevis(2003)	65,91	47,72	31,12	29,48	32,59	0,90
Sta. Lucia (2005)	88,20	77,26	63,77	68,79	60,34	1,13
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	63,23	44,52	31,30	38,84	26,97	1,44
Suriname (2006)	63,50	46,80	34,40	-	-	-
Trinidad y Tobago (2006)	83,69	69,92	49,93	54,63	46,16	1,18
Uruguay (2009)	81,50	70,20	52,70	53,00	52,60	1,01
EE.UU. (2009)†	59,00	52,80	30,40	31,00	29,80	1,04
República Bolivariana de Venezuela (2009)	47,20	30,10	17,90	19,90	16,20	1,23

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

I.2 Prevalencia de uso de alcohol entre la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupo etario (%)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Antigua (2005)	65,60	75,58	85,14	42,80	56,03	67,64	24,90	35,03	43,41
Argentina (2009)	52,40	79,20	88,30	38,70	68,50	78,90	25,30	53,70	66,10
Bahamas (2008)	60,20	75,80	87,20	38,30	60,40	68,40	19,70	35,80	46,20
Barbados (2006)	68,51	80,23	84,50	46,46	62,91	65,28	26,33	41,33	42,95
Belice (2002)	68,21	71,94	79,56	46,17	53,46	65,85	25,69	33,96	42,72
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	20,68	44,99	67,77	11,23	31,40	51,44	6,39	18,56	34,02
Brasil (2004)	54,26	79,81	83,70	52,15	78,19	82,09	34,88	55,63	63,06
Canadá (2006)*	59,10	81,40	85,30	45,50	74,70	79,30	-	-	-
Chile (2009)	58,06	78,80	88,40	40,00	60,30	71,80	19,50	36,90	51,20
Colombia (2004)	62,95	84,60	91,11	50,01	74,58	82,92	37,61	59,15	69,96
Costa Rica (2006)	33,78	62,92	75,10	19,31	42,31	56,36	10,36	23,38	34,59
Dominica (2006)	72,68	83,26	89,65	57,95	71,10	78,03	41,34	56,63	63,88
República Dominicana (2008)	46,40	67,33	78,33	30,18	51,78	64,38	15,07	31,91	48,05
Ecuador (2008)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (2008)	19,44	38,04	51,04	11,99	24,07	30,48	6,20	13,80	19,15
Grenada (2005)	76,44	87,46	89,40	51,19	68,24	72,46	31,07	46,51	54,90
Guatemala (2003)	41,78	50,07	54,06	29,60	35,90	39,40	22,03	27,64	32,04
Guyana (2007)	50,53	67,39	79,78	40,09	53,24	61,14	33,52	40,75	45,90
Haití (2009)	51,00	60,70	62,10	32,00	38,70	39,60	22,50	27,70	27,80
Honduras (2005)	25,83	40,36	50,35	11,68	20,69	26,73	5,85	11,69	16,59
Jamaica (2006)	59,87	77,50	76,62	41,48	60,15	58,22	29,98	41,06	40,96
México (2009)	55,42	74,32	61,80	42,88	63,48	47,30	27,86	48,28	47,30
Nicaragua (2003)	28,40	50,26	59,49	17,30	33,16	41,50	12,67	24,73	31,96
Panamá (2008)	29,77	58,97	70,22	15,94	39,66	52,34	8,55	20,08	34,63
Paraguay (2005)	42,58	68,65	81,50	31,95	56,95	69,82	25,21	48,45	57,55
Perú (2007)	33,79	58,52	66,44	20,52	41,15	48,68	9,69	23,34	31,32
Sn. Kitts y Nevis(2003)	55,75	74,49	77,04	36,72	56,42	61,24	23,24	37,86	39,23
Sta. Lucia (2005)	83,44	91,34	90,82	70,12	80,49	85,17	57,64	64,32	77,55

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009. *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

I.2 Prevalencia de uso de alcohol entre la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupos etarios (%) (continuado)

Sn. Vicente y Granadinas (2006)	52,76	69,88	76,60	35,23	50,24	57,07	24,04	33,80	47,46
Suriname (2006)	55,12	62,65	74,65	38,80	47,65	60,11	26,01	32,17	47,36
Trinidad y Tobago (2006)	79,03	86,60	89,44	61,72	76,61	77,01	41,21	59,38	53,74
Uruguay (2009)	68,40	87,90	94,80	53,90	78,20	86,40	34,80	60,60	72,00
Estados Unidos (2009)†	36,60	59,10	72,30	30,30	52,80	66,20	14,90	30,40	43,50
República Bolivariana de Venezuela (2009)	35,54	56,13	56,31	20,73	38,83	40,58	10,49	22,98	27,09

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

I.3 Prevalencia de consumo de alcohol, en la población general de 12-64[†] años, por sexo (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres /AÑO	Mujeres/ AÑO	Razón Hombres AÑO: Mujeres AÑO
Argentina (2008)	71,78	58,06	47,03	67,93	48,31	1,41
Barbados (2006)	78,79	53,38	36,11	68,88	43,10	1,60
Belice (2005)	44,62	36,58	27,10	39,59	33,57	1,18
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	76,37	59,09	37,74	64,56	54,85	1,18
Brasil (2005)	74,60	49,80	38,30	60,10	42,50	1,41
Canadá (2008)*	91,20	79,90	66,70	-	-	-
Chile (2008)	81,88	68,49	49,81	75,62	61,56	1,23
Colombia (2008)	86,08	61,18	34,77	71,95	51,72	1,39
Ecuador (2007)	78,25	54,02	30,95	69,87	42,00	1,66
El Salvador (2005)	45,86	18,61	10,11	29,78	9,13	3,29
Guatemala (2005)	53,37	23,66	11,39	35,18	16,00	2,20
Nicaragua (2006)	50,40	36,40	22,90	33,80	12,70	2,66
México (2008)	64,06	35,13	18,14	50,64	23,27	2,18
Panamá (2003)	65,10	44,90	32,80	59,94	35,83	1,67
Paraguay (2003)	81,19	65,29	45,23	77,36	55,83	1,39
Perú (2006)	81,84	61,95	33,75	71,27	54,73	1,30
Suriname (2007)	65,88	47,84	31,08	62,26	37,67	1,65
Uruguay (2006)	78,60	64,26	50,10	72,00	57,20	1,26
EE.UU. (2009) †	82,82	66,77	51,87	70,60	63,10	1,12

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.
 † Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

I.4 Prevalencia de consumo de alcohol, en la población general de 12-64[†] años, por grupos etarios (%)

	VIDA	VIDA	VIDA	AÑO	AÑO	AÑO	MES	MES	MES
País	12-17*	18-34	35-64	12-17	18-34	35-64	12-17	18-34	35-64
Argentina (2008)	43,67	82,13	72,15	36,21	68,74	56,35	22,41	56,70	46,89
Barbados (2006)	52,77	85,38	78,91	33,19	61,02	51,87	14,60	40,33	37,03
Belice (2005)	21,75	54,86	46,08	17,10	47,02	35,97	11,35	36,06	26,09
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	30,74	86,94	90,82	23,17	70,13	67,04	7,98	46,61	44,68
Canadá (2008) *	68,90	91,00	93,30	63,00	82,80	80,00	43,50	69,20	67,50
Chile (2008)	48,35	88,05	86,44	39,99	77,59	69,42	22,46	59,70	49,83
Colombia (2008)	62,43	93,13	88,34	43,98	72,76	57,07	19,55	44,33	31,73
Ecuador (2007)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (2005)	19,52	55,57	62,07	10,77	25,45	25,93	3,32	12,34	13,00
Nicaragua (2006)	24,95	68,10	70,44	13,46	41,95	33,76	4,38	21,93	17,85
México (2008)	21,80	57,00	56,40	16,40	43,60	38,50	7,90	28,00	24,60
Panamá (2003)	36,44	74,02	67,22	24,22	55,22	43,09	14,00	41,35	32,35
Paraguay (2003)	57,08	87,80	82,12	42,64	74,18	63,23	20,34	51,48	46,83
Perú (2006)	43,68	88,50	88,33	31,20	70,61	64,27	12,16	40,87	34,45
Suriname (2007)	49,12	69,50	68,73	29,84	52,08	49,75	11,48	35,14	33,04
Uruguay (2006)	59,92	86,92	78,38	51,46	75,50	60,54	35,09	61,14	47,11
EE.UU. (2009)	38,13	88,22	90,35	30,34	79,39	71,91	14,72	63,11	57,01

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.

I.5 Consumo problemático en usuarios regulares de alcohol, en la población general de 12-64[†] años (%)

Consumo problemático de alcohol en la población general, como proporción de la población que consumió alcohol en los últimos treinta días, por sexo y grupos etarios						
País	Consumo problemático total, MES%	Hombres	Mujeres	12-17	18-34	35-64
Argentina	12,90	18,97	4,52	9,88	18,49	8,34
Estado Plurinacional de Bolivia	48,44	62,94	31,13	39,58	53,38	42,96
Canadá*	20,80	28,10	12,60	47,20	34,00	12,30
Chile	17,17	25,86	6,88	18,52	24,25	11,93
Colombia	34,94	42,44	22,70	31,42	37,97	32,26
Ecuador	41,17	49,96	23,88	29,49	43,39	40,36
Perú	16,08	20,52	9,96	19,11	15,93	16,02
Uruguay	9,33	12,15	5,55	7,63	11,99	7,36

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y OID.
Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008). Tenga en cuenta que todas las estimaciones son para individuos de 15-64 años (no 12 años). Los porcentajes corresponden a aquellos con 8+ puntos en la escala AUDIT (edades 15-64).

I.6 Consumo problemático de alcohol en la población general de 12-64[†] años, como proporción de la población total, por sexo y grupos etarios (%)

Consumo problemático de alcohol en la población general, como proporción de la población total en cada país, por sexo y grupos etarios						
País	% Población total	Hombres	Mujeres	12-17	18-34	35-64
Argentina	7,50	12,89	2,18	3,58	12,71	4,70
Estado Plurinacional de Bolivia	18,24	29,52	9,49	3,14	24,82	19,2
Canadá*	14,60	21,50	8,00	21,9	24,70	8,80
Chile	9,79	16,30	3,53	5,37	15,66	7,33
Colombia	12,15	19,55	5,64	6,14	16,83	10,33
Ecuador	12,56	23,41	4,32	2,99	16,09	12,20
Perú	5,42	9,18	2,51	2,32	6,51	5,59
Estados Unidos [†]	7,40	9,90	5,0	4,60	13,7	5,06
Uruguay	4,66	7,29	2,25	2,65	7,31	3,47

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y OID.
Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008). Tenga en cuenta que todas las estimaciones son para individuos de 15-64 años (no 12 años). Los porcentajes corresponden a aquellos con 8+ puntos en la escala AUDIT (edades 15-64).
[†] Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad de 12 años.

II. Tablas sobre consumo de marihuana

II.1 Prevalencia de uso de marihuana en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por sexo (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	25,10	13,60	8,53	12,63	5,63	2,24
Argentina (2009)	11,90	8,40	4,80	7,10	2,90	2,45
Bahamas (2008)	12,70	7,10	3,30	5,40	1,60	3,38
Barbados (2006)	17,66	10,75	6,08	8,17	4,26	1,92
Belice (2002)	20,54	13,37	6,67	10,41	3,02	3,45
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	6,30	3,60	1,90	3,00	0,90	3,30
Brasil (2004)	5,51	4,40	3,08	-	-	-
Canadá (2006)*	30,10	24,40	-	-	-	-
Chile (2009)	25,30	15,10	7,70	8,40	7,00	1,20
Colombia (2004)	7,65	6,61	2,33	3,39	1,46	2,31
Costa Rica (2006)	8,30	5,70	2,30	2,90	1,60	1,81
Dominica (2006)	29,59	18,07	11,93	18,93	6,47	2,92
República Dominicana (2008)	1,70	1,00	0,40	0,70	0,20	3,50
Ecuador (2008)	6,40	4,20	2,20	-	-	-
El Salvador (2008)	5,50	3,50	1,80	2,90	0,80	3,63
Grenada (2005)	27,28	15,74	8,58	10,34	6,57	1,57
Guatemala (2003)	4,44	2,28	1,12	2,06	0,42	4,96
Guyana (2007)	11,00	6,35	3,72	6,02	2,27	2,65
Haití (2009)	2,00	0,70	0,40	0,40	0,40	1,00
Honduras (2005)	2,86	1,06	0,41	0,63	0,23	2,77
Jamaica (2006)	25,10	14,00	8,50	-	-	-
México (2009)	4,10	2,84	1,15	1,94	0,37	5,24
Nicaragua (2003)	-	-	-	-	-	-
Panamá (2008)	6,20	2,90	1,80	2,70	1,20	2,25
Paraguay (2005)	4,17	3,03	1,58	2,44	0,89	2,73
Perú (2007)	3,10	1,90	0,90	1,30	0,50	2,60
Sn. Kitts y Nevis(2006)	14,29	13,00	7,18	10,28	4,70	2,19
Sta. Lucia (2005)	25,56	16,03	8,98	12,45	6,67	1,87
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	17,76	11,72	5,17	9,28	2,84	3,27
Suriname (2006)	6,80	4,10	2,30	-	-	-
Trinidad y Tobago (2006)	12,02	6,53	2,75	3,89	1,86	2,08
Uruguay (2009)	16,20	12,50	6,80	8,60	5,20	1,65
EE.UU. (2009)†	29,00	22,90	13,80	18,70	13,20	1,42
República Bolivariana de Venezuela (2009)	1,70	0,90	0,60	-	-	-

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencias de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocian edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocian edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

II.2 Prevalencia de uso de marihuana en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupo etario (%)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Antigua (2005)	17,22	28,94	34,13	7,17	16,06	22,16	4,29	10,77	13,04
Argentina (2009)	4,40	13,20	20,20	2,90	9,50	14,10	1,50	5,70	7,90
Bahamas (2008)	6,50	15,60	25,80	3,60	8,50	15,30	1,20	4,30	7,90
Barbados (2006)	11,18	23,62	27,25	6,18	15,10	16,58	3,89	7,70	12,07
Belice (2002)	11,11	18,56	29,96	6,59	12,70	19,04	1,66	7,01	9,73
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	2,29	5,09	8,75	0,75	2,74	4,61	0,46	1,20	2,05
Brasil (2004)	1,67	7,67	14,09	1,30	6,29	11,22	0,90	4,32	7,93
Canadá (2006)*	16,90	41,40	47,60	13,60	34,30	37,10	-	-	-
Chile (2009)	11,00	25,90	39,90	6,30	16,20	22,40	3,30	8,20	11,80
Colombia (2004)	3,29	9,58	16,27	2,83	8,36	13,99	0,96	3,01	4,95
Costa Rica (2006)	3,82	8,85	16,94	2,61	5,61	10,71	1,37	2,68	4,23
Dominica (2006)	20,58	30,88	43,75	10,94	19,94	27,65	6,79	12,45	20,56
República Dominicana (2008)	0,75	1,66	2,69	0,55	0,83	1,68	0,37	0,32	0,67
Ecuador (2008)	2,50	7,10	13,40	1,80	4,50	8,60	0,80	2,40	4,50
El Salvador (2008)	3,12	5,97	9,97	2,14	3,71	6,09	1,24	1,73	3,19
Grenada (2005)	15,98	29,65	42,44	7,44	18,13	25,19	3,14	10,18	14,74
Guatemala (2003)	2,51	4,68	5,65	1,30	2,97	2,37	0,60	1,68	0,96
Guyana (2007)	8,18	11,53	20,18	5,33	6,11	11,69	3,34	3,49	6,30
Haití (2009)	1,80	2,20	2,00	0,60	0,60	0,70	0,60	0,60	0,40
Honduras (2005)	1,04	2,03	3,90	0,48	0,86	1,14	0,25	0,35	0,31
Jamaica (2006)	15,74	28,49	30,94	9,19	16,57	17,08	5,04	9,46	11,02
México (2009)	3,49	9,99	2,76	2,38	7,28	-	1,03	2,29	-
Nicaragua (2003)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

II.2 Prevalencia de uso de marihuana en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupo etario (%) (continuado)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Panamá (2008)	4,56	6,48	7,77	3,68	3,10	1,67	3,18	1,52	0,67
Paraguay (2005)	1,70	3,94	7,46	1,31	3,13	5,03	0,69	1,94	2,27
Perú (2007)	1,70	4,37	7,76	1,15	2,68	4,16	0,50	1,28	2,07
Sn. Kitts y Nevis(2003)	15,00	32,40	32,97	7,59	18,50	18,92	4,63	9,74	9,62
Sta. Lucia (2005)	16,90	27,83	41,84	7,73	18,45	30,66	3,86	9,81	20,07
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	10,97	20,66	30,98	5,51	15,34	20,49	2,01	6,83	10,21
Suriname (2006)	2,42	4,68	12,99	1,21	2,72	8,43	0,92	2,02	4,30
Trinidad y Tobago (2006)	5,88	18,63	15,20	3,21	11,10	6,66	1,22	4,79	2,91
Uruguay (2009)	5,70	19,20	28,90	4,50	15,80	21,30	2,00	8,80	12,20
Estados Unidos (2009)†	15,70	32,30	42,00	11,80	26,70	32,80	6,50	15,90	20,60
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,82	1,61	2,84	0,30	0,79	1,46	0,29	0,57	0,95

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

II.3 Prevalencia de uso de marihuana en la población general de 12-64[†] años (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres AÑO	Mujeres AÑO	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	9,00	3,70	2,30	5,38	2,07	2,59
Barbados (2006)	16,21	8,30	6,60	14,80	3,50	4,23
Belice (2005)	11,65	8,45	6,90	10,59	6,31	1,68
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	10,38	4,53	0,45	8,90	1,14	7,81
Brasil (2005)	8,80	2,60	1,92	4,20	1,50	2,80
Canadá (2008)*	50,70	13,60	9,30	16,90	10,40	1,60
Chile (2008)	26,01	6,44	3,53	8,79	4,16	2,12
Colombia (2008)	7,99	2,27	1,60	3,79	0,93	4,08
Costa Rica (2006)	7,50	1,00	0,60	1,90	0,20	9,50
Ecuador (2007)	4,30	0,70	0,40	1,40	0,10	14,00
El Salvador (2005)	6,09	0,35	0,26	0,75	0,02	37,50
Guatemala (2005)	2,79	0,13	0,06	0,29	0,03	9,67
Nicaragua (2006)	7,91	1,06	0,41	1,18	0,20	5,90
México (2008)	4,20	1,03	0,70	1,73	0,38	4,55
Panamá (2003)	5,60	3,64	2,85	6,35	1,65	3,85
Paraguay (2003)	2,54	0,51	0,33	0,80	0,28	2,86
Perú (2006)	3,57	0,66	0,37	1,16	0,27	4,30
Uruguay (2006)	12,25	5,17	3,26	7,50	3,04	2,47
EE.UU. (2009) †	41,48	11,33	6,64	14,18	8,63	1,64

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 * Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.
 † Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

II.4 Prevalencia de uso de marihuana en la población general de 12-64[†] años, por grupos etarios (%)

País	VIDA	VIDA	VIDA	AÑO	AÑO	AÑO	MES	MES	MES
	12-17	18-34	35-64	12-17	18-34	35-64	12-17	18-34	35-64
Argentina (2008)	2,50	16,78	4,93	1,58	7,83	1,21	0,72	4,94	0,84
Barbados (2006)	5,01	24,11	12,37	4,07	13,65	4,39	2,26	11,08	3,32
Belice (2005)	7,78	16,65	8,37	5,28	13,25	5,03	4,10	10,85	4,19
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	3,53	17,22	5,83	0,79	9,26	0,77	0,04	0,78	0,28
Brasil (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canadá (2008)*	32,60	57,50	48,90	25,20	24,00	7,10	18,20	16,80	4,60
Chile (2008)	13,62	39,32	19,28	7,93	12,17	2,66	3,05	6,82	1,15
Colombia (2008)	4,06	11,51	6,26	2,72	4,01	0,56	1,88	2,91	0,34
Costa Rica (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (2007)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
México (2008)	2,04	5,53	3,79	1,18	1,4	0,58	0,64	0,86	0,49
Panamá (2003)	3,33	6,62	5,22	2,22	4,68	3,01	1,56	3,62	2,46
Paraguay (2003)	1,68	3,73	1,53	0,84	0,78	0,10	0,42	0,52	0,10
Perú (2006)	1,29	4,94	3,10	0,80	1,01	0,30	0,37	0,65	0,11
Uruguay (2006)	5,10	24,16	6,52	3,50	11,11	1,79	1,30	7,26	1,22
EE.UU. (2009)†	16,99	52,65	49,62	13,56	23,36	7,21	7,31	13,70	4,37

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM

* Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.

† Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

III. Tablas sobre consumo de inhalables

III.1 Prevalencia de uso de inhalables en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por sexo (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	13,62	4,18	2,21	1,51	2,50	0,60
Argentina (2009)	3,40	1,70	0,90	1,30	0,60	2,16
Bahamas (2008)	5,50	2,20	0,90	1,00	0,90	1,11
Barbados (2006)	19,66	9,92	6,47	4,82	7,60	0,64
Belice (2002)	3,12	1,66	0,89	1,18	0,70	1,71
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	4,20	2,50	1,40	2,00	0,90	2,22
Brasil (2004)	15,69	14,34	9,95	10,50	9,47	1,10
Canadá (2006)*	6,30	-	-	-	-	-
Chile (2009)	8,70	3,00	1,30	1,40	1,20	1,13
Colombia (2004)	3,82	3,33	1,00	1,32	0,71	1,85
Costa Rica (2006)	7,50	3,90	2,00	3,00	1,00	3,00
Dominica (2006)	7,96	4,00	2,50	2,77	2,29	1,18
República Dominicana (2008)	1,10	0,50	0,20	0,50	0,10	5,00
Ecuador (2008)	5,70	2,50	1,30	-	-	-
El Salvador (2008)	2,80	1,50	0,80	1,20	0,40	3,00
Grenada (2005)	9,72	5,60	3,26	2,74	3,84	0,71
Guatemala (2003)	2,11	0,99	0,41	0,75	0,17	4,30
Guyana (2007)	21,72	10,51	6,93	8,56	5,89	1,45
Haití (2009)	5,50	2,30	1,40	1,00	1,70	0,59
Honduras (2005)	1,60	0,54	0,23	0,36	0,13	2,90
Jamaica (2006)	28,17	13,93	9,47	5,49	13,16	0,41

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

III.1 Prevalencia de uso de inhalables en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por sexo (%) (continuado)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
México (2009)	7,02	5,14	2,39	2,60	2,19	1,19
Nicaragua (2003)	2,00	0,87	0,40	0,69	0,17	4,05
Panamá (2008)	4,40	2,70	1,10	2,10	0,30	7,00
Paraguay (2005)	2,79	1,53	0,71	0,71	0,72	1,00
Perú (2007)	3,50	1,80	0,60	0,70	0,50	1,40
Sn. Kitts y Nevis(2003)	13,54	6,15	4,24	3,19	5,14	0,63
Sta. Lucia (2005)	9,80	5,63	3,27	2,76	3,62	0,77
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	5,17	3,30	1,59	0,60	2,16	0,28
Suriname (2006)	7,48	3,45	2,27	3,17	1,56	2,03
Trinidad y Tobago (2006)	26,38	13,29	7,45	5,71	8,80	0,66
Uruguay (2009)	2,60	1,40	0,80	1,00	0,50	2,00
EE.UU. (2009)†	12,3	6,10	2,2	1,80	2,60	0,69
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,70	-	0,20	0,30	0,10	3,00

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009 , *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

III.1.1 Prevalencia de uso de inhalables en la población de estudiantes secundarios en las Américas en el último año, por sexo (%)

País	Hombres	Mujeres
Antigua (2005)	1,92	5,77
Argentina (2009)	2,40	1,10
Bahamas (2008)	2,10	2,20
Barbados (2006)	7,71	11,80
Belize (2002)	1,84	1,59
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	2,07	0,66
Brasil (2004)	15,16	13,63
Chile (2009)	2,90	3,00
Colombia (2004)	4,28	2,53
Costa Rica (2006)	5,20	2,50
Dominica (2006)	4,16	3,87
Dominican Republic (2008)	0,90	0,20
El Salvador (2008)	2,40	0,80
Grenada (2005)	4,89	6,41
Guatemala (2003)	1,75	0,46
Guyana (2007)	13,38	8,68
Haiti (2009)	1,70	2,80
Honduras (2005)	0,86	0,31
Jamaica (2006)	8,68	18,77
Nicaragua (2003)	1,43	0,45
Panamá (2008)	4,40	1,30
Paraguay (2005)	1,58	1,49
Peru (2007)	2,10	1,60
Sn. Kitts (2003)	5,25	6,94
Sta. Lucia (2005)	5,13	5,96
Sn. Vicente (2006)	2,52	3,75
Suriname (2006)	4,50	2,62
Trinidad (2006)	10,89	15,16
Uruguay (2009)	2,10	0,80
EE.UU. (2009)	5,40	6,70

III.2 Prevalencia de uso de inhalables en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupos etarios (%)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Antigua (2005)	15,28	13,12	11,11	4,55	4,37	3,07	2,62	2,04	1,68
Argentina (2009)	2,10	4,30	3,80	1,10	2,40	1,50	0,60	1,40	0,70
Bahamas (2008)	6,10	4,70	5,50	2,50	1,70	2,10	1,00	0,60	1,20
Barbados (2006)	22,69	17,15	13,57	11,05	9,22	6,09	7,11	5,94	5,32
Belice (2002)	3,02	2,82	3,60	1,10	1,56	2,20	0,83	0,85	1,00
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	2,72	3,65	4,61	0,60	1,56	1,90	0,29	0,63	0,88
Brasil (2004)	12,82	19,17	20,10	11,36	18,12	18,73	7,83	12,40	13,33
Canadá* (2006)	6,30	6,40	6,30	-	-	-	-	-	-
Chile (2009)	8,10	9,10	8,70	3,00	3,20	2,60	1,40	1,30	1,10
Colombia (2004)	2,34	4,51	6,66	2,01	3,93	5,90	0,67	1,20	1,55
Costa Rica (2006)	6,44	7,86	4,90	3,09	3,42	1,71	1,61	2,06	0,53
Dominica (2006)	8,25	8,23	6,90	4,17	4,34	2,99	2,54	2,65	2,14
República Dominicana (2008)	0,83	1,23	1,29	0,27	0,65	0,58	0,19	0,37	0,13
Ecuador (2008)	5,30	5,60	6,60	2,40	2,50	3,00	1,10	1,20	1,60
El Salvador (2008)	2,12	2,69	4,40	1,42	1,59	1,74	0,73	0,55	1,12
Grenada (2005)	7,56	10,37	12,10	4,25	6,15	6,72	2,38	3,48	4,32
Guatemala (2003)	1,76	1,86	2,60	0,88	1,17	0,89	0,37	0,51	0,34
Guyana (2007)	22,62	20,71	22,40	11,12	10,07	9,98	6,84	7,08	6,63
Haití (2009)	6,90	4,90	5,40	2,00	2,50	2,50	1,10	1,20	1,70
Honduras (2005)	1,21	1,48	2,02	0,50	0,55	0,57	0,23	0,28	0,17
Jamaica (2006)	27,73	29,53	26,64	12,81	14,95	14,17	8,10	10,84	9,57
México (2009)	6,42	12,92	2,76	4,64	10,13	-	2,02	5,90	2,76
Nicaragua (2003)	0,91	2,28	2,58	0,49	1,12	0,92	0,42	0,27	0,52

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

III.2 Prevalencia de uso de inhalables en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupos etarios (%) (continuado)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Panamá (2008)	3,70	3,86	5,79	1,84	2,84	3,38	0,90	1,02	1,35
Paraguay (2005)	2,28	2,56	3,69	1,44	1,58	1,59	0,66	1,00	0,45
Perú (2007)	3,13	3,71	4,92	1,83	1,95	1,48	0,51	0,64	0,71
Sn. Kitts y Nevis(2003)	13,05	15,24	10,45	5,71	7,38	4,21	4,36	4,63	2,69
Sta. Lucia (2005)	8,24	10,78	10,88	4,48	6,05	7,39	2,69	3,47	4,23
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	2,68	7,12	7,14	1,47	4,18	6,59	0,74	1,90	3,40
Suriname (2006)	7,00	8,46	6,96	3,24	4,07	3,07	2,13	2,92	1,83
Trinidad y Tobago (2006)	26,22	27,02	25,73	14,31	13,98	9,88	8,08	7,58	5,82
Uruguay (2009)	1,60	3,30	3,20	1,00	1,80	1,60	0,60	1,10	0,60
Estados Unidos (2009)†	14,90	12,30	9,50	8,10	6,10	3,40	3,80	2,20	1,20
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,52	0,70	0,81	0,13	0,20	0,22	0,12	0,12	0,16

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009 , *HC
 Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.
 *Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. La prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.
 † Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.
 Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

IV. Tablas sobre consumo de cocaína

IV.1 Prevalencia de uso de cocaína en la población de estudiantes secundarios en las Américas (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	1,80	1,06	0,74	1,03	0,54	1,92
Argentina (2009)	4,00	2,30	1,30	2,10	0,60	3,50
Bahamas (2008)	0,80	0,20	0,20	0,10	0,20	0,50
Barbados (2006)	2,01	0,92	0,50	0,58	0,44	1,33
Belice (2002)	1,42	0,71	0,45	0,67	0,27	2,50
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	3,10	2,00	1,20	1,70	0,80	2,12
Canadá (2006)*	4,40	-	-	-	-	-
Chile (2009)	6,70	3,40	1,70	2,20	1,20	1,83
Colombia (2004)	1,81	1,56	0,50	0,76	0,28	2,74
Costa Rica (2006)	1,70	1,20	0,70	0,90	0,40	2,25
Dominica (2006)	0,69	0,51	0,39	0,68	0,15	4,37
República Dominicana (2008)	0,80	0,50	-	-	-	-
Ecuador (2008)	2,20	1,50	0,70	-	-	-
El Salvador (2008)	1,90	1,10	0,50	0,80	0,30	2,67
Grenada (2005)	1,50	1,00	0,54	0,90	0,15	5,99
Guatemala (2003)	2,29	1,27	0,54	0,94	0,22	4,27
Guyana (2007)	4,12	2,78	1,78	3,01	0,98	3,07
Haití (2009)	2,00	0,50	0,30	0,50	0,10	5,00
Honduras (2005)	1,98	0,80	0,38	0,63	0,19	3,31
Jamaica (2006)	3,12	2,02	1,35	1,90	0,85	2,24
México (2009)	2,28	1,14	0,48	0,67	0,28	2,39
Nicaragua (2003)	2,26	1,06	0,52	0,79	0,32	2,47
Panamá (2008)	2,20	1,50	1,20	1,50	1,00	1,50
Paraguay (2005)	0,97	0,67	0,45	0,68	0,28	2,43
Perú (2007)	1,70	0,90	0,50	0,70	0,30	2,33
Sn. Kitts y Nevis(2003)	2,27	1,22	0,86	1,30	0,48	2,73
Sta. Lucia (2005)	1,48	0,77	0,58	0,71	0,49	1,45
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	0,53	0,32	0,21	0,29	0,17	1,71
Suriname (2006)	0,70	0,17	0,07	0,16	,	
Trinidad y Tobago (2006)	0,83	0,49	0,24	0,15	0,31	0,48
Uruguay (2009)	3,90	2,50	1,10	1,70	0,50	3,40
EE.UU. (2009)†	4,60	2,70	0,90	1,00	0,80	1,25
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,60	0,30	0,30	-	-	-

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencia de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

IV.2 Prevalencia de uso de cocaína en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupos etarios (%)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Antigua (2005)	1,28	2,46	1,60	0,90	1,37	0,80	0,64	0,96	0,53
Argentina (2009)	1,80	4,80	6,00	0,90	2,90	3,20	0,60	1,80	1,60
Bahamas (2008)	1,20	0,30	0,90	0,30	0,00	0,30	0,20	0,00	0,30
Barbados (2006)	2,43	1,52	2,22	1,27	0,44	1,47	0,83	0,11	0,71
Belice (2002)	1,39	0,86	2,23	0,56	0,43	1,22	0,28	0,29	0,81
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	1,26	1,87	3,18	0,64	0,87	1,71	0,41	0,40	0,86
Canadá (2006)*	2,30	5,20	9,00	-	-	-	-	-	-
Chile (2009)	3,90	6,60	9,80	1,90	3,40	4,90	1,10	1,70	2,30
Colombia (2004)	0,94	2,00	3,85	0,80	1,74	3,32	0,29	0,50	1,06
Costa Rica (2006)	1,11	1,91	3,67	0,64	1,04	1,99	0,41	0,72	1,01
Dominica (2006)	0,56	0,42	1,46	0,45	0,42	0,84	0,34	0,31	0,63
República Dominicana (2008)	0,44	0,78	1,08	0,21	0,52	0,93	0,19	0,19	0,28
Ecuador (2008)	1,20	2,40	4,20	0,80	1,50	2,10	0,50	0,70	0,90
El Salvador (2008)	1,54	1,83	3,00	0,95	0,94	1,61	0,55	0,18	1,00
Grenada (2005)	1,04	1,67	1,96	0,52	1,29	1,18	0,31	0,53	0,98
Guatemala (2003)	1,21	2,78	2,64	0,60	1,72	1,34	0,23	0,69	0,62
Guyana (2007)	4,96	3,48	3,43	3,93	1,81	2,25	2,62	0,96	1,89
Haití (2009)	1,50	2,40	1,80	0,50	0,80	0,60	0,00	0,60	0,40
Honduras (2005)	0,75	1,67	3,20	0,42	0,58	1,31	0,25	0,26	0,58
Jamaica (2006)	3,45	3,02	2,73	2,42	1,71	1,84	1,82	1,05	1,04
México (2009)	2,07	4,42	-	1,05	2,00	-	0,46	0,69	-
Nicaragua (2003)	0,64	2,68	3,14	0,14	1,50	1,34	0,14	0,59	0,76
Panamá (2008)	3,28	2,08	1,00	3,03	1,20	0,28	2,69	0,78	0,09
Paraguay (2005)	0,53	1,09	1,38	0,39	0,73	0,93	0,29	0,51	0,60
Perú (2007)	1,43	1,90	3,40	0,72	1,08	1,90	0,37	0,48	1,02
Sn. Kitts y Nevis(2003)	2,24	2,45	1,83	1,18	1,29	1,10	0,86	0,91	0,74
Sta. Lucia (2005)	1,39	1,49	1,74	0,73	0,52	1,67	0,61	0,31	1,34
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	0,24	0,50	1,62	0,24	0,25	0,82	-	0,25	0,82
Suriname (2006)	0,46	0,28	1,17	0,16	-	0,31	0,16	-	0,08
Trinidad y Tobago (2006)	0,63	1,30	0,94	0,32	0,88	0,23	0,24	0,32	0,12
Uruguay (2009)	1,60	4,30	6,90	0,50	3,30	4,40	0,20	1,50	1,80
EE.UU. (2009)†	2,60	4,60	6,00	1,60	2,70	3,40	0,80	0,90	1,30
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,39	0,68	0,79	0,14	0,26	0,46	0,13	0,21	0,36

Fuentes: NDCs y NDOs en estados miembros y MEM. †MTF 2009, *HC

Nota: Esta tabla muestra los datos disponibles de países individuales. Aquellos países sin datos comparables no están representados. Los datos de prevalencia provienen de estudios de SIDUC o equivalentes, excepto en los casos destacados. Los grupos etarios son aproximados y pueden incluir a estudiantes menores de 14 años o mayores de 17 años.

*Los datos de Canadá se obtuvieron de la encuesta YSS 2006-2007 y fueron proporcionados por la Oficina de Investigación y Vigilancia de la Dirección de Control de Sustancias y Tabaco. Las prevalencias de uso de marihuana en el último mes no se registró para esta población en Canadá. Sólo se hicieron preguntas sobre drogas ilícitas a los estudiantes de 7 a 12 grado (edades entre 12 y 17 años). La información de estudiantes secundarios se recolectó por grados y se derivaron grupos etarios acorde al grado reportado: a los grados 7-9 se les asocian edades de 14 años o menos, a los grados 10-11 se les asocian edades entre 15 y 16 años, y al 12 grado se le asocia edades de 17 años o más.

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

IV.3 Prevalencia de uso de cocaína en la población general de 12-64[†] años, por sexo (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres/AÑO	Mujeres/AÑO	Razón Hombres: Mujeres
Argentina (2008)	3,46	1,06	0,56	1,89	0,24	7,70
Barbados (2006)	0,79	0,14	0,04	0,30	0,03	10,00
Belice (2005)	1,42	0,71	0,61	0,69	0,73	0,95
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	3,22	0,55	0,41	0,46	0,62	0,74
Brasil (2005)	2,90	0,73	0,39	1,45	0,21	6,90
Canadá (2008)*	-	1,90 ^Q	0,50 ^Q	2,70 ^Q	1,10 ^Q	2,50 ^Q
Chile (2008)	6,60	1,80	1,00	3,15	0,55	5,72
Colombia (2008)	2,48	0,72	0,43	1,28	0,22	5,82
Costa Rica (2006)	1,80	0,20	0,10	0,40	0,00	-
Ecuador (2007)	1,20	0,10	0,06	0,60	0,00	-
El Salvador (2005)	1,89	0,24	0,13	0,52	0,00	-
Guatemala (2005)	0,85	0,11	0,03	0,25	0,03	8,33
Nicaragua (2006)	2,51	0,34	0,19	0,46	0,09	5,11
México (2008)	2,40	0,44	0,27	0,76	0,14	5,43
Panamá (2003)	1,80	1,20	1,03	0,22	0,17	1,29
Paraguay (2003)	0,66	0,19	0,16	0,43	0,15	2,87
Perú (2006)	1,37	0,27	0,14	0,56	0,10	5,60
Uruguay (2006)	4,03	1,44	0,79	2,31	0,66	3,50
EE.UU. (2009) [†]	14,53	1,90	0,65	2,51	1,33	1,89

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM

* Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año; s = estimación suprimida debido a la inestabilidad de la variabilidad de la muestra, Q = estimación con variabilidad de muestra moderada, que debe ser interpretada con precaución.

[†] Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

IV.4 Prevalencia de uso de cocaína en la población general de 12-64[†] años, por grupos etarios (%)

	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES	VIDA	AÑO	MES
País	12-17	12-17	12-17	18-34	18-34	18-34	35-64	35-64	35-64
Argentina (2008)	0,56	0,40	0,28	6,47	2,45	1,25	2,03	0,19	0,12
Barbados (2006)	-	-	-	0,57	0,31	0,05	1,13	0,04	0,04
Belice (2005)	0,73	0,10	-	1,90	0,91	0,71	1,29	0,84	0,84
Estado Plurinacional de Bolivia (2007)	0,42	-	-	3,49	1,01	0,93	4,61	0,29	-
Brasil (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canadá (2008)*	-	3,60	-	-	4,30	-	-	0,5	-
Chile (2008)	0,84	0,32	0,17	10,10	2,34	0,94	4,31	0,71	0,46
Colombia (2008)	1,22	0,78	0,35	3,44	1,29	0,83	2,08	0,19	0,11
Costa Rica (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (2007)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (2005)	0,39	0,39	0,26	1,24	0,04	-	0,57	0,10	-
Nicaragua (2006)	0,42	0,13	0,13	3,76	0,47	0,17	1,76	0,06	0,06
México (2008)	0,80	0,40	0,20	3,60	0,70	0,50	1,80	0,20	0,10
Panamá (2003)	0,44	0,44	0,22	2,37	1,62	1,12	2,21	1,29	1,17
Paraguay (2003)	0,28	0,28	0,28	0,87	0,27	0,17	0,57	0,09	0,09
Perú (2006)	0,51	0,36	0,20	2,04	0,26	0,10	1,07	0,25	0,15
Uruguay (2006)	0,65	0,57	0,25	8,49	3,34	1,89	2,09	0,46	0,22
EE.UU. (2009) †	1,64	0,98	0,28	16,52	4,28	1,19	19,97	1,30	0,62

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM

* Encuesta Canadiense de Monitoreo de Uso de Alcohol y Drogas (CADUMS, 2008); La CADUMS se le hace solamente a las personas mayores de 15 años - los resultados de esta tabla se presentan para aquellas personas de entre 15 y 64 años; El uso de drogas ilícitas se registró para consumo del último año. El uso en los últimos 30 días se le pidió sólo a aquellos encuestados que reportaron uso de marihuana, cocaína, o anfetaminas en el último año.

† Los datos de los Estados Unidos se obtuvieron de la base de datos NSDUH 2009. Los resultados de los EE.UU. corresponden a encuestados de 12 o más años de edad.

V. Tablas sobre consumo de pasta base de cocaína

V.1 Prevalencia de uso de PBC en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por sexo (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	-	-	-	-	-	-
Argentina (2009)	1,80	0,90	0,52	0,80	0,30	2,17
Bahamas (2008)	-	-	-	-	-	-
Barbados (2006)	-	-	-	-	-	-
Belice (2002)	-	-	-	-	-	-
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	1,89	1,30	0,80	1,30	0,40	3,25
Canadá*	-	-	-	-	-	-
Chile (2009)	5,30	2,60	1,30	1,70	0,90	1,82
Colombia (2004)	1,37	1,22	0,61	0,75	0,49	1,63
Dominica (2006)	-	-	-	-	-	-
República Dominicana (2008)	-	-	-	-	-	-
Ecuador (2008)	1,00	0,60	0,30	-	-	-
El Salvador (2008)	-	-	-	-	-	-
Guatemala (2003)	0,37	0,19	0,06	0,12	0,02	6,00
Guyana (2007)	-	-	-	-	-	-
Haití (2009)	-	-	-	-	-	-
Honduras (2005)	0,32	0,16	0,06	-	-	-
Jamaica (2006)	-	-	-	-	-	-
México (2009)	-	-	-	-	-	-
Nicaragua (2003)	0,64	0,18	0,12	0,14	0,11	1,30
Panamá (2008)	-	-	-	-	-	-
Paraguay (2005)	0,76	0,50	0,24	0,34	0,15	2,02
Perú (2007)	1,60	0,70	0,30	0,50	0,20	2,50
Sn. Kitts y Nevis(2003)	-	-	-	-	-	-
Sta. Lucia (2005)	-	-	-	-	-	-
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	-	-	-	-	-	-
Suriname (2006)	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tobago (2006)	-	-	-	-	-	-
Uruguay (2009)	1,30	0,60	0,20	0,40	0,00	-
EE.UU.*	-	-	-	-	-	-
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,40	-	0,20	0,30	0,10	3,00

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
*Este país no recolecta información sobre pbc

V.2 Prevalencia de uso de PBC en la población de estudiantes secundarios en las Américas, por grupos etarios (%)

País	VIDA ≤14	VIDA 15-16	VIDA ≥17	AÑO ≤14	AÑO 15-16	AÑO ≥17	MES ≤14	MES 15-16	MES ≥17
Antigua (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina (2009)	1,20	2,70	1,50	0,60	1,50	0,60	0,30	1,00	0,30
Barbados (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice (2002)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	1,19	1,73	2,73	0,55	0,81	1,31	0,28	0,42	0,54
Canadá*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile (2009)	3,60	5,40	6,90	1,80	2,90	3,10	1,00	1,40	1,50
Colombia (2004)	0,95	1,48	2,33	0,83	1,34	2,07	0,49	0,61	0,96
Dominica (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana (2008)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (2008)	0,60	1,20	1,50	0,40	0,60	1,00	0,20	0,30	0,50
El Salvador (2008)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (2003)	0,28	0,48	0,34	0,09	0,33	0,14	,	0,15	0,03
Guyana (2007)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití (2009)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras (2005)	0,31	0,18	0,23	0,15	0,07	0,09	0,06	0,03	0,03
Jamaica (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua (2003)	0,79	0,59	0,58	0,43	0,05	0,12	0,36	0,05	,
Panamá (2008)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay (2005)	0,52	0,63	1,19	0,42	0,43	0,68	0,17	0,26	0,30
Perú (2007)	1,47	1,60	3,08	0,63	0,76	1,55	0,34	0,34	0,40
Sn. Kitts y Nevis(2003)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sta. Lucía (2005)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tobago (2006)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos (2009)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay (2009)	0,90	1,90	1,30	0,40	0,80	0,50	0,00	0,40	0,20
República Bolivariana de Venezuela (2009)	0,43	0,54	0,55	0,10	0,20	0,29	0,11	0,20	0,28

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 *Este país no recolecta información sobre pbc

V.3 Prevalencia de uso de PBC en la población general de 12-64[†] años (%)

País	VIDA	AÑO	MES
Argentina (2008)	0,40	0,20	0,10
Barbados (2006)	-	-	-
Belice (2005)	-	-	-
Canadá *	3,10	0,70	0,40
Chile (2008)	1,09	0,17	0,10
Colombia (2008)	0,72	0,13	0,10
Ecuador (2007)	0,30	0,08	0,08
El Salvador (2005)	0,26	0,08	-
Guatemala (2005)	-	-	-
México (2008)	0,50	-	-
Nicaragua (2006)	0,24	0,14	0,08
Panamá (2003)	0,14	0,08	0,02
Paraguay (2003)	1,30	0,38	0,16
Perú (2006)	0,80	0,30	0,12
Uruguay (2006)	0,40	0,20	0,10
Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM Nota: Tabla solo muestra datos de países que contaban con esa información. *Este país no recolecta información sobre PBC			

VI. Tablas sobre consumo de fármacos sin prescripción

VI.1 Prevalencia de uso de tranquilizantes sin prescripción en la población de estudiantes secundarios en las Américas (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	2,99	1,43	0,85	0,90	0,81	1,11
Argentina (2009)	3,70	2,10	1,10	1,20	1,00	1,20
Bahamas (2008)	2,00	1,00	0,50	0,40	0,70	0,57
Barbados (2006)	2,60	1,14	0,77	0,47	1,03	0,45
Belice (2002)	6,92	3,32	2,15	1,64	2,81	0,58
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	15,56	7,54	4,22	3,26	5,25	0,62
Brasil (2004)	3,90	3,59	2,40	1,85	2,88	0,64
Canadá*	-	-	-	-	-	-
Chile (2007)	10,20	5,00	2,70	2,80	2,70	1,04
Colombia (2004)	9,86	6,30	5,03	5,07	4,97	1,02
Costa Rica (2006)	7,20	4,40	2,50	2,40	2,50	0,96
Dominica (2006)	5,38	2,53	1,49	0,79	2,04	0,39
República Dominicana (2008)	12,80	6,20	3,20	2,40	3,90	0,62
Ecuador (2008)	11,50	3,40	1,80	-	-	-
El Salvador (2008)	2,80	1,80	1,30	1,00	1,50	0,67
Grenada (2005)	5,90	2,48	1,69	1,47	1,94	0,76
Guatemala (2003)	12,98	6,74	4,18	3,24	4,83	0,67
Guyana (2007)	6,34	3,83	2,52	3,79	1,71	2,21
Haití (2009)	29,00	17,20	12,40	10,60	13,90	0,76
Honduras (2005)	12,03	4,81	2,85	1,83	3,61	0,51
Jamaica (2006)	4,89	2,38	1,33	1,19	1,46	0,82
México (2009)	3,91	2,56	0,88	0,63	1,13	0,56
Nicaragua (2003)	12,17	5,31	3,31	2,84	3,69	0,77
Panamá (2008)	7,40	1,60	1,00	0,60	1,30	0,46
Paraguay (2005)	12,27	7,41	4,67	2,88	6,09	0,47
Perú (2007)	10,20	4,00	1,40	1,40	1,40	1,00
Sn. Kitts y Nevis (2003)	2,87	1,83	1,48	2,06	0,96	2,16
Sta. Lucia (2005)	7,33	4,50	3,00	1,73	3,85	0,45
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	3,41	1,59	1,03	0,59	1,28	0,46
Suriname (2006)	9,80	5,50	3,20	3,03	4,39	0,69
Trinidad y Tobago (2006)	2,69	1,50	0,81	0,75	0,85	0,88
Uruguay (2009)	6,90	3,70	1,50	0,80	2,20	0,36
EE.UU. (2009)†	7,0	5,0	2,0	1,80	2,10	0,86
República Bolivariana de Venezuela (2009)	3,90	1,70	1,10	1,00	1,30	0,77

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM
 *Estos datos no son disponibles en este país
 † Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados.
 Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

V1.2 Prevalencia de uso de estimulantes sin prescripción en la población de estudiantes secundarios en las Américas (%)

País	VIDA	AÑO	MES	Hombres MES	Mujeres MES	Razón Hombres: Mujeres
Antigua (2005)	2,65	1,48	1,11	1,28	0,99	1,29
Argentina (2009)	2,60	1,50	0,90	1,10	0,70	1,57
Bahamas (2008)	1,80	0,80	0,40	-	-	-
Barbados (2006)	3,53	2,35	1,63	1,28	1,94	0,66
Belice (2002)	4,57	2,74	1,93	2,31	1,42	1,62
Estado Plurinacional de Bolivia (2008)	7,44	3,50	2,09	1,94	2,20	0,88
Brasil (2004)	3,64	3,09	2,09	1,71	2,41	0,71
Canadá*	-	-	-	-	-	-
Chile (2009)	5,20	1,80	0,90	1,00	0,70	1,43
Colombia (2004)	5,64	3,41	2,69	2,97	2,44	1,22
Costa Rica (2006)	4,90	2,80	1,70	1,30	2,20	0,57
Dominica (2006)	4,39	2,27	1,62	1,27	1,89	0,67
República Dominicana (2008)	9,10	4,20	2,80	2,50	3,10	0,81
Ecuador (2008)	7,20	2,40	1,40	-	-	-
El Salvador (2008)	1,70	1,10	0,90	0,90	1,00	0,90
Grenada (2005)	3,06	1,62	1,21	1,41	0,97	1,45
Guatemala (2003)	7,03	3,58	2,34	2,14	2,45	0,87
Guyana (2007)	7,15	4,60	2,86	4,31	1,94	2,23
Haití (2009)	23,20	12,80	8,80	7,40	9,90	0,75
Honduras (2005)	7,35	3,05	1,97	1,72	2,15	0,80
Jamaica (2006)	6,07	3,43	2,26	2,25	2,26	0,99
Nicaragua (2003)	7,71	3,90	2,46	2,52	2,45	1,03
Panamá (2008)	4,70	1,20	0,50	0,10	0,70	0,14
Paraguay (2005)	3,82	2,34	1,15	1,08	1,20	0,90
Perú (2007)	4,50	1,90	0,70	0,90	0,60	1,50
Sn. Kitts y Nevis(2006)	3,00	1,59	0,62	1,10	0,19	5,78
Sta. Lucia (2005)	6,11	3,70	2,20	2,24	2,17	1,03
Sn. Vicente y Granadinas (2006)	2,91	1,66	1,21	2,29	0,59	3,89
Suriname (2006)	4,80	2,70	1,50	1,92	1,64	1,18
Trinidad y Tobago (2006)	3,38	2,09	1,58	1,82	1,39	1,31
Uruguay (2009)	2,80	1,60	0,90	0,90	0,90	1,00
EE.UU. (2009)†	-	-	-	-	-	-
República Bolivariana de Venezuela (2009)	2,60	1,20	0,80	0,90	0,70	1,29

Fuentes: CNDs, ONDs en estados miembros, HC y MEM

*Estos datos no son disponibles en este país

† Los datos de los EE.UU. se tomaron de MTF 2009. Los datos proporcionados pueden estar combinados o separados por grados. Al grado 8 se le asocian edades de 14 años o menos, al grado 9 se le asocian edades entre 15 y 16 años, y al grado 12 se le asocia edades de 17 años o más.

Los números entre paréntesis () indican el año en que se realizó el estudio.

Referencias

- ¹ UNODC. (2010). *World Drug Report, 2010*. United Nations, Office on Drugs and Crime. Vienna, AU: United Nations Publication.
- ² Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2009). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2009: Volume I, Secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- ³ World Health Organization, *Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries, 2007*
- ⁴ Pan American Health Organization, 2007, Alcohol, Gender, Culture and Harms: PAHO Multicentric Study final Report
- ⁵ Dewitt DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. Social Prevention and Health Policy Research Department Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), American Journal of Psychiatry. 2001, September; 158(9):1530
- ⁶ Palmer RH, Young SE, Hopfer CJ, Corley RP, Stallings MC, Crowley TJ, Hewitt JK, Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. Drug and Alcohol Dependence, 2009 Jun1;102 (1-3):78-87. Epub 2009 Feb 27
- ⁷ Stolle M, Sack PM, Thomasius R, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Deutsch Arztebl International, 2009 May; 106(19):323-8 Epub 2009 May 8.
- ⁸ Statistics Canadá. *Youth smoking survey, 2006-2007*: main file [computer file]. Waterloo, Ont.: University of Waterloo. Population Health Research Group [producer]; Statistics Canadá. Data Liberation Initiative [distributor], 2008-09-11
- ⁹ Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2010: Volume I, Secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- ¹⁰ World Health Organization, Alcohol and injury in emergency departments: summary of the report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries, 2007
- ¹¹ Ariza C, Nebot M, Villalbi JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S. Trends in tobacco, alcohol and cannabis consumption among secondary school pupils in Barcelona, Spain (1987-1999). Gac Sanit, 2003 May-Jun; 13 (3): 190-5
- ¹² Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2010 Feb;7(2):364-79. Epub 2010 Jan 27.
- ¹³ Arria AM, Kuhn V, Caldeira KM, O'Grady KE, Vincent KB, Wish ED. High school drinking mediates the relationship between parental monitoring and college drinking: A longitudinal analysis. *Substance Abuse Treatment Prevention Policy*. 2008;7:3–6.
- ¹⁴ O'Donnell L, Myint-U A, Duran R, Stueve A. Especially for daughters: parent education to address alcohol and sex-related risk taking among urban young adolescent girls. Health Promotion Practice. 2010 May;11(3 Suppl):70S-8S.
- ¹⁵ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR), (2008) Presidencia de la Nación, *Estudio Nacional en Población General 12 a 65 Años, sobre Consumo de Drogas Psicoactivas*. Buenos Aires, Argentina
- ¹⁶ National Council on Substance Abuse (NCSA) of Barbados and the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) (2006), *Barbados National Household Survey 2006*.
- ¹⁷ Consejo Nacional Contra los Estupefacientes (2010), *Estudio Nacional sobre Drogas en la Población General de Chile*
- ¹⁸ National Drug Abuse Control Council of Belice and the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) (2009), *National Household Survey Report 2005*,

- ¹⁹ Health Canadá (2008), *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS)2008*
- ²⁰ Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009), *Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia*, Bogotá, Colombia.
- ²¹ Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas – CONSEP (2007), Informe del Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas, Quito, Ecuador
- ²² Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*. Rockville, MD.
- ²³ Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR), *El Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia*, Segundo Estudio Nacional; Observatorio Argentino de Drogas, April 2006.
- ²⁴ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, México; *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2006.
- ²⁵ Pacientes Drogodependientes en Centros de Tratamiento, Censo a Centros de Tratamiento y Grupos de A.A. y N.A., Secretaría Nacional de Drogas, (SENAD), Observatorio Paraguayo de Drogas, 2005.
- ²⁶ Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR), *Tercera Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento*, Argentina 2007; Observatorio Argentino de Drogas
- ²⁷ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, México; *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, Informe 2006
- ²⁸ Pacientes Drogodependientes en Centros de Tratamiento, Censo a Centros de Tratamiento y Grupos de A.A. y N.A., Secretaría Nacional de Drogas, (SENAD), Observatorio Paraguayo de Drogas, 2005
- ²⁹ SAMHSA 2007 National Survey on Drug Use & Health
- ³⁰ Stahre MA, Brewer RD, Naimi TS, Miller JW, et al. Alcohol-Attributable Deaths and Years of Potential Life Lost – United States, 2001. *MMWR* 2004;53(37): 866–870.
- ³¹ Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L.G., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C.D., Patra, J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room, R., Taylor, B., Samokhvalov, A.V., & Taylor, B. (in press). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. *Addiction Monograph series. Addiction*
- ³² Harwood et al. (2000). *Updating the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States*,. National Institutes of Health, National Institute on Alcohol and Alcohol Addiction (NIAAA)
- ³³ Gruzca RA, Norbert KE, Bierut LJ. Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979-2006. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48: July, 2009. pp 692-702
- ³⁴ Rehm et al. *The Costs of Substance Abuse in Canadá 2002*. Health Canadá. Health Canadá. March 2006
- ³⁵ UNODC. (2010). *World Drug Report*. United Nations, Office on Drugs and Crime. Vienna, AU: United Nations Publication.
- ³⁶ Guindon E, Boisclair D, Health Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper Economics of Tobacco Control Paper No.6, Past, Current and Future Trends in Tobacco Use; Tobacco Free Initiative, World Health Organization (WHO) 2003.
- ³⁷ De la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y cols., 1991; Villatoro y cols., 2003-2006; Velázquez y cols., Colima 2007.
- ³⁸ Office of National Drug Control Policy (ONDCP), Executive Office of the United States (2008), *Marijuana Sourcebook*, Marijuana: The Greatest Cause of Illegal Drug Abuse. Washington, DC 2008
- ³⁹ National Institute on Drug Abuse (NIDA), Research Report Series: Inhalant Abuse; Revised November 2009
- ⁴⁰ Balster,R.L., Cruz, S.L., Howard, M.O., Dell, C.A. & Cottler, L. B (2009). Classification of abused inhalants. *Addiction* 104 (6) 878-882.

-
- ⁴¹ Dell, A.D., Gust, S.W., MacLean, S., (2011) Global Issues in Volatile Substance Misuse, *Substance Use and Misuse*, 46:1-7, 2011
- ⁴² Hynes-Dowell M, Mateu Gelabert P, Taunhauser Barros HM, Delva J. Volatile Substance Misuse among High School Students in South America. *Substance Use & Misuse*, 46:27-34, 2011.
- ⁴³ Neumark, Y, Bar-Hamburger R. Volatile Substance Misuse among Youth in Israel: Results of a National School Survey, *Substance Use & Misuse*, 46:21-26, 2011.
- ⁴⁴ Villatoro J, Cruz S, Ortiz A, Medina-Mora M. Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends. *Substance Use & Misuse*, 46:40-45, 2011.
- ⁴⁵ Sharma S, Lal R, Volatile Substance Misuse among Street Children in India: A preliminary Report. *Substance Use & Misuse*, 46:46-49, 2011.
- ⁴⁶ Vazan P, Khan M, Poduska O, Stastna L, Miovisky M. Chronic Toluene Misuse among Roma Youth in Eastern Slovakia. *Substance Use & Misuse*, 46:57-61, 2011.
- ⁴⁷ Abbs P, MacLean S. Petrol Sniffing Interventions Among Australian Indigenous Communities Through Product Substitution: from Skunk Juice to Opal. *Substance Use & Misuse*, 46:99-106, 2011.
- ⁴⁸ Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume III. Technical Appendices and Selected Prevalence Tables*, NSDUH series H-380, HHS, Publication No. SMA 10-4856 Appendices, Rockville, MD
- ⁴⁹ Comunidad Andina (CAN) (2009), *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria, Informe Comparativo Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, Lima, Perú.
- ⁵⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (March 13, 2008). *The DASIS Report - - Adolescent Admissions Reporting Inhalants: 2006*. Rockville, MD.
- ⁵¹ Castaño P. Cocaínas Fumables. *Adicciones* 2000; 12(4):541-550.
- ⁵² M. Meikle, G, Urbanavicius J, Prunell, E. Umpiérrez, A. Abín-Carriquiry, M. Scorza, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 73-1:25, Agosto 2009
- ⁵³ *Drugs and the Law (second edition) Detection, Recognition & Investigation*. 1997 Gary J, Miller Editor Gould |Publication INC Longwood Florida ISBN NO. 0-875
- ⁵⁴ Mac Nally A, A Functionalist Approach to the Definition of “Cocaine Base”, *The University of Chicago Law Review*, 74:711, 2007
- ⁵⁵ *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión – Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 Años*; CICAD and UNODC, Perú Office, 2008.