

Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador 2012

INFORME FINAL



Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador 2012

INFORME FINAL



362.29

E82 Estudio nacional sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil universitaria de El Salvador 2012: informe final / Alma Cecilia Escobar de Mena, Cecilia Janeth Castro Figueroa, Fabio Bautista Pérez, Luis Antonio Torres Sánchez, --1ª ed. -- San Salvador, El Salv. : Comisión Nacional Antidrogas, 2014
140 p. : il. fotos, gráficos ; 28 cm.

Bn Formato pdf., 5mb, -- www.seguridad.gob.sv/observatorio.
ISBN 978-99923-991-4-9 (E-book)

1. Abuso de drogas. 2. Drogas-Aspectos sociales. 3. Drogas y Estudio nacional sobre consumo de drogas ... 2014

Jovenes. I. Escobar de Mena, Alma Cecilia, coaut. II. Título.

BINA/jmh

Este estudio fue realizado por el Observatorio Interamericano sobre Drogas, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en coordinación con la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) y con diez universidades públicas y privadas del país: Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA), Universidad Capitán General Gerardo Barrios de San Miguel (UGB), Universidad de El Salvador (UES), Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), Universidad de Sonsonate (USO), Universidad Doctor José Matías Delgado (UDJMD), Universidad Evangélica de El Salvador (UEES), Universidad Francisco Gavidia (UFG), Universidad Modular Abierta (UMA) y Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC).

Fecha de Inicio y conclusión de la Investigación:

Febrero a diciembre de 2012 y de enero a marzo de 2013.

La presente publicación ha sido elaborada por la
Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas
San Salvador, El Salvador.

Los resultados del estudio están disponibles en el siguiente sitio web:

<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/>

ISBN 978-99923-991-4-9 (E-book)

Arte e Impresión: Servicios Tecnicos Sorto.

CONTENIDO

Agradecimientos	9
Presentación	10
Capítulo 1: Resumen Ejecutivo	11
Capítulo 2: Objetivos	19
Capítulo 3: Metodología	23
Capítulo 4: Descripción de la muestra	35
Capítulo 5: Resultados sobre drogas lícitas	39
5.1: Alcohol	41
5.1.1. Indicadores de uso	41
5.1.2. Percepción de riesgo	42
5.1.3. Uso de riesgo o perjudicial y dependencia	44
5.1.4. Uso de alcohol en el entorno	45
5.2: Tabaco	46
5.2.1. Indicadores de uso	46
5.2.2. Percepción de riesgo	48
5.3: Drogas Farmacológicas	49
5.3.1. Tranquilizantes	49
5.3.1.1. Indicadores de uso	49
5.3.1.2. Percepción de riesgo	51
5.3.1.3. Facilidad de acceso	52
5.3.2. Estimulantes	53
5.3.2.1. Indicadores de uso	53
5.3.2.2. Percepción de riesgo	55
5.3.2.3. Facilidad de acceso	56
Capítulo 6: Resultados sobre drogas ilícitas	59
6.1 Marihuana	61
6.1.1. Indicadores de uso	61
6.1.2. Abuso y dependencia	62
6.1.3. Percepción de riesgo	64
6.1.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas	65

6.2 Cocaína	66
6.2.1. Indicadores de uso	66
6.2.2. Abuso y dependencia	67
6.2.3. Percepción de riesgo	67
6.2.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas	68
6.3 Crack	69
6.3.1. Indicadores de uso	69
6.3.2. Abuso y dependencia	70
6.3.3. Percepción de riesgo	70
6.3.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas	70
6.4 Solventes e inhalantes	71
6.4.1. Indicadores de uso	71
6.5. Otras drogas	72
6.6. Éxtasis	73
6.6.1. Indicadores de uso	73
6.6.2. Percepción de riesgo	73
6.6.3. Facilidad de acceso y oferta de drogas	75
6.7. Cualquier droga ilícita	75
6.7.1. Indicadores de uso	75
6.7.2. Abuso y dependencia	77
6.8. Drogas sintéticas	78
6.8.1. Conocimientos y opiniones	78
6.8.2. Percepción de riesgo	82
6.8.3. Facilidad de acceso y oferta de drogas	84
Capítulo 7: Discusión de resultados	87
Referencias bibliográficas	95
Anexo I: Glosario de términos	99
Anexo II: Cuestionario	109

Miembros de la Comisión Nacional Antidrogas

Ingeniero José Ricardo Perdomo

Ministro de Justicia y Seguridad Pública

Doctora María Isabel Rodríguez

Ministra de Salud

Licenciado Franzi Hato Hasbún Barake

Ministro de Educación

General de División David Victoriano Munguía Payés

Ministro de la Defensa Nacional

Licenciado Pedro Rosalío Escobar

Presidente del Consejo Superior de Salud Pública

Doctor José Vicente Coto Ugarte

Director de la Dirección Nacional de Medicamentos

Comisionado Howard Augusto Cotto Castaneda

Director Ejecutivo de la Comisión Nacional Antidrogas

COORDINACIÓN TÉCNICA

Equipo Técnico del proyecto

Doctor Francisco Cumsille
María Teresa Demarco
Javier Seminario
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la
Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los
Estados Americanos (OEA)

Licenciada Alma Cecilia Escobar de Mena
Licenciado Manuel Alejandro Herrera
Comisión Nacional Antidrogas (CNA)

Equipo de coordinación en cada universidad

Licenciado Mario Dimas
Doctor Mauricio Gaborit
Licenciado José David Morán
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA)

Licenciada Ana Sandra Aguilar de Mendoza
Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC)

Licenciado María Isabel Quintanilla
Universidad Francisco Gavidia (UFG)

Ingeniero Fabio Bautista Pérez
Universidad Evangélica de El Salvador (UEES)

Licenciada Aracely Aguirre
Universidad Autónoma de Santa Ana (UNASA)

Licenciada Teresa Aguilar de Jiménez
Licenciada Karla Meléndez
Universidad Modular Abierta (UMA)

Ingeniero Deysi Acosta
Universidad Capitán General Gerardo Barrios (UGB)

Licenciado José Mauricio Vega Quevedo
Universidad de Sonsonate (USO)

Licenciada Marlene Lozano
Licenciada Nuria Torres
Licenciada Patricia Dubón
Universidad de El Salvador (UES)

Doctor Javier Urrutia García
Universidad Dr. José Matías Delgado (UJMD)

Equipo de Análisis y Redacción del Informe Final

Licenciada Alma Cecilia Escobar de Mena
Doctora Cecilia Janeth Castro Figueroa
Ingeniero Fabio Bautista Pérez
Licenciado Luis Antonio Torres Sánchez

Edición del Informe Final

Licenciado Manuel Vicente Henríquez Barillas

AGRADECIMIENTOS

La Comisión Nacional Antidrogas, agradece al señor Embajador Paul Simons, Secretario Ejecutivo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), de la Organización de los Estados Americanos (OEA), por el apoyo brindado con la asistencia técnica y soporte informático para llevar a cabo el estudio.

Al Doctor Francisco Cumsille, Coordinador del Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID), de la CICAD/SSM/OEA, asesor técnico para el diseño del estudio con la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), a la señora María De Marco por el apoyo técnico para la elaboración de las bases de datos y el análisis estadístico de la información, y al señor Javier Seminario por el soporte informático para realizar el estudio en la plataforma on-line.

A los señores rectores de las Universidades: Ingeniero Sergio Ernesto Carranza Vega, rector de la Universidad Autónoma de Santa Ana; ingeniero Raúl Rivas Quintanilla, rector de la Universidad Capitán General Gerardo Barrios; P. Andreu Oliva S.J. rector de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas; doctor David Escobar Galindo, rector de la Universidad Doctor José Matías Delgado; licenciado César Emilio Quinteros, rector de la Universidad Evangélica de El Salvador; ingeniero Jesús Adalberto Díaz, rector de la Universidad de Sonsonate; ingeniero Mario Antonio Ruiz Ramírez, rector de la Universidad Francisco Gavidia; licenciada MAE Judith Virginia Mendoza de Díaz, Rector

de la Universidad Modular Abierta; ingeniero Nelson Zárate, rector general de la Universidad Tecnológica de El Salvador y el ingeniero Mario Roberto Nieto Lovo, rector de la Universidad de El Salvador, por su valioso aporte para la coordinación interna y la logística a cargo de los coordinadores designados por cada universidad, así como los recursos para incentivar a los estudiantes a participar en la encuesta, para realizar el estudio, y el aporte de los académicos de dichas universidades, mediante la investigación científica, la generación, análisis y difusión de información basada en evidencia para apoyar la toma de decisiones en la definición de políticas sobre drogas en la población estudiantil universitaria.

Al licenciado José David Morán, de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, por su aporte técnico y conceptual en la definición de la muestra para el estudio.

A la licenciada Alma Cecilia Escobar de Mena, coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios de la Dirección Ejecutiva de la CNA, por la dirección del proyecto, coordinación con las universidades y por su aporte en el análisis y la redacción del informe final.

A la doctora Cecilia Janeth Castro Figueroa, al ingeniero Fabio Bautista Pérez y al licenciado Luis Antonio Torres por su colaboración y aporte en el análisis y redacción del informe final.

PRESENTACIÓN

La Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, CNA, en el marco de la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, como parte de sus áreas transversales ejecuta el componente de Investigación y Estudios, siendo uno de sus objetivos el impulsar la investigación continua en los ámbitos de reducción de la demanda a nivel nacional, para generar conocimiento en aquellos segmentos de población que han sido poco estudiados, como la población estudiantil universitaria.

Tomando en cuenta los resultados de estudios anteriores, como el realizado en población general, en el año 2005, que indicó que los jóvenes mayores de 18 años reportan niveles significativos de consumo de sustancias psicoactivas; por otra parte, los resultados del estudio en cinco universidades privadas, año 2010, evidenciaron que existe un mayor uso de marihuana en el grupo de edad más joven, de 18 años y menos, con una marcada diferencia de género en aquellos que manifiestan haber usado marihuana al menos alguna vez en la vida, y que el uso en los hombres es cinco veces más que en las mujeres.

De igual forma, reportó que el 50% de los varones había comenzado a consumir alcohol a los 17 años de edad,

mientras que el 50% de las mujeres lo hizo por primera vez a los 18 años y más. A partir de dichos resultados, valoramos la importancia de ampliar el conocimiento sobre las características y patrones del consumo de drogas en la población estudiantil universitaria, lo que nos permitirá contar con indicadores nacionales sobre la problemática del consumo de drogas en este segmento de población, para orientar las decisiones de las autoridades universitarias, y entidades públicas y privadas relacionadas con la definición de acciones y de políticas preventivas, promoción de estilos de vida saludables y de atención en la población universitaria.

La información que se presenta en este informe es resultado del trabajo coordinado entre los responsables del proyecto por parte de la Dirección Ejecutiva de la CNA, el Observatorio Interamericano sobre Drogas, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, de la Organización de los Estados Americanos CICAD/SSM/OEA, y los enlaces de las diez universidades participantes, quienes brindaron su apoyo con la coordinación interna para la ejecución del estudio en estudiantes universitarios, a quienes expresamos nuestro agradecimiento.

Comisionado Howard Augusto Cotto Castaneda
Director Ejecutivo
Comisión Nacional Antidrogas



Capítulo 1

RESUMEN EJECUTIVO

Capítulo 1

RESUMEN EJECUTIVO

Con el objetivo de estudiar el problema de drogas y de otras problemáticas en la población universitaria de El Salvador, se llevó a cabo un estudio coordinado por la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, en conjunto con las universidades participantes, y conducido por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de los Estados Americanos.

El estudio se realizó en una muestra representativa de los estudiantes universitarios del país, bajo un muestreo en dos etapas: primero se seleccionó universidades y luego a estudiantes, participando una muestra efectiva con un total de 4,724 estudiantes de ambos sexos y de diferentes carreras; 2,109 hombres y 2,615 mujeres. Se aplicó un cuestionario estandarizado y previamente evaluado, que fue contestado bajo una modalidad on-line y que estaba disponible en un servidor de la OEA, en Washington D.C.

Principales resultados del estudio

Alcohol

- El 61.1% de los estudiantes declara haber usado alcohol al menos una vez en la vida, cifra que baja a 36.4% para el consumo del último año. Respecto de este último indicador, se observa diferencias importantes entre hombres y mujeres, 42% y 31.5% respectivamente.
- El mayor uso reciente de alcohol se encuentra entre los estudiantes de 23 a 24 años, con una prevalencia en el último año de casi 40.6%, y la menor entre los estudiantes de 18 años y menos, con 30.1%. A medida que aumenta la edad, se incrementa la tasa de consumo.
- La edad promedio de inicio es de 17 años, igual para hombres y mujeres. El 25% de los estudiantes declara haber consumido alcohol por primera vez a los 15 años o menos, mientras que 75% de los varones lo hizo a los 18 años o menos y el 75% de las mujeres a los 19 años o menos.
- La percepción de gran riesgo del uso frecuente de alcohol se observa en más del 80% de los estudiantes, con claras diferencias a favor de las mujeres (91.2%) con relación a los hombres (82.7%). A pesar del alto porcentaje de estudiantes que consumen alcohol, existe una alta percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de esta droga.
- Se utilizó el instrumento AUDIT para el estudio del uso en riesgo y perjudicial de alcohol, y para detectar estudiantes con posibles signos de dependencia de alcohol.
- Entre los consumidores de último año, el 18.8% de los universitarios califica como consumidor en riesgo o uso perjudicial de alcohol, siendo mayor entre los hombres. Prácticamente uno de cada cuatro universitarios hombres (23.5%) que declararon haber consumido alcohol durante el último año, presenta un uso de riesgo o perjudicial de consumo de alcohol. En cambio en las mujeres se tiene una cifra inferior a la de los hombres (12.8%).
- Cuando se evalúa los signos de dependencia, se tiene que el 11.3% de los estudiantes universitarios que declaran haber consumido alcohol en el último año, pueden ser considerados con signos de dependencia. De ellos el 15% es en el caso de los hombres y 6.5% en las mujeres.

Tabaco

- Se observa que 38.4% de los estudiantes declara haberlo consumido alguna vez en la vida y un 18.7% durante el último año. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas para el uso reciente (último año) entre hombres (27.9%) y mujeres (10.8%). Con relación a la edad de los estudiantes, quienes declaran mayor uso son los estudiantes de 25 años y más, con una prevalencia de último año de 20.6%.
- La edad de inicio en el consumo de tabaco se ubica en los 16 años, como promedio. El 75% de los estudiantes declara haberlo iniciado antes de los 18 años, pero se detectan diferencias entre hombres y mujeres ya que los varones inician antes el consumo que las mujeres.
- La mayoría de los estudiantes de la muestra percibe un gran riesgo frente al consumo frecuente de tabaco, siendo esta cifra casi diez puntos porcentuales superior entre las mujeres (85.1%) que entre los hombres (76.4%).

Drogas farmacológicas

- También se incluyeron en el estudio las drogas farmacológicas, como tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica. El 7.5% de los universitarios declaró haber usado algún tipo de tranquilizante sin receta médica alguna vez en la vida y el 2.1% dijo haberlo usado en el último año, con predominio del sexo femenino en el consumo reciente de tranquilizantes en el último año, refiriéndose que usaron la droga farmacológica una o más veces durante los últimos 12 meses.
- Según los resultados obtenidos, se determinó, entre los estudiantes universitarios que declararon haber usado tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en su vida, una mayor tendencia de consumo de tranquilizantes como Diazepam en un 37.3% seguido de Bromazepam en un 19.1%.
- Con respecto a la opinión de los universitarios sobre cuál es el riesgo de una persona que consume tranquilizantes frecuentemente, sin prescripción médica, se observa que no hay diferencias significativas en ambos sexos, siendo levemente mayor la percepción en el sexo femenino.
- El uso de estimulantes sobre la prevalencia de alguna vez en la vida fue declarado por el 2.4% de los universitarios, donde los hombres mostraron un consumo de 3.2% y las mujeres de 1.8%. La percepción de gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes de tipo anfetaminas, sin prescripción médica, por los estudiantes universitarios se determinó que es bastante similar entre hombres y mujeres.
- El estudio determinó que la prevalencia de consumo fue mayor al haber consumido alguna vez en su vida estimulantes, sin prescripción médica, con predominio del sexo masculino, a diferencia de la incidencia que fue similar para ambos sexos, con características de patrón de consumo ocasional para el sexo femenino, con datos de consumo reciente a partir de los 25 años o más, pero con una edad de inicio promedio de 17 años para ambos sexos.
- Además, el estudio demostró que respecto al tipo de estimulante consumido sin prescripción médica, según prevalencia de alguna vez en la vida, por los estudiantes universitarios, el mayor porcentaje fue de 26.1% para los que declararon que habían consumido Ritalina alguna vez en su vida, mientras que en un menor porcentaje de 0.2% ha consumido Hidrocloruro de Metilfenidato (Concerta). Además, el 20.2% declaró haber consumido Anfetamina (adderall), el 4.5% Fentermina (duromine), el 2.9% Fenproporex (esbelcaps, solucaps y neobes) y 2.6% Anfeparamona (suprime).

Marihuana

- En cuanto a otras drogas ilícitas, el estudio revela que la droga de mayor uso entre los estudiantes universitarios del país es la marihuana. El 11.8% de ellos, declara haberla usado alguna vez en la vida y el 3.3% en el último año.

- El uso entre los hombres es mayor que entre las mujeres, 4 veces para el caso de una vez en la vida y la prevalencia para el último año fue del doble.
- El uso de marihuana, de acuerdo a la edad, se observó el mayor consumo en el grupo de 18 años y menos, entre los que se alcanza un 5.4%. Es importante destacar que las tasas de uso de marihuana tienden a disminuir con la edad, llegando a 2.5% entre los estudiantes de 25 años y más.
- La edad promedio del primer uso de marihuana es de 18 años. El percentil 25 es de 16 años y el percentil 75 de 20 años. Esto implica que 50% de quienes han consumido marihuana alguna vez en su vida, lo hicieron por primera vez entre los 18 y los 20 años.
- La percepción de gran riesgo del uso experimental de marihuana (consumir una o dos veces) es manifestada por 47.4% de los entrevistados varones y 44.8% de las universitarias. En cambio, cuando se consulta sobre el uso frecuente de esta droga, el gran riesgo es percibido por el 81.9% de los varones y el 89.3% de las mujeres.
- El 35.2% de los universitarios declara que les resultaría fácil conseguir marihuana, 40.2% en los hombres y 30.9% en las mujeres. Mientras que 35.3% declara haber recibido ofertas de esta droga en el último año, ya sea para probar o comprar; la misma cifra se reduce a 10.9% para la oferta en los últimos 30 días. En ambos casos, las cifras demuestran que las mujeres están mucho más expuestas a la oferta de marihuana.
- Se utilizaron dos instrumentos, uno para evaluar abuso de marihuana (DSM-IV) y otro para evaluar dependencia (CIE-10).
- A partir del escaso número de estudiantes que declararon consumo de marihuana en el último año (3.3%), el 33% califican con abuso o dependencia a marihuana, con marcadas diferencias por sexo, 46% entre hombres frente a 8% en mujeres.

Cocaína

- El uso de cocaína alguna vez en la vida es declarado por el 2.3% de los universitarios, en una relación por sexo de 4 a 1, con prevalencia de vida de 4.0% entre los hombres y 0.8% entre las mujeres. La prevalencia de último año es de 0.4% igual para hombres y mujeres.
- La edad promedio de primer uso es de 20 años (con leves diferencias por sexo), la mediana de 20 años y el percentil 75 es de 25 años. En otras palabras, el 75% de los que han consumido cocaína lo hicieron por primera vez a los 25 años o antes.
- La percepción de gran riesgo del uso experimental de cocaína es bastante similar entre hombres (63.0%) y mujeres (59.6%). La percepción de gran riesgo aumenta frente al uso frecuente de la droga, llegando a 90.1% en hombres y 93.5% en mujeres. Nótese en este caso que las brechas por sexo en percepción de riesgo no coinciden con las diferencias en la prevalencia de consumo, y que los hombres consumen más drogas a pesar que sus percepciones de gran riesgo no son tan menores como las de las mujeres. Por otra parte, es importante destacar que la menor percepción de gran riesgo frente al uso experimental de cocaína se encuentra en los grupos de edad más jóvenes, lo cual podría incidir en una mayor incursión en el uso de cocaína en el futuro.
- El 12.3% de los estudiantes declara que le resultaría fácil conseguir cocaína (14.2% en hombres y 10.7% en mujeres) y 7.1% reporta haber recibido oferta de esta droga en el último año, siendo mayor entre las mujeres con 9.5% que en los hombres 5.9%.

Solventes e inhalables

- El 3.2% declara haber usado alguna vez en la vida, con un mayor uso entre los hombres respecto de las mujeres, 3.4% frente a 3.1%. El uso reciente, descrito a través de la prevalencia del último año, es de 0.4%, siendo igual para hombres y mujeres.

Crack

- El uso sobre alguna vez en la vida de crack es declarado por el 0.4% de los estudiantes de la muestra (0.8% en hombres, no observándose entre las mujeres), mientras que durante el último año no se observó consumo. Con relación a la edad, no hubo respuesta al consumo.
- Al examinar la edad de inicio del uso de crack, se observó que la edad promedio de inicio fue de 17 años, muy similar en hombres y mujeres. El 50% lo hicieron por primera vez antes de los 16 años.
- La percepción de riesgo frente al uso de crack en forma frecuente es muy similar para hombres y mujeres, con 90.0% y 93.2% respectivamente. No se observó riesgo para el consumo experimental.
- El 8.6% declara que les resultaría fácil conseguir crack y 0.2% manifiesta haber recibido oferta de esta droga durante el último año.
- El estudio indagó sobre el abuso y dependencia a crack, sin embargo no hubo ningún caso con esta condición.

Éxtasis

- Los resultados sobre el consumo de éxtasis fueron bajos para la prevalencia de vida, último año y último mes, donde solamente el 0.2% de los universitarios declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida; 0.1% para el último año y no se observó consumo para el último mes.
- En relación al inicio del consumo de éxtasis, se observó un promedio de 18 años de edad y la mediana fue de 19 años, determinando que las mujeres iniciaron el consumo a más temprana edad que los hombres.
- Los hombres y mujeres percibieron que era un gran riesgo cuando hubo un uso frecuente de éxtasis, en cambio la percepción de gran riesgo fue menor frente al uso de éxtasis solamente una vez.
- En general, los estudiantes de todos los grupos de edad que consumen éxtasis experimentalmente tienen una concepción de gran riesgo menor que los consumidores frecuentes, donde mostró ser mayor la concepción de gran riesgo.

Cualquier droga ilícita

- En resumen, excluyendo las drogas lícitas, como alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes, en el estudio se encontró que casi un 15% de los estudiantes declaró haber usado alguna droga ilícita alguna vez en su vida, principalmente marihuana (11.8%), solventes (3.2%), cocaína (2.2%), hashis (0.9%), crack (0.4%), opio (0.6%),

alucinógenos (0.3%), éxtasis y ketamina (0.2%) respectivamente, y morfina (0.1%). En cuanto al uso más reciente, el 3.9% dijo haber usado alguna droga en el último año, entre ellas la marihuana (3.3%), y con cifras inferiores al 1% para solventes (0.4%), cocaína (0.4%), opio (0.4%), hashis, crack y alucinógenos (0.1%) respectivamente.

- Los universitarios del sexo masculino predominan en cuanto al consumo reciente de cualquier droga ilícita, con un 5.3% frente a un 2.6% en las mujeres.
- En el grupo de edad de 18 años y menos es donde mayormente se presenta un consumo reciente de cualquier droga ilícita, con un 6.3%, mientras que en menor porcentaje (2.5%) se encuentra en el grupo de 25 años y más.
- Los resultados respecto a la dependencia a cualquier droga ilícita en los consumidores de último año, en general, se tiene que el 19.4% de los universitarios presentaron signos de dependencia por consumo de drogas ilícitas, con mayor porcentaje en el sexo masculino, con 27.4% frente al 4.5% en el sexo femenino.

Conocimiento sobre drogas sintéticas

- En el estudio se indagó acerca del conocimiento de los estudiantes universitarios sobre las drogas sintéticas. Para lo cual, se consideró el grupo de las seis sustancias sintéticas más comunes como: éxtasis, anfetaminas o sus derivados, LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d), metanfetaminas, ketamina y GHB (éxtasis líquido). Se observó que el éxtasis fue la droga sintética más reconocida por los estudiantes 51.6%, seguido por metanfetaminas 45.4% y anfetaminas o sus derivados 43.3%. Se observaron diferencias significativas al relacionarlas con el sexo.
- En general, se observó que más del 60% de los universitarios está en desacuerdo o muy en desacuerdo con el hecho de que el uso de drogas sintéticas "ayuda a pasarla mejor en las fiestas".
- El 57.6% está en desacuerdo o muy en desacuerdo en que el uso de estas drogas se puede controlar y no causa adicción.
- El 61% de los universitarios no sabe o no contesta frente a la afirmación de que todas las drogas sintéticas son iguales.
- El gran riesgo frente al consumo de drogas sintéticas, por tipo de droga y frecuencia de uso fue similar entre hombres y mujeres.
- La mayoría de universitarios perciben como un gran riesgo el consumir éxtasis, están en una situación similar el consumo de anfetaminas y metanfetaminas. En el caso de las sustancias LSD, ketamina y GHB la percepción del gran riesgo es menor.
- De acuerdo a los estudiantes, las drogas más fáciles de conseguir son éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas, en menor grado resultaron el LSD, ketamina y GHB, dichos porcentajes fueron iguales para hombres y mujeres.
- De acuerdo a la edad, el 10.7% mencionó que era fácil conseguir drogas sintéticas, mostrando los mayores porcentajes en los grupos de 18 años o menos y 19 a 20 años; las edades de 21 a 25 años o más los porcentajes fueron menores al 10%.
- Con relación al ofrecimiento en los últimos 12 meses se obtuvo que el 2.9% le habían ofrecido drogas sintéticas, mostrando el mayor porcentaje el grupo que tenía 18 años o menos. El ofrecimiento en el último mes fue menor al 1% para todas las edades.



Capítulo 2

OBJETIVOS

Capítulo 2

OBJETIVOS

El Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD-OEA, ha constituido una red de investigación epidemiológica para ayudar a los Estados miembros en la producción de información y estadísticas oportunas, confiables y comparables sobre la demanda y la oferta de sustancias psicoactivas (SPA), para así proporcionar una perspectiva global del fenómeno del impacto de las drogas en las Américas y apoyar la construcción de políticas adaptadas a las características de la problemática de la droga.

El OID trabaja con los Observatorios Nacionales sobre Drogas (OND) de las Comisiones Nacionales de Drogas de cada país, mediante el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Drogas (SIDUC), que es la metodología que estudia la demanda de drogas, con el fin de obtener datos, construir conceptos explicativos y sostener la respuesta al problema del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Busca por tanto:

Los indicadores en demanda

En demanda, el indicador principal es la prevalencia del consumo de SPA, al cual se añaden ciertas características ligadas a los patrones de consumo (tipo de drogas, edad del primer consumo, edad del último consumo, frecuencia, etc.) y a ciertas variables asociadas (edad, características sociodemográficas, etc.).

Con este conjunto de indicadores, el SIDUC pretende disponer de una información que permita determinar la tendencia del consumo de SPA en un determinado espacio nacional, pero también internacional. Permite, por lo tanto, aportar ciertos elementos de evaluación de los impactos de las políticas y de los programas en demanda.

La investigación y la prevención

El SIDUC no ha sido diseñado para acumular simplemente información, sino para apoyar los programas de reducción de demanda. Parte del concepto es que sin un conocimiento sobre el mecanismo o estructura causal del problema, no es posible desarrollar acciones realmente eficaces para modificar este problema; por eso la importancia de apoyar la prevención desde la investigación y desde la clínica.

La dificultad del diseño de la variable por explicar

Más allá de las tradicionales pero siempre presentes limitaciones económicas, existen otras que se relacionan con los mismos instrumentos utilizados que permiten realizar las observaciones. Los indicadores del SIDUC se miden mediante cuestionarios precodificados, aplicados a muestras probabilísticas de las poblaciones definidas. En esta metodología, la variable dependiente es la presencia o ausencia del consumo. Esta lógica binaria limita la sensibilidad de la medición, por lo cual se considera necesario realizar progresos hacia la construcción de una escala del consumo.

En tal sentido, para el presente estudio se definieron los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- 2.1.1 Estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas, las principales características de los patrones de consumo, los factores asociados al consumo, la tendencia del mismo entre los estudiantes universitarios, así como sus principales factores de riesgo/protección asociados.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.2 Estimar la prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de drogas lícitas e ilícitas, considerando variables de sexo y grupos de edad.
- 2.2.3 Estimar la prevalencia de vida, último año y último mes y el tipo de psicofármacos y estimulantes consumidos sin prescripción médica, considerando variables de sexo y grupos de edad.
- 2.2.4 Estimar la edad de inicio en el consumo de drogas en general.
- 2.2.5 Estimar la incidencia de último año y mes del consumo de drogas en general.
- 2.2.6 Estimar la tasa de abuso de alcohol, según criterios establecidos en AUDIT.
- 2.2.7 Estimar la tasa de abuso y dependencia de drogas ilícitas, según DSM-IV y CIE-10.
- 2.2.8 Estimar el nivel de acceso y oferta de drogas ilícitas en general.
- 2.2.9 Determinar los patrones de consumo de drogas ilegales (cantidad, frecuencia) y factores de riesgo asociados.
- 2.2.10 Estimar la percepción acerca de la gravedad del consumo de drogas.
- 2.2.11 Estimar la proporción de jóvenes que han tenido experiencia sobre la oferta de drogas.
- 2.2.12 Disponer de información objetiva y confiable que permita orientar, movilizar, diseñar y ejecutar políticas de reducción de la demanda para estudiantes universitarios, en articulación con los centros de enseñanza superior y la CNA.



Capítulo 3

METODOLOGÍA

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3.1. Marco Conceptual

El informe mundial sobre las Drogas del año 2012¹, indica que la situación mundial del consumo, la producción y las consecuencias sanitarias de las drogas ilícitas no ha cambiado sustancialmente. El panorama mundial, según los datos estadísticos recientes, indica que el volumen de consumo global de drogas ilícitas se mantiene estable durante cinco años hasta finales de 2010, entre el 3.4% y el 6.6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46.7%) y la hepatitis B (14.6%) entre los usuarios que se inyectan la droga, continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Por otra parte, el informe menciona que el tratamiento relacionado con el consumo de cocaína está en demanda, principalmente en las Américas, mientras que la marihuana es la droga que da lugar a la mayor demanda de tratamiento en África.

Asimismo, hace referencia a que a nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo la marihuana con una prevalencia anual mundial entre el 2.6% y el 5.0% y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el éxtasis entre 0.3% a 1.2%, aunque los datos relativos a su producción son escasos; y menciona que la prevalencia anual mundial de la cocaína y los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable respectivamente entre el 0.3% y el 0.4% y entre el 0.3% y el 0.5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad.

Por otra parte, el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes del año 2012, destaca que la prevalencia anual de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico sin prescripción médica, en población general de 12 a 65 años de edad, es más elevada en Centroamérica que el promedio mundial, particularmente en El Salvador (3.3%), Belice y Costa Rica (1.3%) y Panamá (1.2%)².

El Informe del uso de drogas en las Américas³, publicado en el año 2011, indica que en los pocos países que poseen datos sobre el tratamiento de drogas, la marihuana representa una gran parte de 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 THC (Tetrahidrocannabinol) en la marihuana a través del tiempo. La marihuana tiene decenas de elementos psicoactivos y el más potente es el THC, que tiene su propio receptor en el cerebro.

Dicho informe también destaca que el uso de inhalantes está siendo un problema cada vez mayor, ya que los jóvenes buscan los medios para drogarse con sustancias legales y de fácil acceso. En el estudio se hace referencia a una investigación realizada en la Comunidad Andina, en la cual se encontró que el uso de inhalables es significativo entre los estudiantes universitarios, particularmente entre las mujeres de esa Subregión.

Estudios realizados en población general, en seis países de América del Sur, indican que el consumo de drogas ilícitas se concentra en el grupo de 15 a 34 años de edad; y que, en promedio entre los países, el 50% de quienes han declarado

¹ Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, Resumen Ejecutivo, Informe Mundial sobre las Drogas 2012.

² Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe 2012.

³ Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe del Uso de Drogas en las Américas, 2011.

consumo de marihuana lo hicieron por primera vez a los 17 años o más. En el caso de la cocaína, fue a los 19 años o más. Lo que nos indica que una buena proporción de quienes han consumido alguna de esas drogas, lo hacen una vez egresado de la enseñanza media.

En el Informe Regional del estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria, realizado en el año 2012, se destacó el alto porcentaje de estudiantes que presentan signos de abuso o dependencia a drogas ilícitas, como marihuana, pasta básica, base o bazuco y cocaína. Entre un 28% y 30% de los consumidores de drogas de Colombia, Ecuador y Perú presentan esta condición, cifra que sube a 40.9% en los estudiantes de Bolivia.

Un estudio en población general en Costa Rica, realizado en el año 2010, denota que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo, principalmente entre personas jóvenes (12 a los 35 años); aunque en general, los hombres triplican las tasas de consumo en relación a las mujeres⁴.

En el ámbito nacional, el estudio sobre consumo de drogas en población general de El Salvador⁵, realizado en el año 2005, da cuenta de que los jóvenes mayores de 18 años reportaron niveles significativos de consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados del estudio en población estudiantil universitaria de cinco universidades privadas de El Salvador, ejecutado en el año 2010, señalaron que el 70.8% de los estudiantes universitarios declararon haber consumido algún tipo de sustancia a lo largo de su vida, si se consideran tanto las drogas lícitas como las ilícitas. Dicho estudio reveló que la droga de mayor uso entre los universitarios es la marihuana. El uso de marihuana (prevalencia de último año) fue más o menos igual de extendido para todos los grupos de edad, aunque se detectó un leve mayor consumo en el grupo de 18 años y menos, entre los que se alcanzó un 6.1%. El uso en los hombres resultó ser cinco veces más que entre las mujeres.

La edad promedio del primer uso de marihuana fue de 19 años. El percentil 25 de 17 años y el percentil 75 de 20 años. Esto implica que 50% de quienes habían consumido marihuana alguna vez en su vida, lo hicieron por primera vez entre los 17 y los 20 años.

En el caso del uso de la cocaína, alguna vez en la vida, el 3.7% de los universitarios declaró haberla consumido, en una relación por sexo de 14 a 1, con prevalencia de vida de 7.1% entre los hombres y 0.5% entre las mujeres. La edad promedio de primer uso de cocaína fue de 21.3 años (con leves diferencias por sexo), la mediana de 20 años y el percentil 75 de 23 años. Es decir que el 75% de los que habían consumido cocaína lo hicieron por primera vez a los 23 años o antes.

El 3.9% de los estudiantes universitarios dijo haber usado, alguna vez en la vida, solventes e inhalables, con un mayor uso entre los hombres, respecto de las mujeres 5.3% frente a 2.6%.

Un estudio realizado en estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer (Año 2012)⁶, reportó una prevalencia de consumo mayor en la población del sexo masculino, en edades entre 19 y 23 años. Siendo la droga más consumida la marihuana, seguida por la cocaína y otras de menor consumo como el LSD y la heroína.

En El Salvador, es escasa la información a nivel nacional acerca del consumo de drogas en la población universitaria, y tomando en cuenta que los estudios realizados en este segmento de población evidencian niveles de prevalencia superiores a los observados entre los estudiantes de enseñanza intermedia y a los medidos en la población en general, consideramos importante ampliar el conocimiento sobre las características y patrones del consumo de drogas en la población estudiantil universitaria en el país, que permita identificar las características y tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes universitarios en el ámbito nacional, para orientar las decisiones de las autoridades de las universidades,

⁴Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), V Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas en Costa Rica, 2010.

⁵Comisión Nacional Antidrogas, Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en

Población General de El Salvador, 2005.

⁶Molina Marroquín, Lorena M. y Otros, Prevalencia del Uso de Drogas Ilícitas en estudiantes de Medicina de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, 2012.

y entidades públicas y privadas, relacionadas con la definición de acciones y políticas preventivas, promoción de estilos de vida saludables y de atención en la población universitaria.

Los primeros estudios sobre consumo de drogas en escolares (año 2003 y 2008) y en población general (año 2005), no dan cuenta del tipo específico de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica, razón por la que en el estudio en universitarios se incluyeron indicadores que permitan identificar el tipo de medicamentos tranquilizantes y estimulantes que consumen los estudiantes universitarios en el ámbito nacional.

3.2. Método, instrumento de recolección y procedimiento

Para el desarrollo del estudio se utilizó la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), de acuerdo al protocolo para la ejecución de estudios en población estudiantil universitaria, desarrollado por el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). El instrumento de recolección de información estaba alojado en una página Web y On-Line con sede en la OEA/CICAD.

Se revisó el cuestionario elaborado por el OID para estudiantes universitarios y se diseñó un nuevo instrumento consensuado entre la CICAD, el coordinador del proyecto de la CNA y los enlaces designados por cada universidad para la ejecución del estudio.

El procedimiento para la aplicación de la encuesta se realizó mediante el uso de Internet. Para ello, los estudiantes seleccionados ingresaron a un portal de la Organización de los Estados Americanos, especialmente diseñado para el propósito de la encuesta, ingresando con una contraseña y clave de acceso asignados a cada uno de ellos, respondieron las preguntas de la encuesta desde algún espacio íntimo (domicilio, café net, biblioteca de la universidad, etc.) y enviaron la información desde este medio, para la generación automática de la base de datos central.

Las principales ventajas de este procedimiento son que se logra una mejor calidad de las respuestas, debido a la privacidad en que el estudiante responde el cuestionario, menos errores en la transferencia de datos de un cuestionario a una base de datos. Sin embargo, este procedimiento presenta ciertos problemas, principalmente por la falta de acceso a un computador por parte de los estudiantes y también por la tasa de respuesta que se obtiene, la cual pudiera ser menor que otros procedimientos clásicos.

Este procedimiento se ejecutó en estrecha coordinación con el equipo técnico del OID-CICAD-SSM-OEA, la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, a través de la coordinadora del Área de Investigación y Estudios para la ejecución del proyecto, y el equipo de coordinación de cada universidad para la convocatoria y seguimiento a los estudiantes seleccionados en la muestra.

3.3. Consideraciones éticas

Para dar cumplimiento a las disposiciones éticas para estudios relacionados con la salud y garantizar la confidencialidad de la información, se sometió a consideración del Comité Nacional de Ética de la Investigación Clínica de El Salvador, la metodología y el protocolo de investigación del estudio y se obtuvo la aprobación de dicho comité, según consta en el Acta de Evaluación No. 037/2012.

3.4. Prueba piloto

Del 28 de mayo al 01 de junio de 2012, se realizó el estudio piloto para validar el proceso desde la fase de convocatoria, ajustes al cuestionario y medir la tasa de respuesta de los estudiantes. Para la prueba piloto se seleccionó una muestra de 360 estudiantes de las diez universidades participantes; en aquellas universidades grandes, se eligió una muestra de 50 estudiantes y para las universidades pequeñas una muestra de 15 estudiantes. La proporción de estudiantes que respondieron la encuesta fue cercana al 40%.

3.5. Universo

La población objetivo estuvo conformada por 99,393 estudiantes universitarios, que formaban la población total matriculada en diez universidades (una pública y nueve privadas) acreditadas por el Ministerio de Educación, que aceptaron participar en el estudio. Localizadas geográficamente en los departamentos de San Salvador, La Libertad, Sonsonate, Santa Ana y San Miguel, ciudades con más de 30,000 habitantes.

3.6. Tamaño y selección de la muestra

La muestra fue seleccionada mediante la técnica de muestreo aleatorio simple sin reposición. De esta manera, cada uno de los estudiantes listados por cada universidad (marco) tenía la misma probabilidad de pertenecer a la muestra e igual a n/N^7 ; donde n es el tamaño de la muestra y N el número de elementos en el listado de estudiantes (marco) de la Universidad.

Cálculo del tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se determinó considerando que uno de los principales parámetros a estimar es la proporción de prevalencia (**p**) de período de vida del consumo de cualquier tipo de droga ilícita por estudiantes universitarios. La expresión utilizada para obtener el tamaño de muestra es dada por:

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{e^2} \quad (\text{Expresión 1})$$

Donde:

- z:** puntaje normal estándar para una probabilidad específica (nivel de confianza en la estimación de la proporción del 95%). Para el caso, **z = 1.96**.
- p:** proporción de éxitos (se estima un valor de prevalencia del 10% de consumo de cualquier droga ilícita entre la población estudiantil universitaria), **p = 0.1**.
- q:** proporción de fracasos ($q = 1 - p$), **q = 0.9**.
- e:** error máximo que se desea para la estimación de las proporciones. Se sugirió un 2% como error máximo en la estimación, **e = 0.02**.

La expresión 1 es aplicable en casos de poblaciones infinitas o extracción de elementos con reemplazo. Es aconsejable aplicar una corrección al tamaño de la muestra para poblaciones finitas⁸.

⁷Las muestras de tamaño n obtenidas a partir de una población de tamaño N , tenían la misma probabilidad de ser seleccionadas.

⁸En la práctica, puede aplicarse la expresión cuando la población es de al menos 5,000

elementos. Para el estudio, aunque en la mayoría de universidades la población de estudiantes supera los 5,000 se decidió aplicar la corrección para poblaciones finitas.

Denominando como n_0 el tamaño de muestra obtenido en el paso anterior; el tamaño de muestra ajustado se consigue con la expresión:

(Expresión 2)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Obtenido el tamaño de muestra para cada Universidad, a partir de la expresión 2, se procedió a ajustar dicho tamaño por la tasa esperada de efectividad (proporción de estudiantes que se espera contesten correctamente el instrumento), estimada en un 55%. Así, el tamaño de muestra final se determinó, dividiendo el valor obtenido en la expresión 2 entre la tasa esperada de efectividad (0.55).

Definido el tamaño de la muestra para cada universidad, se procedió a la selección de los elementos (estudiantes) que constituyen la muestra para cada universidad, para ello se recurrió al programa estadístico SPSS versión 15.

Este procedimiento se llevó a cabo en coordinación con el muestrista seleccionado de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", la coordinadora del Área de Investigación y Estudios de la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, y el Observatorio Interamericano sobre Drogas, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos.

Por lo anterior, la propuesta del OID/CICAD consistió en que el tamaño de la muestra de cada universidad fuera de 900 casos y luego ajustada por el tamaño de cada universidad y por la tasa de respuesta. Los parámetros considerados para esta propuesta en cada universidad, fueron los siguientes:

- Prevalencia vida de =10%;
- Error=2%;
- Nivel de confianza=95%;

Tomando en cuenta la tasa de respuesta de los estudiantes en la prueba piloto, así como el tamaño de la población en cada universidad, se estimó una muestra de 12,551 estudiantes, quedando distribuida de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de la muestra seleccionada de la Población universitaria por departamento y sexo

Departamento	Muestra Seleccionada		
	Masculino	Femenino	Total
Santa Ana	505	833	1,338
Sonsonate	520	580	1,100
La Libertad	1,377	1,435	2,812
San Salvador	2,564	3,047	5,611
San Vicente	108	107	215
San Miguel	746	729	1,475
Total	5,820	6,731	12,551

Este procedimiento se llevó a cabo en estrecha coordinación con el académico encargado de la definición de la muestra, que fue seleccionado de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", la coordinadora del Área de Investigación y Estudios

de la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, y el Observatorio Interamericano sobre Drogas, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de los Estados Americanos.

Con base al protocolo para el estudio, los coordinadores designados por cada universidad desarrollaron el proceso interno de convocatoria y seguimiento de los estudiantes seleccionados en la muestra para la ejecución de la encuesta on-line.

3.7. Definición Operacional de las Variables

De acuerdo con el objetivo del estudio, se consideraron las siguientes drogas:

- Tabaco;
- Alcohol;
- Estimulantes sin receta;
- Tranquilizantes sin receta;
- Solventes o inhalables;
- Marihuana;
- Cocaína;
- Crack;
- Drogas sintéticas;
- Éxtasis;
- Hachis;
- Heroína;
- Opio;
- Morfina;
- Alucinógenos;
- Ketamina;
- Otras drogas.

Variables del estudio:

Se consideran las variables consumo y de abuso y dependencia, de acuerdo con las siguientes definiciones operacionales:

- **Consumo:**

Se entenderá como consumo el uso de cualquiera de las drogas lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en la vida.

Se consideran las siguientes categorías, según la presencia o no de consumo de cualquiera de las drogas incluidas en el estudio, en un determinado lapso:

Consumo en el último mes o consumo actual: la persona declara haber usado una droga determinada una o más veces durante los últimos 30 días.

Consumo en el último año o consumo reciente: la persona declara haber usado una droga determinada una o más veces durante los últimos 12 meses.

Consumo alguna vez en la vida: la persona declara que ha usado una droga determinada una o más veces en cualquier período de su vida.

Incidencia año: la persona declara haber iniciado su consumo de una droga determinada durante el último año.

Incidencia mes: la persona declara haber iniciado su consumo de una droga determinada durante el último mes.

- **Abuso y Dependencia:**

En el caso de alcohol, aquellas personas que declararon haber consumido algún tipo de alcohol en los últimos 12 meses, se les aplicó el instrumento AUDIT [14] sugerido por la Organización Mundial de la Salud. En cambio, para cada droga ilícita consumida durante el último año, como marihuana, cocaína y bazuco, se aplicaron dos instrumentos, el primero para evaluar **abuso**, se calcula a partir de la existencia de uno o más síntomas, reunidos en una lista total de cinco, de la Clasificación de Enfermedades Mentales⁹ de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA); y el segundo, para medir **dependencia**, donde se considera dependiente de una sustancia psicoactiva a la persona que ha declarado consumo de una determinada droga en el último año y que califica como tal, de acuerdo con preguntas específicas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud.

La dependencia está asociada con síntomas autodeclarados de privación (se usa alguna droga para evitar algunos problemas o estos aparecen cuando se deja de usar la droga), tolerancia (se requiere consumir más que antes, para producir el mismo efecto o la misma cantidad tiene menos efecto) y uso compulsivo (se usa droga a pesar de que se tiene el propósito de no hacerlo o de que ella provoca manifiestamente problemas o trastornos que se desearían evitar). Esta tasa de signos de dependencia (y no dependencia propiamente tal, por no tratarse de una situación con encuadre clínico) se calcula a partir de la existencia de tres o más criterios positivos de un total de seis, reunidos en una lista total de diez síntomas, de la CIE-10. En ambos casos, los resultados se presentan como proporción en relación a los consumidores de la respectiva droga durante el último año.

Indicadores de Consumo, Abuso y Dependencia:

A partir de las variables anteriores, se construyeron los siguientes indicadores:

- **Prevalencia de alguna vez en la vida:** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en la vida.
- **Prevalencia de último año (consumo reciente):** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en el último año.
- **Prevalencia de último mes, (consumo actual):** proporción de personas que consumieron una determinada droga alguna vez en el último año.
- **Incidencia de último año:** proporción de personas que consumieron una determinada droga por primera vez en el último año, entre quienes no habían consumido esa droga hasta ese momento.
- **Incidencia de último mes:** proporción de personas que consumieron una determinada droga por primera vez en el último mes, entre quienes no habían consumido esa droga hasta ese momento.
- **Tasa de uso problemático de alcohol:** proporción de personas que cumplen los criterios de consumo de riesgo o perjudicial, así como una posible dependencia a alcohol, basados en el AUDIT, con puntos de corte de 7 para las mujeres y 8 para los hombres (de un total de 40 puntos).
- **Tasa de Abuso de drogas ilícitas:** proporción de personas que cumplen los criterios de abuso de droga ilícita de que se trate, entre los consumidores de último año (uno o más ejes positivos de los cuatro ejes del instrumento).
- **Tasa de Dependencia de alcohol:** proporción de personas que cumplen los criterios de una dependencia o el inicio de una dependencia a alcohol entre los consumidores del último año. Está basado en las siguientes

⁹American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSM IV-TR). 4th. Ed. Washington DC: APA: 2005.

tres, de las diez preguntas del AUDIT:

- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido?

Si para al menos una de ellas la respuesta es "mensualmente" o "semanalmente" o "a diario o casi a diario", entonces la persona es clasificada con un signo importante para una posible dependencia a alcohol.

- **Tasa de Dependencia de drogas ilícitas:** proporción de personas que cumplen los criterios de dependencia de la droga de que se trate, entre los consumidores del último año (tres o más ejes positivos de los seis ejes del instrumento CIE-10).

3.8. Factor de Expansión y Estimadores

Dado que el muestreo no es auto-ponderado, se procedió a determinar los factores de expansión que permiten compensar la ausencia de igualdad de probabilidades de selección de cada unidad. Es así como el factor de expansión para cada elemento de la muestra en una universidad específica, consistió en el cociente entre el número total de estudiantes inscritos en el Ciclo II del año 2012 en esa universidad y el número total de universitarios que respondieron la encuesta.

Si f_{ij} representa el factor de expansión del individuo j -ésimo ($j=1,2,\dots,n_i$) de la muestra de la universidad i ($i=1,2,\dots,10$), entonces, por ejemplo, el estimador de la prevalencia de último año de una droga específica es:

$$p = \frac{\sum_{i=1}^{10} \sum_{j=1}^{n_i} a_{ij} * f_{ij}}{\sum_{i=1}^{10} \sum_{j=1}^{n_i} f_{ij}}$$

donde a_{ij} es 1 si el estudiante j -ésimo de la universidad i -ésima responde haber consumido la droga durante el último año, y 0 en caso contrario.

3.9. Instrumento

En función de los objetivos del estudio y del cuestionario elaborado por el OID para estudiantes universitarios, se diseñó un nuevo instrumento consensuado entre CICAD, el coordinador del Área de Investigación y Estudios de la DE-CNA, los coordinadores y académicos designados por cada universidad.

El instrumento contempla diferentes módulos:

- Módulo I:** Información General;
- Módulo II:** Preguntas de los Estudios;
- Módulo III:** Preguntas de la Salud;

Módulo IV:	Preguntas sobre consumo tabaco y alcohol, percepción de riesgo con relación y facilidad de acceso a las drogas;
Módulo V:	Preguntas sobre consumo de Tranquilizantes/ Estimulantes sin prescripción médica;
Módulo VI:	Preguntas sobre consumo de drogas ilícitas: solventes o inhalables, marihuana, cocaína, crack;
Módulo VII:	Preguntas sobre conocimiento y opiniones sobre drogas sintéticas; y sobre éxtasis;
Módulo VIII:	Preguntas sobre otras drogas: hashis, heroína, opio, morfina, alucinógenos, ketamina y otras;
Módulo IX:	Exposición a programas de prevención;
Módulo X:	Preguntas sobre hechos delincuenciales.

Cuestionario con 196 preguntas.

3.10. Recolección de información

Para la recolección de información se solicitó a cada universidad el listado de la matrícula del Ciclo II del año 2012, con una variable de identificación del estudiante y estratificado por sexo, edad, carrera y año de ingreso a la universidad. Con base a dicha información, se obtuvo una muestra aleatoria en cada universidad.

Para el cálculo de la muestra, por acuerdo entre los coordinadores de las universidades, se decidió centralizar dicha labor a un académico estadístico de una universidad, y se utilizó el mismo procedimiento para la selección de la muestra en cada una de las universidades participantes.

Los universitarios seleccionados en la muestra respondieron el cuestionario en forma on-line, que estaba disponible en un servidor de la OEA. En primer lugar, cada estudiante recibió una carta emitida por el responsable de cada universidad, en la cual se explicaba el objetivo del estudio, las garantías de confidencialidad de la información y los resguardos correspondientes, de tal forma que pudiese responder en forma segura. La carta también incluía la dirección habilitada en la cual se encontraba el cuestionario y también un nombre de usuario único y una clave de acceso. Finalmente, y a modo de incentivo, se le informaba del sorteo de un computador personal, ipod u otro artículo ofrecido en cada universidad, que sería rifado entre los universitarios que respondieran completamente el cuestionario.

El proceso en cada universidad tuvo su propia dinámica, principalmente por los trámites internos de las designaciones de los responsables de la sensibilización que fue necesario realizar, etc. Posterior al envío de las cartas, se hizo un seguimiento permanente desde el OID de aquellos estudiantes que respondieron y principalmente de aquellos que no lo hicieron. Se elaboraron diferentes estrategias para el acompañamiento, siendo el más exitoso el envío de recordatorios periódicos a través del correo electrónico de los estudiantes, en aquellas universidades donde dicha información estaba disponible. En la gran mayoría de las universidades se hicieron entre tres y cuatro contactos con los universitarios, ya sea por cartas, correos electrónicos o ambos.

3.10.1. Período de Ejecución del Estudio

La encuesta se ejecutó del 1 de octubre al 15 de noviembre de 2012, período de tiempo en el que estuvo abierto el portal en la web de la CICAD-OEA, para el acceso de los estudiantes a la encuesta.

3.10.2. Rendimiento de la Muestra

Las diez universidades participantes en el estudio de El Salvador fueron: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, Universidad José Matías Delgado, Universidad de El Salvador, Universidad Tecnológica de El Salvador, Universidad Francisco

Gavidia, Universidad Evangélica de El Salvador, Universidad Modular Abierta, Universidad Autónoma de Santa Ana, Universidad de Sonsonate y Universidad Capitán General Gerardo Barrios de San Miguel.

El tamaño de muestra total fue de 12,551 universitarios. Un total de 4,816 estudiantes ingresaron al sistema para responder el cuestionario, es decir, un 38% de la muestra total a la que se le envió carta para participar. Aun cuando esta cifra está por debajo de la esperada (50%), es importante mencionar que tres universidades tuvieron una tasa de respuesta de alrededor o sobre el 40%, llegando alrededor o sobre el 70% en dos universidades. No obstante, preocupa el que no se haya logrado una tasa de respuesta satisfactoria en algunas universidades, lo que hará difícil realizar un análisis al interior de las mismas.

En el siguiente cuadro se presenta la población representada, la muestra definida para el estudio y la muestra efectiva de los casos validos para el análisis.

Tabla 2. Tamaño Efectivo de la Muestra

Población de universitarios representados	Tamaño de la Muestra de Universitarios Seleccionados para el estudio	Muestra Efectiva de los casos validos
99,089	12,551	4,724

De los 4,816 universitarios que ingresaron al sistema, 4,724 (98%) satisfacen la condición para ser entrevistas consideradas válidas para el análisis.

3.10.3. Limitaciones

Al igual que cualquier estudio epidemiológico de estas características, este tiene ciertas limitaciones que deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados. En primer lugar está la pregunta obvia con relación a los sesgos que pudiese haber frente a una tasa de respuesta inferior al 50% y el potencial impacto en los errores de estimación.

Algunas valoraciones de los responsables de coordinar el proceso interno en cada una de las universidades, desde la convocatoria y seguimiento a los estudiantes, indican que algunos de los factores que pudieron haber influido en que no se haya logrado una tasa de respuesta satisfactoria, son el retraso por el envío de las cartas, debido al cambio de la dirección del link para acceder al sitio donde se encontraba la encuesta; en algunos casos no se conocía la dimensión del trabajo que implicaba el envío de las cartas de invitación o correo electrónico y el seguimiento a los estudiantes seleccionados en la muestra, lo que influyó en el tiempo disponible para algunos estudiantes que recibieron las cartas cerca de la fecha límite para responder el cuestionario; así como casos de estudiantes que fueron seleccionados en la muestra pero que no se pudieron ubicar debido a que se habían retirado del ciclo por diversas circunstancias; otros porque no tenían correo electrónico y otros porque estudiaban por módulos y que a la fecha de entrega de las cartas de invitación habían finalizado las clases.

Otro factor que pudo afectar la tasa de respuesta es la predisposición y apatía a participar en este tipo de encuestas y más cuando son demasiadas preguntas, falta de recursos de algunos estudiantes en cuanto al acceso de Internet, así como problemas logísticos internos en algunas universidades, que limitaron la labor de seguimiento para motivar a los estudiantes a participar. No obstante, aun cuando no se logró una tasa de respuesta satisfactoria, consideramos que este informe en particular nos puede dar una aproximación sobre las características del consumo de drogas en los estudiantes universitarios, y por otra parte, por ser el primero a nivel nacional que se realiza con la metodología on-line, puede ser de utilidad para mejorar el proceso en estudios futuros en este tema. De lo anterior nada lleva a suponer que entre los que no ingresaron al sistema tendrían características que pudiesen generar un sesgo relevante en los resultados que se presentan en el siguiente informe.



Capítulo 4

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Capítulo 4

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En este capítulo se presenta la distribución de la muestra, de acuerdo a dos características principales: sexo y edad (agrupada). La mayoría de resultados que se describen en este informe se entregan en función de estas dos variables.

En la tabla 3 se observa que la muestra efectiva fue de 4,724 casos los que representan a un total de 99,089 estudiantes de las universidades participantes. La distribución por sexo fue de 55.4% en mujeres y 44.6% en hombres.

Tabla 3. Distribución de la muestra efectiva según sexo

Sexo	Muestra	Población	%
Hombres	2,109	45,640	44.6
Mujeres	2,615	53,449	55.4
Total	4,724	99,089	100

En relación a la edad de los participantes, en la tabla 4 se observa que el 11.6% de los estudiantes universitarios tienen 18 años o menos mientras que un 48.8% tiene edades entre 19 a 22 años, y 25.8% de los encuestados tiene 25 años y más.

Tabla 4. Distribución de la muestra efectiva según grupos de edad

Grupos de edad	Muestra	Población	%
16 - 18 años	550	9,945	11.6
19 - 20 años	1,280	23,159	27.1
21 - 22 años	1,026	23,480	21.7
23 - 24 años	650	14,832	13.8
25 años y más	1,218	27,673	25.8
Total	4,724	99,089	100



Capítulo 5

RESULTADO SOBRE DROGAS LÍCITAS

Capítulo 5

RESULTADO SOBRE DROGAS LÍCITAS

Como se mencionó anteriormente, el estudio incluyó objetivos relacionados con las drogas lícitas tales como alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes; los principales resultados se presentan en este capítulo, estudiando por separado cada una de dichas sustancias, según sexo, grupos de edad, edad de inicio, prevalencia de vida, año y mes, incidencia, uso riesgoso o perjudicial y dependencia.

5.1 ALCOHOL

Los tipos de bebidas especificados en el cuestionario para estimar los indicadores de uso de alcohol en los estudiantes universitarios, fueron: cerveza, vino o champaña, licores y bebidas fuertes (Ron, Whisky, Vodka, y otras) o combinados.

5.1.1. Indicadores de uso

En la tabla 5 se presentan los indicadores de uso por sexo. En primer lugar, destaca que dos tercios de los universitarios declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 61.1% del total. Esta cifra se reduce a casi la mitad 36.4% cuando se consulta por el uso durante el último año, y a 18.6% para uso actual. Respecto a la incidencia en el último año, se tiene que el 11.7% de los universitarios son considerados nuevos consumidores de alcohol, que iniciaron su uso en el último año.

Tabla 5. Indicadores de consumo de alcohol según sexo

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	68.1	42.0	23.0	12.5	19.3
Mujer	55.0	31.5	14.9	11.0	10.1
Total	61.1	36.4	18.6	11.7	13.8

Al comparar el uso reciente (alguna vez en el último año) de alcohol entre hombres y mujeres, en la tabla 6 se observa que entre los primeros la prevalencia llega a 42% con diferencias significativas respecto a la tasa en mujeres, que es de 31.5%.

Tabla 6. Consumo reciente (prevalencia último año) de alcohol e intervalos de 95% de confianza según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	42.0	39.9	44.1
Mujer	31.5	29.7	33.3
Total	36.4	35.0	37.8

Cuando se estudia el uso reciente de alcohol, según grupos de edad, se observa una clara menor manifestación de uso en el grupo de universitarios de 18 años y menos (30%), en comparación con cualquiera de los otros grupos de edad, como se muestra en la tabla 7. Podemos decir que el consumo aumenta conforme aumenta la edad de los universitarios (al menos hasta el grupo de 23 a 24 años).

Tabla 7. Consumo reciente (prevalencia último año) de alcohol e intervalos de 95% de confianza según grupos de edad (años)

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	30.1	26.3	33.9
19-20	36.0	33.4	38.6
21-22	36.5	33.6	39.5
23-24	40.6	36.8	44.4
25 y más	36.4	33.7	39.1
Total	36.4	35.0	37.8

Otra característica estudiada en la investigación es la relación con la edad de inicio del uso de alcohol. En la tabla 8, se observa la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 17.3 años, muy similar en hombres y en mujeres. Destaca que un 75% de los estudiantes inician después de 15 años el consumo de alcohol.

Tabla 8. Edad de inicio de consumo de alcohol según sexo.

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	17.2	15	17	18
Mujer	17.4	15	17	19
Total	17.3	15	17	19

Asimismo, se incluyeron preguntas para indagar sobre el tipo de bebida alcohólica consumida y su frecuencia de uso en los últimos 30 días. Como se observa en la tabla 9, la bebida alcohólica más consumida por los universitarios en eventos sociales es la cerveza (43%) y bebidas fuertes como Whisky, Vodka (42%), así como el Vino y el Ron con 35% y 28% respectivamente. Se destaca que una proporción ínfima de estudiantes declara consumo diario de alguna bebida alcohólica.

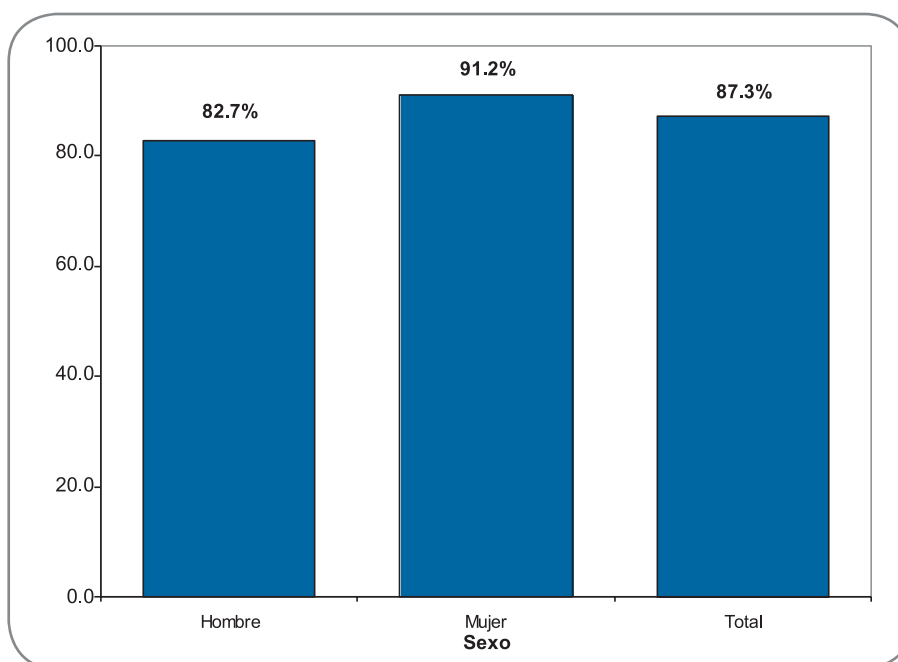
Tabla 9. Distribución Porcentual de Universitarios que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según tipo de bebida alcohólica consumida y frecuencia

Frecuencia	Tipo de bebida alcohólica consumida			
	Cerveza	Vino	Ron	Bebidas fuertes (Whisky, Vodka, etc.)
Diariamente	1.6	0.3	0.1	0.0
Fines de semana	30.2	2.2	9.0	14.5
Algunos días de semana	10.2	3.6	3.1	5.7
Solo en eventos sociales	42.7	34.9	28.4	42.0
No consume	15.3	59.0	59.4	37.9

5.1.2. Percepción de Riesgo

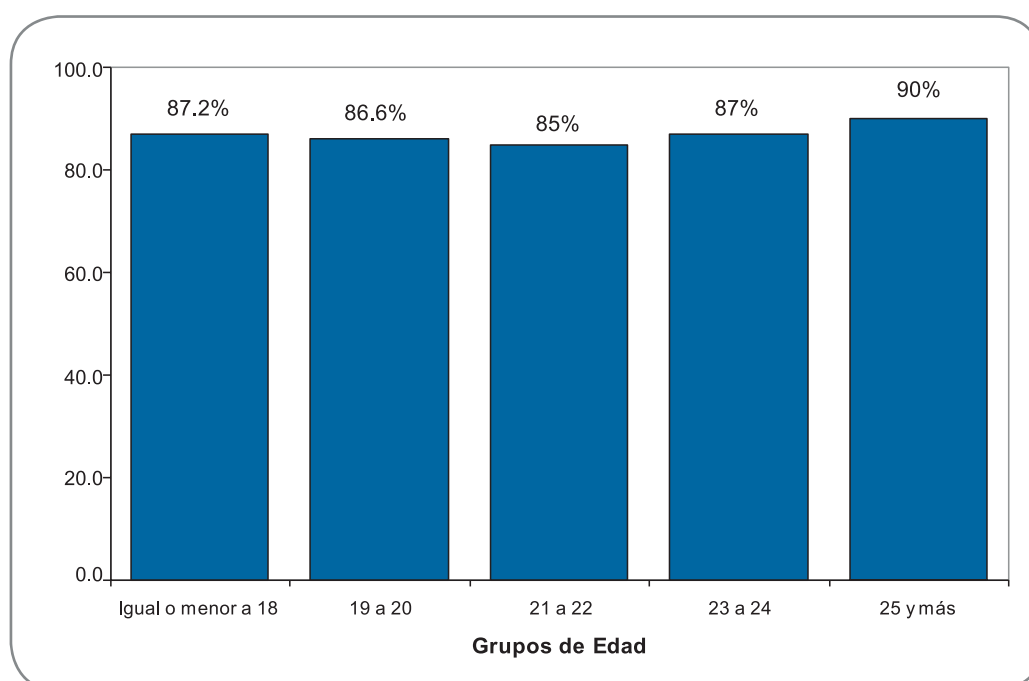
Los universitarios fueron consultados sobre la percepción que tienen sobre el uso frecuente de alcohol; en el gráfico 1 se observa que el 87% de ellos perciben esta conducta como de gran riesgo, siendo bastante mayor la percepción entre las mujeres, con 91% frente un 83% en los hombres.

Gráfico 1. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según sexo



Respecto a la edad de los universitarios, en cuanto a la percepción de gran riesgo, se presentan pequeñas diferencias entre los grupos extremos, con una leve menor percepción de gran riesgo entre los universitarios de edades entre 21 a 22 años, como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de alcohol, según grupos de edad (años)



Asimismo, se consultó a los universitarios sobre su opinión respecto a si el consumo excesivo de alcohol influye en algunas conductas. En la tabla 11, se observa que el 99% de los universitarios son de la opinión que el consumo de alcohol influye en tener un accidente, un 92% considera que influye en tener sexo sin preservativo y en consumir drogas el 89%; en menor medida consideran que el alcohol influye en tener sexo (83%).

Tabla 10. Porcentaje de universitarios que considera que el consumo de alcohol influye en las siguientes conductas

Sexo	Tener sexo	Tener sexo sin preservativo	Consumir drogas	Tener un accidente
Hombre	79.5	90.4	85.4	99.0
Mujer	85.6	93.4	91.4	98.9
Total	82.8	92.1	88.6	98.9

5.1.3. Uso de riesgo o perjudicial y dependencia

Como se mencionó en la metodología, el cuestionario incluyó un instrumento para evaluar el uso perjudicial o riesgoso de alcohol (AUDIT). Este consiste en diez preguntas que responden quienes hayan declarado consumo de alcohol durante el último año, se usa un punto de corte diferenciado para hombres y para mujeres (8 y 7 respectivamente).

En la tabla 11 se presentan dos tipos de porcentajes. En primer lugar, el porcentaje de universitarios que califican como bebedores en riesgo o con uso perjudicial con relación a los estudiantes que consumieron alcohol alguna vez durante el último año. En este caso, se tiene que 18.8% de los universitarios que declararon uso de alcohol en el último año, califican para un uso riesgoso o perjudicial, con una mayor proporción de hombres que de mujeres, 23.5% frente a 12.7%.

Por otra parte, si se considera la totalidad de los universitarios, independiente de si hayan o no consumido alcohol durante el último año, se observa que 7.0% de los estudiantes universitarios del país están en condición de uso riesgoso o perjudicial de alcohol, con un significativo mayor porcentaje entre los hombres respecto a las mujeres 9.9% y 4.1% respectivamente. Dicho de otra forma, en el caso de los hombres, uno de cada diez estudiantes universitarios (consuman o no alcohol), están en una condición de uso riesgoso o perjudicial de alcohol. Lo que significaría que de la población de hombres representada en este estudio habría aproximadamente cinco mil estudiantes universitarios bajo dicha condición.

Tabla 11. Porcentaje de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol e intervalos de 95% de confianza, según sexo

Sexo	% Respecto de consumidores de último año	Respecto al total de la población		
		%	Intervalo de confianza	
Hombre	23.5	9.9	8.6	11.1
Mujer	12.8	4.1	3.3	4.8
Total	18.8	7.0	6.2	7.7

En la tabla 12, se representa la misma información por grupo de edad. Tanto respecto a los consumidores del último año, como respecto a la totalidad de los universitarios, se observa una relación clara en cuanto a la edad, a medida que aumenta la edad aumenta el consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, las mayores cifras de uso riesgoso y perjudicial de alcohol están en el grupo de 23 a 24 años y en el de 25 años y más. Sin embargo, respecto a la totalidad de universitarios, los mayores porcentajes se encuentran en el grupo de 23 a 24 años (9%).

Tabla 12. Porcentaje de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol según grupos de edad (años)

Grupos de edad	% respecto de consumidores de último año	% respecto total de población
18 y menos	12.6	3.5
19-20	17.9	6.0
21-22	17.2	6.9
23-24	21.0	9.0
25 y más	21.8	8.3
Total	18.8	7.0

Por otra parte, el AUDIT permite detectar personas que pudiesen presentar signos de dependencia, para lo cual se requiere una detección precoz y una intervención profesional oportuna. Esta condición está asociada con tres de las diez preguntas del cuestionario y se clasifica como positivo a aquellas personas que presenten una o más de esas tres condiciones en forma mensual o con más frecuencia (como fuese descrito en la sección de metodología).

En la tabla 13 se puede observar que entre los consumidores de alcohol del último año, 11.3% de ellos presentan signos de dependencia de alcohol (dos de cada un estudiante), cifra que es de 15% entre los hombres consumidores y 6.5% para las mujeres consumidoras, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 13. Porcentaje de universitarios con signos de dependencia de alcohol e intervalos de 95% de confianza, según sexo

Sexo	% respecto de consumidores de último año	Intervalo de confianza	
Hombre	15.1	12.7	17.4
Mujer	6.5	4.7	8.3
Total	11.3	9.8	12.9

5.1.4. Uso de alcohol en el entorno

También se incluyeron preguntas que permitieran evaluar el uso de alcohol en el entorno. En la tabla 14, se presentan los resultados con relación al porcentaje de universitarios que declaró tener familiares que se embriagan frecuentemente. El 22% reconoce tener al menos un familiar con dicho comportamiento, casi un 9% dijo tener dos o más familiares con esa conducta. En contrapartida un poco más del 68% señaló que no tiene familiares que se embriaguen con frecuencia.

Tabla 14. Porcentaje de universitarios según "tiene familiares que se emborrachan frecuentemente" por sexo.

Sexo	Tiene familiares que se emborrachan con frecuencia		
	Ninguno	Uno	Dos o más
Hombre	68.6	22.9	8.5
Mujer	68.9	21.8	9.3
Total	68.8	22.3	8.9

Asimismo, frente a la pregunta “tiene amigos que se emborrachan frecuentemente”, en la tabla 15, se observa que el 33.2% reconoce que tiene dos o más amigos que se emborrachan, con cifras superiores entre los hombres (41.6%) que entre las mujeres (26%). Mientras que el 51% señaló que no tiene amigos con esa conducta.

Tabla 15. Porcentaje de universitarios según “tiene amigos que se emborrachan frecuentemente” por sexo.

Sexo	Tiene amigos o familiares que se embriagan con frecuencia		
	Ninguno	Uno	Dos o más
Hombre	43.5	14.9	41.6
Mujer	58.0	15.9	26.1
Total	51.4	15.4	33.2

Los universitarios fueron consultados acerca de si han visto o no a estudiantes tomar alcohol en el recinto de la universidad, un 25.6% de ellos declara que ha visto esporádicamente a universitarios en esa situación, sin diferencias entre hombres y mujeres; por otra parte, un 3% dijo que ha visto a estudiantes tomar alcohol frecuentemente en la universidad.

Tabla 16. Porcentaje de universitarios de acuerdo con si ha visto o no estudiantes tomar alcohol en la universidad, según sexo

Sexo	Ha visto universitarios tomar alcohol en la universidad		
	Nunca	Esporádicamente	Frecuentemente
Hombre	70.9	25.3	3.8
Mujer	71.8	25.8	2.4
Total	71.4	25.6	3.0

5.2 TABACO

5.2.1. Indicadores de uso

En la tabla 17 se muestra la prevalencia de uso de esta droga por sexo, donde se observa que el 38% del total de universitarios declaró haber consumido tabaco alguna vez en la vida, el 18.7% manifestó consumo reciente (último año) y 12% declara un consumo actual (último mes). En todos los escenarios el uso es significativamente mayor entre los hombres. Por otra parte, entre aquellos que no habían consumido tabaco antes del año previo al estudio, se observó que el 13% inició el uso de tabaco durante el año anterior al estudio. Asimismo, casi un 8% de los universitarios se inició en el uso de tabaco en el último mes.

Tabla 17. Indicadores de consumo de tabaco según sexo

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	51.2	27.9	19.3	21.5	13.8
Mujer	27.7	10.8	6.0	7.8	4.0
Total	38.4	18.7	12.1	13.3	7.8

En relación a las diferencias por sexo, según se observa en la tabla 18, el uso reciente (último año) de tabaco entre hombres es significativamente mayor al uso reciente entre las mujeres con una relación de casi 3 a 1.

Tabla 18. Consumo reciente (prevalencia último año) de tabaco e intervalos de 95% de confianza según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	27.9	26.0	29.8
Mujer	10.8	9.7	12.0
Total	18.7	17.6	19.8

Como se observa en la tabla 19, en relación con la edad, las mayores tasas de consumo se presentan entre los universitarios de 25 años y más. Mientras que en los otros grupos de edad se presentan cifras similares en el uso de tabaco sin diferencias significativas.

Tabla 19. Consumo reciente (prevalencia último año) de tabaco e intervalos de 95% de confianza según grupos de edad (años)

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	18.7	15.5	22.0
19-20	17.9	15.8	20.0
21-22	18.0	15.6	20.3
23-24	17.7	14.7	20.6
25 y más	20.6	18.3	22.8
Total	18.7	17.6	19.8

Por otra parte, también se evaluó la edad de inicio del uso de tabaco, como se observa en la tabla 20, el promedio de edad de inicio es 16 años, siendo un año menor entre los hombres (16 años) que entre las mujeres (17 años). Además se observa que 25% de quienes habían consumido tabaco lo hicieron por primera vez a los 15 años o antes, entre las mujeres, y un año menos, entre los hombres (14 años). Esta diferencia de un año se mantiene para el primer y tercer cuartil.

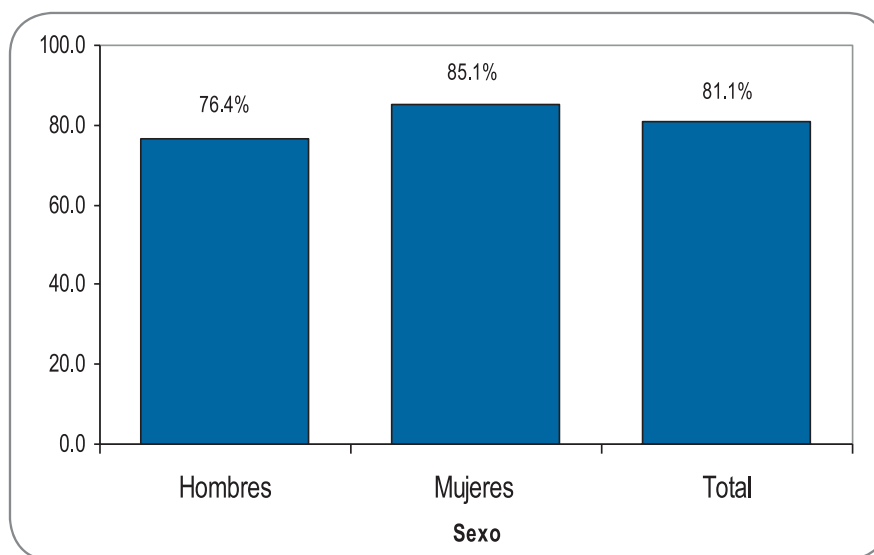
Tabla 20. Edad de inicio de consumo de tabaco según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	16.0	14	16	18
Mujer	17.1	15	16	19
Total	16.4	15	16	18

5.2.2. Percepción de Riesgo

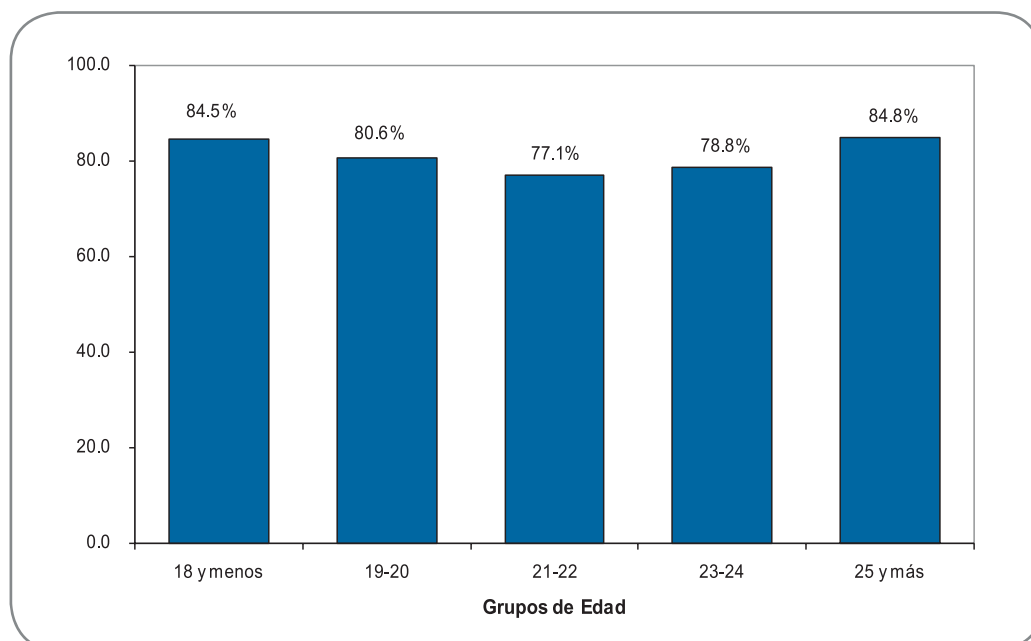
En cuanto a la percepción de riesgo frente al uso de tabaco, en el gráfico 3 se observa que la percepción de riesgo es un poco más de diez puntos porcentuales superior entre las mujeres (85%) con relación a los hombres (76%).

Gráfico 3. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según sexo (años)



De acuerdo con la edad de los universitarios, la percepción de gran riesgo presenta algunas diferencias, así tenemos una menor percepción de riesgo entre los universitarios de 21 a 22 años y los que tienen entre 23 y 24 años, con una mayor percepción de gran riesgo en los extremos entre los universitarios de 25 años y más, y los de 18 años y menos.

Gráfico 4. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tabaco, según grupos de edad (años)



5.3 DROGAS FARMACOLÓGICAS

En esta sección se describe el uso de drogas farmacológicas, tales como tranquilizantes y estimulantes, las cuales son sustancias legales, sujetas a un estricto control médico y farmacéutico en su prescripción y venta, pero que tienden a ser usadas sin indicación médica, pudiendo llegar a niveles de abuso y dependencia. A continuación se presentan los resultados para cada grupo y se analiza la prevalencia según sexo y grupos de edad.

5.3.1. TRANQUILIZANTES

Los tipos de tranquilizantes especificados en el cuestionario para indagar sobre el uso sin prescripción médica entre los universitarios fueron: Bromazepam (lexotan, ansiogen), Clonazepam (rivotril), Alprazolam (tafil), Lorazepam (benzodiazepina), Diazepam (valium), Zolpidem (stilnox), Midazolam (dormicum), Flunitrazepam (rohypnol).

5.3.1.1. Indicadores de Uso

En relación a los indicadores de consumo de tranquilizantes, los resultados de la tabla 21 muestran que el 7.5% de los estudiantes universitarios expresaron haber consumido tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en su vida, con cifras similares para ambos sexos. Sin embargo, en relación al uso reciente sin prescripción médica para el último año es declarado por el 2.1% de los estudiantes, cifra que es menor respecto al uso en el último mes (0.4%). Respecto a la incidencia de consumo de tranquilizantes, se observa que el 1.8% de los universitarios son nuevos consumidores que se iniciaron en último año, con cifras inferiores al uno por ciento para incidencia de mes con 0.3%.

Tabla 21. Indicadores de consumo de tranquilizantes

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	7.5	1.6	0.3	1.0	0.2
Mujer	7.4	2.5	0.6	2.4	0.4
Total	7.5	2.1	0.4	1.8	0.3

En la tabla 22, se observa que la prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, para el último año es de 2.1%. Por otra parte, si bien parece ser mayor la prevalencia entre las mujeres, los intervalos de confianza muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo.

Tabla 22. Consumo reciente (prevalencia último año) de tranquilizantes e intervalos de 95% de confianza según sexo.

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	1.6	1.0	2.2
Mujer	2.5	1.9	3.1
Total	2.1	1.7	2.5

Como se observa en la tabla 23, la prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica parece un poco mayor en el grupo de edad de 25 años y más; sin embargo, los intervalos de confianza muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edad.

Tabla 23. Consumo reciente (prevalencia último año) de tranquilizantes e intervalos de 95% de confianza según grupos de edad.

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	1.6	0.6	2.7
19-20	2.0	1.3	2.9
21-22	2.3	1.4	3.2
23-24	1.5	0.6	2.5
25 y más	2.5	1.6	3.3
Total	2.1	1.7	2.5

Con relación a la edad de inicio de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en los estudiantes universitarios, en la tabla 24 se observa un promedio de 18.2 años de edad, con una mediana de 19 años, determinando que tanto mujeres como hombres iniciaron el consumo en la etapa de transición de adolescencia y adulto joven.

Tabla 24. Edad de inicio de consumo de tranquilizantes según sexo.

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	17.2	16	18	20
Mujer	19.0	16	19	20
Total	18.2	16	19	20

Al consultar a los estudiantes sobre la frecuencia de uso de tranquilizantes sin prescripción médica, en la tabla 25 se observa que el 96% de los universitarios declara su uso ocasional, el 2.8% dijo que varias veces por semana, y el 1.2% lo usa diariamente, siendo similar para ambos sexos.

Tabla 25. Indicadores de uso de tranquilizantes, sin prescripción médica según frecuencia de uso y por sexo.

Sexo	¿Con qué frecuencia usa tranquilizantes sin prescripción médica?		
	Ocasionalmente	Varias veces por semana	Diariamente
Hombre	96.7	2.1	1.2
Mujer	95.4	3.4	1.2
Total	96.0	2.8	1.2

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 26, según sexo de los universitarios, se muestra que de los estudiantes que declararon haber consumido tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en su vida, el 37.3% declaró haber consumido Diazepam (Valium), similar para ambos sexos; y en orden descendente expresó haber consumido Bromazepam 19.1% siendo similar en ambos sexos; Clonazepam 16.2% predominante en mujeres; Lorazepam (benzodiazepina) 15% similar en ambos sexos; mientras que predominantemente los hombres declararon haber consumido Midazolam (dormicum) 6.9%, Flunitrazepam (rohypnol) 4.2%, Alprazolam 2.5% y 2.1% Zolpidem (Stilnox).

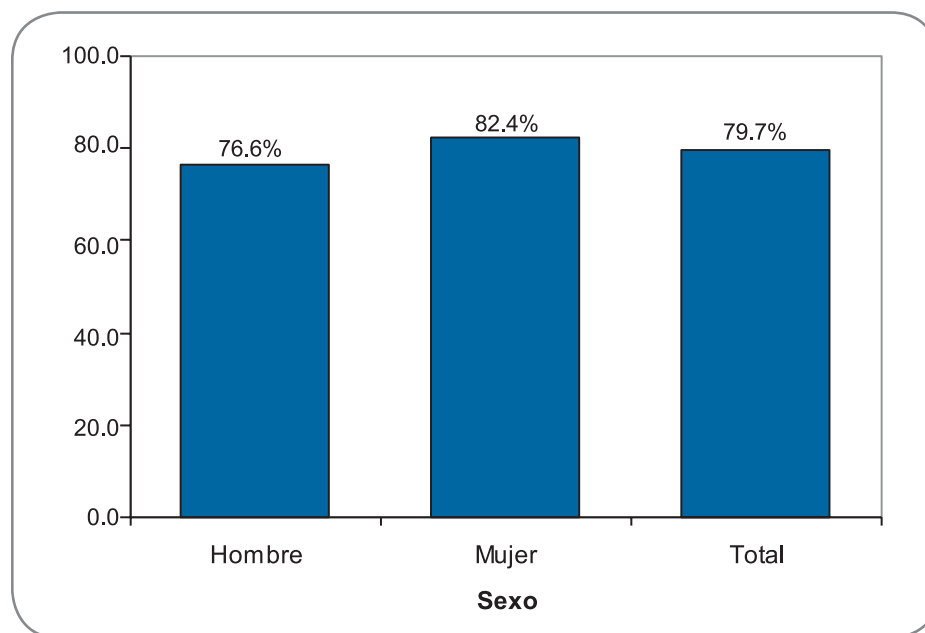
Tabla 26. Porcentaje de universitarios que declaró haber consumido tranquilizantes sin prescripción médica según tipo de tranquilizante y sexo

Tipo de tranquilizante	Hombres	Mujeres	Total
Bromazepam (lexotan o ansiogen)	19.7	18.5	19.1
Clonazepam (Rivotril)	14.9	17.4	16.2
Alprazolam (Tafil)	4.9	0.4	2.5
Lorazepam	16.0	14.1	15.0
Valium (Diazepam)	42.6	32.6	37.3
Zolpidem (Stilnox)	3.7	0.8	2.1
Midazolam (Dormicum)	9.7	4.5	6.9
Flunitrazepam (rohypnol)	7.5	1.3	4.2

5.3.1.2. Percepción de riesgo

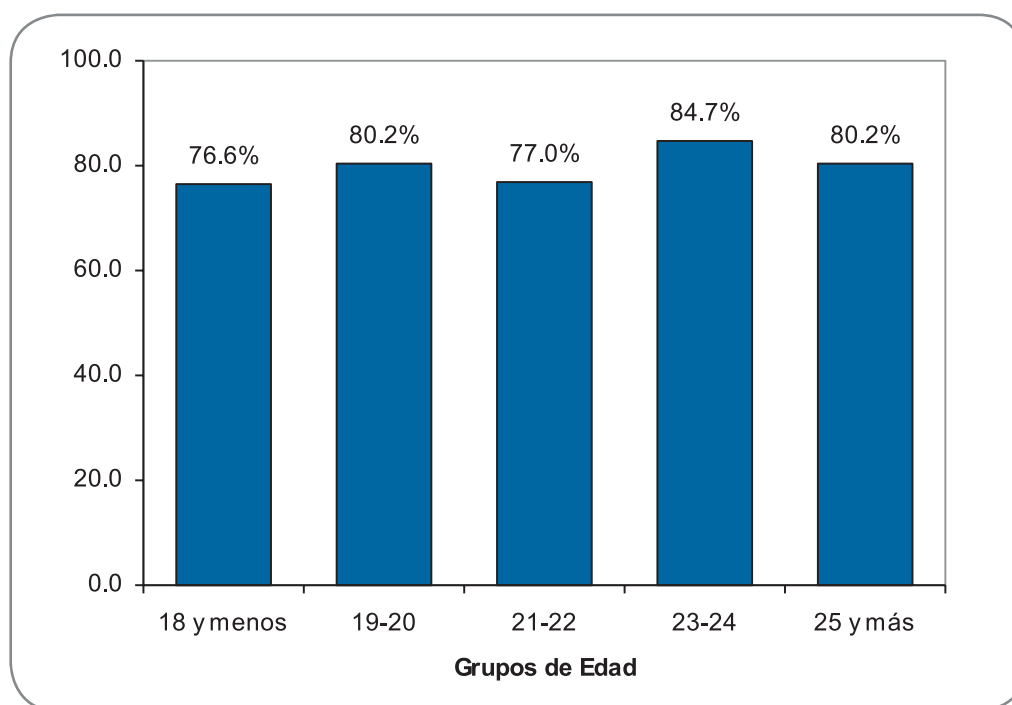
Con respecto a la opinión de los universitarios sobre cuál es el riesgo de una persona que consume tranquilizantes frecuentemente sin prescripción médica, en el gráfico 5 se observa que no hay diferencias significativas en ambos sexos, siendo levemente mayor la percepción en el sexo femenino.

Gráfico 5. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tranquilizantes sin prescripción médica según sexo



El porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tranquilizantes sin prescripción médica, según el grupo de edad, se observa en el gráfico 6, en el que mayormente los universitarios perciben gran riesgo de consumo frecuente en los grupos de edad de 19-20 años, 23-24 años y de 25 años y más; en el caso de los grupos de edad de 18 años y menos, así como de 21-22 años la percepción de gran riesgo es menor.

Gráfico 6. Porcentaje de Universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de tranquilizantes sin prescripción médica según grupos de edad



5.3.1.3. Facilidad de acceso

Se observa en la tabla 27, en relación a la forma de obtención de los tranquilizantes por parte de los estudiantes universitarios, el 3.4% declaró que mayormente obtenían los tranquilizantes en la farmacia, un 1.9% expresó que lo obtuvo en la casa, mientras que el 1.2% de los estudiantes declaró que por un médico, el 1.1% por un amigo y un 0.8% que lo obtuvo a veces sin receta.

Tabla 27. Porcentaje de universitarios según forma de obtención de los tranquilizantes que consumieron

¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió?	%
De un médico	1.2
En la calle	0.6
En la casa	1.9
De un amigo	1.1
En la farmacia	3.4
Por Internet	0.0
A veces sin receta	0.8
Nunca con receta	0.1
Otro	0.7

5.3.2. ESTIMULANTES

Los tipos de estimulantes especificados en el cuestionario para indagar sobre el uso sin prescripción médica entre los universitarios fueron: Metilfenidato (ritalina), Hidrocloruro de metilfenidato (concerta), Fentermina (duromine), Anfepramona (suprime), Fenproporex (esbelcaps, soluaps y neobes), Anfetamina (adderall).

5.3.2.1. Indicadores de uso

En relación a los indicadores de consumo de estimulantes, los resultados de la tabla 28 muestran que el mayor porcentaje representa un 2.4%, donde los estudiantes universitarios expresaron haber consumido estimulantes alguna vez en su vida, con predominio del sexo masculino en un 3.2%, siendo en menor porcentaje para el último año y último mes de 0.7% para ambos indicadores e igual consumo en ambos sexos. Mientras que la incidencia de consumo de estimulantes reflejó porcentajes inferiores a uno en el último año de 0.8% similares en ambos sexos, así como para el último mes, donde solo un 0.3% expresó consumir estimulantes.

Tabla 28. Indicadores de consumo de estimulantes sin prescripción médica en universitarios

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	3.2	0.7	0.7	1.0	0.4
Mujer	1.8	0.7	0.7	0.7	0.2
Total	2.4	0.7	0.7	0.8	0.3

Como se observa en la tabla 29, respecto a la prevalencia de consumo reciente (prevalencia en el último año) de estimulantes sin prescripción médica en los universitarios, los intervalos de confianza muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo.

Tabla 29. Consumo reciente (prevalencia último año) de estimulantes sin prescripción médica e intervalos de 95% de confianza según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	0.7	0.4	1.0
Mujer	0.7	0.4	1.0
Total	0.7	0.5	0.9

Al estudiar los datos sobre el consumo reciente de estimulantes sin prescripción médica, en la tabla 30 se observa que los estudiantes universitarios del grupo de edad de 25 años y más es el que reporta el mayor porcentaje, con un 1.5%. Por otra parte, los intervalos de confianza nos muestran que no existen diferencias significativas entre los otros grupos de edad en cuanto al uso reciente de estimulantes.

Tabla 30. Consumo reciente (prevalencia último año) de estimulantes sin prescripción médica e intervalos de 95% de confianza según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	0.5	0.0	1.0
19-20	0.3	0.0	0.6
21-22	0.7	0.2	1.2
23-24	0.0	0.0	0.0
25 y más	1.5	0.8	2.2
Total	1.0	1.0	1.0

En la tabla 31, en relación a la edad de inicio de consumo de estimulantes según el sexo, se observa un promedio de edad de 17 años, con una mediana de 17 años, determinando que tanto mujeres como hombres iniciaron el consumo en la etapa de adolescencia. La tabla también muestra que un 75% de los universitarios inicia el consumo de estimulantes después de los 15 años de edad.

Tabla 31. Edad de inicio de consumo de estimulantes según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	17.2	15	16	20
Mujer	16.8	15	17	19
Total	17.0	15	17	20

Respecto a la frecuencia de uso de estimulantes sin prescripción médica, en la tabla 32 se observa que el 91.6% de los estudiantes universitarios declaró una frecuencia ocasional de uso de estimulantes, siendo similar para ambos sexos. Mientras que la frecuencia de uso de varias veces por semana mostró un 4.7% predominantemente en mujeres y un 3.6% expresó una frecuencia de uso diario, similar para ambos sexos.

Tabla 32. Indicadores de frecuencia de uso de estimulantes sin prescripción médica según sexo

Sexo	¿Con qué frecuencia usa estimulantes sin prescripción médica?		
	Ocasionalmente	Varias veces por semana	Diariamente
Hombre	94.6	1.7	3.7
Mujer	87.1	9.3	3.5
Total	91.6	4.7	3.6

Los resultados obtenidos en la tabla 33 reflejan la prevalencia de consumo en los estudiantes universitarios, según el tipo de estimulante sin prescripción médica; de acuerdo al indicador de prevalencia de haber consumido alguna vez en su vida estimulantes, se demostró que el 26.1% de los estudiantes universitarios declararon que habían consumido metilfenidato (ritalina), siendo mayor el consumo entre las mujeres que en hombres con 30.1% y 23.2% respectivamente. De igual forma, las mujeres reportan mayor consumo de fentermina (duromine) y fenproporex (esbelcaps, solu caps y neobes).

Mientras que un 20.2% dijo haber consumido anfetaminas (adderall) principalmente en hombres, con un 27.6% frente a un 9.7% en mujeres.

Tabla 33. Porcentaje de universitarios que declaró haber consumido estimulantes sin prescripción médica según tipo de estimulante y sexo

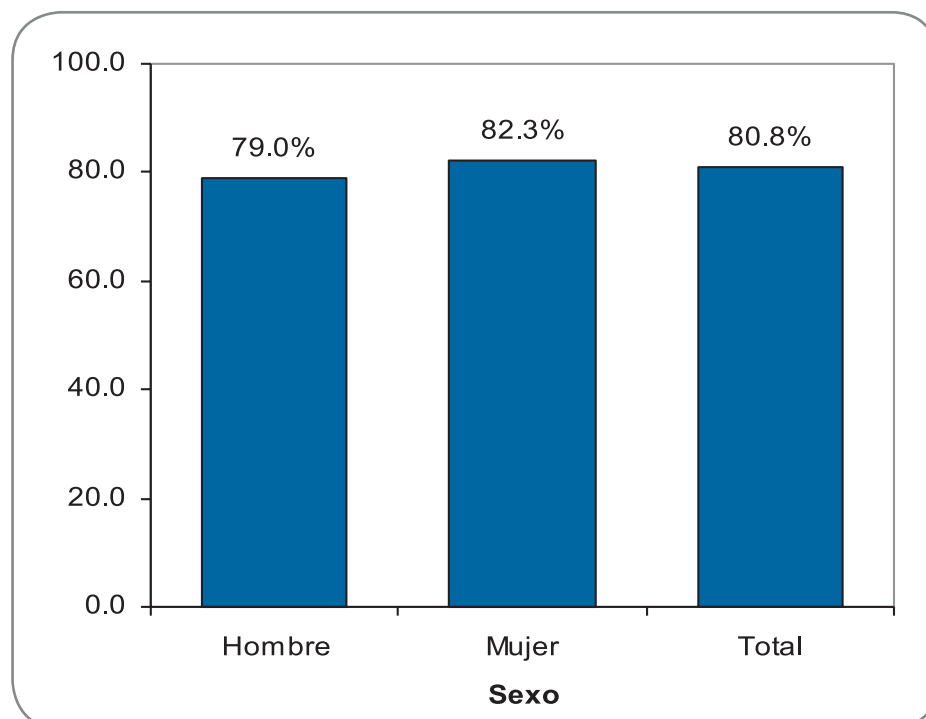
Tipo de Estimulante	Hombres	Mujeres	Total
Metilfenidato (ritalina)	23.2	30.1	26.1
Hidrocloruro de Metilfenidato (concerta)	0.3	0.0	0.2
Fentermina (duromine)	3.8	5.4	4.5
Anfepramona (suprime)	3.5	1.3	2.6
Fenproporex (esbelcaps, solucaps y neobes)	1.7	4.6	2.9
Anfetamina (adderall)	27.6	9.7	20.2

5.3.2.2. Percepción de riesgo

Dentro de la percepción del riesgo de consumo de estimulantes sin prescripción médica por los estudiantes universitarios se presentan los resultados de acuerdo al sexo y edad.

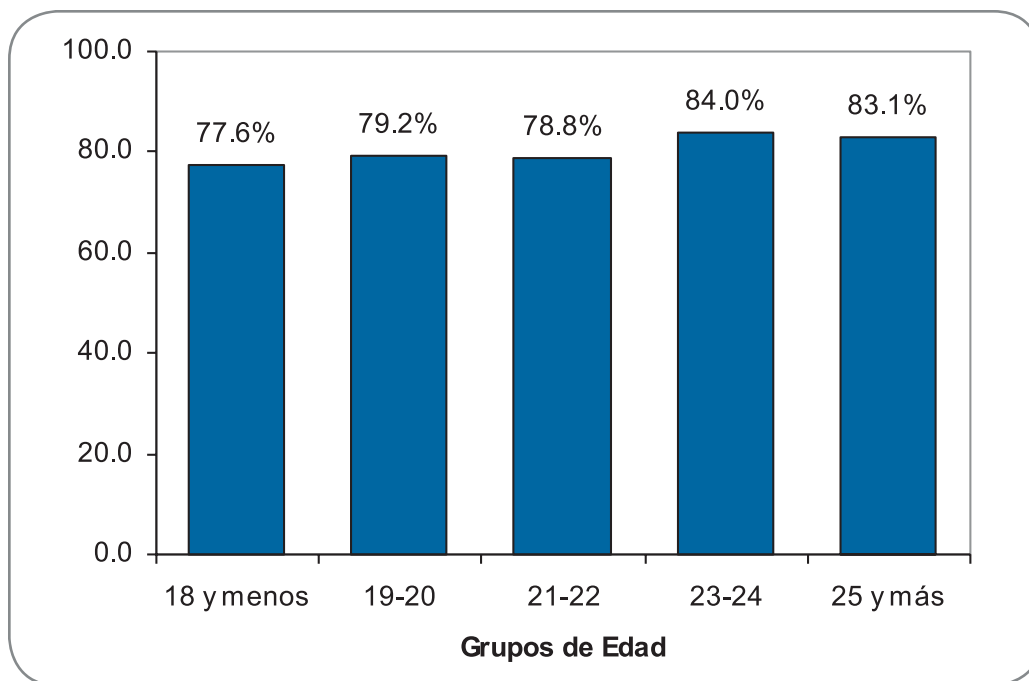
En el gráfico 7 se puede observar la percepción de gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes de tipo anfetaminas, sin prescripción médica por los estudiantes universitarios según el sexo; determinando que tanto para el sexo masculino como femenino la percepción de gran riesgo es bastante similar.

Gráfico 7. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes sin prescripción médica según sexo



El porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes de tipo anfetaminas sin prescripción médica, según el grupo de edad, se observa en el gráfico 8 que mayormente perciben gran riesgo de consumo frecuente, correspondiente a los grupos de edad desde los 23 años y más; mientras que en el caso de los grupos de edad de 18 años y menos hasta los 22 años, la percepción de gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes es menor.

Gráfico 8. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de estimulantes sin prescripción médica según grupos de edad



5.3.2.3. Facilidad de acceso

Los resultados sobre la accesibilidad por conseguir los estimulantes sin prescripción médica se reflejan según el sexo, la edad y forma de obtención.

En la tabla 34, se demuestra que la percepción de los estudiantes universitarios, según el sexo, en relación a la facilidad de conseguir estimulantes de tipo anfetamínico sin prescripción médica, es que un total del 10.8% hace referencia a que es fácil conseguir estimulantes de una forma muy similar para ambos sexos; 11.2% para mujeres y 10.3% para hombres.

Tabla 34. Porcentaje de universitarios que consideran que es fácil conseguir estimulantes tipo anfetamínico sin prescripción médica según sexo.

Sexo	% Fácil conseguir
Hombres	10.3
Mujeres	11.2
Total	10.8

De acuerdo a los resultados reflejados en la tabla 35, los estudiantes universitarios según los grupos de edad tienen una percepción acerca de conseguir de una forma fácil los estimulantes sin receta médica, en mayor porcentaje correspondiente a 15.6% en el grupo de edad de 18 y menos años, y en menor porcentaje de 8.2% entre el grupo de edad de 21-22 años.

Tabla 35. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir estimulantes sin receta médica según grupos de edad (años).

Grupos de edad	% Fácil conseguir
18 y menos	15.6
19-20	14.5
21-22	8.2
23-24	9.4
25 y más	8.9
Total	10.8

En relación a la forma de obtención de los estimulantes en estudiantes universitarios, se observa en la tabla 36 que mayormente lo obtuvieron en la farmacia con un 1.0%, seguido de forma descendente en un 0.7% por el médico, 0.5% por un amigo, 0.4% en la casa, 0.3% sin receta o en la calle, 0.2% nunca fue por receta y 0.1% por internet.

Tabla 36. Distribución porcentual de universitarios según forma de obtención de los estimulantes

¿Cómo obtuvo los Estimulantes que consumió?	%
De un médico	0.7
En la calle	0.3
En la casa	0.4
De un amigo	0.5
En la farmacia	1.0
Por Internet	0.1
A veces sin receta	0.3
Nunca con receta	0.2
Otro	0.3



Capítulo 6

RESULTADO SOBRE DROGAS ILÍCITAS

Capítulo 6

RESULTADO SOBRE DROGAS ILÍCITAS

En este capítulo se presentan los resultados correspondientes a las siguientes drogas por separado: marihuana, cocaína, crack, solventes e inhalantes. También se incluye un apartado sobre conocimiento y opiniones respecto a drogas sintéticas. Así como la prevalencia de otras drogas ilícitas tales como hachís, heroína, opio, morfina, alucinógenos y ketamina. Finalmente, se exponen los resultados de uso de cualquier droga ilícita, incluyendo abuso y dependencia.

6.1. MARIHUANA

6.1.1. Indicadores de uso

La marihuana es la droga ilícita de mayor uso en el mundo y en El Salvador. En la tabla 37 se observa que el 11.8% de los estudiantes universitarios aceptan haber utilizado marihuana al menos una vez en su vida, siendo el consumo mayor en hombres que en mujeres, en una proporción de aproximadamente 4 hombres por cada mujer. El uso reciente, descrito a través de la prevalencia de último año, es de 3.3%, variando de 4.7% entre hombres y 2.1% en mujeres, más o menos dos hombres por cada mujer. Asimismo, al estudiar la incidencia de año, el 2.4% de los universitarios iniciaron su consumo en el último año, manteniéndose la proporción de 2 a 1 entre hombres y mujeres.

Tabla 37. Indicadores de consumo de marihuana según sexo

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	19.4	4.7	1.3	3.3	0.7
Mujer	5.4	2.1	0.2	1.7	0.1
Total	11.8	3.3	0.7	2.4	0.4

Al comparar el uso reciente de marihuana, según sexo, en la tabla 38 se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo mayor entre los hombres con 4.7% frente al 2.1% en mujeres.

Tabla 38. Consumo reciente (prevalencia último año) de marihuana e intervalos de 95% de confianza según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	4.7	3.8	5.7
Mujer	2.1	1.6	2.7
Total	3.3	2.8	3.8

Con relación a la edad, se observa en la tabla 39 que el mayor uso está en el grupo más joven, 18 años y menos, así como en los de 23 a 24 años. Los menores niveles de consumo se encuentran en el grupo de 21 a 22 años y 25 años y más.

Tabla 39. Consumo reciente (prevalencia último año) de marihuana e intervalos de 95% de confianza según grupos de edad (años)

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	5.4	3.5	7.3
19-20	3.6	2.6	4.6
21-22	2.4	1.5	3.4
23-24	4.4	2.8	6.0
25 y más	2.5	1.6	3.4
Total	3.3	2.8	3.8

En cuanto a la edad de inicio del uso de marihuana, en la tabla 40 se evidencia que la edad promedio es a los 18.6 años, variando de los 18 años para los hombres y 19 para las mujeres. Tanto para el percentil 25 como para la mediana, la edad de inicio en hombres es de un año inferior que de las mujeres. En síntesis, el 25% de los consumidores de marihuana lo hicieron por primera vez a los 16 años o antes y el 50% lo hizo a los 18 años o antes.

Tabla 40. Edad de inicio de consumo de marihuana según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	18.4	16	18	19
Mujer	19.2	17	19	21
Total	18.6	16	18	20

6.1.2. Abuso y Dependencia

Como ya se mencionó, a quienes declararon un uso de marihuana durante el último año, se les hizo participar de dos instrumentos, uno para evaluar abuso de marihuana (DSM-IV) y otro para evaluar dependencia (CIE-10). En aquellos casos que cumplieron ambos criterios, se optó por clasificarlos en la categoría de dependencia, es decir que la categoría "dependiente" incluye también a una gran proporción de abusadores.

En la Tabla 41, se puede observar que entre aquellos que admitieron haber consumido marihuana alguna vez en el último año, el 33% cae en la condición de abuso o dependencia a la marihuana; dicho de otra forma, uno de cada tres consumidores de marihuana está en esta condición, según la definición mencionada en el párrafo anterior. Esta relación aumenta a casi uno de cada dos en el caso de los hombres (46%). Al comparar los datos por sexo, hay una diferencia marcada, sobre todo entre dependientes a la marihuana, variando de 24.9% entre hombres a 3.44% en mujeres, es decir, una proporción de 7 hombres por cada mujer. En cuanto al abuso de marihuana, también pueden observarse diferencias marcadas según el sexo, variando de 21.3% entre hombres a 4.6% en mujeres. Es importante tener presente que tanto los resultados como las interpretaciones están afectadas por el escaso número de estudiantes que manifiestan consumo de marihuana en el último año (3.3%).

Tabla 41. Porcentaje de universitarios con signos de abuso o dependencia a marihuana, respecto de los consumidores del último año, según sexo

Sexo	% de abuso ¹	% de dependientes ²	% Abuso o dependiente
Hombres	21.3	24.9	46.0
Mujeres	4.6	3.4	8.0
Total	15.6	17.5	33.1

¹ Incluye a abusadores, no dependientes (solo abusadores)

² Incluye a aquellos dependientes que también califican como abusadores

Los porcentajes de abuso, con relación a la edad, se presentan en la tabla 42, donde se observan diferencias en los distintos grupos; en el grupo de 19 a 20 años se presenta la mayor proporción en la condición de abuso (31.3%) que el resto de los grupos. En contraposición a los del grupo de 18 años y menos que presentan las menores tasas (7.6%).

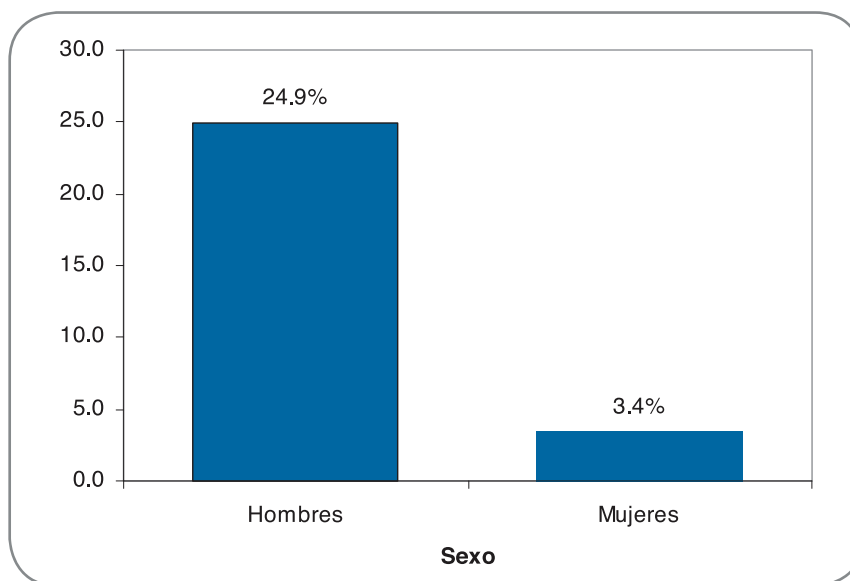
Tabla 42. Porcentaje de universitarios con signos de abuso a marihuana, respecto de los consumidores del último año, según grupos de edad (años)

Grupos de edad	% de abuso ¹	Intervalos de Confianza	
18 y menos	7.6	0.0	19.4
19-20	31.3	18.0	44.7
21-22	8.7	0.0	19.3
23-24	13.6	1.1	26.2
25 y más	10.1	0.0	27.4
Total	15.6	9.7	21.5

¹ Incluye a abusadores, no dependientes (solo abusadores)

Con relación al sexo, en el gráfico 9 se muestra que existen diferencias significativas en cuanto a los consumidores de último año con signos de dependencia a marihuana, siendo ésta mayor entre los hombres que en las mujeres, 24.9% y 3.44% respectivamente.

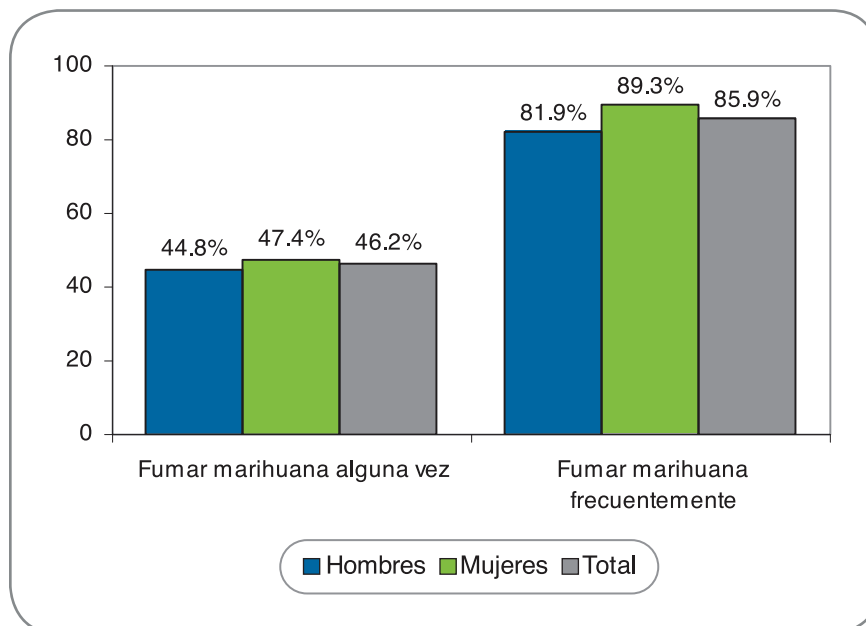
Gráfico 9. Porcentaje de universitarios con signos de dependencia a marihuana, respecto de los consumidores del último año, según sexo



6.1.3. Percepción de riesgo

Para las diversas drogas, se evaluó la percepción de riesgo que los universitarios tienen frente al uso experimental y el uso frecuente. En el gráfico 10, se puede observar que 46.2% de los estudiantes percibe gran riesgo frente al uso experimental (consumo una o dos veces) de marihuana, siendo mayor en el caso de las mujeres. Dicha cifra casi se duplica si los universitarios son consultados sobre el riesgo percibido cuando una persona consume frecuentemente marihuana, siendo siempre superior entre las mujeres, ya que el 89.3% tienen una percepción de gran riesgo frente al 81.0% en los hombres.

Gráfico 10. Percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, según sexo.



6.1.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas

Acerca de las variables asociadas con la oferta de marihuana, en la tabla 43 se puede observar que el 35.2% de los universitarios declara que les resultaría fácil conseguirla, con cifras mayores entre los hombres que las mujeres, 40.2% y 30.9% respectivamente. Por otra parte, 35.3% reporta haber recibido oferta de marihuana durante el último año, ya sea para probar o comprar, cifra que se reduce a cerca del 11% cuando se refiere a la oferta durante el último mes (últimos 30 días). En ambas situaciones, son las mujeres quienes han tenido, en mayor proporción, oferta directa de marihuana.

Tabla 43. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje que han recibido oferta de marihuana, según sexo

Sexo	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
Hombres	40.2	9.8	34.0
Mujeres	30.9	13.1	38.0
Total	35.2	10.9	35.3

En términos de la edad de los estudiantes universitarios, de la tabla 44 se desprende que el grupo de 19 a 20 años es el que manifiesta, en mayor proporción, que les resultaría fácil conseguir marihuana. En todos los grupos la cifra supera el 30% de los universitarios.

En cuanto a la oferta, hay algunas diferencias en referencia a si les han ofrecido esta droga en el último año, pues hay notorias fluctuaciones entre los grupos, en el segmento de estudiantes menores de 18 años el 61% declaró que les han ofrecido marihuana al menos una vez en el último año contra un 19.1% de los estudiantes mayores de 25 años. En los últimos 30 días, previo al estudio, a los universitarios que más les han ofrecido esta droga es a los que tienen de 23 a 24 años de edad, en un porcentaje del 18.5%. Los estudiantes con 25 años o más son los que presentan cifras menores de oferta para mes (8.2%) y para año (19.1%), al tiempo que son los que en menor porcentaje estiman que les sería fácil conseguirla, con un 30.4%.

Tabla 44. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje que ha recibido oferta de marihuana, según grupos de edad (años)

Grupos de edad	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
18 y menos	35.0	9.9	61.4
19-20	40.9	12.1	43.4
21-22	36.4	9.0	33.6
23-24	33.2	18.5	37.8
25 y más	30.4	8.2	19.1
Total	35.2	10.9	35.3

6.2. COCAÍNA

En esta sección se presentan los resultados asociados con cocaína, nuevamente con un conjunto de indicadores que se presentan en forma separada.

6.2.1. Indicadores de uso

En cuanto a los resultados obtenidos respecto al uso de cocaína, en la tabla 45 se observa que el 2.3% de universitarios declara haber consumido cocaína alguna vez en su vida, con cifras cinco veces más altas en hombres que en mujeres, en porcentajes de 4.0% frente a 0.8%. Los niveles de consumo reciente (último año) llegaron a 0.4% y de consumo actual a 0.2%.

Tabla 45. Indicadores de Consumo de Cocaína

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	4.0	0.4	0.3	0.3	0.1
Mujer	0.8	0.4	0.1	0.4	0.0
Total	2.3	0.4	0.2	0.4	0.1

Respecto al consumo reciente (prevalencia de último año) como se observa en la tabla 46, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para el consumo reciente, ya que para ambos sexos se presentan cifras similares.

Tabla 46. Consumo reciente (prevalencia último año) de cocaína e intervalos de 95% de confianza, según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	0.4	0.2	0.7
Mujer	0.4	0.2	0.7
Total	0.4	0.2	0.6

Al examinar la edad de los universitarios, en la tabla 47 se observa que entre los jóvenes de 23 y 24 años se presenta el mayor uso con 0.84% de uso reciente.

Tabla 47. Consumo reciente (prevalencia último año) de cocaína, según grupos de edad

Grupos de edad	%
18 y menos	0.3
19-20	0.1
21-22	0.3
23-24	0.8
25 y más	0.6
Total	0.4

Por otra parte, la edad de inicio del consumo de cocaína se presenta en la tabla 48. La edad promedio de inicio es 20 años, similar para ambos grupos. Entre los consumidores, el 50% lo hicieron por primera vez a los 20 años o menos (mediana), variando un año entre hombres y mujeres. En general, el 25% de quienes han consumido alguna vez esta droga, lo hicieron por primera vez antes de los 17 años.

Tabla 48. Edad de inicio de consumo de cocaína según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	20.2	17	20	25
Mujer	20.5	19	21	25
Total	20.2	17	20	25

6.2.2. Abuso y dependencia

De la misma forma que para las drogas anteriores, también se incluyó instrumentos para evaluar el abuso y dependencia de cocaína, cuyos resultados se presentan en la tabla 49. Debido a que este indicador está basado en los consumidores de último año, y la prevalencia correspondiente es baja, estas cifras deben ser analizadas con precaución. De la tabla se desprende que algo más de las tres cuartas partes de los consumidores recientes de cocaína pueden ser clasificados en la condición de abusadores y dependientes (77.4%). Estos datos deben ser estudiados con precaución por el escaso número de consumidores del último año (0.4) que la base de los porcentajes presentados más abajo.

Tabla 49. Porcentaje de universitarios con signos de dependencia a cocaína, respecto de los consumidores del último año, según sexo

Sexo	% de dependientes ¹
Hombres	87.6
Mujeres	15.5
Total	77.4

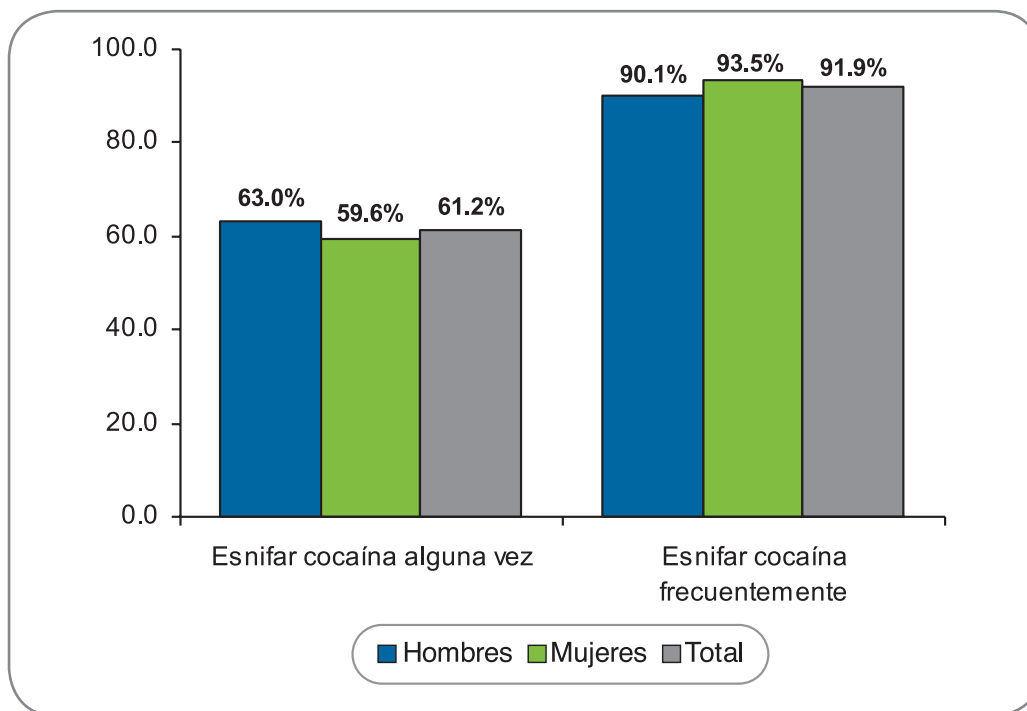
¹ Incluye a aquellos dependientes que también califican como abusadores

6.2.3. Percepción de riesgo

De la misma forma que para las otras drogas presentadas, se le consultó a los universitarios sobre la percepción de riesgo frente al uso experimental (consumo una o dos veces) y frecuente de cocaína. Con relación al sexo, los resultados se muestran en el Gráfico 11.

Se puede observar que 61.2% de los universitarios perciben un gran riesgo frente al uso experimental de cocaína, con cifras superiores en hombres. La percepción de gran riesgo sube a 92% cuando se trata del uso frecuente de cocaína, con una mayor percepción de gran riesgo entre las mujeres.

Gráfico 11. Percepción de gran riesgo de consumo de cocaína según sexo.



6.2.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas

En esta sección se entregan los resultados sobre la percepción de facilidad de acceso y la oferta de cocaína por parte de los universitarios. En la tabla 50 se observa que 12.3% de los entrevistados declara que les resultaría fácil conseguir cocaína, 14.2% en el caso de los hombres y 10.7% entre las mujeres. Por otra parte, 7.1% reconoce que le han ofrecido cocaína durante el último año, ya sea para comprar o probar, con claras diferencias por sexo. Esta cifra baja a 2% cuando se refiere a la oferta en los últimos 30 días.

Tabla 50. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir cocaína y porcentaje que han recibido oferta de cocaína, según sexo

Sexo	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
Hombres	14.2	1.3	5.9
Mujeres	10.7	3.3	9.5
Total	12.3	2.0	7.1

En términos de la edad, como se observa en la tabla 51, casi el 13% del grupo de estudiantes con 25 años o más consideran que es fácil conseguir cocaína, frente a casi un 10% entre los estudiantes de 18 años o menos. Respecto de la oferta directa durante el último año, hay algunas diferencias por grupos de edad; en efecto, en todos los grupos, los valores fluctúan entre 4% y 8%, con excepción del grupo de 23 a 24 años, que asciende a 14%. Algo similar se observa respecto de la oferta directa en los últimos 30 días, donde el 2% de los estudiantes declara que le ofrecieron cocaína, porcentaje que sube a 7% para el grupo de 23 a 24 años.

Tabla 51. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir cocaína y porcentaje que ha recibido oferta de cocaína, según grupos de edad (años)

Grupos de edad	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
18 y menos	9.9	0.7	4.4
19-20	12.4	1.1	6.1
21-22	9.3	1.1	4.4
23-24	12.9	7.1	14.0
25 y más	15.3	1.6	8.1
Total	12.3	2.0	7.1

6.3. CRACK

6.3.1. Indicadores de uso

En el caso de Crack, en la tabla 52 se puede observar que el porcentaje de estudiantes con consumo de crack es inferior a uno, principalmente en el sexo masculino, frente a las mujeres, donde el consumo de crack es cero.

Tabla 52. Indicadores de consumo de crack según sexo

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	0.8	0.1	0.1	0.0	0.0
Mujer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0

Al examinar la edad de inicio del uso de crack, como se observa en la tabla 53, la edad promedio de inicio es de 17.8 años, muy similar en hombres y mujeres. El 50% lo hicieron por primera vez antes de los 16 años.

Tabla 53. Edad de inicio de consumo de crack según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	17.8	15	16	20
Mujer	17.0	17	17	17
Total	17.8	15	16	20

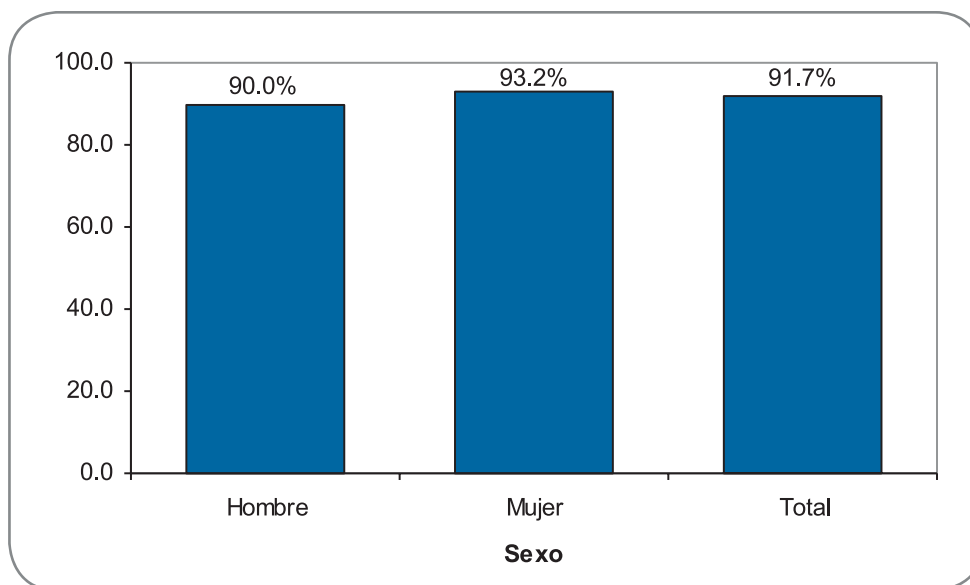
6.3.2. Abuso y dependencia

En el estudio se indagó sobre abuso y dependencia de crack, sin embargo no hubo casos de universitarios con esta condición.

6.3.3. Percepción de riesgo

Al estudiar la percepción de gran riesgo de los universitarios respecto al consumo frecuente de crack, es levemente mayor en las mujeres como se observa en el gráfico 12.

Gráfico 12. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo frecuente de crack según sexo



6.3.4. Facilidad de acceso y oferta de drogas

Al preguntar a los universitarios sobre la facilidad de acceso y si han recibido oferta de crack, en la tabla 54, se observa que mayormente los hombres consideran que le sería fácil conseguir crack con porcentajes mayores frente a las mujeres, 11.7% y 6.0% respectivamente. Al indagar sobre la oferta, el 1.6% de los universitarios declaró que le habían ofrecido crack en los últimos 12 meses.

Tabla 54. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir crack y porcentaje que han recibido oferta de crack según sexo

Sexo	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
Hombres	11.7	0.2	1.8
Mujeres	6.0	0.3	1.1
Total	8.6	0.2	1.6

6.4. SOLVENTES E INHALANTES

6.4.1. Indicadores de uso

Este estudio pretendió también establecer el uso de solventes e inhalantes, que como se mencionó anteriormente, son sustancias lícitas que se han incorporado en este capítulo por la importancia que tiene el uso indebido de ellas. La lista que se incluyó en el cuestionario contempla las siguientes sustancias: poppers, desodorantes ambientales o corporales, pegamentos de caucho, gasolina, parafina u otros similares. En la tabla 55 podemos observar que 3.2% de los universitarios declaran haber usado esta sustancia al menos una vez en su vida, con un mayor uso entre los hombres. El uso reciente, descrito a través de la prevalencia del último año es de 0.4%, cifra que se mantiene idéntica para hombres y mujeres. Finalmente, el uso actual es de 0.2%, en este caso con consumo superior en las mujeres, 0.3% frente a 0.1%.

Tabla 55. Indicadores de consumo de solventes e inhalables

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	3.4	0.4	0.1	0.4	0.1
Mujer	3.1	0.4	0.3	0.3	0.3
Total	3.2	0.4	0.2	0.3	0.2

Al comparar el uso reciente de inhalables entre hombres y mujeres, en la tabla 56 se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 56. Consumo reciente (prevalencia último año) de solventes e inhalables e intervalos de 95% de confianza, según sexo

Sexo	%	Intervalo de Confianza	
Hombre	0.4	0.1	0.7
Mujer	0.4	0.1	0.6
Total	0.4	0.2	0.6

Con relación a la edad de inicio del consumo de solventes e inhalantes es en promedio a los 14 años variando por sexo de 13.8 años para las mujeres y 15 años entre los hombres. En general, el 50% de quienes han consumido estas drogas lo hicieron por primera vez antes de los 14 años y el 75% antes de los 17 años.

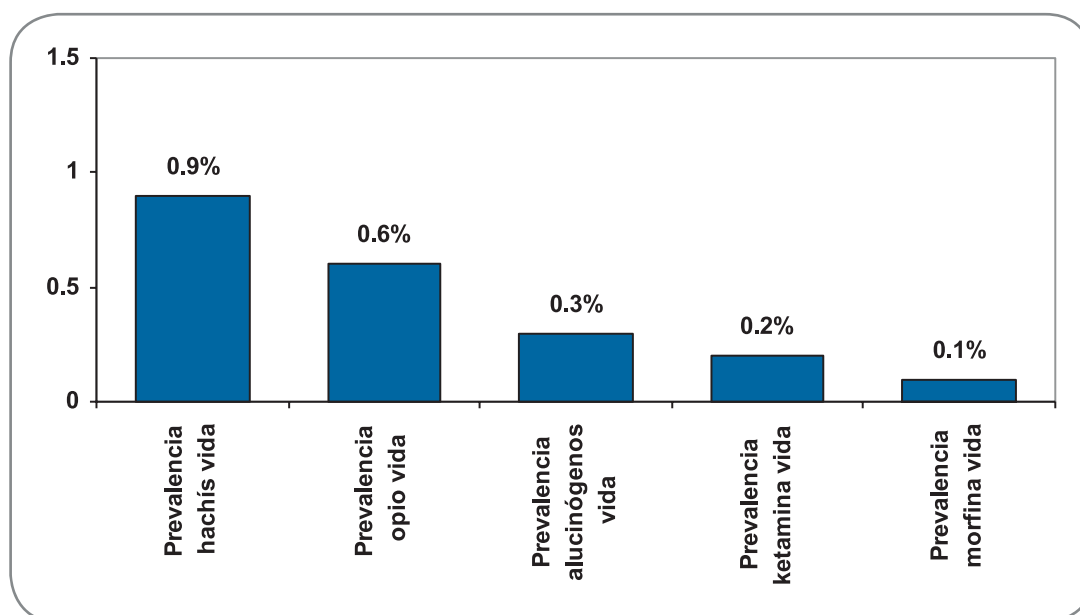
Tabla 57. Edad de inicio de consumo de solventes e inhalables según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	15.0	13	15	17
Mujer	13.8	10	12	16
Total	14.4	12	14	17

6.5. OTRAS DROGAS

En el cuestionario, también se incluyeron otras drogas por lo que a continuación se presentan los resultados. El uso de otras drogas en estudios anteriores ha sido menor al 1%. Situación que es similar para el caso de este estudio, como se observa en el gráfico 13, menos del 1% de los universitarios declaró haber usado hachis al menos una vez en su vida, un 0.6% declara haber consumido opio, y un 0.3% consumió alucinógenos. Por último ketamina (0.2%) y morfina (0.1%).

Gráfico 13. Prevalencia de vida de consumo de otras drogas por tipo de droga



En la prevalencia de consumo reciente (prevalencia de último año), se reportaron cifras muy bajas en relación a consumo para opio (0.4%) y alucinógenos (0.1%). Para las demás no se reportaron casos en cuanto a consumo reciente.

6.6. ÉXTASIS

6.6.1. Indicadores de uso

En esta sección, se presentan los resultados sobre consumo de éxtasis, con relación a las declaraciones de uso de los estudiantes universitarios, mediante los indicadores de prevalencia, en la vida, último año y último mes, e incidencia de último año y último mes, de acuerdo con las definiciones descritas anteriormente.

Los resultados se muestran en la tabla 58, observando que la prevalencia de éxtasis fue casi inexistente, tanto para la prevalencia de vida, último año y último mes, donde solamente el 0.2% de los universitarios declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida.

Tabla 58. Indicadores de Consumo de Éxtasis

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombre	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0
Mujer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0

En relación al inicio del consumo de éxtasis, se observó un promedio de 18.8 años de edad y la mediana fue de 19 años, determinando que las mujeres iniciaron el consumo a más temprana edad que los hombres (tabla 59).

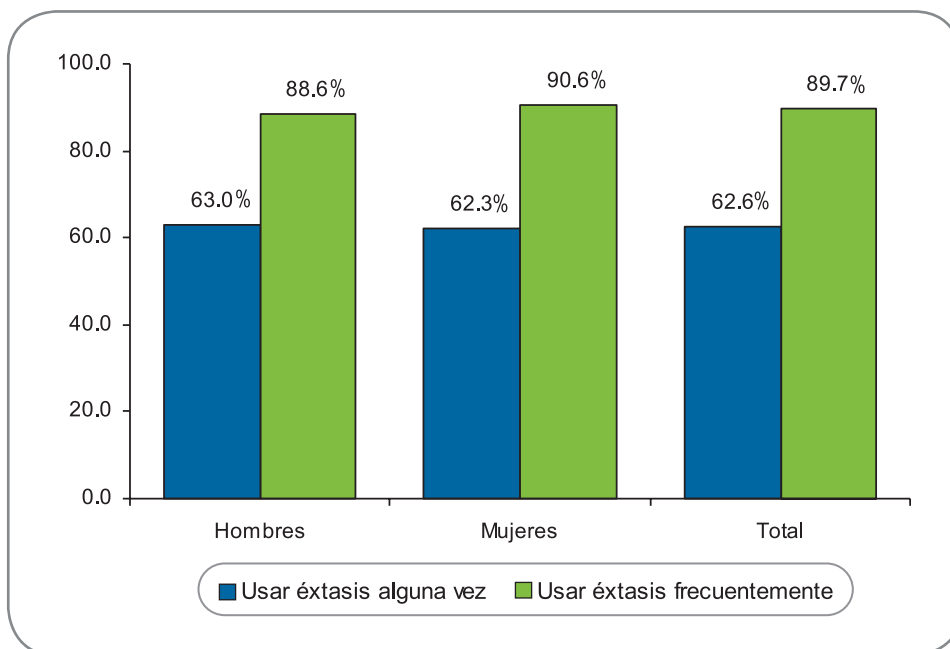
Tabla 59. Edad de inicio de consumo de éxtasis según sexo

Sexo	Promedio	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Hombre	19.2	18	19	20
Mujer	15.0	15	15	15
Total	18.8	18	19	20

6.6.2. Percepción del riesgo

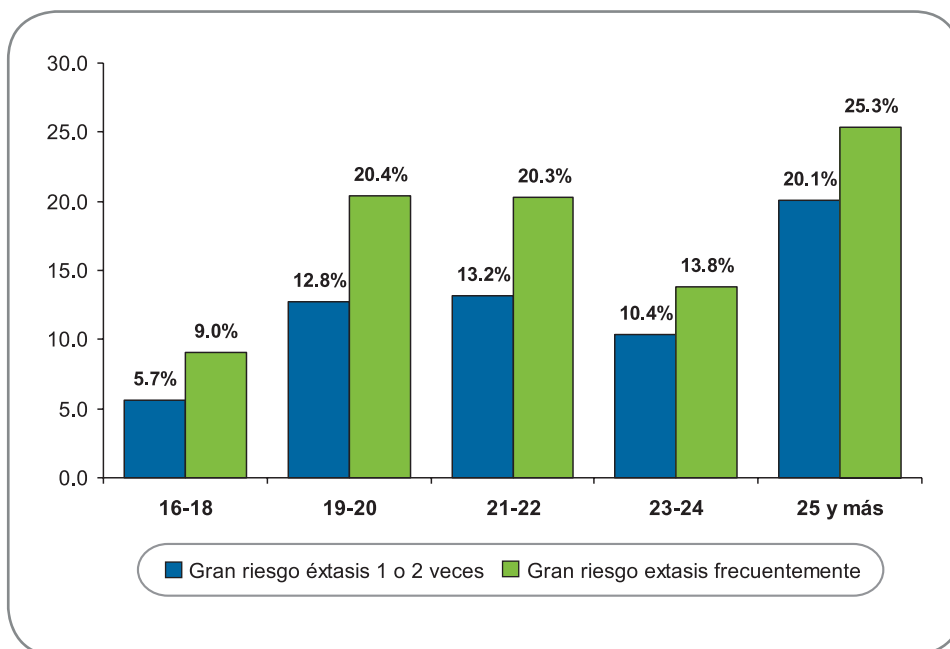
En el gráfico 14 se puede observar que hombres y mujeres percibieron que era un gran riesgo cuando hubo un uso frecuente de éxtasis, en cambio la percepción de gran riesgo fue menor en cuanto al uso de éxtasis solo alguna vez.

Gráfico 14. Percepción de gran riesgo de consumo de éxtasis según sexo



La percepción de gran riesgo, con relación a la edad de los universitarios, se presenta en el gráfico 15. Es importante destacar que el grupo de menor edad, 16 a 18 años, tienen una percepción de gran riesgo menor para consumo de éxtasis 1 o 2 veces (consumo experimental) y consumo frecuente, que los grupos de mayor edad, los cuales si perciben un gran riesgo por el consumo experimental y frecuentemente. En general, los estudiantes de todos los grupos de edad que consumen éxtasis experimentalmente tienen una concepción de gran riesgo menor que los consumidores frecuentes, donde mostró ser mayor la concepción de gran riesgo.

Gráfico 15. Percepción de gran riesgo de consumo de éxtasis según grupos de edad



6.6.3. Facilidad de acceso y oferta de drogas

Respecto de las variables asociadas con la oferta de éxtasis, en la tabla 60 se puede observar que 5.6% de los universitarios declara que les resultaría fácil conseguirla, con cifras similares entre hombres y mujeres. Por otra parte, 3.4% reporta haber recibido ofertas de éxtasis durante el último año, ya sea para probar o comprar, cifra que se reduce a sólo un 0.3% cuando se refiere a la oferta durante el último mes. En los últimos 12 meses, son los hombres quienes han tenido un mayor porcentaje de oferta directa de éxtasis, en el caso de los últimos 30 días los porcentajes fueron menores al 1.0% y siempre los hombres presentaron el mayor porcentaje.

Tabla 60. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir éxtasis y porcentaje que han recibido oferta de éxtasis, según sexo

Sexo	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
Hombres	5.8	0.5	4.7
Mujeres	5.5	0.1	2.4
Total	5.6	0.3	3.4

En términos de la edad de los estudiantes, el 5.6% mencionó que era fácil conseguir éxtasis, observando el menor valor (4.2%) a los 18 años o menos y el mayor valor a los 25 años o más (6.6%). En cuanto a la oferta, los resultados fueron bajos y similares en todos los grupos de edad, siendo en los últimos 30 días menores al 1.0% y en los últimos 12 meses menores al 5.0%, donde el menor porcentaje lo presentó el grupo de 23 a 24 años (tabla 61).

Tabla 61. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir éxtasis y porcentaje que ha recibido oferta de éxtasis, según grupos de edad (años).

Grupos de edad	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
18 y menos	4.2	0.4	2.3
19-20	6.2	0.1	4.4
21-22	4.4	0.4	3.2
23-24	6.0	0.1	1.8
25 y más	6.6	0.5	4.2
Total	5.6	0.3	3.4

6.7. CUALQUIER DROGA ILÍCITA

6.7.1. Indicadores de uso.

Se presentan los resultados sobre los indicadores de uso de drogas ilícitas en estudiantes universitarios a través de la prevalencia de vida, en el último año y en el último mes según el sexo y tipo de droga.

Los resultados obtenidos en la tabla 62 reflejan la prevalencia de consumo según el tipo de droga que consumió alguna vez en su vida, en el último año y último mes; en el cual se observa que un 14.9% de los universitarios declara que ha consumido cualquier droga alguna vez en su vida, mientras que un 3.9% lo hizo en el último año y el 1% en el último mes. En menor porcentaje de 0.1% expresó que ha consumido morfina alguna vez en la vida, siendo inexistente el consumo de heroína. Por otra parte, en relación al consumo en el último año el 0.1% dijo haber consumido hachís, alucinógenos y crack en iguales porcentajes e inexistentes con éxtasis, ketamina, heroína y morfina. De igual forma, menos del 1% de los universitarios declara haber consumido marihuana, solventes y cocaína en el último mes, y con valores inexistentes con hachís, alucinógenos, éxtasis, crack, ketamina, heroína y morfina.

Tabla 62. Prevalencias vida, año y mes, por tipo de droga.

Droga	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Marihuana	11.8	3.3	0.7
Solventes	3.2	0.4	0.2
Cocaína	2.2	0.4	0.2
Hachís	0.9	0.1	0.0
Alucinógenos	0.3	0.1	0.0
Éxtasis	0.2	0.0	0.0
Opio	0.6	0.4	0.0
Crack	0.4	0.1	0.0
Ketamina	0.2	0.0	0.0
Heroína	0.0	0.0	0.0
Morfina	0.1	0.0	0.0
Cualquier droga	14.9	3.9	1.0
Prevalencia de cualquier droga menos marihuana	3.4	1.3	1.2

En relación a los indicadores de consumo de cualquier droga en los estudiantes universitarios, los resultados de la tabla 63 muestran que el 14.9% de los estudiantes universitarios expresaron haber consumido cualquier droga alguna vez en su vida, con predominio del sexo masculino frente al femenino, en prevalencia de vida, último año y último mes.

Tabla 63. Indicadores de consumo de cualquier droga según sexo.

Sexo	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Hombre	22.5	5.3	1.5
Mujer	8.6	1.5	0.6
Total	14.9	3.9	1.0

La prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita para el último año, según el sexo de los estudiantes universitarios corresponde a un 4.0% del total de la prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita, con diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, el cual se puede observar en la tabla 64, determinando que en mayor porcentaje se encuentra en el sexo masculino con un 5.3% frente a un 2.6% del sexo femenino de los estudiantes universitarios que declararon consumo de cualquier droga ilícita.

Tabla 64. Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier droga ilícita intervalos de 95% de confianza, según sexo.

Sexo	%	Intervalo de confianza	
Hombre	5.3	4.3	6.3
Mujer	2.6	2.0	3.3
Total	4.0	3.3	4.4

En la tabla 65 se observa que los universitarios en el grupo de edad de 18 años y menos es donde mayormente se presenta un consumo reciente de cualquier droga ilícita con un 6.3%, mientras que en menor porcentaje 2.5% se encuentra en el grupo de 25 años y más, que expresaron un consumo reciente de cualquier droga ilícita en el último año.

Tabla 65. Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier droga ilícita intervalos de 95% de confianza, según grupos de edad (años).

Grupos de edad	%	Intervalo de Confianza	
18 y menos	6.3	4.3	8.4
19-20	4.3	3.2	5.5
21-22	3.3	2.2	4.4
23-24	4.9	3.2	6.6
25 y más	2.5	1.7	3.4
Total	4.0	3.3	4.4

6.7.2. Abuso y dependencia.

Partiendo de los aspectos teóricos detallados en el estudio sobre las conceptualizaciones de abuso y dependencia, en la tabla siguiente se observan los datos estadísticos sobre los estudiantes universitarios con signos de abuso o dependencia a cualquier droga ilícita según el sexo. Es importante destacar que si un estudiante clasifica eventualmente para abuso de una droga y para dependencia en otra, queda finalmente en la condición de dependencia para el grupo "cualquier droga". Cabe mencionar que este ejercicio sólo tiene la intención de aproximarse a determinar cuál es la potencial población de estudiantes universitarios que deberían considerar los programas de tratamiento, por lo cual los datos sólo son presentados para el total de la población.

Como se observa en la tabla 66, el porcentaje total mayor corresponde al 19% de los estudiantes universitarios que presentaron signos de dependencia a cualquier droga ilícita a predominio del sexo masculino con un 27%, y en menor porcentaje para el sexo femenino con un 5%; mientras que en relación al total de los estudiantes universitarios que presentaron signos de abuso por cualquier droga ilícita corresponde mayormente a un 16% del total, en el cual

predominantemente es mayor en el sexo masculino con un 20% a diferencia del sexo femenino en el que un 8% presentó signos de abuso a cualquier droga ilícita.

Tabla 66. Porcentaje de universitarios con signos de abuso o dependencia a cualquier droga ilícita según sexo.

Sexo	% de abuso	% de dependientes
Hombres	20.0	27.0
Mujeres	8.0	5.0
Total	16.0	19.0

En la tabla 67, se observan los datos correspondientes a los estudiantes universitarios que declararon consumo de drogas ilícitas, en donde el 16.3% presentaron signos de abuso de drogas, con diferencias estadísticamente significativas, reflejándose el mayor porcentaje en el sexo masculino con un 20.3% frente al femenino con 8.4%.

Tabla 67. Porcentaje de universitarios con signos de abuso de drogas e intervalos de 95% de confianza, según sexo.

Sexo	%	Intervalo de confianza	
Hombre	20.3	13.1	27.6
Mujer	8.4	0.0	17.8
Total	16.3	10.5	22.1

En la tabla 68, se observan los datos correspondientes a los estudiantes universitarios que presentaron signos de dependencia por el consumo de drogas ilícitas por sexo, en donde a partir del total de 19.4% correspondiente al valor dentro del intervalo referido al 95%, corresponde al mayor porcentaje en el sexo masculino con un 27.4% y en menor porcentaje en el sexo femenino con un 4.5%.

Tabla 68. Porcentaje de universitarios con signos de dependencia de drogas e intervalos de 95% de confianza, según sexo.

Sexo	%	Intervalo de confianza	
Hombre	27.4	19.4	35.5
Mujer	4.5	0.0	11.5
Total	19.4	13.2	25.6

6.8. DROGAS SINTÉTICAS

6.8.1. Conocimientos y opiniones

Una de las interrogantes que se quería conocer en la encuesta era si los estudiantes universitarios reconocían o no las sustancias sintéticas, para lo cual se consideró un grupo de las seis sustancias sintéticas más comunes. De acuerdo a la pregunta: ¿Cuáles sustancias reconoce como drogas sintéticas?

Como se observa en la tabla 69, el éxtasis es la droga sintética más reconocida por los universitarios, con 41.9%, predominantemente entre los hombres. Por otra parte, con porcentajes similares de reconocimiento como drogas sintéticas están las anfetaminas o sus derivados, metanfetaminas y LSD con tasas de 31.4%, 36.1% y 38.0% respectivamente, o sea un tercio aproximadamente de los universitarios en los tres casos, y con porcentajes mayores para los hombres. Con relación a la Ketamina el 21.9% la reconoce como droga sintética, reduciéndose a 16.3% en el caso de GHB. Es posible también observar estas cifras en el sentido opuesto y decir por ejemplo que un poco cerca del 60% de los universitarios no reconoce al éxtasis como una droga sintética.

Tabla 69. Distribución porcentual de universitarios de acuerdo con sustancias que son reconocidas como drogas sintéticas, por sexo

Droga	Hombres %	Mujeres %	Total %
Éxtasis **	51.6	33.6	41.9
Anfetaminas o sus derivados**	43.3	33.5	38.0
LSD **	40.2	23.9	31.4
Metanfetaminas**	45.4	28.2	36.1
Ketamina **	24.2	19.9	21.9
GHB**	19.1	13.8	16.3

**p<0.01

Al relacionar el sexo con las diferentes drogas sintéticas se obtuvo que existen diferencias estadísticas significativas, como se observa en la tabla 70.

Tabla 70. Relación del sexo con las diferentes drogas sintéticas.

Droga	χ^2	p-valor
Éxtasis**	3251.83	0.00
Anfetaminas o sus derivados**	1268.69	0.00
LSD**	3082.14	0.00
Metanfetaminas**	3200.00	0.00
Ketamina**	549.84	0.00
GHB**	613.31	0.00

**p<0.01

Así, también a todos los universitarios se les presentaron una serie de afirmaciones con relación a creencias frente al uso de sustancias en general. En la tabla 71 se observan los datos obtenidos.

En general, se observó que más del 60.0% de los universitarios está en desacuerdo o muy en desacuerdo con el hecho de que el uso de drogas sintéticas "ayuda a pasarla mejor en las fiestas"; por otra parte el 18.7% de los universitarios está de acuerdo o muy de acuerdo con que el consumo de este tipo de sustancias "está limitado a sitios de recreación", mientras

que el 47.9% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con lo antes mencionado. Hasta un 4.5% de los encuestados piensa que el uso de drogas sintéticas hace más fácil conseguir amigos y el 3.3% considera que mejora el desempeño sexual. Finalmente, el 9.2% está muy de acuerdo o de acuerdo en que el uso de estas sustancias esta restringido a personas de nivel socioeconómico alto, en contraposición al 55.7% que considera que no es exclusivo para ese estrato social.

Tabla 71. Distribución porcentual de usuarios en función de su acuerdo o no sobre ciertas creencias respecto del consumo de drogas sintéticas

El consumo de Drogas sintéticas:	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe/ No contesta
Ayuda a pasarla mejor en la fiesta	1.5	3.6	18.0	49.5	27.4
Está limitado a sitios de recreación (clubes, fiestas, bares, conciertos, etc.)	8.5	10.2	19.7	28.2	33.4
Hace más fácil conseguir amigos	1.5	3.0	18.8	53.3	23.4
Hace más difícil conseguir pareja	17.4	15.3	12.5	23.9	31.0
Mejora el desempeño sexual	1.0	2.3	15.2	39.9	41.6
Es exclusivo para personas de nivel socioeconómico alto	2.4	6.8	22.8	32.9	35.0

Además de las afirmaciones anteriores, los universitarios fueron sometidos a otro conjunto de aseveraciones con relación a los efectos, uso y comercialización de las drogas sintéticas. En la tabla 72 se puede observar los resultados. En primer lugar, destaca el hecho del alto porcentaje de universitarios que no se siente con el conocimiento suficiente para opinar sobre la mayoría de las afirmaciones planteadas. Por ejemplo, hasta aproximadamente un 60% de los universitarios "no sabe o no responde" frente a la afirmación de la compra de drogas (con o sin receta) en las farmacias o droguerías. Por otra parte, el 11.9% cree que sí se puede comprar en dichos lugares sin receta médica, mientras que 21.4% está de acuerdo o muy de acuerdo en que se pueden adquirir en locales establecidos con receta médica. Es importante destacar que 55.1% de los universitarios está en desacuerdo o muy en desacuerdo con la afirmación de que las drogas sintéticas son menos dañinas que el alcohol, mientras que 50.6% tiene una opinión similar respecto del daño en comparación con el uso de marihuana, y 48.3% respecto del daño del uso de cocaína o pasta base. En este último caso, se tiene que 47.2% no se pronuncia sobre esta afirmación.

El 5.6% está de acuerdo o muy de acuerdo con que el uso de estas drogas se puede controlar y no causa adicción, mientras que 57.6% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con lo afirmado anteriormente, y el 36.7% no sabe o no contesta.

Tabla 72. Distribución porcentual de universitarios, en función de su acuerdo o no sobre ciertas afirmaciones sobre las drogas sintéticas

En cuanto a las drogas sintéticas:	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe/ No contesta
Son menos dañinas que el alcohol	1.5	2.0	18.6	36.5	41.4
Son menos dañinas para el cuerpo que la marihuana	1.6	3.3	17.6	33.0	44.4
Son menos dañinas para el cuerpo que la cocaína y el crack	1.2	3.3	16.9	31.4	47.2
Su uso se puede controlar y no causan adicción	1.5	4.1	17.6	40.0	36.7
Su uso causa menos adicción que otras drogas	1.0	2.7	18.0	36.3	42.0
Se pueden comprar en droguerías/ farmacias con receta	5.3	16.1	8.7	12.6	57.3
Se pueden comprar drogas sintéticas en las droguerías/ farmacias sin receta médica	3.2	8.7	12.9	16.5	58.7
Son menos peligrosas porque se fabrican en Europa	0.7	1.1	16.3	34.5	47.4
La calidad es siempre la misma	2.4	4.9	14.2	19.4	59.2
Se deben consumir sin alcohol	8.8	7.2	6.5	10.5	66.9
Son todas iguales	4.9	4.7	13.1	16.4	61.0
La metanfetamina y el éxtasis son la misma droga y produce el mismo efecto	2.6	3.8	9.9	10.6	73.2

Por otra parte, casi el 67.0% de los universitarios no sabe si las drogas de síntesis deben consumirse con alcohol. Mientras que el 61.0% de los universitarios no sabe o no contesta, frente a la afirmación de que todas las drogas sintéticas son iguales, y 29.5% está en desacuerdo o muy en desacuerdo con dicha afirmación. En el mismo ámbito, 73.2% no se pronuncia respecto a que la metanfetamina y el éxtasis son la misma droga y producen el mismo efecto, mientras que 20.5% se manifiesta en desacuerdo o muy en desacuerdo con esa afirmación, y 6.4% está de acuerdo o muy de acuerdo. Respecto de la calidad de las drogas sintéticas un 59.2% de los universitarios carecen de opinión al respecto.

6.8.2. Percepción del riesgo

En la tabla 73, se muestra los resultados con relación al riesgo percibido por los universitarios respecto al uso experimental (probar una o dos veces) o uso frecuente de drogas sintéticas. Lo primero que se destaca es que la percepción de riesgo es mayor frente al uso frecuente de drogas sintéticas, con relación al uso experimental. El uso frecuente de éxtasis y anfetaminas aparecen con las mayores menciones de gran riesgo con 84.8%, 80.6% respectivamente, seguidos por metanfetaminas y LSD con 78.3% y 73.5% respectivamente. Destaca el hecho que más del 40% percibe gran riesgo frente al uso ocasional de cualquiera de las drogas sintéticas estudiadas. Por el otro lado, hay porcentajes variables, que van desde 11.3% al 33.4%, que declaran no saber qué riesgo se corre al consumir drogas sintéticas, principalmente ketamina y GHB.

Tabla 73. Distribución porcentual de universitarios, de acuerdo con la percepción de riesgo frente al consumo de drogas sintéticas, por tipo de droga y frecuencia de uso

¿Qué riesgo corre una persona que?	Riesgo			
	Ninguno	Leve o moderado	Gran riesgo	No sé qué riesgo corre
Prueba éxtasis una o dos veces	2.2	35.5	48.7	13.6
Consume éxtasis frecuentemente	0.5	3.5	84.8	11.3
Prueba anfetaminas una o dos veces	1.9	36.8	45.2	16.2
Consume anfetaminas frecuentemente	0.4	4.2	80.6	14.8
Prueba LSD una o dos veces	2.8	28.1	44.7	25.2
Consume LSD frecuentemente	0.5	3.1	73.5	22.8
Prueba metanfetaminas una o dos veces	1.8	32.8	45.7	19.8
Consume metanfetaminas frecuentemente	0.3	3.3	78.3	17.8
Prueba ketamina una o dos veces	1.5	27.1	42.6	28.9
Consume ketamina frecuentemente	0.6	3.1	69.1	27.3
Prueba GHB una o dos veces	1.2	24.6	40.8	33.4
Consume GHB frecuentemente	0.6	2.2	65.6	31.7

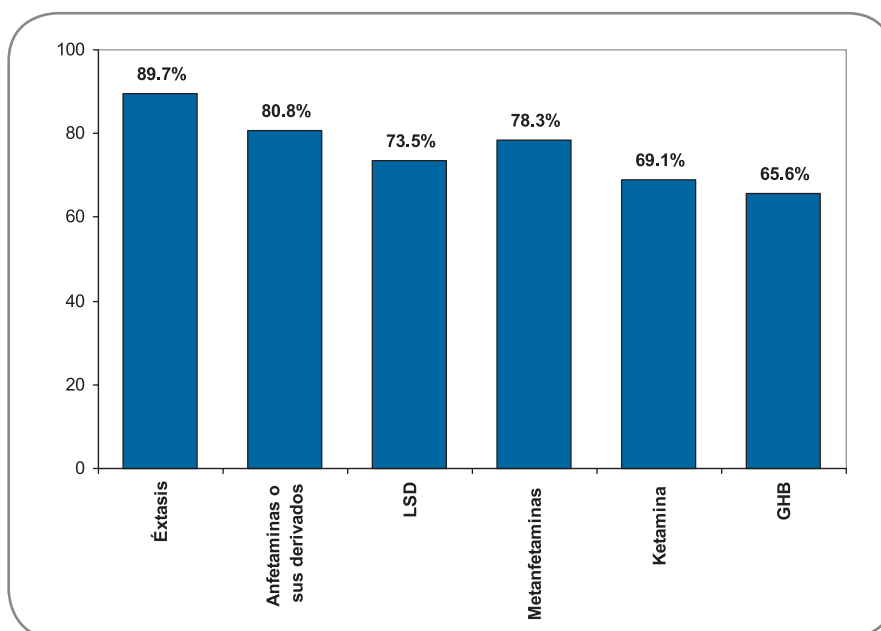
En la tabla 74 se presentan solamente los porcentajes declarados para la percepción de gran riesgo percibido, tanto para hombres como para mujeres. En general, los hombres y mujeres manifiestan percepciones de gran riesgo similares en el uso frecuente y uso experimental de drogas sintéticas.

Tabla 74. Porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo frente al consumo de drogas sintéticas, por tipo de droga y frecuencia de uso por sexo.

¿Qué riesgo corre una persona que:	Sexo	
	Hombres	Mujeres
Prueba éxtasis una o dos veces?	49.2	48.2
Consume éxtasis frecuentemente?	83.9	85.4
Prueba anfetaminas una o dos veces?	48.0	42.7
Consume anfetaminas frecuentemente?	81.1	80.1
Prueba LSD una o dos veces?	48.2	41.5
Consume LSD frecuentemente?	74.4	72.8
Prueba metanfetaminas una o dos veces?	47.9	43.7
Consume metanfetaminas frecuentemente?	78.0	78.6
Prueba ketamina una o dos veces?	42.2	42.8
Consume ketamina frecuentemente?	67.3	70.5
Prueba GHB una o dos veces?	42.1	39.6
Consume GHB frecuentemente?	65.1	66.0

El porcentaje de universitarios que perciben gran riesgo de consumo de drogas sintéticas puede observarse en el gráfico 14. La mayoría de universitarios perciben como un gran riesgo el consumir éxtasis; están en una situación similar el consumo de anfetaminas y metanfetaminas. En el caso de las sustancias LSD, ketamina y GHB la percepción del gran riesgo es menor.

Gráfico 16. Percepción de gran riesgo de consumo de drogas sintéticas



6.8.3. Facilidad de acceso y oferta de drogas

Otra de las variables que se indagó en este estudio tiene que ver con la percepción de los universitarios sobre la facilidad de acceso a drogas sintéticas, y si han recibido una oferta directa de dichas drogas, ya sea para probar o comprar; los resultados se presentan a continuación.

De acuerdo a los estudiantes, las drogas más fáciles de conseguir son éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas, en menor grado resultaron el LSD, ketamina y GHB. Hasta un 25% de los estudiantes mencionó que no las podría conseguir y más del 50% no sabe si es fácil o difícil el conseguirlas (tabla 75).

Tabla 75. Distribución porcentual de universitarios de acuerdo a percepción de facilidad de acceso a drogas sintéticas por tipo de droga.

Tipo de Droga	Cuan fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas?			
	Fácil	Difícil	No podría conseguir	No sabe si es fácil o difícil
Éxtasis	5.5	12.4	24.1	52.6
Anfetaminas	5.6	12.4	23.7	58.3
LSD	2.5	10.5	26	61
Metanfetaminas	4.1	11	25.1	59.8
Ketamina	1.7	10.4	25.1	62.8
GHB	1.3	9.0	25.5	64.2

Al relacionar el tipo de droga y el sexo (tabla 76), siempre se observó que el éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas fueron las más fáciles de conseguir, hasta un 5.6%, tanto entre hombres como en mujeres; el LSD, ketamina y GHB los porcentajes fueron menores.

Tabla 76. Porcentaje de universitarios que reportan que les resultaría fácil conseguir drogas sintéticas por tipo de droga y sexo

Tipo de Droga	Fácil conseguir		
	Hombres	Mujeres	Total
Éxtasis	5.3	5.6	5.5
Anfetaminas	5.6	5.6	5.6
LSD	3.2	2	2.5
Metanfetaminas	4	4.1	4.1
Ketamina	1.7	1.7	1.7
GHB	1.5	1.2	1.3

De acuerdo al sexo (tabla 77), se encontró que el 10.7% mencionó que era fácil conseguir drogas sintéticas, siendo similares entre hombres y mujeres. El ofrecimiento de drogas sintéticas en los últimos 12 meses fue de 2.9%, siendo similares entre hombres y mujeres; el ofrecimiento en los últimos 30 días fue menor al 1%.

Tabla 77. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir drogas sintéticas y porcentaje que han recibido oferta de drogas sintéticas, según sexo

Sexo	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
Hombres	10.2	0.4	2.9
Mujeres	11.2	0.5	3.1
Total	10.7	0.5	2.9

De acuerdo a la edad, como se observa en la tabla 78, el 10.7% mencionó que era fácil conseguir drogas sintéticas, mostrando los mayores porcentajes en los grupos de 18 años y menos; mientras que en las edades de 21 a 25 años y más los porcentajes fueron inferiores al 10%. Con relación al ofrecimiento en los últimos 12 meses, se obtuvo que el 2.9% le habían ofrecido, mostrando el mayor porcentaje el grupo que tenía 18 años o menos. El ofrecimiento en el último mes fue menor al 1.0% para todas las edades.

Tabla 78. Porcentaje de universitarios que perciben que es fácil conseguir drogas sintéticas y porcentaje que ha recibido oferta de drogas sintéticas, según grupos de edad (años).

Grupos de edad	% Fácil conseguir	% Ofrecieron últimos 30 días	% Ofrecieron últimos 12 meses
18 y menos	15.6	0.5	5.8
19-20	14.4	0.1	3.9
21-22	8.1	0.2	3.0
23-24	9.3	0.5	1.9
25 y más	8.9	0.9	1.4
Total	10.7	0.5	2.9

La oferta de drogas sintéticas a los estudiante para los últimos 30 días fue menor al 0.5%; en el caso del último año, no pasó del 1.1%. La oferta para más de un año fue menor al 5%, por lo que hasta un 98.5% de los estudiantes nunca le han ofrecido drogas sintéticas (tabla 79).

Tabla 79. Porcentaje de universitarios que han recibido oferta de drogas sintéticas, por tipo de droga

Tipo de Droga	¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas ya sea para comprar o probar?			
	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca le han ofrecido
Éxtasis	0.3	1.1	3.4	95.2
Anfetaminas	0.1	0.9	2.3	96.6
LSD	0.1	0.5	2.0	97.4
Metanfetaminas	0.1	0.5	1.9	97.5
Ketamina	0.0	0.3	1.2	98.5
GHB	0.0	0.3	1.1	98.5



Capítulo 7

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Capítulo 7

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Alcohol

Con relación al consumo de alcohol, se encontró que los porcentajes fueron mayores al 50% entre los hombres y las mujeres, siendo un poco más elevados en el género masculino, ya que mostraron un mayor porcentaje para la prevalencia de vida, año y mes, encontrando diferencias estadísticas significativas para la prevalencia del último año. El mismo fenómeno se observó para la incidencia del año y mes. Se obtuvo que el consumo de alcohol se incrementa con la edad, siendo el rango de 23 a 24 años el que mostró el mayor porcentaje y el menor en el grupo de 18 años o menos; se observó que el promedio de inicio del consumo fue de 17 años para hombres y mujeres, lo antes mencionado está de acuerdo con los hallazgos de otros autores que encontraron resultados similares. La percepción entre los estudiantes sobre el uso frecuente de consumo de alcohol fue que esta conducta es de gran riesgo, donde las mujeres percibieron un riesgo más elevado que los hombres.

Respecto al uso en riesgo y perjudicial del alcohol, se encontró que entre los consumidores de último año, el 18.8% de ellos califica como consumidor que presenta riesgo o uso perjudicial de alcohol, siendo mayor entre los hombres que entre las mujeres. Asimismo, el 11.3% de los estudiantes universitarios que declararon consumo de alcohol en el último año presentan signos de dependencia, siempre con predominio del sexo masculino.

Tabaco

El consumo del tabaco mostró la misma tendencia que el alcohol, pero con la diferencia que en los hombres el consumo fue siempre el doble que en las mujeres para la prevalencia de vida, año y mes, observando la misma situación para la incidencia por año y mes. La prevalencia en el último año y el sexo fue estadísticamente significativa. El consumo de tabaco se incrementó a medida aumentaba la edad, observando el mayor consumo a los 25 años y más. El inicio del consumo de tabaco fue un año antes en relación al consumo de alcohol, siendo a los 16 años. La percepción entre los estudiantes sobre el uso frecuente de tabaco fue que esta conducta es de gran riesgo, donde las mujeres percibieron un riesgo mayor que los hombres.

Tranquilizantes

Los primeros estudios sobre consumo de drogas en escolares (año 2003 y 2008) y en población general (año 2005), no dan cuenta del tipo específico de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica, razón por la que se consideró importante incluir indicadores que permitieran identificar el tipo de medicamentos como tranquilizantes y estimulantes que consumen los estudiantes universitarios en el ámbito nacional.

El informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, hace énfasis en que el abuso de preparados farmacéuticos, incluidos los que contienen tranquilizantes, sedantes y estimulantes, sigue siendo grave motivo de preocupación en América Central, en particular en lo que respecta a las mujeres. Sigue preocupando en la región el consumo de preparados farmacéuticos que contienen estimulantes, así como el de estimulantes de venta con

receta médica. Y hace hincapié que no se dispone de datos generales sobre prevalencia en la región de América Central y el Caribe, ya sea porque no existen o porque los países no los comunican.

De acuerdo a lo descrito, el presente estudio acerca del consumo de drogas y otras problemáticas en la población estudiantil universitaria, permitió determinar la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas a nivel nacional; es por tanto que se estimaron los indicadores en demanda según la prevalencia de vida, último año y último mes en base a las drogas farmacológicas, especificando dentro de este rubro los tranquilizantes consumidos sin prescripción médica, considerando las variables de sexo y grupos de edad.

Se identificó que de los estudiantes universitarios, según los indicadores de incidencia que está referido a los nuevos consumidores en el último año, el 1.8% de ellos utilizaron por primera vez tranquilizantes sin prescripción médica en el último año.

Se estimó que la tendencia según la prevalencia de consumo de tranquilizantes fue con una prevalencia de uso de alguna vez en su vida, refiriéndose a un uso de una o dos veces en cualquier periodo de su vida, con una frecuencia de uso ocasional de tranquilizantes, de mayor tendencia de consumo del tipo de tranquilizante como Diazepam (Valium) y Bromazepam (Lexotan o ansiogen) para ambos sexos.

Según el informe publicado recientemente por la CICAD, así como el informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, en lo que respecta a las incautaciones practicadas, los países de América Central comunicaron datos relativos a los productos farmacéuticos incautados, que variaban de un país a otro en cuanto a las cantidades y las clases de sustancias fiscalizadas. Entre las sustancias figuraban principalmente tranquilizantes como benzodiazepinas, diazepam, alprazolam y clonazepam, dato que coincide en lo relativo a la tendencia de consumo de tranquilizantes, según los resultados obtenidos, en donde se determinó una mayor tendencia de consumo de Diazepam en un 37.3%, seguido de Bromazepam en un 19.1%.

En cuanto a las variables de sexo y edad, se determinó que el sexo femenino predomina en el consumo reciente de tranquilizantes en el último año, refiriéndose que usaron la droga farmacológica una o más veces durante los últimos 12 meses; diferente en comparación al sexo masculino de los estudiantes universitarios, donde fue casi inexistente la consideración de dicha variable; así mismo, se identificó que dentro de la variable de edad de inicio de consumo el promedio fue a los 18 años de edad, pero con un consumo reciente de tranquilizantes en el grupo de edad de 21 a 22 y 25 años y más. El estudio nacional sobre consumo de drogas en la población general de El Salvador, realizado en el año 2005, da cuenta de que los jóvenes mayores de 18 años reportaron niveles significativos de consumo de sustancias psicoactivas, dato que se respalda con los resultados del actual estudio.

En relación a la forma de obtención de los tranquilizantes, por parte de los estudiantes universitarios, se determinó que tuvieron la experiencia obteniendo los tranquilizantes a través de la compra de la droga farmacológica en la farmacia.

Estimulantes

De acuerdo a los indicadores en demanda acerca del consumo de estimulantes corresponde a un consumo de alguna vez en su vida, a predominio del sexo masculino, siendo la Ritalina el estimulante mayormente consumido por esta población; mientras que la incidencia de consumo de estimulantes reflejó porcentajes menores en el último año para ambos sexos.

Según el informe publicado recientemente por la CICAD, así como el informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, en lo que respecta a las incautaciones practicadas, los países de América Central comunicaron datos relativos a los productos farmacéuticos incautados, que variaban de un país a otro en cuanto a las cantidades y las clases de sustancias fiscalizadas. Entre las sustancias figuraban pequeñas cantidades de estimulantes como metilfenidato y de anorexígenos como anfepramona, fentermina y mazindol. Correlacionando los datos obtenidos en el estudio, se determinó, de acuerdo a datos relativos a las incautaciones practicadas en América Central sobre las drogas farmacológicas en nuestro país, que la mayor prevalencia de vida en los estudiantes correspondió al uso de Metilfenidato con el producto comercial de Ritalina en un 26.1%; a diferencia de los anorexígenos que se ubicaron en menores porcentajes, enfatizando que en el último año y último mes no se encontró consumo de ningún tipo de estimulantes.

Se determinó que los estudiantes sostenían más de un año de utilizar estimulantes por primera vez, en ambos sexos. Con una frecuencia de uso ocasional de estimulantes del tipo Ritalina a predominio del sexo femenino y que a su vez corresponde que a tenido un consumo reciente de estimulantes en el último año, incluyendo en esta última variable al sexo masculino, de forma similar relacionado al consumo reciente dentro de un grupo de edad de 25 años y más de los universitarios que sostienen un consumo reciente de estimulantes.

En relación a las variables de edad y sexo, acerca del inicio de consumo de estimulantes, se identificó que la edad promedio de inicio de consumo de estimulantes corresponde a 17 años de edad, tanto para mujeres como hombres.

Por otra parte, el informe mundial sobre drogas de Naciones Unidas del año 2010, indica que El Salvador tiene la tasa más alta en prevalencia anual sobre consumo de anfetaminas (estimulantes) en el mundo, con un 3.3% de la población de 12 a 65 años de edad, información que data del informe de la encuesta en población general de El Salvador realizada en el año 2005. No obstante, no se dispone de información actualizada sobre las características y los patrones de consumo en la población salvadoreña en general, en relación al consumo de sustancias de tipo anfetamínico. Dato que a partir de los resultados obtenidos actualiza dicha información, en el cual se determinó que la prevalencia de consumo fue mayor al haber consumido alguna vez en su vida estimulantes a predominio del sexo masculino, a diferencia de la incidencia que fue mayor para ambos sexos, con características de patrón de consumo ocasional para el sexo femenino, con datos de consumo reciente a partir de los 25 años o más, pero con una edad de inicio promedio de 17 años para ambos sexos.

Se ha comunicado que la prevalencia anual del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es considerablemente más elevada en América Central que el promedio mundial, en particular en El Salvador (3.3%), Belice y Costa Rica (1.3%) y Panamá (1.2%). A partir del dato del informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas; en el estudio de acuerdo a los indicadores de consumo de estimulantes sin prescripción médica en el último año y último mes no se encontró consumo de ningún tipo de estimulantes, sin embargo la prevalencia de acuerdo al indicador de haber consumido alguna vez en su vida estimulantes, demostró que el mayor porcentaje fue de 26.1% de los estudiantes universitarios que había consumido Ritalina alguna vez en su vida, mientras que en un menor porcentaje de 0.2% ha consumido alguna vez en su vida Concerta y solamente el 20.2%, 4.5%, 2.9% y 2.6% para Adderall (Anfetamina), Duromine (fentermina), Fenproporex (esbelcaps, solucaps y neobes), Anfepramona (suprime) respectivamente.

Según la percepción de riesgo o gravedad del consumo de drogas para los estudiantes universitarios, se estimó que tanto para el sexo masculino como femenino la percepción de gran riesgo corresponde a un consumo de estimulantes frecuente dentro de los grupos de edad de los 23 años y más.

Con respecto a la percepción sobre la facilidad de obtención de los estimulantes, los universitarios hacen referencia a que

es fácil obtener estimulantes de tipo anfetaminico sin prescripción médica en la farmacia, opinión similar para ambos sexos dentro de los grupos de edad de 18 y menos.

Marihuana

La marihuana es la droga ilícita de mayor uso en el mundo y en El Salvador; con relación a su consumo, se observó que la tendencia es similar al alcohol y tabaco pero en menores porcentajes, donde la prevalencia de vida es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres, para el último año y mes duplican el consumo con relación a las mujeres, observando la misma tendencia para la incidencia por año y mes. La prevalencia de consumo para el último año en relación con el sexo fue significativa. El consumo de marihuana disminuyó al aumentar la edad, mostrando el mayor consumo el grupo de 18 años o menos. El inicio del consumo de marihuana fue un año antes en los hombres que en las mujeres. Se observó que los hombres mostraron porcentajes de abuso y de dependencia a la marihuana hasta cuatro veces más altas que entre las mujeres. La percepción entre los estudiantes sobre el uso frecuente de marihuana fue que esta conducta es de gran riesgo, donde las mujeres percibieron un riesgo mayor que los hombres.

Drogas sintéticas

Las drogas Éxtasis, Anfetaminas o sus derivados, LSD, Metanfetaminas, Ketamina y GHB son reconocidas por los estudiantes como drogas sintéticas, resultando con mayores porcentajes los hombres en relación con las mujeres.

La mayoría de los universitarios manifestaron que están en desacuerdo o muy en desacuerdo sobre las creencias de que el consumo de drogas sintéticas ayuda a pasarla mejor en las fiestas, hacen más fácil conseguir amigos, hace más difícil conseguir pareja, mejora el desempeño sexual, es exclusivo para personas de nivel socioeconómico alto; solamente un bajo porcentaje estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en que el consumo de drogas sintéticas está limitado a sitios de recreación.

La mayoría de los universitarios opinaron estar en desacuerdo o muy en desacuerdo sobre las afirmaciones que las drogas sintéticas son menos dañinas que el alcohol, son menos dañinas para el cuerpo que la cocaína y el crack, su uso se puede controlar y no causan adicción, su uso causa menos adicción que otras drogas, se pueden comprar con receta en droguerías y en farmacias, se pueden comprar drogas sintéticas en las droguerías, farmacias sin receta médica, son menos peligrosas porque se fabrican en Europa, la calidad es siempre la misma, se deben consumir sin alcohol, son todas iguales y la metanfetamina junto con el éxtasis son la misma droga y produce el mismo efecto.

La percepción de riesgo es mayor frente al uso frecuente de drogas sintéticas, con relación al uso experimental, siendo el uso frecuente de éxtasis y anfetaminas aparecen con las mayores menciones de gran riesgo, seguidos por metanfetaminas y LSD. En general los hombres y las mujeres manifiestan percepciones de gran riesgo similares en el uso frecuente y uso experimental de drogas sintéticas.

De acuerdo a los estudiantes, las drogas sintéticas más fáciles de conseguir son éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas, en menor grado resultaron el LSD, ketamina y GHB; siendo similares para hombres y mujeres. De acuerdo a la edad, los grupos de 18 a 20 años mostraron los mayores porcentajes. El ofrecimiento de drogas sintéticas en los últimos 12 meses fue bajo y en los últimos 30 días fue mínimo, menor al 1%.

Éxtasis

Con relación al consumo de éxtasis, la prevalencia fue baja e insignificante y cuando se presentó se inició más temprano en las mujeres que en los hombres. Tanto los hombres como las mujeres percibieron que era un gran riesgo cuando hay consumo frecuente, en cambio la percepción de gran riesgo fue menor cuando se usó éxtasis solamente una vez. La oferta de éxtasis a los estudiantes fue baja.

Cualquier droga ilícita

De acuerdo a los indicadores en demanda acerca del consumo de cualquier droga ilícita, se determinó que la prevalencia de alguna vez en su vida se identificó que había consumido cualquier droga ilícita, a predominio del sexo masculino.

Se identificó que el sexo masculino sostuvo un consumo reciente de cualquier droga ilícita en el último año, en el grupo de edad de 18 años y menos de los estudiantes universitarios que sostienen un consumo reciente de cualquier droga ilícita.

Estudios realizados en población general en seis países de América del Sur, indican que el consumo de drogas ilícitas se concentra en el grupo de 15 a 34 años de edad; y que en promedio entre los países, el 50% de quienes han declarado consumo de marihuana lo hicieron por primera vez a los 17 años o más. En el caso de la cocaína, fue a los 19 años o más. Lo que nos indica que una buena proporción de quienes han consumido alguna de esas drogas, lo hacen una vez egresado de la enseñanza media. Dato que se sostiene según los resultados del estudio que el grupo de edad de 18 años y menos de los estudiantes universitarios ha tenido un consumo reciente de cualquier droga ilícita en el último año, a predominio del sexo masculino.

Según el informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, se calcula que en América Central y en el Caribe consumen éxtasis unas 30,000 y unas 80,000 personas respectivamente, lo que representaría una respectiva prevalencia anual estimada del 0.1% y el 0.3%. Se ha calculado que la prevalencia anual del consumo de cannabis es del 2.4% en América Central y del 2.8% en el Caribe (unas 590,000 personas en América Central y unas 760,000 personas en el Caribe). Según la UNODC, la prevalencia anual del consumo de opioides fue del 0.5% en América Central y del 0.4% en el Caribe. Se calcula que en América Central hay unos 120,000 consumidores de opioides y en el Caribe unos 100,000. Según las cifras más recientes de que se dispone, se calcula que en América Central y el Caribe asciende a 0.1 millones el número de personas que consumen cocaína en cada subregión, lo que equivale al 2% del número total de consumidores de cocaína del continente (8.4 millones de personas). Según estimaciones provisionales, se habrían consumido 5 y 6 toneladas de cocaína en América Central y en el Caribe, respectivamente (de las 275 toneladas en total que se habrían consumido en todo el continente). Datos que por medio de los resultados de la investigación se determinó a través del indicador de prevalencias de vida, año y mes, por tipo de droga, que la prevalencia al año se encuentra por debajo del 7.1% de cualquier droga ilícita; sin embargo, la marihuana sostiene el mayor porcentaje al año de 3.3% que es aún mayor a la prevalencia de vida que se encontró con un 11.8%; y a diferencia del éxtasis que se encontró la prevalencia al año de 0.0%, y en porcentajes inferiores con la cocaína y el opio de 0.4% y 0.4% respectivamente para los estudiantes universitarios.

Los estudiantes universitarios con signos de abuso o dependencia a cualquier droga ilícita según el sexo, presentaron signos de dependencia a cualquier droga ilícita en el sexo masculino, el cual fue menor en relación a los que presentaron signos de abuso por cualquier droga ilícita predominando también el sexo masculino.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cumsille F. (2009). Estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. CICAD/OEA. Informe Perú, 2009.
2. Comisión Nacional Antidrogas. Primer estudio sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades de El Salvador (2010).
3. Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, Resumen Ejecutivo, Informe Mundial sobre las drogas, 2012.
4. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe 2012.
5. Organización de los Estados Americanos, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe del uso de Drogas en las Américas, 2011.
6. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), V Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas en Costa Rica, 2010.
7. Comisión Nacional Antidrogas, Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador, 2005.
8. Molina Marroquín, Lorena M. y Otros, Prevalencia del Uso de Drogas Ilícitas en estudiantes de Medicina de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, 2012.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSM IV-TR). 4th. Ed. Washington DC: APA: 2005.
10. Comisión Nacional Antidrogas, Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población Escolar de El Salvador, SIDUC 2008.



ANEXO I

GLOSARIO DE TÉRMINOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS¹⁰

TERMINOLOGÍA DE USO FRECUENTE

CIE-10: Es uno de los sistemas de clasificación diagnóstica internacional vigentes en el mundo.

Se denomina Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (décima revisión), y provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedades. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Family of International Classifications (WHO-FIC).

CONSUMO EXPERIMENTAL: Corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede ser seguida de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión de grupo, atracción hacia lo prohibido y el riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras. Como indicadores de evaluación para definir este tipo de consumo se considera que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla. No hay hábito y generalmente no se compra la sustancia sino que se comparte.

CONSUMO HABITUAL: Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a las otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están: intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; éstas se usan tanto individualmente como en grupo; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario. Puesto que no ha perdido el control sobre su conducta, manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo. Suele comprar la sustancia.

CONSUMO OCASIONAL: Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales está facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características generales que definen este tipo de consumo son: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas; conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la consume. No hay hábito y generalmente no compra la sustancia; también la comparte.

¹⁰Este glosario es una síntesis del documento del Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes, CONACE, del Gobierno de Chile, de marzo del 2008. El documento completo se encuentra en: <http://www.bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/>

glosario%20version%20final.pdf. En algunos casos se han incorporado definiciones de NIDA: <http://www.nida.nih.gov/nidaespanol.html>

CONSUMO PERJUDICIAL: Según el CIE 10, se trata de una forma de uso de la sustancia psicoactiva que está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS: Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno; esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros.

El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares); riesgos de salud o físicos; problemas legales y compromiso en conductas antisociales; y problemas sociales o interpersonales. (Ver definición de abuso).

En términos operacionales, en los estudios nacionales sobre consumo de drogas se considera consumo problemático a las personas que califican, de acuerdo a los criterios diagnósticos respectivos, como consumidores abusivos o dependientes.

El consumo problemático de drogas tiende a estar relacionado con dificultades personales o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Estos factores son similares a los que a menudo se encuentran ligados también a otros problemas sociales como, por ejemplo, las enfermedades mentales y la delincuencia. En este sentido, también puede argüirse que cuanto más se generalice el consumo de drogas entre la población general, más fácil será que las personas con los problemas anteriormente señalados se conviertan en consumidores problemáticos de drogas. Incluye el abuso, el consumo perjudicial y la dependencia, de acuerdo a la clasificación DSM IV y CIE 10.

Corresponde a un concepto sugerido por la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito que da mayor funcionalidad para focalizar en la población el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción.

DROGAS: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se entiende por drogas ilícitas aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica. Se distinguen según su origen en drogas naturales (provenientes de alguna planta) o sintéticas (elaboradas a partir de sustancias químicas).

DROGAS DE SINTESIS: Son drogas elaboradas y sintetizadas, a menudo para el uso ilegal, fabricadas en laboratorios clandestinos por modificación de la estructura de drogas existentes (ejemplo, algunas metanfetaminas). Son de especial interés la MPTP (éster inverso de la meperidina), MDA (metilendioxianfetamina), MDMA (metilendioximetanfetamina). Muchas drogas actúan sobre el sistema aminérgico, aminor biogénicas fisiológicamente activas. La mayoría de ellas tienen efectos estimulantes como el éxtasis u otras anfetaminas o metanfetaminas, aunque también las hay con efectos depresógenos y mixtos. La denominación de drogas de "diseño" tiende a desaparecer por la connotación atractiva que le da dicho concepto.

DROGAS PSICODELICAS: Denominación popularizada durante la década de los 60, para denominar a las sustancias cuyo consumo produce alucinaciones, principalmente visuales, a partir de las experiencias del Psiquiatra Timothy Leary, con Ácido Lisérgico (LSD).

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA). Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

El DSM-IV, provee los criterios diagnósticos para determinar la existencia de abuso de drogas.

Es un instrumento elaborado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

INCIDENCIA: Indicador en los estudios epidemiológicos sobre drogas, que se refiere al porcentaje de la población que ha experimentado por primera vez (nuevos consumidores) con alguna droga en un período determinado de tiempo (en el último año, mes). Se obtiene a través de la pregunta: ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió (droga)?

PERCEPCION DEL RIESGO: La percepción de riesgo se refiere a la idea subjetiva acerca de que si un individuo considera peligroso consumir drogas o no. Esta se mide a través de preguntas directas a las personas respecto de cuán peligroso consideran el consumo de tales sustancias, ya sea en forma ocasional o frecuente.

POLICONSUMO: Corresponde a un patrón particular de consumo de drogas que se caracteriza por la alternancia en el uso de distintos tipos de drogas de parte del sujeto. Su especificidad no está dada por haber probado en alguna oportunidad alguna droga distinta de la que se consume habitualmente, sino por consumir indistinta y simultáneamente más de una sustancia como conducta recurrente.

PREVALENCIA: Indicador epidemiológico que se refiere a la ocurrencia de un evento (por ejemplo, casos de una enfermedad) en un periodo de tiempo definido (normalmente se usa el periodo de un mes, un año y toda la vida) en una población determinada. En relación con los estudios sobre drogas, que se refiere a la proporción o porcentaje de la población que ha experimentado con alguna droga en un período determinado de tiempo (vida, año, mes, día). Se obtiene a partir de la pregunta: ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió (droga)? Permite obtener una visión actual de la situación de consumo de drogas en el país, incluyendo los usuarios de drogas antiguos y nuevos.

Su expresión requiere precisar adecuadamente el lugar, el periodo de observación y su correspondiente amplificador, si fuera el caso. En estricto rigor, la prevalencia es una proporción y no una tasa, al no estar incorporada en ella el concepto de cambio por unidad de tiempo.

- **Prevalencia Vida:** Se refiere al porcentaje de la población que consumió alguna sustancia alguna vez en su vida.
- **Prevalencia Año:** Es el porcentaje de la población que ha experimentado con alguna droga durante los últimos 12 meses.
- **Prevalencia Mes:** Es el porcentaje de la población que ha probado alguna sustancia durante los últimos 30 días.

RIESGO: Se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un evento considerado negativo. En el caso del fenómeno de las drogas, se entendería por riesgo de consumo a la probabilidad de que un individuo o grupo, en función de determinadas variables (factores de riesgo/protección) tiene cierta probabilidad de incurrir en consumo de drogas. Los riesgos se pueden definir en función de otros eventos asociados al consumo de drogas, en este caso se puede hablar, por ejemplo, de riesgo de dependencia, donde el consumo, las pautas de consumo, junto con otros factores, sería un factor de riesgo respecto a la dependencia. De esta manera, se vinculan los conceptos de riesgo y vulnerabilidad.

SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES: Por “estupefaciente” se entiende cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: La tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM III, 1980) reúne todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: “abuso y dependencia de sustancias psicoactivas” y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. Esta clasificación propone criterios diagnósticos que se han perfeccionado hasta la versión del DSM IV (1994) y CIE 10 (1994). Ambas identifican precoz y confiablemente un número mayor de personas con abuso o dependencia. El DSM IV identifica 11 grupos de sustancias psicoactivas capaces de producir abuso y dependencia:

- 1.- Alcohol
- 2.- Anfetaminas (simpaticomiméticos)
- 3.- Alucinógenos (LSD, mescalina)
- 4.- Cafeína
- 5.- Cannabis
- 6.- Cocaína
- 7.- Fenilciclidina (PCP)
- 8.- Inhalables (hidrocarburos, solventes, cloruro de etilo)
- 9.- Nicotina
- 10.- Opiáceos (naturales: morfina, semisintéticos: heroína, sintéticos: codeína)
- 11.- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos)

Estas sustancias se distinguen entre sí por efectos psicoactivos específicos y por su capacidad para producir trastornos.

USO DE DROGAS: Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo.

TERMINOS REFERIDOS A NOMBRES Y DENOMINACIONES DE DROGAS

ANFETAMINAS: Son drogas estimulantes, elaboradas a partir de sustancias químicas y no extraídas de plantas. Entre los numerosos derivados de las anfetaminas se encuentran el sulfato de anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y otras drogas como el MDMA (Metilendioxi metanfetamina), que es el compuesto principal de la droga llamada éxtasis.

BDZ: Las benzodiazepinas (BZD) son una clase de drogas con efectos hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes (relajantes musculares). La denominación de estos compuestos, se caracteriza por la terminación -lam o -lan (triazolam, oxazolam, estazolam) y por la terminación pam y pan (diazepam, lorazepam, lormetazepam, flurazepam, flunitrazepam, clonazepam). No obstante, hay excepciones como el clorazepato dipotásico (Tranxilium) o el clordiazepóxido (Librium).

Las BZD son agentes depresores del sistema nervioso más selectivos que drogas como los barbitúricos. Actúan, en particular, sobre el Sistema límbico. Las BZD comparten estructura química similar y tienen gran afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos en el sistema nervioso central (SNC). Estructuralmente, las BZD presentan un anillo de benceno con seis elementos, unido a otro anillo de diazepina con siete elementos. Cada BZD específica surgirá por sustitución de radicales en diferentes posiciones. En cuanto a los receptores específicos en el SNC para las BZD, éstos forman parte del complejo ácido gamma-aminobutírico o GABA. El GABA es un neurotransmisor con acción inhibitoria,

y sus receptores forman parte de un sistema bidireccional inhibitorio, conectado entre diversas áreas del SNC. Las BZD potencian la acción inhibitoria mediada por el GABA. Los receptores de las BZD se distribuyen por todo el cerebro y la médula espinal; también se encuentran en las glándulas adrenales, riñones, glándula pineal y plaquetas.

COCAINA: Droga estimulante, se extrae químicamente de las hojas de la coca (*Erithroxylon coca*), planta que se cultiva en el altiplano andino. Se presenta de variadas formas, siendo la más habitual como clorhidrato, que a la vista es un polvo muy blanco y fino, similar al cristal molido. La cocaína tiene efectos analgésicos, su uso médico no es reconocido en la actualidad, especialmente por sus efectos secundarios, pasando a ser una droga de abuso. Suele inhalarse y también puede disolverse e inyectarse, sus efectos son similares a los de las anfetaminas. Mezclada químicamente con bicarbonato de sodio se obtiene el crack, y puede consumirse fumándola, esta forma es poco conocida en nuestro país.

CRACK: «Crack» es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína, en concreto el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse (por la ebullición del agua que contienen). También recibe nombres vulgares entre los usuarios a esta droga, como rocas, chulas, piedras o rockstars, entre otros; a veces, erróneamente se le confunde con el bazuco o el Paco que es la costra que queda en la olla donde preparan la cocaína.

Dado que el crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte; este efecto es conocido vulgarmente como "El mal del pollo" o "Puntosis" y se puede presentar en menos de diez segundos a partir de haber consumido la droga. Debido a la rapidez de los efectos, casi inmediatos, el "crack" se hizo muy popular en la década de los ochenta. Otra razón para su popularidad es que no cuesta mucho, económicamente hablando, procesarlo ni adquirirlo. Sus efectos secundarios son muy similares a los de la cocaína, solamente que el riesgo de padecer alguno de ellos es mucho más alto por las mezclas de químicos y otras sustancias que contiene.

METANFETAMINA: Se le denomina así al clorhidrato de metanfetamina, esto consiste en pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos. En esta forma se conoce como "hielo", "cristal" y "vidrio" en español (ice, crystal, glass en inglés). Efectos fisiológicos: Aunque la estructura química de la metanfetamina es similar a la de la anfetamina, sus efectos sobre el sistema nervioso central son más pronunciados. La molécula de metanfetamina tiene la destreza de cruzar muy fácilmente la barrera que separa al cerebro del resto del cuerpo, técnicamente conocida como barrera hematoencefálica. Esta habilidad permite que los niveles de sustancia en el cerebro alcancen unas 10 veces los niveles en sangre, logrando ejercer su acción casi exclusivamente sobre el sistema nervioso central. La metanfetamina es conocida por su reputación de estimulante adictivo. Como la anfetamina, esta droga incrementa la actividad, reduce el apetito y produce una sensación general de bienestar. Excita receptores neuronales vinculados a las señales de recompensa y gratificación: produce euforia, alivia la fatiga y mejora el rendimiento en tareas simples. Se fabrica en laboratorios clandestinos usando procedimientos sencillos e ingredientes relativamente baratos, generalmente de fácil acceso. Los efectos de la metanfetamina pueden durar hasta 6 u 8 horas. Los adictos a esta sustancia, pueden permanecer despiertos por varios días. Esto genera un creciente agotamiento físico, psicológico y cognitivo. Sin embargo, la droga bloquea las señales somáticas (como fatiga, sueño, hambre) que advierten sobre el deterioro funcional progresivo. En estos casos, una vez que la droga abandona el organismo, estos sujetos pueden experimentar estados de gran agitación psicomotriz, a veces asociados con comportamientos violentos y delirios persecutorios, llegando a cuadros de disociación psíquica apenas diferenciables de los que caracterizan a una esquizofrenia de tipo paranoide.

EXTASIS (MDMA): La MDMA (3,4 metilendioxi-metanfetamina) es una droga sintética y psicoactiva, químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Causa un efecto vigorizante, eufórico, calidez emocional y distorsión en la percepción del tiempo y de las experiencias táctiles. La MDMA se toma por vía oral en forma de cápsula

o pastilla. Inicialmente era popular entre los adolescentes y jóvenes caucásicos que acudían a los clubes nocturnos o a las fiestas de baile de todo el fin de semana conocidas como fiestas "rave". Recientemente, el perfil del usuario típico de la MDMA ha cambiado y la droga afecta ahora a un espectro más amplio de grupos étnicos. La MDMA es también popular entre los hombres homosexuales que viven en áreas urbanas. Algunos informan que usan la MDMA como parte de sus experiencias con drogas múltiples, las cuales incluyen marihuana, cocaína, metanfetamina, ketamina y otras sustancias lícitas e ilícitas. La MDMA ejerce sus efectos primarios en las neuronas del cerebro que usan el neurotransmisor químico llamado serotonina, para comunicarse con otras neuronas. El sistema de la serotonina juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la agresión, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. La MDMA se une al transportador de la recaptación de serotonina, el cual es responsable de extraer la serotonina de la sinapsis (el espacio que queda entre una neurona y otra) para extinguir la señal entre las neuronas. La MDMA causa también la liberación excesiva de serotonina de las neuronas y tiene efectos similares pero menos potentes sobre las neuronas que contienen dopamina y norepinefrina. La MDMA puede producir confusión, depresión, problemas de sueño, deseo vehemente por consumir la droga y ansiedad intensa. Estos problemas se pueden presentar poco tiempo después de consumir la droga o, en ocasiones, días o semanas después. Además, los usuarios crónicos de MDMA tienen un rendimiento menor que los que no usan MDMA en ciertos tipos de pruebas cognitivas o de memoria, aunque algunos de estos efectos pueden deberse al uso de otras drogas en combinación con la MDMA. La investigación en animales indica que la MDMA puede ser nociva para el cerebro. En un estudio en primates no humanos se demostró que la exposición a la MDMA durante apenas 4 días ocasionó daño en las terminales nerviosas de la serotonina, el cual era aún evidente de 6 a 7 años después. Si bien no se ha demostrado de forma definitiva una neurotoxicidad similar en los seres humanos, la mayoría de las investigaciones en animales demuestran los daños de la MDMA y sugieren de forma contundente que la MDMA no es una droga inofensiva para consumo humano. En la actualidad, esta área es un foco de intensa investigación. En algunas personas, la MDMA puede ser adictiva. En una encuesta realizada entre adultos jóvenes y adolescentes usuarios de la MDMA, se encontró que el 43 por ciento de los que reportaron haber consumido éxtasis cumplía con los criterios diagnósticos aceptados para la dependencia. Éstos incluyen el uso continuado de la droga, a pesar de conocer el daño físico o psicológico, al igual que los efectos de abstinencia, y la tolerancia (disminución de la respuesta) que puede causar. Estos resultados concuerdan con estudios similares realizados en otros países que también sugieren una alta incidencia de dependencia a la MDMA entre los usuarios. Los síntomas de abstinencia de la MDMA asociados con la suspensión de su uso incluyen fatiga, pérdida del apetito, depresión y problemas de concentración. La MDMA también puede resultar peligrosa para la salud en general y en ocasiones su uso podría ser mortal. Muchos de los efectos físicos de la MDMA son iguales a los de otros estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas. Entre ellos, se cuenta el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, lo cual tiene un mayor riesgo en personas que tienen problemas circulatorios o enfermedades cardíacas, y otros síntomas como tensión muscular, contractura involuntaria de la mandíbula, náuseas, visión borrosa, desmayos y escalofríos o sudoración. En dosis altas, la MDMA puede alterar la capacidad del organismo de regular la temperatura. En ocasiones raras pero impredecibles, puede producir un aumento agudo de la temperatura corporal (hipertermia), que puede causar insuficiencia hepática, renal o cardiovascular o inclusive la muerte. La MDMA puede interferir con su propio metabolismo (su degradación dentro del organismo); en consecuencia, la administración repetida de la MDMA puede alcanzar niveles potencialmente peligrosos de la droga en tiempos muy cortos.

HEROÍNA: Derivado que se obtiene de la morfina. Es un polvo blanco y amargo con propiedades narcóticas y analgésicas. Crea adicción.

HONGOS ALUCINOGENOS: Las plantas y hongos alucinógenos son aquellas cuyos principios activos tienen la propiedad de distorsionar la percepción, produciendo alucinaciones.

Fuente: <http://www.d-lamente.org/sustancias/hongos.htm>

INHALABLES, SOLVENTES VOLATILES O DISOLVENTES: Se trata, en general, de productos de uso doméstico y/o industrial

tales como pegamentos, pinturas, petróleo, gas para mecheros, bombillas de gas butano, ciertos aerosoles, disolvente para laca de uñas, algunos extintores, etc., que tienen en común ser volátiles y que se aspiran o inhalan llegando rápidamente al torrente sanguíneo. Tienen un efecto depresor del sistema nervioso central, provocando una intoxicación similar a la ocasionada por el abuso de alcohol. Según el nivel de intoxicación, también produce un efecto distorsionador (alucinógeno) y en casos extremos provoca la muerte por paro cardíaco o respiratorio.

LSD: (dietilamida del ácido lisérgico-d): Es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Fue descubierta en 1938 y se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos. Se vende en tabletas, cápsulas y ocasionalmente en forma líquida, por lo que generalmente se toma por vía oral. A menudo se la agrega a un papel absorbente que se divide en pedazos decorativos, cada uno de los cuales equivale a una dosis. Las experiencias, con frecuencia conocidas como “viajes”, son de larga duración y típicamente comienzan a disiparse después de unas 12 horas. Se observan cambios más drásticos en las sensaciones y sentimientos que en la parte física. Es posible que el usuario sienta varias emociones diferentes al mismo tiempo o que pase rápidamente de una emoción a otra. Si se toma una dosis suficientemente alta, la droga produce delirio y alucinaciones visuales. El sentido del tiempo y de la identidad propia se alteran. Las sensaciones parecen “entrecruzarse”, dando al usuario la impresión de oír los colores y ver los sonidos. Estos cambios pueden ser aterradores, causándole pánico al usuario. Algunas personas tienen pensamientos aterradoros y sentimientos de desesperación, tienen miedo de perder el control, de volverse locos o de morir cuando están usando LSD.

Los efectos de la LSD dependen en gran parte de la cantidad que se ha consumido. La LSD dilata las pupilas, puede aumentar la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. También puede causar sudoración profusa, pérdida de apetito, dificultad para dormir, resequedad bucal y temblores.

MARIHUANA (CANNABIS): También llamada hierba, consiste en las hojas secas y florescencias de la planta Cannabis Sativa, que contiene alrededor de 400 compuestos, siendo su principal componente activo el THC-9 (tetra-hidro-cannabinol), que es el que provoca los cambios conductuales conocidos. Actualmente el THC contenido en las plantas es mucho más alto que en décadas anteriores, lo cual lo transforma en más tóxico de lo que se cree. A esto se suma el hecho de que en la actualidad es común la marihuana prensada que contiene aditivos químicos, solventes y otras sustancias que provocan daños anexos. Suele fumarse en cigarrillos hechos a mano y en ocasiones mediante una pipa y también en alimentos. En dosis altas puede causar intoxicaciones graves y efectos “psicodélicos”.

MORFINA: Alcaloide principal del opio. Se emplea en medicina como anestésico, analgésico y narcótico. Produce adicción.

OPIO: Producto de la desecación al aire del jugo que se extrae de las cápsulas verdes de la adormidera (Papaver Somniferum). De él se obtienen diversos alcaloides, como la morfina, codeína, papaverina, etc.

PASTA BASE DE COCAINA: Homogenizado de hojas de coca sometidos a desecación y maceración, tratados posteriormente con solventes orgánicos como keroseno o gasolina y combinado con ácido sulfúrico. El resultado es una pasta de color pardo/negro que se fuma en pipa o a veces, mezclada con tabaco o cannabis.

PEYOTE: Es un cactus pequeño, sin espinas, cuyo ingrediente principal activo es la mezcalina. Esta planta ha sido utilizada por los nativos del norte de México y del suroeste de los Estados Unidos en sus ritos religiosos. La mezcalina también se puede producir a través de una síntesis química. La parte superior del cactus peyote –también conocida como corona– está compuesta por botones en forma de discos que se cortan, dejando atrás la raíz. Estos botones se secan y generalmente se mastican o se remojan en agua para producir un líquido intoxicante. La dosis alucinógena de la mezcalina es de alrededor de 0.3 a 0.5 gramos y su efecto dura unas 12 horas. Debido a que el extracto es tan amargo, algunas personas prefieren

preparar una cocción, hirviendo el cactus por varias horas. Sus efectos pueden ser similares a los de la LSD e incluyen un aumento en la temperatura corporal y frecuencia cardíaca, movimientos descoordinados (ataxia), sudoración profunda y rubor. Existe por lo menos un informe que asocia a la mezcalina, el principio activo del peyote, con anomalías fetales.

POLVO DE ANGEL (PCP): La fenciclidina, o PCP, produce delirios, pérdida sensorial, anestesia disociativa y al bloquear los centros receptores del dolor incrementa el peligro de lesiones autoinflingidas. Se ingiere, se aspira, se inyecta o se fuma con diversas mezclas. Se desarrolló en los años cincuenta como una anestesia intravenosa, pero su uso se discontinuó debido a sus efectos secundarios sumamente adversos. Es un polvo blanco cristalino que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un gusto químico amargo distintivo. Se puede teñir fácilmente, por lo que se comercializa en una gran variedad de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Normalmente se inhala, fuma o ingiere. Para fumarla, a menudo se agrega la PCP a algún tipo de hoja como la menta, perejil, orégano o marihuana. Dependiendo de la cantidad y de la vía de consumo, los efectos de la PCP duran alrededor de 4 a 6 horas. En dosis pequeñas a moderadas, los efectos psicológicos (¿No son físicos?) de la PCP incluyen un aumento leve en la frecuencia respiratoria y un aumento pronunciado en la presión arterial y la frecuencia del pulso. La respiración se vuelve superficial y puede haber rubor y sudoración profusa, entumecimiento generalizado de las extremidades y pérdida de coordinación muscular.



ANEXO II

CUESTIONARIO

Módulo I: Información General

1. Sexo 1. Masculino 2. Femenino	2. ¿Cuántos años cumplidos tiene? años
3. ¿Cómo calificaría su situación económica? 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala	4. ¿Cuál es su estado civil/situación conyugal? 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Acompañado(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Viudo(a)
5. ¿Cuántos hijo(s) hija(s) tiene? ☐ No tengo hijos (pase a la pregunta 7) ☐ Tengo hijos	6. ¿Su(s) hijo(a)(s) fue(fueron) planificados? 1. Si, todos 2. Si, alguno(s) 3. Ninguno
7. ¿Actualmente, esta trabajando mientras esta estudiando? 1. Si 2. No (pase a la pregunta 9)	8. ¿Cuántas horas por semana aproximadamente esta trabajando? Trabajo..... horas por semana.

Módulo II: Preguntas de los Estudios

9. ¿A que edad obtuvo su bachillerato/colegio/educación secundaria? años	10. ¿Cuántas veces ha cambiado de carrera y/o universidad? 0. Ninguna (pase a la pregunta 19) 1. vez (o veces)
11. ¿Cuál(es) fue(ron) la(s) razón(es) del(los) cambio(s)? 1. No me gustó la carrera 2. No pude pagar 3. Me mude de ciudad 4. Por razones académicas 5. No era lo que quería estudiar 6. Otra	12. ¿Qué tan satisfecho te sientes con lo que estas estudiando? 1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Regular 4. Nada satisfecho 5. No sé
13. ¿Ha tenido que repetir uno o más semestres en su vida universitaria? 1. Nunca 2. Un vez 3. Dos o tres veces 4. Más de tres veces	14. ¿Cómo calificaría sus estudios hasta el momento? 1. Sin ningún problema 2. Con varios problemas 3. Con muchos problemas

15. ¿Ha pensado alguna vez abandonar los estudios que esta cursando? 1. Nunca 2. Alguna vez 3. Varias veces	16. ¿Cuál es su percepción sobre su futuro profesional? 1. Muy optimista 2. Optimista 3. Pesimista 4. Muy pesimista 5. No lo tengo claro
17. ¿Piensa que en su rama de especialización, encontrar una estabilidad laboral le será? 1. Muy fácil 2. Fácil 3. Difícil 4. Muy difícil 5. No sé	18. ¿Cuáles son sus expectativas salariales? 1. Muy buenas 2. Buenas 3. Regulares 4. Malas 5. No sé

Módulo III: Preguntas de la Salud

19. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes 10 frases e indique en cada una, la frecuencia que mejor describa lo que usted sintió en los últimos días.	Rara-mente	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
19.1 Me siento más ansioso y nervioso de lo normal	1	2	3	4
19.2 Siento miedo sin ver razón para ello	1	2	3	4
19.3 Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor	1	2	3	4
19.4 Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar	1	2	3	4
19.5 Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder	4	3	2	1
19.6 Los brazos y las piernas se me ponen temblorosos	1	2	3	4
19.7 Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda	1	2	3	4
19.8 Me siento débil y me canso con facilidad	1	2	3	4
19.9 Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente	4	3	2	1
19.10 Siento que mi corazón late con rapidez	1	2	3	4
20. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes 10 frases e indique en cada una, la frecuencia que mejor describa lo que usted sintió en los últimos días	Rara-mente	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
20.1 Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	1	2	3	4
20.2 Tengo períodos de desmayo o algo así	1	2	3	4
20.3 Puedo respirar bien, con facilidad	4	3	2	1
20.4 Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies	1	2	3	4
20.5 Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones	1	2	3	4
20.6 Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4

20.7 Mis manos las siento secas y cálidas	4	3	2	1
20.8 Siento que mi cara enrojece y me ruborizo	1	2	3	4
20.9 Puedo dormir con facilidad y descansar bien	4	3	2	1
20.10 Tengo pesadillas	1	2	3	4

21. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes 10 frases e indique en cada una, la frecuencia que mejor describa lo que usted sintió en los últimos días.	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente	La mayoría del tiempo o siempre
---	--------------------------------	----------------------	------------------	--

21.1 Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
21.2 En la mañana es cuando me siento mejor	4	3	2	1
21.3 Tengo ganas de llorar	1	2	3	4
21.4 Me cuesta trabajo dormirme en la noche	1	2	3	4
21.5 Como igual que antes	4	3	2	1
21.6 Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales	4	3	2	1
21.7 Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
21.8 Tengo molestias de estreñimiento	1	2	3	4
21.9 El corazón me late más aprisa que de costumbre	1	2	3	4
21.10 Me canso aunque no haga nada	1	2	3	4

22. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes 10 frases e indique en cada una, la frecuencia que mejor describa lo que usted sintió en los últimos días.	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente	La mayoría del tiempo o siempre
---	--------------------------------	----------------------	------------------	--

22.1 Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
22.2 Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer	4	3	2	1
22.3 Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
22.4 Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
22.5 Estoy más irritable de lo usual	1	2	3	4
22.6 Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
22.7 Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
22.8 Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
22.9 Siento que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
22.10 Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba	4	3	2	1

23. ¿Durante el último año ha tenido relaciones sexuales: 1. Sí 2. No (pase a la pregunta 26)	24. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol? 1. Nunca 2. Solo una vez 4. Algunas veces 5. Frecuentemente
25. ¿Ha recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA por parte de la Universidad donde estudia? 1. Nunca 2. Una vez 3. Varias veces	

Módulo IV: Preguntas sobre Consumo de Tabaco y Alcohol, percepción de riesgo y facilidad de acceso a las drogas

TABACO

26. ¿Ha fumado usted <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco alguna vez en la vida? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 35)	27. ¿Qué edad tenía cuando fumó <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco por primera vez? Años
28. ¿Cuándo fue la primera vez que usted fumó <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de 1 mes pero menos de 1 año 3. Hace más de 1 año	29. ¿Ha fumado usted alguna vez al menos <u>100 cigarrillos</u> o la cantidad equivalente de tabaco en su vida? 1. Sí 2. No
30. ¿Ha fumado <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 35)	31. ¿Ha fumado <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 35)
32. Y cuántos días fumó <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco en los últimos 30 días? Número de días: _____	33. Aproximadamente, ¿cuánto <u>cigarrillos</u> u otro tipo de tabaco ha fumado por día en el último mes? _____ " 0. Ns/Nc
34. ¿Por cuántos años ha fumado usted a diario? Número de años _____ (incluir 'cero' en las opciones de respuesta)	

ALCOHOL (bebidas alcohólicas como cerveza, vino, chicha o licores fuertes, o bien uso en forma inyectada)

35. ¿Ha consumido <u>alcohol</u> alguna vez en la vida? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 91)	36. ¿Qué edad tenía cuando consumió <u>alcohol</u> por primera vez? Años 0. Ns/Nc																														
37. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que consumió <u>alcohol</u>? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de 1 mes pero menos de 1 año 3. Hace más de 1 año	38. ¿Ha consumido <u>alcohol</u> en los <u>últimos 12 meses</u>? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 91)																														
39. ¿Ha consumido <u>alcohol</u> en los <u>últimos 30 días</u>? " 1. Sí " 2. No (pase a pregunta 52)	40. ¿Cuántos días ha consumido <u>alcohol</u> en los <u>últimos 30 días</u>? Cantidad de días: _____																														
41. En los días que usted tomó <u>alcohol</u> durante los <u>últimos 30 días</u> ¿Cuántos tragos o vasos tomaba de costumbre? (Considere como medida: una lata o una botella de cerveza, un vaso de vino o champaña, un trago de licor o un combinado) N° tragos o vasos : _____	42. Durante los <u>últimos 30 días</u>, ¿cuántos tragos o vasos de <u>alcohol</u> tomó el día que más tomó? (Considere como medida: una lata o una botella de cerveza, un vaso de vino o champaña, un trago de licor o un combinado) N° tragos o vasos : _____																														
43. ¿En los <u>últimos 30 días</u>, cuántas veces ha consumido 5 o más tragos o vasos de <u>alcohol</u> en un solo día? _____ N° de veces	44. En los <u>últimos 30 días</u>, ¿cuántas veces se ha emborrachado? _____ N° de veces																														
45. En los últimos 30 días ¿Qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia? ATENCIÓN: Registre la frecuencia para cada bebida alcohólica.																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 12.5%;">Diariamente</th> <th style="width: 12.5%;">Fines de semana</th> <th style="width: 12.5%;">Algunos días de semana</th> <th style="width: 12.5%;">Solo en eventos sociales</th> <th style="width: 12.5%;">No consumo esta bebida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45.1 Cerveza</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>45.2 Vino</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>45.3 Ron</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>45.4 Bebidas fuertes (Whisky Vodka, etc.)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>			Diariamente	Fines de semana	Algunos días de semana	Solo en eventos sociales	No consumo esta bebida	45.1 Cerveza	1	2	3	4	5	45.2 Vino	1	2	3	4	5	45.3 Ron	1	2	3	4	5	45.4 Bebidas fuertes (Whisky Vodka, etc.)	1	2	3	4	5
	Diariamente	Fines de semana	Algunos días de semana	Solo en eventos sociales	No consumo esta bebida																										
45.1 Cerveza	1	2	3	4	5																										
45.2 Vino	1	2	3	4	5																										
45.3 Ron	1	2	3	4	5																										
45.4 Bebidas fuertes (Whisky Vodka, etc.)	1	2	3	4	5																										

46. ¿Donde consume alcohol con mas frecuencia? (Marque todas las que apliquen)

1. En mi propia casa
2. En casa de mis amigos
3. En la universidad
4. En lugares cerca de la universidad
5. En el trabajo
6. En una tienda
7. En un paseo
8. En parques o zonas recreativas
9. En fiestas, bares o discotecas
10. En eventos (conciertos, partidos, etc)
11. Otro, ¿Cuál?_____

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol en el último año; por favor indique para cada una de ellas, la columna que mejor describa su respuesta.

Considere a cuántos tragos corresponden las siguientes cantidades de alcohol:

1 trago	Una botella o lata individual de cerveza (333 cc.). Un vaso de vino (140 cc.) Un trago de licor (40 cc.) (pisco, ron, vodka, whisky) solo o combinado.
1 trago y medio	Medio litro de cerveza
3 tragos	Un litro de cerveza
6 tragos	Un botella de vino (750 cc.)
8 tragos	Un caja de vino (1 litro)
18 tragos	Una botella de licor (750 cc.)

	0	1	2	3	4
47. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	1 vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 ó 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
48. ¿Cuántos tragos suele tomar usted En un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	De 7 a 9	10 ó más
49. Responda a las siguientes preguntas:					
49.1 ¿Con qué frecuencia toma 5 o más tragos en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

49.2 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
49.3 ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
49.4 ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
49.5 ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
49.6 ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
50. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
51. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
52. ¿Tiene familiares que se emborrachan frecuentemente?					
1. Ninguno 2. Uno 3. Dos o más 0. Ns/Nc					
53. ¿Tiene amigos que se emborrachan frecuentemente?					
1. Ninguno 2. Uno 3. Dos o más 0. Ns/Nc					
54. ¿Ha visto estudiantes tomar <u>alcohol</u> en el espacio del centro donde estudia?					
1. Nunca 2. Esporádicamente 3. Frecuentemente					

55. ¿Considera que el consumo <u>excesivo</u> de alcohol influye en las siguientes conductas?			
	1. SI	2. NO	3. No sabe
55.1 Tener sexo	1	2	3
55.2 Tener sexo sin preservativo	1	2	3
55.3 Consumir drogas	1	2	3
55.4 Tener un accidente	1	2	3

56. ¿Hasta donde usted conoce, en su universidad alguien usa o consume alguna de estas drogas?				57. ¿Cómo calificaría el consumo de drogas en su universidad?	
	Si	No	No contesta		
1. Marihuana	1	2	3	1. Grave	
2. Cocaína	1	2	3	2. Leve	
3. Crack	1	2	3	3. No existe	
4. Éxtasis	1	2	3	4. No sabe	
5. Anfetaminas sin receta	1	2	3	5. No contesta	

58. ¿Sabe si hay lugares, calles, pasajes o zonas <u>dentro</u> de la universidad donde se vendan drogas?		59. ¿Sabe si hay lugares, calles, pasajes o zonas <u>cerca</u> de la universidad donde se vendan drogas?	
1. Si 2. No 3. No sabe 4. No contesta		1. Si 2. No 3. No sabe 4. No contesta	

60. ¿Tiene familiares que consuman drogas <u>ilícitas</u> como marihuana, cocaína u otras?		61. ¿Tiene amigos que consuman drogas <u>ilícitas</u> como marihuana, cocaína u otras?	
1. Ninguno 2. Uno 3. Dos o más		1. Ninguno 2. Pocos 3. Algunos 4. Varios	

62. ¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar alguna droga <u>ilícita</u>?		63. ¿Alguna vez sintió curiosidad por probar alguna droga <u>ilícita</u>?	
1. Nunca 2. Una vez 3. Dos o más veces		1. Nunca 2. Sí, una vez 3. Sí, varias veces	

64. Si tuviera la ocasión, ¿probaría alguna droga <u>ilícita</u>?		65. ¿Piensa que en un futuro cercano consumirá alguna droga <u>ilícita</u>?	
1. No 2. Puede ser 3. Sí		1. No 2. Puede ser 3. Sí	

66. En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que...?

Ningún
riesgo

Riesgo leve
o
moderado

Gran riesgo

No sé que
riesgo
corre

66.1 Fuma cigarrillos frecuentemente	1	2	3	4
66.2 Toma bebidas alcohólicas frecuentemente	1	2	3	4
66.3 Toma tranquilizantes o estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	1	2	3	4
66.4 Prueba marihuana una o dos veces	1	2	3	4
66.5 Fuma marihuana frecuentemente	1	2	3	4
66.6 Prueba cocaína una o dos veces	1	2	3	4
66.7 Consume cocaína frecuentemente	1	2	3	4
66.8 Prueba Crack una o dos veces	1	2	3	4
66.9 Consume Crack frecuentemente	1	2	3	4
66.10 Prueba éxtasis una o dos veces	1	2	3	4
66.11 Consume éxtasis frecuentemente	1	2	3	4
66.12 Prueba tranquilizantes una o dos veces	1	2	3	4
66.13 Consume tranquilizantes frecuentemente	1	2	3	4
66.14 Prueba estimulantes una o dos veces	1	2	3	4
66.15 Consume estimulantes frecuentemente	1	2	3	4

67. ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas?

Me sería fácil

Me sería
difícil

No podría
conseguir

No sé si es
fácil o difícil

67.1 Marihuana

1

2

3

4

67.2 Cocaína

1

2

3

4

67.3 Crack

1

2

3

4

67.4 Éxtasis

1

2

3

4

67.5 Anfetaminas sin receta

1

2

3

4

68. alguna vez, ¿le han ofrecido alguna droga ilícita ya sea para probar o comprar, tales como marihuana, cocaína, crack o éxtasis?

1. Sí

2. No (pase a la pregunta 71)

69. ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas, sea para comprar o probar?		Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido	
	69.1 Marihuana	1	2	3	4	
	69.2 Cocaína	1	2	3	4	
	69.3 Crack	1	2	3	4	
	69.4 Éxtasis	1	2	3	4	
	69.5 Anfetaminas sin receta	1	2	3	4	
70. ¿Considera que en su país, el consumo de las siguientes drogas es un problema social (vinculado con accidentes, delitos, problemas familiares, violencia, salud pública etc.)?						
Droga		Es un problema social				
		Muy importante	Poco importante	Nada importante	No lo considero un problema	No tengo información para evaluar
70.1 Tabaco		1	2	3	4	5
70.2 Alcohol		1	2	3	4	5
70.3 Tranquilizantes		1	2	3	4	5
70.4 Estimulantes		1	2	3	4	5
70.5 Marihuana		1	2	3	4	5
70.6 Cocaína		1	2	3	4	5
70.7 Crack		1	2	3	4	5

MODULO V: Tranquilizantes / Estimulantes Sin Prescripción Médica

TRANQUILIZANTES

71. ¿Ha consumido <u>Tranquilizantes</u> alguna vez en su vida (tales como: Bromazepam (lexotan o ansiogen), Clonazepam (Rivotril), Alprazolam (Tafil), Lorazepam (Valium, Diazepam), Zolpidem (Stilnox), Midazolam (Dormicum), Flunitrazepam (rohypnol) alguna vez en su vida?			
1. Sí			
2. No (pase a pregunta 80)			
72. ¿Hasta donde usted conoce, en su universidad alguien usa o consume alguna de estas drogas?			
	SI	NO	NO SABE
1. Bromazepam (lexotan o ansiogen)	1	2	3
2. Clonazepam (rivotril)	1	2	3
3. Alprazolam (tafil)	1	2	3
4. Lorazepam (valium, diazepam)	1	2	3

5. Zolpidem (stilnox)	1	2	3
6. Midazolam (dormicum)	1	2	3
7. Flunitrazepam (rohypnol)	1	2	3

73. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez <u>Tranquilizantes</u>?	74. ¿Cuándo fue la primera vez que probó <u>Tranquilizantes</u> sin prescripción médica?
Tenía _____años	1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año

75. ¿Ha consumido <u>Tranquilizantes</u> sin prescripción médica en los últimos 12 meses?	76. ¿Ha consumido <u>Tranquilizantes</u> sin prescripción médica en los últimos 30 días?
1. Sí 2. No (pase a pregunta 80)	1. Sí 2. No (pase a pregunta 80)

77. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días consumió <u>Tranquilizantes</u> sin prescripción médica?	78. ¿Cómo obtuvo los <u>tranquilizantes</u> que consumió? (Marque todas las que correspondan)
_____ Días	1. De un médico 6. Por Internet 2. En la calle 7. A veces sin receta 3. En la casa 8. Nunca con receta 4. De un amigo 9. Otro 5. En la farmacia

79. ¿Con qué frecuencia usó <u>Tranquilizantes</u>?
1. Ocasionalmente 2. Varias veces por semana 3. Diariamente

ESTIMULANTES

80. ¿Ha consumido Estimulantes alguna vez en su vida (tales como: Metilfenidato (ritalín), Fentermina (duromine), Anfetaminas (adderall), Hidrocloruro de metilfenidato (concerta), Anfeparamona (suprime), Fenproporex (esbelcaps, solucaps y neobes), etc. alguna vez en su vida?

“ 1. Sí

“ 2. No (pase a pregunta 89)

81. ¿Hasta donde usted conoce, en su universidad alguien usa o consume alguna de estas drogas?

	SI	NO	NO SABE
1. Metilfenidato (ritalin)	1	2	3
2. Fentermina (duromine)	1	2	3
3. Anfetaminas (adderall)	1	2	3
4. Hidrocloruro de metilfenidato(concerta)	1	2	3
5. Anfeparamona (suprime)	1	2	3
6. Fenproporex (esbelcaps, solucaps y neobes)	1	2	3

82. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez Estimulantes?

Tenía _____años

83. ¿Cuándo fue la primera vez que probó Estimulantes sin prescripción médica?

1. Durante los últimos 30 días
2. Hace más de un mes, pero menos de un año
3. Hace más de un año

84. ¿Ha consumido Estimulantes sin prescripción médica en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No (pase a pregunta 89)

85. ¿Ha consumido Estimulantes sin prescripción médica en los últimos 30 días?

1. Sí
2. No (pase a pregunta 89)

86. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días consumió <u>Estimulantes</u> sin prescripción médica?	87. ¿Como obtuvo los <u>Estimulantes</u> que consumió? (Marque todas las que correspondan)										
_____ Días	<table border="0"> <tr> <td>1. De un médico</td><td>6. Por Internet</td></tr> <tr> <td>2. En la calle</td><td>7. A veces sin receta</td></tr> <tr> <td>3. En la casa</td><td>8. Nunca con receta</td></tr> <tr> <td>4. De un amigo</td><td>9. Otro</td></tr> <tr> <td>5. En la farmacia</td><td></td></tr> </table>	1. De un médico	6. Por Internet	2. En la calle	7. A veces sin receta	3. En la casa	8. Nunca con receta	4. De un amigo	9. Otro	5. En la farmacia	
1. De un médico	6. Por Internet										
2. En la calle	7. A veces sin receta										
3. En la casa	8. Nunca con receta										
4. De un amigo	9. Otro										
5. En la farmacia											
88. ¿Con qué frecuencia usó <u>Estimulantes</u>? 1. Ocasionalmente 2. Varias veces por semana 3. Diariamente											

Módulo VI: Pregunta sobre consumo de drogas ilícitas

SOLVENTES O INHALABLES

89. ¿Ha consumido <u>solventes o inhalables</u> (tales como cemento para zapatos, ...) alguna vez en su vida?	90. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez solventes o inhalables?
1. Sí 2. No (pase a pregunta 96)	Tenía _____años
91. ¿Cuándo fue la primera vez que probó <u>Solventes o Inhalables</u>? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año 0. No sabe/No contesta	92. ¿Ha consumido <u>Solventes o Inhalables</u> en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 96)
93. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido <u>solventes o Inhalables</u>? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	94. ¿Ha consumido <u>Solventes o Inhalables</u> en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 96)

95. En los últimos 30 días ¿Cuántos días usó inhalables? *Indique número de días

MARIHUANA

96. ¿Ha consumido marihuana alguna vez en su vida?

1. Sí
2. No (pase a pregunta 104)

97. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez marihuana?

Tenía _____años

98. ¿Cuándo fue la primera vez que probó marihuana?

1. Durante los últimos 30 días
2. Hace más de un mes, pero menos de un año
3. Hace más de un año
4. No sabe/ No contesta

99. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No (pase pregunta 104)

100. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha usado marihuana?

1. Una sola vez
2. Algunas veces durante los últimos 12 meses
3. Algunas veces mensualmente
4. Algunas veces semanalmente
5. Diariamente

101. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?

1. Sí
2. No (pase pregunta 104)

102. Para contestar estas preguntas, piense en los <u>últimos 12 meses</u>	SI	NO
102.1 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar <u>marihuana</u> que no pudo resistir o pensar en nada más?		
102.2 ¿Ha consumido <u>marihuana</u> a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?		
102.3 ¿Ha terminado consumiendo <u>marihuana</u> en mayores cantidades de lo que usted pensó?		
102.4 ¿Alguna vez usó <u>marihuana</u> para eliminar o para evitar que se presentaran problemas como estos?: • Ansioso, inquieto, irritable • Estrés o depresión • Náuseas, vómitos • Problemas de concentración • Tembloroso • Ver, oír o sentir cosas inexistentes • Fatigado, somnoliento, débil • Taquicardia • Problemas para dormir		
102.5 ¿Y ha presentado problemas como los mencionados anteriormente cuando suspendía o disminuía el consumo de drogas?		
102.6 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con <u>marihuana</u> , ha consumido mayor cantidad que antes?		
102.7 ¿Ha notado que la misma cantidad de <u>marihuana</u> tiene menos efectos en usted que antes?		
102.8 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o actividades que a usted le gustan, por el consumo de <u>marihuana</u> ?		
102.9 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de <u>marihuana</u> ?		
102.10 ¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de que le ocasione problemas de salud, física, emocionales o nerviosos?		
103. Para contestar estas preguntas, piense en los <u>últimos 12 meses</u>	SI	NO
103.1 Algunas veces, las personas que consumen <u>marihuana</u> tienen serios problemas en su casa, en el trabajo o en sus estudios, tales como, descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en sus estudios o perder su trabajo. Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿el consumo de <u>marihuana</u> le causó serios problemas como éstos, ya sea en su casa, trabajo o en sus estudios?.		

103.2 Durante los últimos 12 meses, ¿consumió regularmente <u>marihuana</u> y como consecuencia de ello puso en peligro su integridad física?		
103.3 Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo bajo los efectos de la <u>marihuana</u> que le ha causado repetidos problemas con la autoridad pública o con la ley?		
103.4 Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas con la familia o amigos que probablemente hayan sido causados por su consumo de <u>marihuana</u> ?		
103.5 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de la <u>marihuana</u> ?		

COCAINA

104. ¿Ha consumido cocaína alguna vez en su vida?	105. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez cocaína?
1. Sí	
2. No (pase a pregunta 112)	Tenía _____años

106. ¿Cuándo fue la primera vez que probó cocaína?	107. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?
1. Durante los últimos 30 días	1. Sí
2. Hace más de un mes, pero menos de un año	2. No (pase a pregunta 112)
3. Hace más de un año	

108. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha usado cocaína?	109. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?
1. Una sola vez	1. Sí
2. Algunas veces durante los últimos 12 meses	2. No
3. Algunas veces mensualmente	
4. Algunas veces semanalmente	
5. Diariamente	

110. Para contestar estas preguntas, piense en los últimos 12 meses	SI	NO
110.1 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar <u>cocaína</u> que no pudo resistir o pensar en nada más?		
110.2 ¿Ha consumido <u>cocaína</u> a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?		
110.3 ¿Ha terminado consumiendo <u>cocaína</u> en mayores cantidades de lo que usted pensó?		

110.4 ¿Alguna vez usó <u>cocaína</u> para eliminar o para evitar que se presentaran problemas como estos:?		
• Ansioso, inquieto, irritable • Estrés o depresión • Náuseas, vómitos • Problemas de concentración • Tembloroso • Ver, oír o sentir cosas inexistentes • Fatigado, somnoliento, débil • Taquicardia • Problemas para dormir		
110.5 ¿Y ha presentado problemas como los mencionados anteriormente cuando suspendía o disminuía el consumo de <u>cocaína</u> ?		
110.6 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con <u>cocaína</u> , ha consumido mayor cantidad que antes?		
110.7 ¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efectos en usted que antes?		
110.8 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o actividades que a usted le gustan, por el consumo de cocaína?		
110.9 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de cocaína?		
110.10 Ha continuado consumiendo cocaína a pesar de que le ocasione problemas de salud, física, emocionales o nerviosos?		

111. Para contestar estas preguntas, piense en los últimos 12 meses	SI	NO
111.1 Algunas veces, las personas que consumen <u>cocaína</u> tienen serios problemas en su casa, en el trabajo o en sus estudios, tales como, descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en sus estudios o perder su trabajo. ¿Durante los <u>últimos 12 meses</u> , el consumo de <u>cocaína</u> le causó serios problemas como éstos, ya sea en su casa, trabajo o en sus estudios?.		
111.2 Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿consumió regularmente <u>cocaína</u> y como consecuencia de ello puso en peligro su integridad física?		
111.3 Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿ha hecho algo bajo los efectos de la <u>cocaína</u> que le ha causado repetidos problemas con la autoridad pública o con la ley?		
111.4 Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿ha tenido problemas con la familia o amigos que probablemente hayan sido causados por su consumo de <u>cocaína</u> ?		
111.5 Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de la <u>cocaína</u> ?		

CRACK

112. ¿Ha consumido crack alguna vez en su vida? 1. Sí 2. No (pase a pregunta 120)	113. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez crack? Tenía _____años
114. ¿Cuándo fue la primera vez que probó crack? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	115. ¿Ha consumido crack en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 120)
116. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha usado crack ? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	117. ¿Ha consumido crack en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 120)

118. Para contestar estas preguntas, piense en los últimos 12 meses	SI	NO
118.1 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar <u>crack</u> , que no pudo resistir o pensar en nada más?		
118.2 ¿Ha consumido <u>crack</u> a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?		
118.3 ¿Ha terminado consumiendo <u>crack</u> en mayores cantidades de lo que usted pensó?		
118.4 ¿Alguna vez usó <u>crack</u> para eliminar o para evitar que se presentaran problemas como estos?: • Ansioso, inquieto, irritable • Estrés o depresión • Náuseas, vómitos • Problemas de concentración • Tembloroso • Ver, oír o sentir cosas inexistentes • Fatigado, somnoliento, débil • Taquicardia • Problemas para dormir		
118.5 ¿Y ha presentado problemas como los mencionados anteriormente cuando suspendía o disminuía el consumo de <u>crack</u> ?		
118.6 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con <u>crack</u> , ha consumido mayor cantidad que antes?		
118.7 ¿Ha notado que la misma cantidad de <u>crack</u> tiene menos efectos en usted que antes?		
118.8 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o actividades que a usted le gustan, por el consumo de <u>crack</u> ?		
118.9 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de <u>crack</u> ?		
118.10 ¿Ha continuado consumiendo <u>crack</u> a pesar de que le ocasione problemas de salud, física, emocionales o nerviosos?		

119. Para contestar esta preguntas, piense en los últimos 12 meses	SI	NO
119.1 Algunas veces, las personas que consumen <u>crack</u> tienen serios problemas en su casa, en el trabajo o en sus estudios, tales como, descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en sus estudios o perder su trabajo. ¿Durante los últimos 12 meses, el consumo de <u>crack</u> le causó serios problemas como éstos, ya sea en su casa, trabajo o en sus estudios?.		
119.2 Durante los últimos 12 meses, ¿consumió regularmente <u>crack</u> y como consecuencia de ello puso en peligro su integridad física?		
119.3 Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo bajo los efectos de la <u>crack</u> que le ha causado repetidos problemas con la autoridad pública o con la ley?		
119.4 Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas con la familia o amigos que probablemente hayan sido causados por su consumo de <u>crack</u> ?		
119.5 Durante los últimos 12 meses, ¿se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos del <u>crack</u> ?		

Módulo VII: Preguntas sobre conocimiento y opiniones sobre drogas sintéticas; y sobre éxtasis.

120. ¿Hasta donde usted conoce, en su universidad alguien usa o consume alguna de estas drogas?

	SI	NO	No Sabe
1. Éxtasis	1	2	3
2. Anfetaminas o sus derivados	1	2	3
3. LSD	1	2	3
4. Metanfetaminas	1	2	3
5. Ketamina	1	2	3
6. GHB	1	2	3

121. ¿En su opinión ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe/ No contesta
121.1 El consumo de drogas sintéticas ayuda a pasarla mejor en la fiesta	1	2	3	4	5
121.2 El consumo de drogas sintéticas está limitado a sitios de recreación (clubes, fiestas, bares, conciertos, etc.)	1	2	3	4	5
121.3 El consumo de drogas sintéticas hace más fácil conseguir amigos	1	2	3	4	5
121.4 El consumo de drogas sintéticas hace más difícil conseguir pareja	1	2	3	4	5
121.5 El consumo de drogas sintéticas mejora el desempeño sexual	1	2	3	4	5
121.6 El consumo de drogas sintéticas es exclusivo para personas de nivel socioeconómico alto	1	2	3	4	5
121.7 Las drogas sintéticas son menos dañinas que el alcohol	1	2	3	4	5
121.8 Las drogas sintéticas son menos dañinas para el cuerpo que la marihuana	1	2	3	4	5
121.9 Las drogas sintéticas son menos dañinas para el cuerpo que la cocaína, crack	1	2	3	4	5
121.10 El uso de drogas sintéticas se puede controlar y no causan adicción	1	2	3	4	5
121.11 El uso de drogas sintéticas causa menos adicción que otras drogas	1	2	3	4	5
121.12 Se puede comprar drogas sintéticas en las droguerías/farmacias con receta médica	1	2	3	4	5

121.13 Se puede comprar drogas sintéticas en las droguerías/farmacias sin receta médica	1	2	3	4	5
121.14 Las drogas sintéticas son menos peligrosas porque se fabrican en Europa	1	2	3	4	5
121.15 La calidad de todas las drogas sintéticas es siempre la misma	1	2	3	4	5
121.16 Las drogas sintéticas se deben consumir sin alcohol	1	2	3	4	5
121.17 Todas las drogas sintéticas son iguales	1	2	3	4	5
121.18 La metanfetamina y el éxtasis son la misma droga y producen los mismos efectos	1	2	3	4	5

122. En su opinión, ¿Cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que....?

	Ningún riesgo	Riesgo leve o moderado	Gran riesgo	No sé que riesgo corre
122.1 Prueba éxtasis una o dos veces	1	2	3	4
122.2 Consume éxtasis frecuentemente	1	2	3	4
122.3 Prueba anfetaminas una o dos veces	1	2	3	4
122.4 Consume anfetaminas frecuentemente	1	2	3	4
122.5 Prueba LSD una o dos veces	1	2	3	4
122.6 Consume LSD frecuentemente	1	2	3	4
122.7 Prueba metanfetaminas una o dos veces	1	2	3	4
122.8 Prueba metanfetaminas frecuentemente	1	2	3	4
122.9 Prueba Ketamina una o dos veces	1	2	3	4
122.10 Prueba Ketamina frecuentemente	1	2	3	4
122.11 Prueba GHB una o dos veces	1	2	3	4
122.12 Prueba GHB frecuentemente	1	2	3	4

123. ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas?

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
123.1 Éxtasis	1	2	3	4
123.2 Anfetaminas	1	2	3	4
123.3 LSD	1	2	3	4
123.4 Metanfetaminas	1	2	3	4
123.5 Ketamina	1	2	3	4
123.6 GHB	1	2	3	4

124. ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas, sea para comprar o probar?

	Durante los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Nunca me han ofrecido
124.1 Éxtasis	1	2	3	4
124.2 Anfetaminas	1	2	3	4
124.3 LSD	1	2	3	4
124.4 Metanfetaminas	1	2	3	4
124.5 Ketamina	1	2	3	4
124.6 GHB	1	2	3	4

EXTASIS

125. ¿Ha consumido <u>éxtasis</u> alguna vez en su vida?	126. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez <u>éxtasis</u>?
1. Sí 2. No (pase a pregunta 137)	Tenía _____ años

127. ¿Cuándo fue la primera vez que probó éxtasis? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	128. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 137)
129. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha usado éxtasis ? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	130. ¿Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 137)
131. Durante los últimos 30 días ¿Cuántos días tomó éxtasis? Si no está seguro, trate de dar un número aproximado. Nº de días: _____	132. Y durante esos días que tomó éxtasis en los últimos 30 días ¿Cuántas pastillas llegó a tomar como máximo en un solo día? Nº de pastillas: _____
133. Pensando en las veces que ha usado éxtasis en los últimos 30 días ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en la misma ocasión en que usaba éxtasis? 1. Sí 2. No (pase pregunta 137)	134. Cuando consumió éxtasis ¿usó en la misma ocasión otras drogas como marihuana y cocaína? 1. Sí 2. No (pase pregunta 137)
135. Y las veces que consumió ¿Cuánto pagó usted por una pastilla de éxtasis? 1. Menos de 10 dólares 2. Entre 11 y 20 dólares 3. Más de 21 dólares	136. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del éxtasis? 1. Sí 2. No

HACHIS

137. ¿Ha consumido <u>hachis</u> alguna vez en su vida?	138. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez <u>hachis</u>?
1. Sí 2. No (pase a pregunta 143)	Tenía _____años

139. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió <u>hachis</u> ? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	140. ¿Ha consumido <u>hachis</u> en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 143)
141. Piense en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha usado <u>hachis</u> ? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	142. ¿Ha consumido <u>hachis</u> en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 143)

HEROÍNA

143. ¿Ha consumido <u>heroína</u> alguna vez en su vida? 1. Sí 2. No (pase pregunta 150)	144. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez <u>heroína</u>? Tenía _____años
145. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió <u>heroína</u> ? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	146. ¿Ha consumido <u>heroína</u> en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 150)

147. ¿Con que frecuencia ha usado <u>heroína</u>? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	148. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado <u>heroína</u>? 1. Sí 2. No (pase pregunta 150)
149. ¿Ha consumido <u>heroína</u> en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 150)	

OPIO

150. ¿Ha consumido <u>opio</u> alguna vez en su vida? 1. Sí 2. No (pase pregunta 156)	151. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez <u>opio</u>? Tenía _____ años
152. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió <u>opio</u> ? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	153. ¿Ha consumido <u>opio</u> en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 156)
154. ¿Con que frecuencia ha usado <u>opio</u>? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	155. ¿Ha consumido <u>opio</u> en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 156)

MORFINA

156. ¿Ha consumido morfina (solo uso no recetado) alguna vez en su vida? 1. Sí 2. No (pase pregunta 163)	157. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez morfina (solo uso no recetado)? Tenía _____ años
158. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió morfina (solo uso no recetado)? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	159. ¿Ha consumido morfina (solo uso no recetado) en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 163)
160. ¿Con que frecuencia ha usado morfina (solo uso no recetado)? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente	161. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado morfina? 1. Sí 2. No (pase pregunta 163)
162. ¿Ha consumido morfina (solo uso no recetado) en los últimos 30 días? 1. Sí 2. No (pase pregunta 163)	

ALUCINÓGENOS

163. ¿Ha consumido alucinógenos (tales como LSD, Peyote o San Pedro) alguna vez en su vida? 1. Sí 2. No (pase pregunta 170)	164. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez alucinógenos (tales como LSD, Peyote o San Pedro) ? Tenía _____ años
165. ¿Cuándo fue la primera vez que probó alucinógenos (tales como LSD, Peyote o San Pedro) ? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año	166. ¿Ha consumido alucinógenos (tales como LSD, Peyote o San Pedro) en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 170)

167. ¿Con que frecuencia ha usado <u>alucinógenos</u> (tales como LSD, Peyote o San Pedro)? - Una sola vez - Algunas veces durante los últimos 12 meses - Algunas veces mensualmente - Algunas veces semanalmente - Diariamente	168. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado <u>alucinógenos</u> (tales como LSD, Peyote o San Pedro)? - Sí - No (pase pregunta 170)
169. ¿Ha consumido <u>alucinógenos</u> (tales como LSD, Peyote o San Pedro) en los últimos 30 días? - Sí - No (pase pregunta 170)	

KETAMINA

170. ¿Ha consumido <u>ketamina</u> alguna vez en su vida? - Sí - No (pase pregunta 176)	171. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez <u>ketamina</u>? Tenía _____años
172. ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que probó <u>ketamina</u>? - Durante los últimos 30 días - Hace más de un mes, pero menos de un año - Hace más de un año	173. ¿Ha consumido <u>ketamina</u> en los últimos 12 meses? - Sí - No (pase pregunta 176)
174. ¿Con que frecuencia ha usado <u>ketamina</u>? - Una sola vez - Algunas veces durante los últimos 12 meses - Algunas veces mensualmente - Algunas veces semanalmente - Diariamente	175. ¿Ha consumido <u>ketamina</u> en los últimos 30 días? - Sí - No (pase pregunta 176)
176. ¿Ha consumido <u>otra droga diferente a las anteriores</u> alguna vez en su vida? - Sí - No (pase a pregunta 177)	177. Especifique cual:

178. ¿Qué edad tenía cuando probó <u>esa droga</u> por primera vez? Tenía _____años	179. ¿Cuándo fue la primera vez que probó <u>esa otra droga</u>? 1. Durante los últimos 30 días 2. Hace más de un mes, pero menos de un año 3. Hace más de un año
180. ¿Ha consumido <u>esa otra droga</u> en los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No (pase pregunta 182)	181. ¿Con qué frecuencia ha usado <u>esa droga</u>? 1. Una sola vez 2. Algunas veces durante los últimos 12 meses 3. Algunas veces mensualmente 4. Algunas veces semanalmente 5. Diariamente

Módulo IX: Exposición a Programas de Prevención

182. En la Universidad donde está estudiando ¿ha recibido información, cursos o talleres sobre el consumo de drogas? 1. Sí 2. No (Pasar a pregunta 222)																							
183. ¿Con que frecuencia ha recibido información, cursos o talleres sobre el consumo de drogas en la universidad? 1. Una sola vez 2. Unas pocas veces 3. Varias veces 4. Muchas veces 5. No se aplica	184. ¿Cómo calificaría la información que ha recibido sobre el consumo de drogas en la universidad? 1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Deficiente																						
185. En la Universidad donde está estudiando, ¿ha recibido un programa formal de prevención de consumo de drogas? 1. Sí 2. No (Pasar a pregunta 187) 3. No recuerda (Pasar a pregunta 187)	186. ¿Cuáles fueron las instituciones que realizaron estos eventos de prevención del consumo de drogas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Si</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>177.1 Ministerio de Educación</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>177.2 Ministerio de Salud Pública</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>177.3 Fundaciones u Ong's</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>177.4 Departamento de Bienestar Estudiantil u otro de la universidad</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>177.5 Asociaciones estudiantiles</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>177.6 Otros</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>			Si	No	177.1 Ministerio de Educación	☐	☐	177.2 Ministerio de Salud Pública	☐	☐	177.3 Fundaciones u Ong's	☐	☐	177.4 Departamento de Bienestar Estudiantil u otro de la universidad	☐	☐	177.5 Asociaciones estudiantiles	☐	☐	177.6 Otros	☐	☐
	Si	No																					
177.1 Ministerio de Educación	☐	☐																					
177.2 Ministerio de Salud Pública	☐	☐																					
177.3 Fundaciones u Ong's	☐	☐																					
177.4 Departamento de Bienestar Estudiantil u otro de la universidad	☐	☐																					
177.5 Asociaciones estudiantiles	☐	☐																					
177.6 Otros	☐	☐																					

187. ¿Cree que el problema del consumo de drogas debería abordarse en la universidad a través de eventos sistemáticos o permanentes? 1. Si 2. Tal vez 3. No	188. ¿Usted cree que debería existir una política universitaria específica para prevenir el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios? 1. Si 2. Tal vez 3. No
189. ¿Debería incluir esta política el tema del alcohol? 1. Si 2. Tal vez 3. No	
190. En su opinión, ¿existen otras situaciones que pueden afectar la calidad de vida de los estudiantes, su desarrollo o sus estudios y que debería incluirse en la política universitaria? 	

Módulo X: Preguntas sobre hechos delincuenciales

191. ¿Ha sido víctima de una agresión física o algún hecho delincencial en los últimos 12 meses? 1. Si 2. No
192. ¿En esa agresión física o hecho delincencial estuvo presente el uso de alcohol y/o drogas? 1. Si 2. No
193. En los últimos doce meses, ¿Con que frecuencia ha presenciado algún hecho delincencial? 1. Muy frecuentemente 2. Algo frecuentemente 3. Rara vez 4. Nunca / Casi nunca
194. ¿Ha sido víctima de una agresión física o algún hecho delincencial en los últimos 12 meses? 1. En la vía pública 2. En transporte público 3. En lugares públicos 4. Otros lugares: _____

195. Quisiera hacer algún comentario
Máximo de 500 caracteres:

196. Por la presente, declaro que entrego la presente información de manera voluntaria

1. Si
2. No

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO

Le recordamos que toda la información que usted ha entregado es absolutamente confidencial y será utilizada únicamente con fines estadísticos.

ENVIAR



Complejo Plan Maestro, Edificio
B-2 3 Nivel, Alameda Juan Pablo II,
y 17 AV. Nte, Centro de Gobierno,
San Salvador, El Salvador, C.A.