

Ventanas Epidemiológicas en Centros de Salud

Municipio de Saavedra, Provincia de Buenos Aires. Año 2017.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina
(Sedronar)

Secretario de Estado
Mg. Roberto Moro

Subsecretario de Estrategias de Tratamiento y Prevención
Dr. Roberto Canay

Directora Nacional del Observatorio Argentino de Drogas
Dra. María Verónica Brasesco

Coordinadora de Epidemiología
Dra. Ernestina Rosendo

Procesamiento, análisis y redacción de informe
Lic. Matías Somoza

Marzo 2019

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Agradecimientos

El estudio llevado adelante en el Municipio de Saavedra de la Provincia de Buenos Aires ha requerido del apoyo y del empeño de los directivos y trabajadores que a diario se encuentran en los centros del primer y segundo nivel de atención de salud donde se realizaron las encuestas. Agradecemos el interés y el compromiso mostrado por todos ellos y el de todos los encuestadores que participaron en el estudio.

Asimismo, queremos extender el agradecimiento al Intendente Municipal, Alejandro Hugo Corvatta, al Secretario de Salud, Dr. Oscar Gomez, a la directora del servicio de Salud Mental del Hospital Municipal de Pigüé, Lic. Claudia Bross, a la Coordinadora de la Región Sanitaria I, Lucia Ramos, al equipo técnico del Centro Provincial de Atención (CPA) de Pigüé y a todas las personas de la comunidad que aceptaron responder a la encuesta.

Debemos hacer una mención especial a la Lic. Andrea González y el Lic. Eduardo Guzmán del Observatorio de Salud Mental y Adicciones de la Dirección de Prevención de las Adicciones y Promoción de la Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por el apoyo y el acompañamiento durante el estudio.

Agradecemos a todos por la confianza depositada en nosotros para implementar esta estrategia metodológica, y esperamos que estos resultados puedan servir para el diseño de acciones preventivas y asistenciales en cada barrio.

Índice

1	Introducción	5
2	Marco teórico y diseño metodológico	6
3	Objetivos y metodología.....	9
4	Resultados.....	12
4.1	Caracterización de la población encuestada	12
4.2	Características de la consulta actual	17
4.3	Consumo de sustancia psicoactivas	18
4.3.1	Consumo de alcohol.....	19
4.3.2	Consumo de tabaco	22
4.3.3	Consumo de psicofármacos.....	24
4.3.4	Consumo de otras sustancias psicoactivas.....	26
4.3.5	Consumo en el entorno.....	27
4.4	Percepción del consumo y accesibilidad a recursos	28
4.5	Opiniones y creencias	32
4.6	Acceso a sustancias psicoactivas.....	34
4.7	Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis	36
5	Conclusiones	37
6	Bibliografía	40

1 Introducción

La Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD) se ocupa de la generación y recopilación de información oportuna, válida y confiable sobre los distintos aspectos del consumo de sustancias psicoactivas. Esta información es necesaria para la definición de políticas públicas integrales, inclusivas, participativas, acordes a las necesidades de toda la población y basadas en evidencia científica. Un objetivo nodal de la Sedronar y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) concierne al fortalecimiento de los observatorios provinciales y municipales con la finalidad de asegurar la producción y disponibilidad de datos válidos y confiables para la evaluación de la **situación local** sobre el consumo problemático de sustancias.

Desde esta perspectiva, el objetivo del OAD en el marco del Programa Municipios en Acción consiste en el fortalecimiento de los municipios para el desarrollo de relevamientos epidemiológicos sobre la problemática del consumo y sus particularidades. Esta información permite construir diagnósticos locales y la correspondiente formulación de políticas públicas municipales, acordes a las especificidades de sus poblaciones y problemáticas.

En el marco de estos objetivos, el OAD capacita a los municipios en la ejecución de estudios para establecer la magnitud, tendencias y características del consumo, identificar poblaciones vulnerables y posibles determinantes de la problemática. En el marco de esta capacitación ocupa un lugar relevante la presentación de una estrategia metodológica en particular, las Ventanas Epidemiológicas. La importancia de éstas se funda en la necesidad de construir **información local**, con las especificidades propias de cada caso pero también, a su vez, esta estrategia metodológica impulsa el desarrollo de **competencias locales** en la producción y comprensión de la problemática del consumo. Es decir, la implementación de Ventanas Epidemiológicas implica la incorporación e involucramiento de los diversos agentes y actores de la comunidad.

2 Marco teórico y diseño metodológico

Los estudios a nivel nacional y provincial aportan una mirada general sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. Estos estudios son de suma relevancia en la medida en que ofrecen información epidemiológica para realizar un análisis nacional o regional así como también comparar la situación de nuestro país en relación con la de otros de la región. Sin embargo, es frecuente que a partir de esta mirada situada en lo macro se opaquen o se diluyan las realidades locales. Muchas veces los actores que trabajan a nivel territorial tienen una percepción de la problemática que no concuerda con los diagnósticos nacionales o provinciales, y se preguntan cómo intervenir ante una realidad que demanda ser resuelta. En este sentido, la metodología que se intenta construir, apunta a achicar esta brecha y a revalorizar la metodología como conocimiento para la acción.

Teniendo en cuenta la extensión territorial y la heterogeneidad económica, cultural y étnica de la Argentina, resulta necesario impulsar la descentralización y favorecer la participación de actores gubernamentales de diferentes niveles así como también de organizaciones y grupos comunitarios que puedan dar cuenta de la diversidad territorial, con el fin de adecuar las políticas públicas a la realidad de cada territorio. Se requiere reconocer la presencia de múltiples factores que inciden en la realidad local, como son los sociales, económicos, culturales, ambientales y político-institucionales, además de aspectos específicamente relacionados con la oferta y la demanda de drogas y alcohol en la localidad.

El uso de la estrategia de Ventanas Epidemiológicas en nuestro país se remonta a mediados de los años '80. Desde el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET se implementaron los Centros de Estudios Locales (CEL)*, que relevaban información relativa al consumo de sustancias legales e ilegales, en comunidades, municipios y otros aglomerados, mediante modelos de vigilancia epidemiológica de inserción comunitaria. Esta forma de implementar las Ventanas Epidemiológicas significó la incorporación e involucramiento de los

*SEDRONAR apoyó la creación de 50 CEL distribuidos en todo el territorio argentino, entre los años 1998 y 1999.

agentes responsables de las acciones de prevención y asistencia, tales como profesionales de la salud, de la educación y voluntarios (Míguez, 1998). La construcción de ventanas epidemiológicas constituye entonces una **alternativa metodológica de producción de información en el tema de consumo de sustancias**, que incluye la capacitación de los recursos institucionales existentes en los territorios, en tanto productores de información confiable y oportuna.

Abordar la complejidad del consumo de sustancias apelando a la participación y al fortalecimiento de los escenarios y recursos locales, requiere implementar herramientas de la **epidemiología comunitaria**. Este tipo de enfoque ofrece a los actores locales un mayor y mejor conocimiento de la problemática y le sirve de apoyo para la acción y reflexión de sus propias prácticas en la comunidad. A su vez recupera la propia experiencia y conocimiento de las personas ubicadas en la primera línea de atención y prevención del problema. De esta forma, este tipo de investigación implica que los actores comunitarios participen desde el inicio en la recolección de datos y en el análisis de los mismos, luego en las conclusiones y posteriores reflexiones.

En síntesis, las Ventanas Epidemiológicas permiten construir un diagnóstico local con escasa inversión de tiempo, recursos económicos y humanos, mediante la **construcción colectiva de la información** sobre la situación de consumo de sustancias psicoactivas. Con el propósito de aportar elementos que permitan la reflexión de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias y la posterior planificación de políticas y estrategias de intervención a nivel local.

Desde este enfoque, el OAD-SEDRONAR ha realizado numerosas Ventanas Epidemiológicas en Centros de Salud durante el período 2010-2017, y durante los años 2014 y 2015 se llevaron adelante Estudios Locales sobre consumo y accesibilidad, basados en los mismos principios de participación y fortalecimiento de los recursos locales. En la actualidad, el OAD continúa con el desarrollo de esta estrategia metodológica, buscando ampliar a todo el territorio nacional la construcción de diagnósticos locales tanto a nivel provincial como municipal. Por tal razón se fomenta la implementación de ventanas

epidemiológicas no sólo en el área de salud, sino también en el sector educativo y otras áreas programáticas donde se busque aplicar -o se esté aplicando- un programa de prevención o reducción del consumo de sustancias.

En esta oportunidad se ha realizado el estudio de Ventana Epidemiológica en Centros de Salud del Primer Nivel de Atención. El mismo aporta información que permanece -en no pocas ocasiones- “invisible” a los dispositivos de salud. Específicamente, los centros de salud han sido pensados para una primera contención sanitaria de la población y no para la atención de problemáticas con elevada complejidad médica, y suelen estar ubicados en las periferias, en los barrios, por ello permiten captar un dato relativo a la realidad barrial/comunal.

El uso de sustancias psicoactivas y las consecuencias que ocasiona en la salud de quienes las utilizan no es habitualmente un problema que alcance la consulta externa. Por un lado, porque el sistema de salud tiene dificultades para visualizar los problemas de consumo como un área de trabajo sanitario y, por otro lado, porque la problemática está impregnada con la idea de ilicitud, sumada a una fuerte negación de quien la padece. Estos factores terminan configurando una consulta escasa y oculta bajo el trastorno sintomático o en la recurrencia de otros trastornos no estigmatizantes.

3 Objetivos y metodología

Objetivo:

- Establecer la **magnitud** y **características** de las problemáticas vinculadas al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en población que accede al primer y segundo nivel de atención del municipio de Saavedra en la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- Estimar las prevalencia de vida, año y mes del consumo de sustancias psicoactivas.
- Describir patrones y modalidades de consumo de sustancias psicoactivas.
- Caracterizar la presencia de diferentes factores de riesgo y protección del consumo de sustancias.
- Describir las percepciones respecto del propio consumo y del consumo en otros significativos.
- Evaluar la accesibilidad a recursos de atención por problemas vinculados con el consumo de sustancias.
- Estimar prevalencias de enfermedades infectocontagiosas asociadas con el consumo de sustancias.

Diseño de investigación

El estudio Ventanas Epidemiológicas en centros de salud es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo-transversal. La información fue recogida a través de una encuesta estructurada, anónima y voluntaria.

Población:

La población objetivo en el presente estudio fue toda aquella persona mayor de 12 años que concurriera a los centros de salud del municipio de Saavedra y que voluntariamente aceptara realizar la encuesta, entre agosto y noviembre de 2017.

Muestra:

En este tipo de estudios fundados en un diagnóstico-comunitario, no es necesario recurrir a métodos que sean probabilísticos y representativos. En estos casos se toman a las unidades poblacionales de forma completa, bajo los términos de lo que se denomina **muestras intencionales**, las cuales tienen por objetivo –en nuestro marco de trabajo– dar sólo referencia a los grupos, personas o instituciones que son destinatarios de acciones preventivas y/o asistenciales. En este sentido, se confeccionó un muestreo intencional de las personas que concurrieron a cuatro de los seis establecimientos del Primer Nivel de Atención y dos del Segundo del municipio de Saavedra.

En este sentido, por las características propias de la muestra, los resultados del estudio tendrán un alcance local y no podrán ser extrapolados más allá de la población a la que refieren. De todas formas, este tipo de muestra permite describir de forma exhaustiva la población a la que están destinadas las acciones preventivas y, fundamentalmente, los datos que se obtengan serán de suma relevancia para los actores involucrados en el proceso de diagnóstico.

Instrumento:

Se elaboró un cuestionario estructurado con 66 preguntas. Para la construcción del instrumento se tomaron como antecedente a los cuestionarios aplicados por el OAD durante años anteriores en Ventanas Epidemiológicas locales y en Estudios Locales de Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Se garantizó la confidencialidad de la información brindada por los encuestados y el carácter voluntario de la participación. La duración promedio de la encuesta fue de aproximadamente 40 minutos.

Dimensiones del cuestionario:

- Socio-demográfica
- Características de la consulta actual
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Consumo en el entorno
- Percepción del consumo y accesibilidad a recursos

- Identificación de recursos asistenciales y acciones preventivas
- Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis
- Facilidad de acceso a sustancias
- Opiniones y creencias

Trabajo de campo:

El trabajo de campo se realizó entre los meses de agosto y noviembre de 2017. El equipo técnico del OAD-Sedronar se ocupó de capacitar en la metodología para la realización del relevamiento a los referentes municipales del Centro Provincial de Atención (CPA). La selección de los centros de salud a incluir en el estudio fue realizada en conjunto entre el equipo técnico del CPA de Pigüé, la Coordinadora Regional, Lucía Ramos y el Secretario de Salud, Dr. Oscar Gómez.

Posteriormente, desde el equipo técnico del CPA se planificó el cronograma para el trabajo de campo y se realizó la capacitación sobre la administración del cuestionario a los encuestadores. El equipo de encuestadores estuvo integrado por agentes de salud de CAP Pigüé, del Hospital Municipal de Pigüé y Saavedra, de la Sala de Primeros Auxilios de Goyena, Espartillar, Arroyo Corto, Dufaur y Colonia San Martín de Tours.

Una vez completadas las encuestas, éstas fueron centralizadas en el Servicio de Salud Mental y luego elevadas al CPA. Finalmente, el equipo técnico del CPA se ocupó de cargar las encuestas en el sistema para luego ser procesadas y analizadas por el equipo del OAD-Sedronar.

Carga y procesamiento de datos:

La carga de datos fue realizada por el equipo técnico del municipio a través de un sistema de carga web diseñado en la plataforma Lime Survey. Posteriormente, la base de datos generada se exportó a SPSS, y el equipo técnico del OAD se encargó de su análisis.

4 Resultados

4.1 Caracterización de la población encuestada

Se realizaron un total de 215 encuestas efectivas en ocho establecimientos de salud del municipio de Saavedra (Tabla 1), dos hospitales y seis dispositivos del Primer Nivel de Atención. La mayor parte de las encuestas (62,3%) correspondieron al Hospital y Maternidad Municipal "Octavio F. Ducos".

Tabla 1. Encuestas realizadas por Establecimiento de Salud. Saavedra, 2017. N=215.

Establecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Hospital y Maternidad Municipal "Octavio F. Ducos"	134	62,3%
Sala de Primeros Auxilios Goyena	23	10,7%
Sala de Primeros Auxilios Espartillar y Hogar de Ancianos	19	8,8%
Sala Bo. Juan Murguía Dr. Oscar Brossy	13	6,0%
Sala Barrio El Ángel	13	6,0%
Hospital Municipal "Dr. Miguel Suarch"	10	4,7%
Unidad Sanitaria y Hogar Virgen del Milagro	2	0,9%
Unidad Sanitaria Colonia San Martín	1	0,5%
Total	215	100,0%

Distribución por edad y género

La población encuestada fue mayormente femenina, 65,6%, mientras que el 30,7% de los encuestados fueron varones. El 3,3% (7 casos) de los encuestados fueron registrados con otras identidades de género y en un caso no se registró el dato (Gráfico 1).

En cuanto a la distribución de la edad, la población consultada fue principalmente adulta; la mediana de edad fue de 39 años (RIC[†] 27 años), la edad mínima fue de 12 años y la máxima de 87 años. Como puede observarse en la Tabla 2, se agrupó a la población encuestada en seis franjas etarias. El grupo de edad con mayor proporción de encuestados fue el de 30 a 39 años (21,9%).

[†] RIC: Rango intercuartílico.

Gráfico 1. Distribución poblacional de encuestados según género y edad. Saavedra, 2017. N=215.

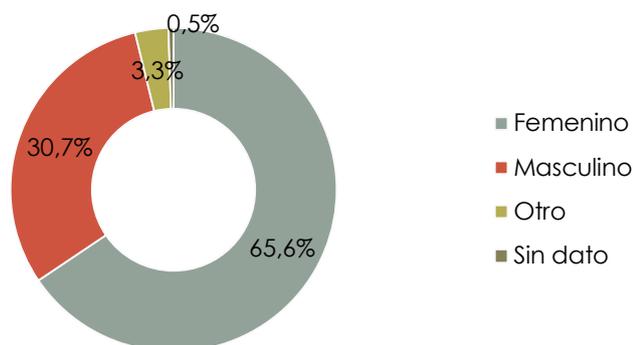


Tabla 2. Distribución de la población encuestada según grupo de edad. Saavedra, 2017.

Grupo de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
12-19	25	11,6%
20-29	35	16,3%
30-39	47	21,9%
40-49	39	18,1%
50-59	33	15,3%
60 o más	34	15,8%
Sin dato	2	0,9%
Total	215	100,0%

Situación de pareja

La mayoría de los encuestados (67%) manifestó estar en pareja al momento de la entrevista; entre los menores de 20 años este porcentaje fue del 20% y desde los 20 años fue del 70%. Entre los que están en pareja, el 87% refirió convivir con ésta.

Nivel educativo

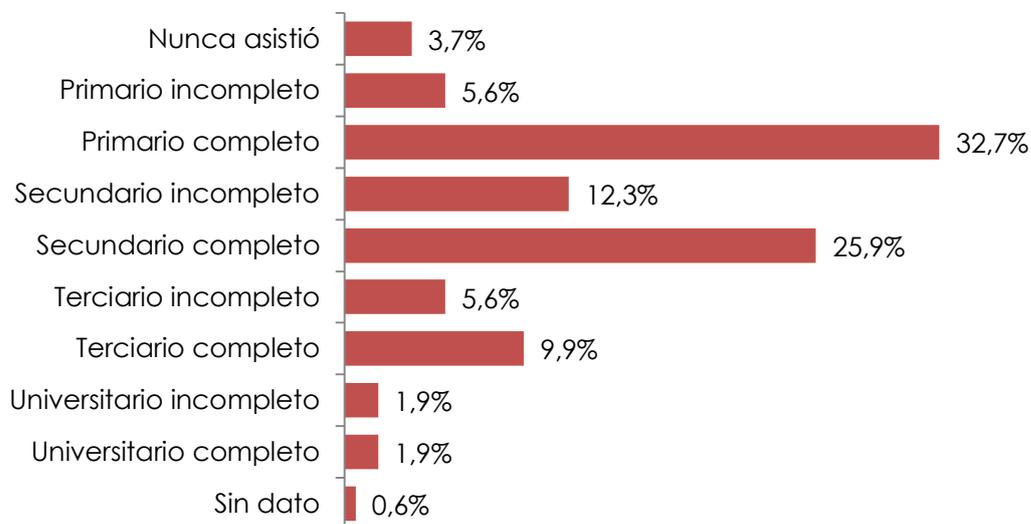
Del total de los encuestados, el 24,7% (53 personas) refirió asistir actualmente a algún establecimiento educativo. Entre los estudiantes, la mayor parte corresponde al nivel de educación secundario (Tabla 3).

En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado por aquellos encuestados que no se encontraban cursando algún nivel de la educación formal, la mayor parte refirió secundario incompleto o menos (54,3%). Un 42,0% de estos encuestados no alcanzaron el nivel secundario (Gráfico 2).

Tabla 3. Encuestados según asistencia / nivel de educación al que asiste. Saavedra, 2017.

Asistencia / Nivel al que asiste	Frecuencia	Porcentaje
No asiste actualmente a un establecimiento educativo	162	75,3%
Primario	7	3,3%
Secundario	36	16,7%
Terciario	7	3,3%
Universitario	3	1,4%
Total	215	100,0%

Gráfico 2. Encuestados que no asisten actualmente a un establecimiento educativo según máximo nivel alcanzado. Saavedra, 2017. N=162.

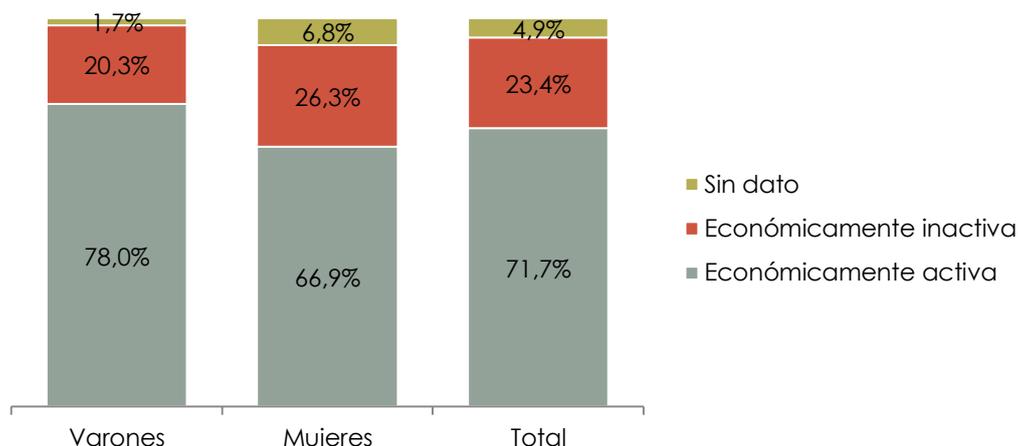


Condición de actividad

Tomando como referencia las definiciones del INDEC, se calculó la condición de actividad para los encuestados que están en edad de trabajar, es decir, entre 16 y 65 años. Así, de las 187 personas de 16 a 65 años, el 71,7% era económicamente activo[‡], un 23,4% se consideró inactivo y para un 4,9% no se pudo establecer esta categoría debido a la falta de dato. De la población económicamente activa, el 3,0% refirió encontrarse desocupado. Según se observa en el Gráfico 3, la participación en la actividad económica resultó ser superior en los varones (78,0%) que en las mujeres (66,9%).

[‡] La población económicamente activa refiere a las personas que trabajan -cualquiera sea su modo de hacerlo- y aquellos que sin trabajar buscan activamente un trabajo (desocupados).

Gráfico 3. Encuestados de 16 a 65 años por género según condición de actividad. Saavedra, 2017. N=177.



De las 128 personas que refirieron trabajar, el 28,9% declaró trabajar como empleado en el sector público y el 13,9% en el sector privado. Luego, un 8% trabaja por cuenta propia, sin personal a cargo, un 6,4% tiene trabajos esporádicos (changas) y, un 4,8% trabaja en servicio doméstico (Tabla 4).

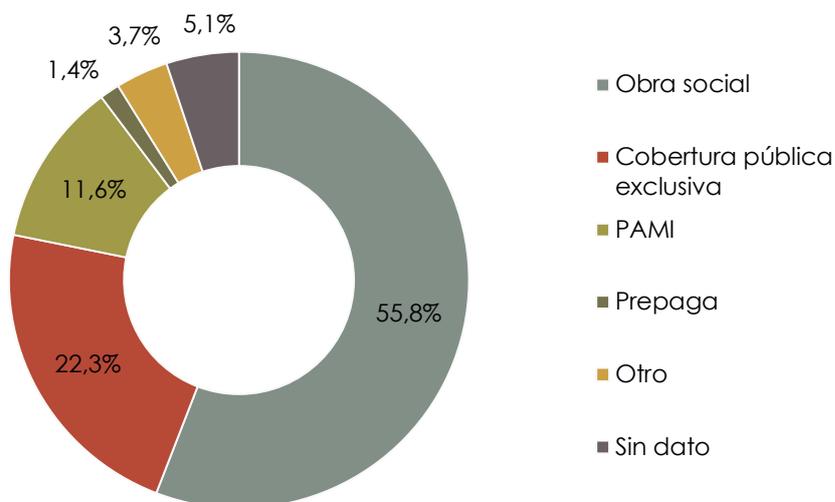
Tabla 4. Encuestados de 16 a 65 años que trabajan según categoría de trabajo actual. Saavedra, 2017. N=128

Categoría de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Empleado del sector público	54	28,9%
Empleado del sector privado	26	13,9%
Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo	15	8,0%
Trabajos esporádicos - Changas	12	6,4%
Servicio doméstico	9	4,8%
Patrón/empleador/cuentapropista con personal a cargo	5	2,7%
Trabajador familiar sin remuneración fija	3	1,6%
Trabajador/a para un plan/programa de trabajo del municipio, la provincia o la nación	1	0,5%
Sin dato	3	1,6%
Total	128	68,4%

Cobertura de salud y programas sociales

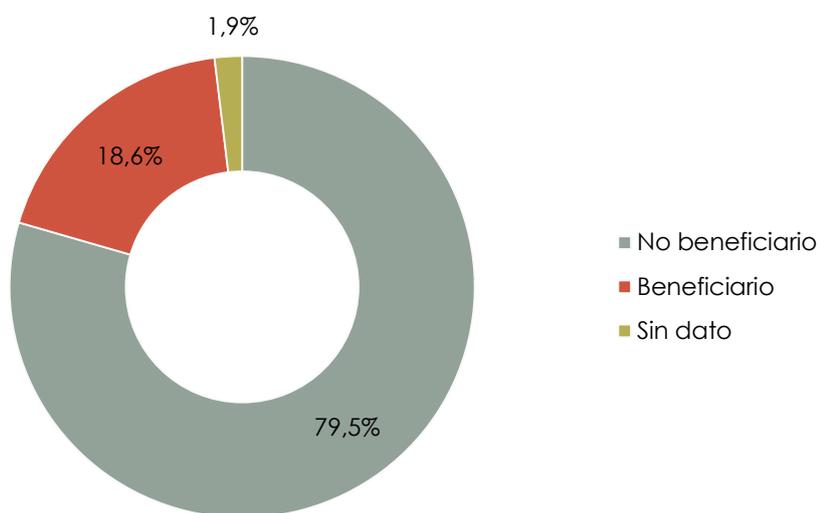
Más de la mitad de las personas encuestadas (55,8%) refirieron tener obra social y un 22,3% afirmó tener como cobertura de salud exclusiva al sistema público y el 11,6% dijeron tener PAMI como cobertura de salud (Gráfico 4).

Gráfico 4. Encuestados según cobertura de salud. Saavedra, 2017. N=215.



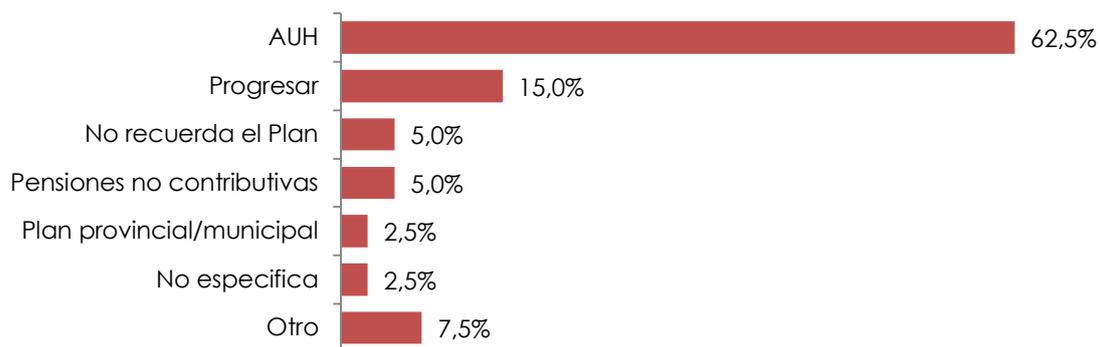
El 18,6% (40 personas) del total de encuestados refirió ser beneficiario de algún plan social, programa o incentivo del Estado nacional, provincial o municipal (Gráfico 5). La proporción fue similar entre varones y mujeres (20,0% y 16,7% respectivamente).

Gráfico 5. Encuestados según percepción de beneficio, programa o incentivo del Estado. Saavedra, 2017. N=215.



De las 40 personas que refirieron recibir algún beneficio, programa o incentivo del Estado, el 62,5% percibía la Asignación Universal por Hijo (AUH). El segundo beneficio en orden de frecuencia fue el Programa Progresar percibido por el 15% de los beneficiarios (Gráfico 6).

Gráfico 6. Encuestados que perciben beneficio, programa o incentivo del Estado según tipo de beneficio. Saavedra, 2017. N=40.



4.2 Características de la consulta actual

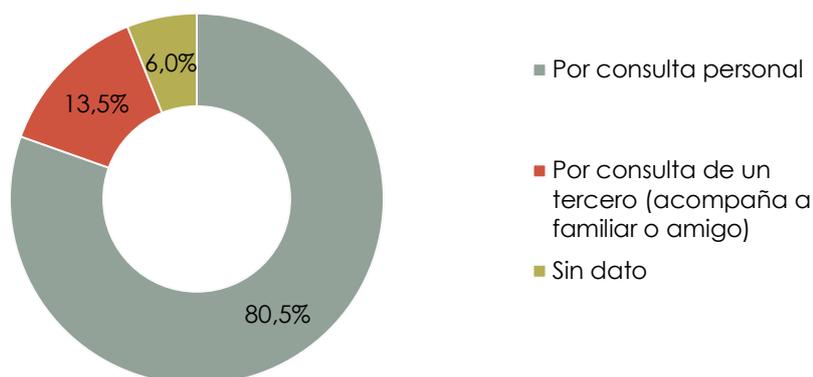
Se preguntó a los encuestados por el servicio al que concurrían en la consulta o la prestación que iban a recibir, ya sea para sí mismos o para un tercero al que acompañaran (Tabla 5). Los servicios o prestaciones más consultadas fueron medicina general (54,9%) y enfermería (16,3%), en menor medida ginecología / obstetricia (6,0%) y entrega de insumos (como leche, medicamentos o anticonceptivos) (4,2%). Al desagregar por nivel de atención, si bien la mayor proporción en ambos niveles corresponde a la prestación de medicina general, en el Primer Nivel de Atención presentan mayor frecuencia las prestaciones de enfermería y entrega de insumos. En el Segundo Nivel de Atención, en cambio, se mencionaron con mayor frecuencia otros servicios tales como técnicas diagnósticas por imágenes, dermatología, traumatología, kinesiología o nutrición (Tabla 5).

Tabla 5. Encuestados según prestación o servicio al que concurren según nivel de atención (%). Saavedra, 2017.

Prestación / Servicio	1° nivel de atención	2° nivel de atención	Todos los niveles
Medicina General	54,9%	54,9%	54,9%
Enfermería	29,6%	9,7%	16,3%
Otro servicio o prestación médica	0,0%	20,8%	14,0%
Ginecología/Obstetricia	5,6%	6,3%	6,0%
Entrega de insumos	11,3%	0,7%	4,2%
Salud Mental	0,0%	4,9%	3,3%
Trabajo social	4,2%	0,7%	1,9%
Pediatría	1,4%	0,7%	0,9%
Laboratorio	0,0%	0,7%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En el 80,5% de los casos, el destinatario de la consulta al centro de salud fue el mismo encuestado/a, mientras que en el 13,5% de los casos la consulta estaba destinada a un tercero al que acompañaban (Gráfico 7).

Gráfico 7. Encuestados según destinatario de la consulta. Saavedra, 2017. N=215.



4.3 Consumo de sustancia psicoactivas

En el presente apartado se analizan las tasas de consumo de sustancias psicoactivas de la población encuestada según tipo de sustancia, género y grupo de edad.

Los indicadores utilizados para el análisis fueron los siguientes:

- **Consumo de vida:** refiere al porcentaje de la población encuestada que consumió una determinada sustancia al menos alguna vez en su vida.
- **Consumo de último año (consumo reciente):** porcentaje de la población encuestada que consumió determinada sustancia al menos una vez en el último año. Se considera a este indicador el más adecuado para analizar el consumo de sustancias ilícitas o de uso indebido.
- **Consumo de último mes (consumo actual):** refiere al porcentaje de la población encuestada que declaró consumir determinada sustancia al menos una vez en los últimos 30 días. Se considera a este indicador como el más pertinente para analizar el consumo de sustancias legales.

Las sustancias que presentaron mayores tasas de consumo en los tres períodos de tiempo medidos (vida, último año y último mes) fueron las legales (bebidas con alcohol y tabaco), seguida por los psicofármacos (con o sin prescripción médica) y, en menor medida, las sustancias ilegales (marihuana y cocaína). No se identificó consumo de otras sustancias como éxtasis, alucinógenos como el LSD, pasta base o solventes inhalables (Tabla 6).

En cuanto a la edad de inicio, las bebidas con alcohol y el tabaco, fueron las sustancias más tempranamente consumidas. Entre las sustancias ilegales, la marihuana fue la de inicio más temprano. Los psicofármacos, por el contrario, fueron la sustancia de inicio más tardío, aunque con una elevada dispersión (Tabla 7).

Tabla 6. Consumo por sustancia según período de consumo referido (%). Saavedra, 2017.

Sustancia	Alguna vez	Último año	Último mes
Bebidas con alcohol	65,6%	41,9%	32,1%
Tabaco	53,5%	31,2%	24,7%
Psicofármacos	14,9%	10,7%	8,4%
Marihuana	8,8%	1,9%	0,9%
Cocaína	3,3%	0,9%	0,9%
Éxtasis	-	-	-
Alucinógenos como LSD	-	-	-
Pasta base (Paco)	-	-	-
Solventes inhalables	-	-	-

Tabla 7. Edad de inicio de consumo por sustancia. Saavedra, 2017.

Sustancia	Media	Desvío Estándar	Mediana	Rango intercuartílico (RIC)	Mínimo	Máximo
Bebidas con alcohol	16,0	4,3	15	2,3	6	44
Tabaco	16,7	5,3	15	4,0	8	50
Marihuana	16,8	5,0	15	5,0	12	29
Cocaína	17,6	3,6	18	5,0	12	23
Psicofármacos	33,3	16,4	30	32,5	13	72

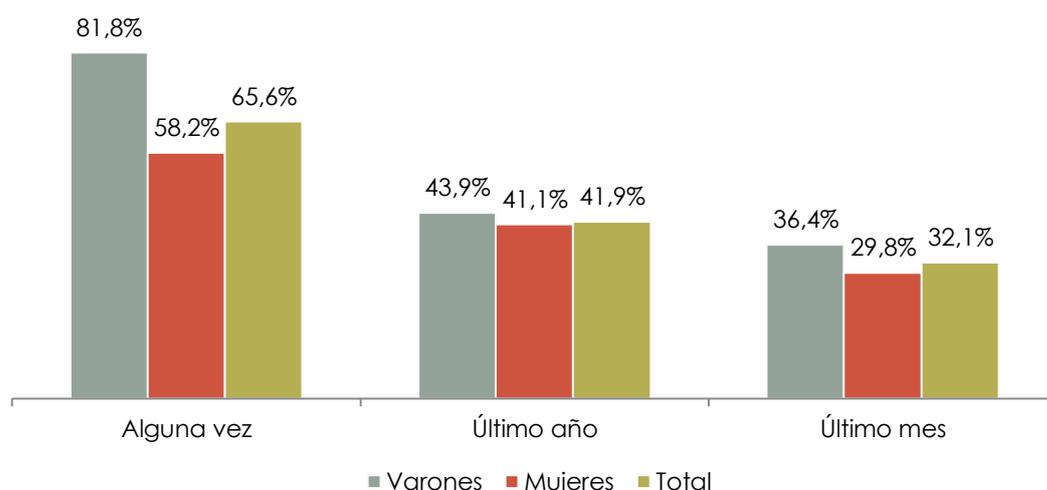
4.3.1 Consumo de alcohol

El alcohol es la sustancia que presentó las mayores prevalencias de consumo entre la población encuestada. En este sentido, el 65,6%

declaró haber consumido bebidas con alcohol alguna vez en su vida, el 41,9% durante el último año y el 32,1% en el transcurso del último mes.

Al analizar por género, se evidencia que la brecha entre varones y mujeres en los consumidores recientes o actuales de bebidas con alcohol es más estrecha que en el conjunto de encuestados que refirieron haber consumido alcohol alguna vez (Gráfico 8).

Gráfico 8. Consumo de bebidas con alcohol por período de consumo referido según género (%). Saavedra, 2017. N=215.



Por otro lado, se observa que las mayores tasas de consumo de alcohol se concentraron entre los 12 y los 39 años para luego decrecer gradualmente. En el caso del consumo actual (de último mes), se evidencia un aumento creciente que alcanza su pico entre los 30 y los 39 años (Tabla 8).

Tabla 8. Consumo de bebidas con alcohol por período de consumo referido según grupo de edad (%). Saavedra, 2017.

Grupo de edad (años)	Alguna vez	Último año	Último mes
12-19	76,0%	52,0%	32,0%
20-29	77,1%	54,3%	40,0%
30-39	78,7%	53,2%	42,6%
40-49	69,2%	41,0%	33,3%
50-59	48,5%	30,3%	24,2%
60 o más	47,1%	20,6%	17,6%
Total	65,6%	41,9%	32,1%

Asimismo, el alcohol es una de las sustancias que los encuestados declararon consumir más tempranamente, la mediana de edad de inicio fue 15 años (RIC: 2,5) (Tabla 7).

Consumo problemático de bebidas alcohólicas

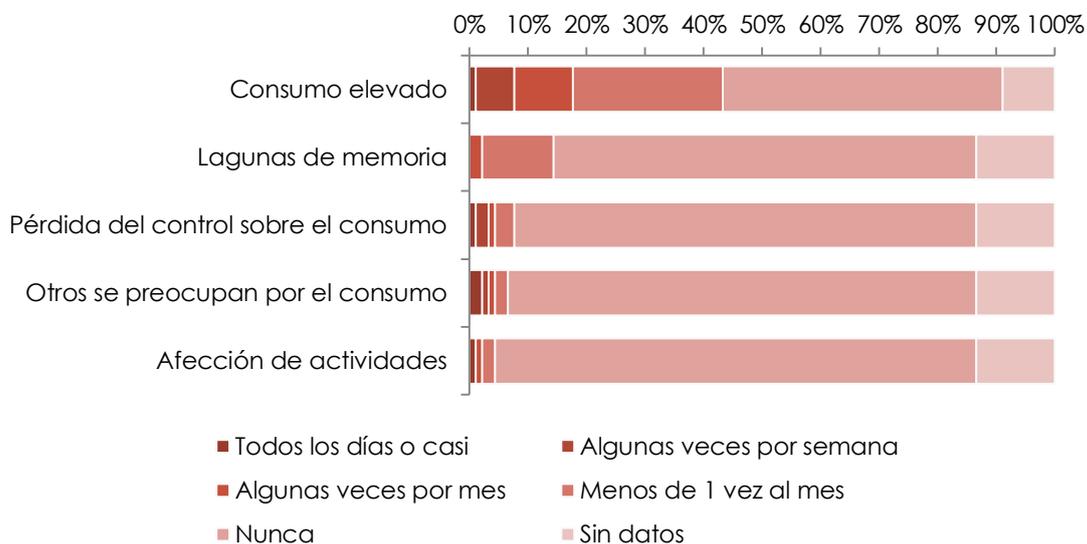
Por las características propias de este estudio y la necesidad de diseñar un instrumento de recolección breve, la escala del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud se abrevió a cinco indicadores que responden sólo quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, a fin de dar cuenta de la presencia o no de indicadores vinculados con el uso perjudicial de bebidas con alcohol. Para ello se consideraron las siguientes preguntas de la escala AUDIT: ¿Con qué frecuencia tomaste 6 o más tragos de alcohol en un solo día?; ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, empezaste a beber y no pudiste parar?; ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, tuviste que dejar de hacer algo que tenías que hacer porque habías bebido?; ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, olvidaste lo que sucedió la noche anterior por haber bebido?; y ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional ha mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te ha sugerido que dejes de beber? Las opciones de respuestas a estas preguntas fueron: nunca, menos de una vez por mes, algunas veces por mes, algunas veces por semana y todos (o casi todos) los días.

La primera pregunta refiere al consumo excesivo de alcohol, entendiéndose por éste a la ingesta de alcohol en una misma ocasión de 2 litros de cerveza o más, 1 litro de vino o más, y/o 6 medidas o más de bebidas fuertes / tragos combinados. El consumo excesivo fue el indicador de mayor peso en el espectro del consumo problemático entre los 90 encuestados que refirieron consumo durante el último año (Gráfico 9). El 43,3% presentó esta modalidad de consumo (39 personas en total). Al desagregar por frecuencia se observa que el 25,6% lo hizo menos de una vez al mes, el 10,0% consumió esa cantidad algunas veces al mes y el 7,8% lo hizo algunas veces por semana o más.

Las demás situaciones de uso perjudicial y de riesgo evidenciaron menores respuestas positivas, concentrándose principalmente en la opción “menos de una vez al mes”. A continuación se presenta el porcentaje de casos positivos de cada una:

- El 14,4% de los consumidores recientes no recordó lo sucedido la noche anterior.
- El 7,8% de los consumidores anuales perdió el control sobre su consumo durante el último año.
- El 6,7% de los encuestados con consumo anual declaró que otros se preocuparon por su consumo durante el último año (4 encuestados). Cabe destacar que una persona contestó que todos los días (o casi todos) alguien de su entorno ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol.
- El 4,4% de los encuestados que consumieron durante el último año dejó de hacer lo que se esperaba de él o de ella por haber bebido.

Gráfico 9. Frecuencia de presencia de indicadores de consumo perjudicial de bebidas con alcohol en consumidores de últimos 12 meses (%). Saavedra, 2017. N=90.



4.3.2 Consumo de tabaco

El tabaco fue la segunda sustancia más consumida entre la población encuestada en los centros sanitarios, donde un 24,7% reportó consumo actual de tabaco, el 31,2% consumió durante el último año y el 53,5% lo hizo alguna vez en la vida.

En relación con el género, los varones presentaron tasas más elevadas que las mujeres en los tres períodos analizados (vida, último año y último mes) (Gráfico 10).

Al desagregar por grupo de edad, se observa que el grupo de adolescentes, de 12 a 19 años, presenta una elevada proporción de consumo de tabaco alguna vez en la vida (52%); sin embargo, esta proporción desciende bruscamente al referirse al consumo durante los últimos 12 meses (20%) y últimos 30 días (12%). A partir de los 20 años se presentan las mayores tasas de consumo para descender gradualmente en la medida que aumenta la edad (Tabla 9).

Por otro lado, al igual que para el alcohol, la mediana de edad de inicio fue de 15 años, aunque con una mayor dispersión (RIC: 4 años) (Tabla 7).

Gráfico 10. Consumo de tabaco por período de consumo referido según género (%). Saavedra, 2017. N=215.

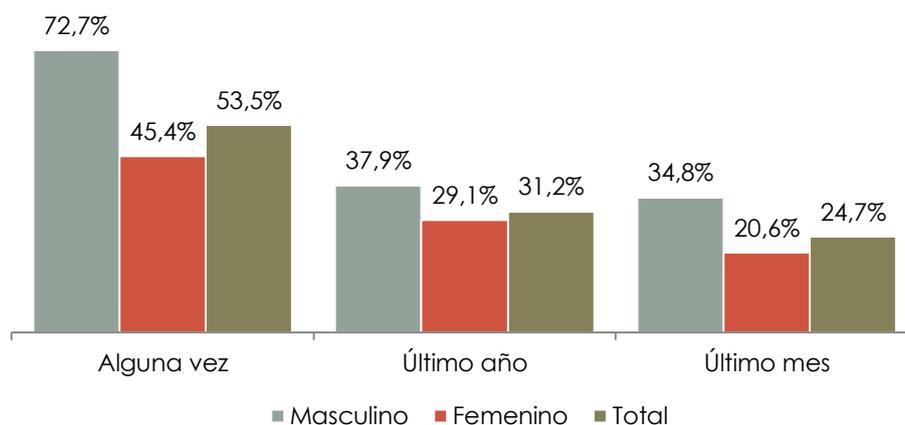


Tabla 9. Consumo de tabaco por período de consumo referido según grupo de edad (%). Saavedra, 2017.

Grupo de edad (años)	Alguna vez	Último año	Último mes
12-19	52,0%	20,0%	12,0%
20-29	60,0%	45,7%	37,1%
30-39	57,4%	42,6%	36,2%
40-49	61,5%	33,3%	28,2%
50-59	42,4%	21,2%	15,2%
60 o más	50,0%	17,6%	11,8%
Total	53,5%	31,2%	24,7%

4.3.3 Consumo de psicofármacos

Los psicofármacos fueron la tercera sustancia más consumida por la población encuestada. El 14,9% de los encuestados refirió haber consumido alguna vez en la vida, el 10,7% consumió al menos una vez durante el último año y el 8,4% declaró que usó psicofármacos en el último mes. Si comparamos el consumo entre varones y mujeres, se observa que las tasas son superiores en las mujeres para los tres períodos de tiempo analizados. Sin embargo, la brecha entre géneros tiende a reducirse en los consumidores más recientes (último año y último mes) (Gráfico 11).

Al desagregar por grupo de edad, en términos generales, se observa que el consumo de psicofármacos tiende a aumentar conforme se incrementa la edad, excepto en el caso de las tasas de consumo de psicofármacos alguna vez en la vida, donde se observa una distribución bimodal, con un primer pico entre los 20 y los 29 años y otro entre los 50 y 59 años (Tabla 10).

Gráfico 11. Consumo de psicofármacos con o sin prescripción médica por período de consumo referido según género (%). Saavedra, 2017. N=215.

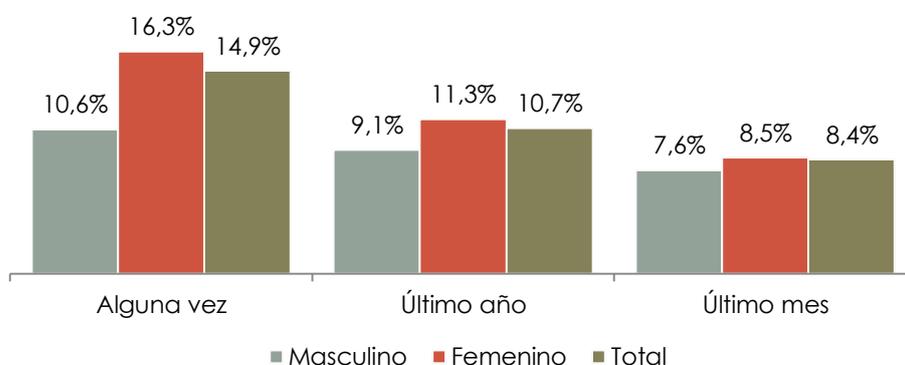


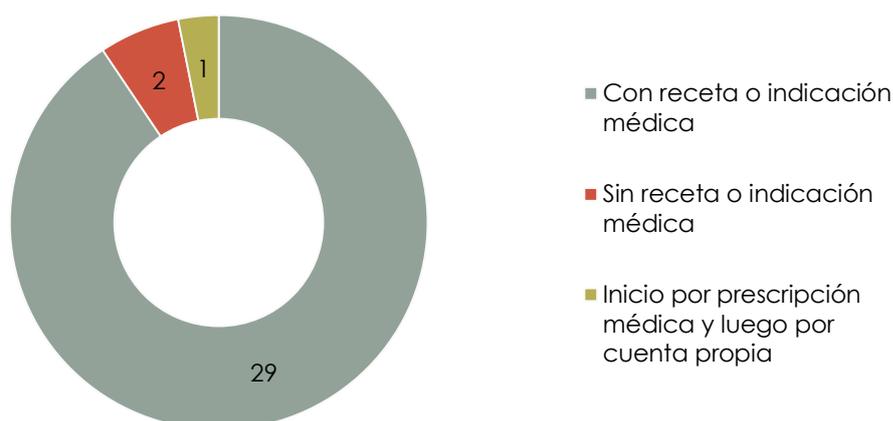
Tabla 10. Consumo de psicofármacos con o sin prescripción médica por período de consumo referido según grupo de edad (%). Saavedra, 2017.

Grupo de edad (años)	Alguna vez	Último año	Último mes
12-19	0,0%	0,0%	0,0%
20-29	17,1%	8,6%	5,7%
30-39	10,6%	8,5%	6,4%
40-49	17,9%	10,3%	7,7%
50-59	21,2%	15,2%	12,1%
60 o más	20,6%	20,6%	17,6%
Total	0,0%	0,0%	0,0%

La mediana de inicio en el consumo de psicofármacos (con o sin prescripción médica) fue mucho más elevada que para el resto de las sustancias (30 años), sin embargo la dispersión de en las edades de inicio en la población encuestada fue sumamente heterogénea (RIC: 32,5 años) (Tabla 7).

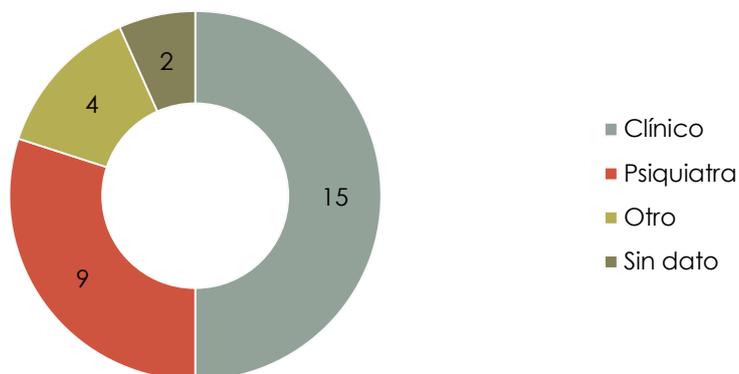
De los 32 encuestados que declararon consumir psicofármacos alguna vez en la vida, 31 dijeron que consumieron tranquilizantes y uno no lo especificó. De estos mismos consumidores de vida, 29 refirieron haberlos tomado por receta o indicación médica (90,6%), 2 (6,3%) dijeron haberlos consumido por su cuenta y 1 persona (3,1%) declaró que primero se los recetaron y luego los tomó por cuenta propia.

Gráfico 9. Encuestados que consumieron psicofármacos alguna vez según tipo de consumo. Saavedra, 2017. N=32.



Entre los 30 encuestados que consumieron psicofármacos por prescripción médica, a la mitad (15 personas) se los recetó un médico clínico, a 9 un psiquiatra, a 4 médicos de otras especialidades (como cardiólogo o traumatólogo) y otros 2 no especificaron qué tipo de médico se los recetó (Gráfico 12). Finalmente, de las 3 personas que consumieron psicofármacos sin prescripción médica (ya sea porque los consumieron inicialmente con receta y luego por su cuenta, o porque los consumieron siempre por cuenta propia), uno los obtuvo de un familiar, otro los adquirió en la farmacia y el tercero los obtuvo de otra forma no especificada.

Gráfico 12. Cantidad de encuestados que consumieron alguna vez psicofármacos por indicación médica según especialidad del médico que se los recetó. Saavedra, 2017. N=30



4.3.4 Consumo de otras sustancias psicoactivas

Al analizar el resto de las sustancias psicoactivas, solo se mencionó el consumo de marihuana y de cocaína. El consumo de marihuana alguna vez en la vida fue referido por 19 personas y el de cocaína por 7.

Si bien, ante el escaso número de casos, los siguientes resultados deben tomarse con cautela, en términos proporcionales, el consumo de marihuana fue superior en los varones para los tres períodos analizados. En tanto que el consumo de cocaína alguna vez en la vida fue similar para ambos géneros y los consumos recientes (año y mes) refieren a un único caso, de una mujer. Es relevante aclarar que el hecho de que las tasas de consumo de cocaína totales superen a las de ambos géneros se debe a la declaración de consumo de una persona que registrada con otra identidad de género.

Gráfico 13. Consumo de marihuana por período de consumo referido según género (%). Saavedra, 2017. N=215.

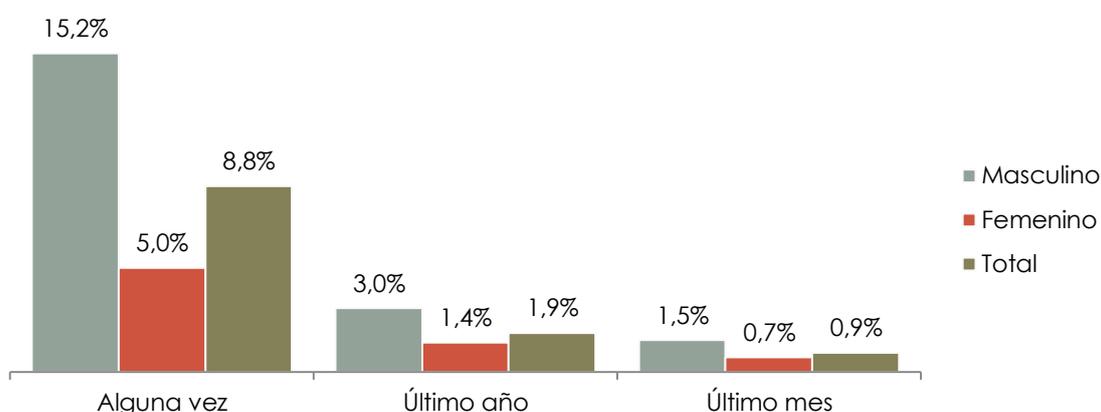
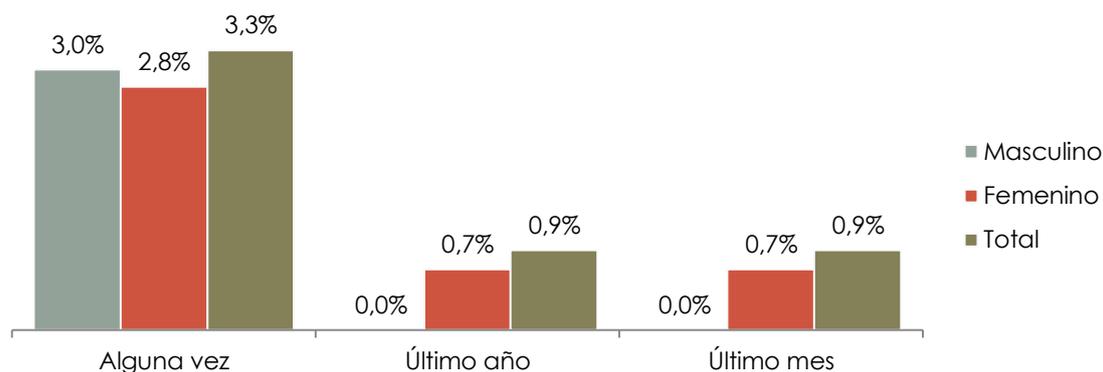


Gráfico 14. Consumo de cocaína por período de consumo referido según género (%). Saavedra, 2017. N=215.



La mediana de edad de inicio en el consumo de marihuana fue similar a la del alcohol o de tabaco (mediana de 15 años; RIC: 5 años), mientras que la de cocaína fue superior (mediana de 18 años; RIC: 5 años) (Tabla 7).

4.3.5 Consumo en el entorno

La prevalencia indirecta se refiere a la existencia de consumo de sustancias psicoactivas en el ambiente cercano de los sujetos, lo cual posibilita realizar cierto acercamiento analítico en relación con el riesgo de consumirlas. En este caso se consultó por el consumo de sustancias de algún conviviente.

Las sustancias referidas por los encuestados como las más consumidas durante el último año por algún conviviente fueron el tabaco (74,1%) y las bebidas con alcohol (67,2%). El 10,3% refirió que algún conviviente consumió marihuana en los últimos 12 meses, el 5,2% psicofármacos (con o sin indicación médica) y el 3,4% cocaína (Tabla 11). La pasta base y los solventes o inhalables recibieron sólo una mención, lo que representa al 1,7% de los encuestados y no existieron menciones de consumo de otras sustancias, como LSD o éxtasis, entre los convivientes.

En relación con el grupo de edad del encuestado, se observa que entre los adolescentes, de 12 a 19 años, solo se refirió consumo entre convivientes de tabaco y alcohol. La mayor referencia de convivientes con consumo de sustancias ilegales se da en los encuestados de 20 a

29 años, en tanto que el consumo de psicofármacos fue más frecuente en convivientes de personas adultas de más de 30 años.

Tabla 11. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas durante los últimos 12 meses en convivientes por grupo de edad del encuestado según tipo de sustancia referida. Saavedra, 2017. N=215.

Sustancia	Grupos de edad (años)						Total
	12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 o más	
Tabaco	71,4%	90,0%	61,5%	87,5%	85,7%	20,0%	74,1%
Bebidas con alcohol	57,1%	50,0%	92,3%	50,0%	85,7%	80,0%	67,2%
Marihuana	0,0%	20,0%	7,7%	12,5%	14,3%	0,0%	10,3%
Psicofármacos	0,0%	0,0%	7,7%	6,3%	14,3%	0,0%	5,2%
Cocaína	0,0%	10,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%
Pasta base o paco	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%
Solventes e inhalantes	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	1,7%

4.4 Percepción del consumo y accesibilidad a recursos

Percepciones de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

La percepción de riesgo frente al consumo es una variable que en sus extremos se configura como un factor de protección (gran riesgo) o un factor de riesgo y vulnerabilidad (ningún riesgo y riesgo leve). A continuación se presentan los datos diferenciando la percepción de riesgo según el tipo de sustancia y la frecuencia de uso.

En términos generales, a medida que se incrementa la frecuencia de uso, disminuye la opinión sobre su inocuidad. En este sentido, las sustancias ilegales fueron percibidas como de mayor riesgo que las legales o los psicofármacos (Tabla 12). Entre las sustancias ilegales, la marihuana fue percibida como de la de menor riesgo mientras que la las mayores medidas de gran riesgo las presentaron la cocaína y la pasta base.

Las mayores percepciones de “ningún o bajo riesgo” fueron atribuidas al consumo esporádico de bebidas con alcohol (26,0%), el consumo esporádico de cigarrillos (18,1%) y el consumo esporádico de psicofármacos (11,6%).

Asimismo, los consumos que presentaron mayor porcentaje de respuestas indicando no saber qué daño producen fueron los consumos de psicofármacos, éxtasis y marihuana.

Tabla 12. Percepción de riesgo de consumo esporádico y frecuente según sustancia psicoactiva (%). Saavedra, 2017. N=215.

Sustancia	Frecuencia	Gran riesgo	Riesgo moderado	Ninguno bajo riesgo	No sé qué riesgo corre	Sin datos
Cigarrillos	Esporádico	47,0%	22,8%	18,1%	6,0%	6,0%
	Frecuente	68,4%	18,1%	1,4%	5,1%	7,0%
Bebidas con alcohol	Esporádico	44,2%	18,1%	26,0%	5,6%	6,0%
	Frecuente	67,9%	13,5%	6,5%	6,5%	5,6%
Psicofármacos	Esporádico	56,7%	14,0%	11,6%	11,6%	6,0%
	Frecuente	67,9%	7,9%	7,0%	10,7%	6,5%
Marihuana	Esporádico	71,6%	8,4%	5,6%	9,3%	5,1%
	Frecuente	79,5%	5,1%	0,9%	8,4%	6,0%
Cocaína	Esporádico	81,9%	2,8%	1,4%	7,9%	6,0%
	Frecuente	84,2%	2,3%	0,0%	7,0%	6,5%
Pasta base	Esporádico	82,3%	1,4%	0,9%	7,9%	7,4%
	Frecuente	83,7%	1,9%	0,0%	7,4%	7,0%
Éxtasis	Esporádico	80,0%	1,4%	0,9%	10,2%	7,4%
	Frecuente	80,0%	2,3%	0,0%	10,2%	7,4%

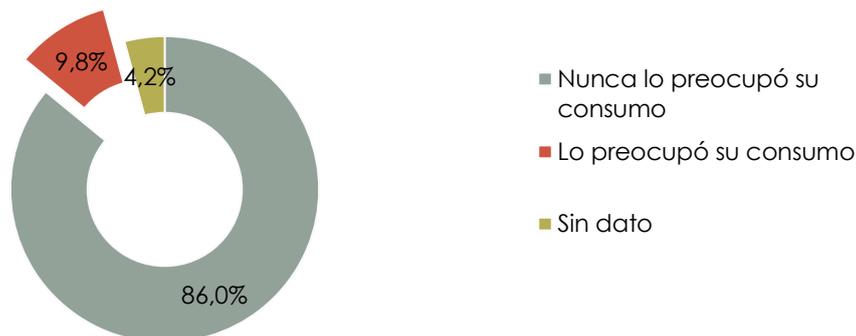
Percepciones sobre el consumo propio

En el marco del relevamiento, 21 de los 215 encuestados manifestaron haberse sentido preocupados alguna vez por su forma de consumir alguna sustancia (representa a un 9,8% del total de los encuestados) (Gráfico 15). Entre éstos, más de la mitad (11 personas) refirió que el tabaco fue la sustancia causante de preocupación, en tanto que 5 (23,8%) encuestados manifestaron preocupación por su consumo de bebidas con alcohol. Aunque en menor magnitud, los consumos de marihuana y cocaína también generaron en algunas personas preocupación.

De los 21 encuestados que refirieron experimentar preocupación por su consumo, sólo 4 de ellos respondieron haber buscado ayuda. Dos de ellos dijeron haber concurrido a un centro especializado (Alcohólicos Anónimos y otro no especificado), dos mencionaron haber concurrido al CPA y uno a un centro de salud. Por otro lado, en relación con las razones para no pedir ayuda, solo 10 de los 16 que

sintieron preocupación pero no pidieron ayuda, respondieron la pregunta. De los diez que respondieron, las principales razones fueron haberlo resuelto solo (4 casos) o no querer pedir ayuda (3 casos). Uno mencionó que no supo dónde recurrir y otro no mencionó el motivo.

Gráfico 15. Encuestados según antecedentes de preocupación por el propio consumo. Saavedra, 2017. N=215.



Percepción sobre el consumo de otros significativos

Es destacable que al preguntar acerca de la preocupación por el consumo de un familiar o amigo, las respuestas afirmativas fueron mayores en comparación con las referidas al propio consumo. El 25,1% de los encuestados (54 personas) dijo haber estado preocupado por el consumo de un familiar, amigo o conocido (Gráfico 16). Las sustancias legales, alcohol y tabaco, fueron las que más menciones tuvieron en tanto causantes de preocupación, seguidas por la marihuana y la cocaína (Gráfico 17).

Gráfico 16. Encuestados según antecedentes de preocupación por el consumo de un familiar /amigo / conocido. Saavedra, 2017. N=215.

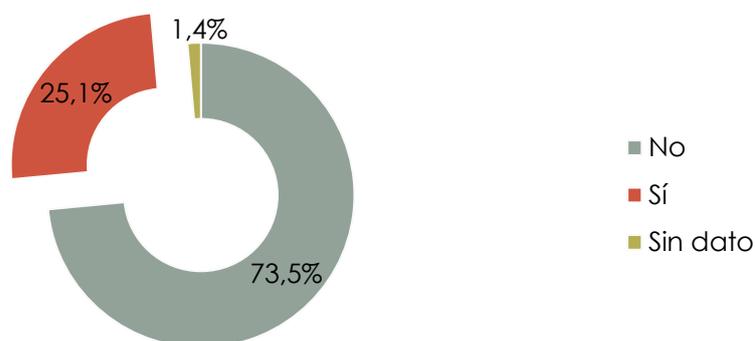
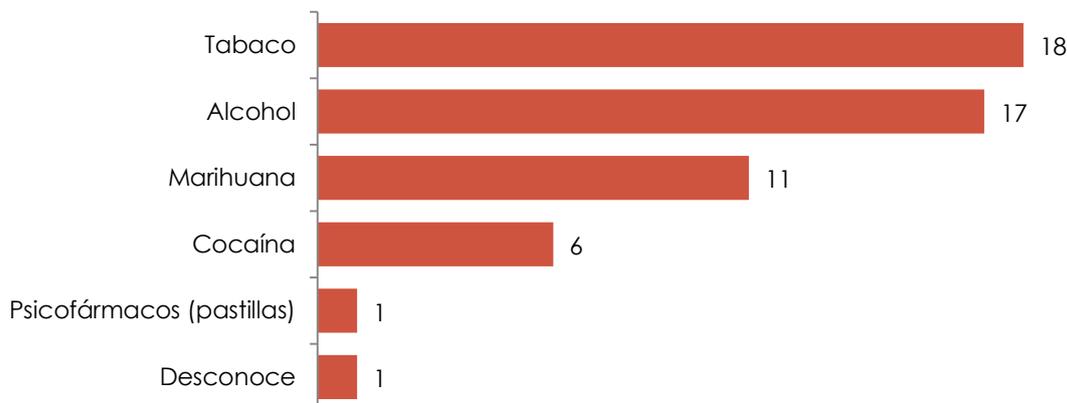


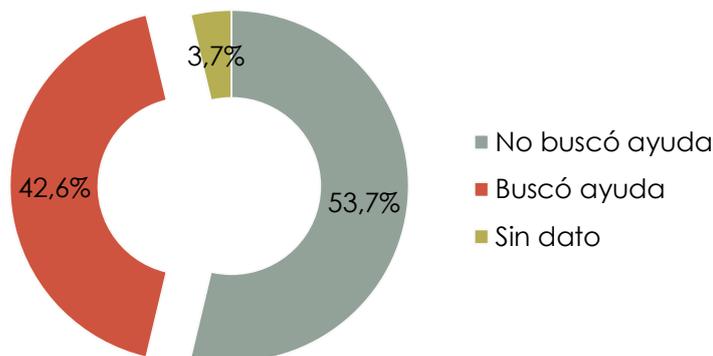
Gráfico 17. Encuestados que refirieron antecedentes de preocupación por el consumo de un familiar /amigo / conocido según sustancia que motivó la preocupación. Saavedra, 2017. N=54.



Entre los 54 encuestados que se preocuparon por el consumo de alguna persona cercana, el 42,6% buscó ayuda, tratamiento o asistencia ante esta preocupación (representa a 23 personas) (Gráfico 18). Principalmente se solicitó ayuda a centros de salud (6 casos) o centros especializados como CPA (6 casos). En menor medida, se mencionaron otros recursos como la iglesia (2 casos), profesionales de salud mental independientes (2 casos) y hospital (2 casos), entre otros.

Por otro lado, entre las 29 personas que no buscaron ayuda, la mitad (15 personas) no respondió sobre el motivo por el cual no lo hicieron. De las 14 personas restantes, 9 mencionaron que la persona no quiso recibir ayuda, 2 no supieron a dónde recurrir y 3 refirieron otros motivos, como que la persona buscó ayuda por sí misma o que el consumo era escaso.

Gráfico 18. Encuestados con antecedentes de preocupación por el consumo de un familiar /amigo / conocido según búsqueda de ayuda. Saavedra, 2017. N=54.



Identificación de recursos para la prevención o asistencia

A los fines de conocer los recursos con los que cuentan los encuestados frente a situaciones de consumo problemático, se les preguntó acerca de la existencia de algún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas, tanto en el barrio como en la ciudad. Sólo un 24,7% contestó de forma positiva (53 personas) (Gráfico 19), y el recurso referido con mayor frecuencia fue el CPA con el 92,5% de las menciones.

Gráfico 19. Encuestados según conocimiento de algún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas, tanto en el barrio como en la ciudad. Saavedra, 2017. N=215.



4.5 Opiniones y creencias

En este apartado se aborda la percepción que tiene la población encuestada en relación con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el barrio y a nivel general.

Como se puede observar en el Gráfico 20, el 37,2% de los encuestados consideró que la problemática del consumo de sustancias en el barrio afecta tanto a los jóvenes como a los adultos. El 26,5% ubicó el problema principalmente en la población joven. Es destacable que el 34,4% de los encuestados considera que no hay problemas de consumo de sustancias en su barrio (Gráfico 20).

De los 137 encuestados que refirieron que en su barrio hay personas con problemas de consumo de sustancias, la gran mayoría (84,7%) consideró que se trata de un problema muy o bastante grave, mientras que el 11,7% opinó que se trata de un problema poco grave, el 0,7% (una persona) calificó el problema de nada grave y el resto (4 personas) dijo no saber cómo evaluar el problema (2,9%) (Gráfico 21).

Gráfico 20. Percepción de la existencia de personas que viven en el barrio y que tienen problemas con el consumo de sustancias psicoactivas. Saavedra, 2017. N=215.

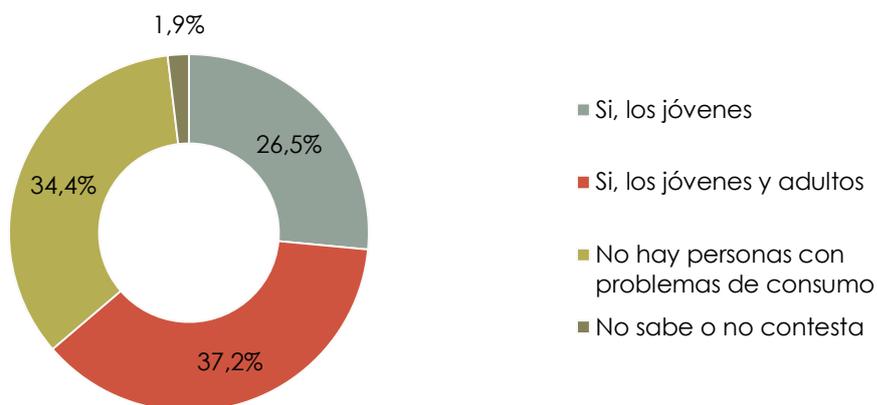
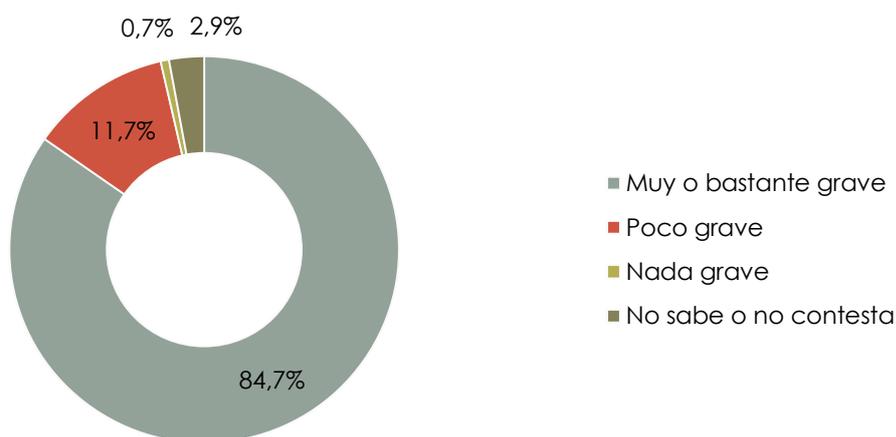


Gráfico 21. Encuestados que refirieron que existen en el barrio o ciudad personas con problemas por consumo de sustancias según gravedad percibida del problema. Saavedra, 2017. N=137.



En relación con la problemática a nivel general, la mayor parte considera que el consumo de drogas se debe a un problema familiar (25,1%); en menor medida, un 13,5%, cree que es un problema de inclusión social y un 10,7% opina que es un problema de educación (Gráfico 22).

Por otra parte, al preguntarles a los encuestados acerca de cuál es el mejor abordaje o intervención para el consumo problemático de sustancias, se observa que la mayor cantidad de respuestas (17,7%) refirió a ir un psicólogo o psiquiatra. El 14,4% de los encuestado dijo que lo mejor es ingresar en una comunidad terapéutica y el 11,6% internarse (Tabla 13).

Gráfico 22. Principal tipo de problema causante del consumo de sustancias. Saavedra, 2017. N=215.

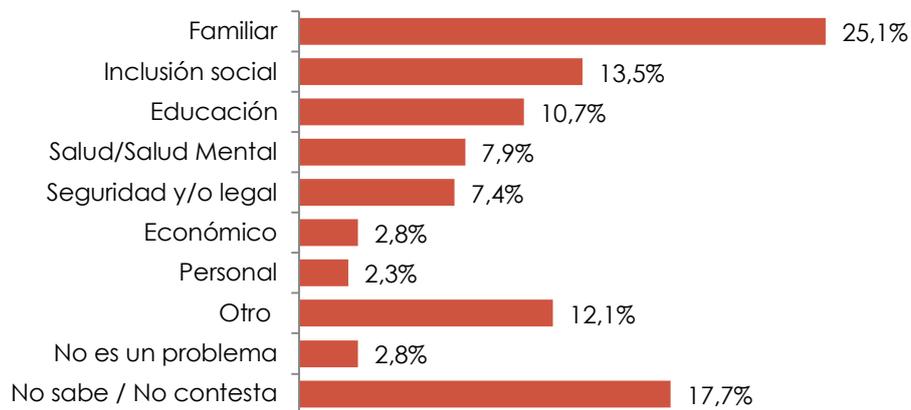


Tabla 13. Encuestados según percepción de mejor método terapéutico para tratar a las personas que consumen sustancias. Saavedra, 2017. N=215.

Método terapéutico	Encuestados	%
Ir al psicólogo o psiquiatra	38	17,7%
Entrar en una comunidad terapéutica	31	14,4%
Internarse	25	11,6%
Estar con la familia	21	9,8%
Tener educación y trabajo	20	9,3%
Ir al médico	15	7,0%
Participar en la comunidad	8	3,7%
Ir a la iglesia	7	3,3%
Atenderse en el hospital público/salita (consultorios externos)	5	2,3%
Alejarse del barrio	2	0,9%
Otros	9	4,2%
Ninguno	8	3,7%
No sabe / No contesta	26	12,1%
Total	215	100,0%

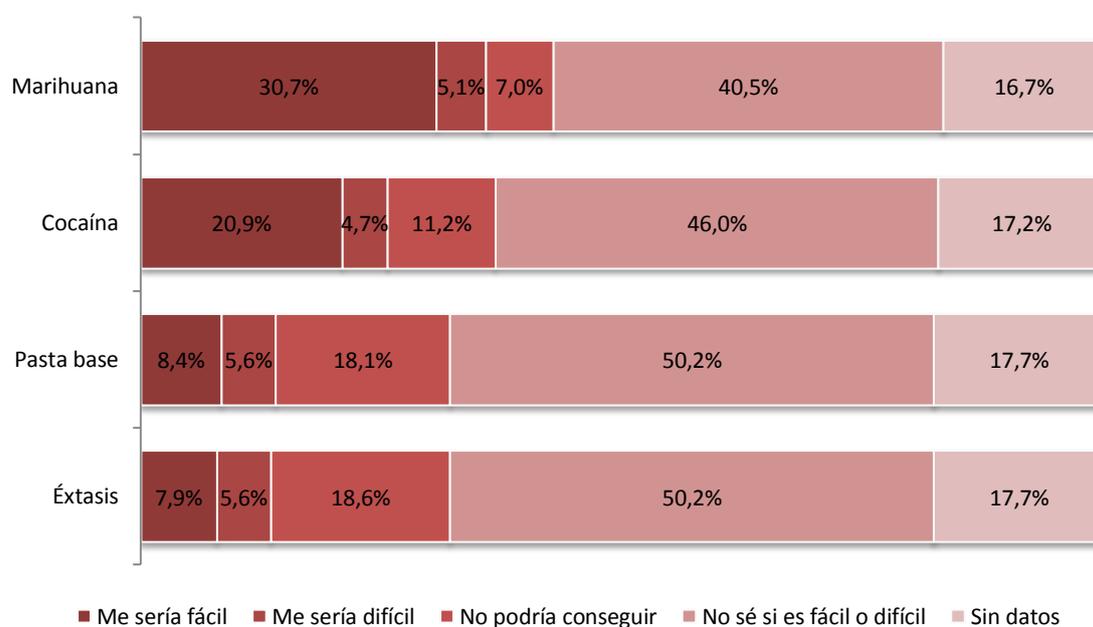
4.6 Acceso a sustancias psicoactivas

La facilidad de acceso a sustancias es una medida subjetiva que puede estar sustentada en conocimientos objetivos sobre la disponibilidad de esas sustancias y lugares de venta, como así también, puede expresar una “idea” sobre esta accesibilidad construida socialmente, es decir, que forme parte de un conjunto de representaciones y creencias.

En este sentido, la marihuana registró los valores más altos de facilidad de acceso entre las personas encuestadas en relación con las demás

sustancias. Así, el 30,7% de los encuestados afirmó que le sería fácil conseguir marihuana, el 20,9% considera que puede acceder fácilmente a la cocaína, luego a pasta base/paco (8,4%) y, por último, al éxtasis (7,9%). Las proporciones fueron inversas en cuanto a la imposibilidad de acceso: el éxtasis y la pasta base fueron las sustancias que registraron mayores valores en esta categoría. Es de destacar que entre el 40% y el 50% de los encuestados –dependiendo de la sustancia– respondieron que no sabían cuán fácil o difícil les resultaría conseguir dichas drogas y entre un 16% y un 18% no respondieron a estas preguntas (Gráfico 23).

Gráfico 23. Percepción de facilidad de acceso en el barrio por tipo de sustancia (%). Saavedra, 2017. N=215.



También se preguntó cuándo fue la última vez que les ofrecieron drogas, ya sea para comprar o probar alguna sustancia. Este indicador permite tener una medida más objetiva sobre la circulación de drogas en el entorno barrial y municipal. En este sentido, se observa que la marihuana fue la sustancia que más les han ofrecido a los encuestados (Tabla 14), con el 17,2% de respuestas afirmativas (2,3% durante el último año). En tanto que al 9,8% le ofrecieron cocaína alguna vez (al 1,4% durante el último año).

Tabla 14. Encuestados según última vez que recibieron ofertas de sustancias por sustancia psicoactiva (%).Saavedra, 2017.

Sustancia	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Éxtasis
Durante los últimos 30 días	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%
Hace más de un mes pero menos de un año	1,4%	0,9%	0,0%	0,0%
Hace más de un año	14,9%	8,4%	0,9%	0,5%
Nunca me han ofrecido	67,4%	74,0%	82,8%	82,8%
Sin dato	15,3%	16,3%	16,3%	16,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.7 Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis

Para cada una de las tres enfermedades transmisibles históricamente asociadas con el consumo problemático de sustancias, la Hepatitis, el VIH/SIDA y la Tuberculosis, se indagó la frecuencia de individuos que se realizaron estudios, la proporción de positivos y el acceso a tratamiento.

Tabla 15. Encuestados que se realizaron estudios, con resultado positivo y en tratamiento según enfermedad transmisible. Saavedra, 2017.

	Hepatitis B y C		VIH/SIDA		Tuberculosis	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Se realizaron estudio alguna vez	96 (n=215)	44,7%	88 (n=215)	40,9%	31 (n=215)	14,4%
Con resultado positivo	6 (n=96)	6,3%	1 (n=88)	1,1%	5 (n=31)	16,1%
En tratamiento	1 (n=6)	16,7%	1 (n=1)	100,0%	1 (n=5)	3,2%

En términos generales, en la población encuestada está más generalizado realizarse exámenes de VIH/SIDA y Hepatitis que de Tuberculosis. En este sentido, un 44,7% de los encuestados se ha realizado alguna vez un estudio de Hepatitis B y/o C y un 40,9% se ha realizado algún estudio para VIH/SIDA, mientras que para Tuberculosis un 14,4% (Tabla 15). Es destacable que de las 96 personas que se realizaron alguna vez un estudio para Hepatitis B y/o C, 6 tuvieron un resultado positivo y sólo 1 se encontraba en tratamiento al momento de la encuesta. Mientras que de los 88 encuestados que se realizaron un estudio para VIH/SIDA, sólo 1 tuvo un resultado positivo y actualmente está en tratamiento. Finalmente, de las 31 personas que se

realizaron alguna vez un estudio para Tuberculosis, 5 tuvieron un resultado positivo y uno se encontraba en tratamiento al momento de realizarse la encuesta.

5 Conclusiones

La población encuestada en centros del Primer y Segundo Nivel de Atención del municipio de Saavedra se compuso mayormente de mujeres adultas. Entre los adultos, predominaron las personas que se encontraban en pareja y convivían con esta. En relación con el nivel de estudios, resulta importante resaltar que gran parte de la población encuestada, que no se encontraba estudiando al momento de la encuesta, refirió un nivel educativo inferior al secundario. La participación en la actividad económica de los encuestados entre 16 y 65 años fue mayoritaria en ambos géneros, aunque superior en varones. Esta característica se vincula con el hecho de que más de la mitad de los encuestados refirió contar con obra social.

En cuanto a los consumos de sustancias psicoactivas, las bebidas con alcohol y el tabaco fueron tanto las más consumidas como las consumidas más tempranamente. Los psicofármacos fueron la tercera sustancia más consumida aunque mayoritariamente por indicación médica. Entre las sustancias denominadas ilegales, solo se refirió consumo de marihuana y cocaína, la primera en mayor medida que la segunda.

Como se mencionó, las bebidas con alcohol fueron la sustancia más consumida desde edades tempranas pero a esto se debe agregar que la modalidad de consumo de estas bebidas entre los encuestados presentó indicadores que debieran alertar a los encargados de generar políticas locales sobre esta temática. Gran parte de los consumidores recientes de alcohol, lo consumió en forma excesiva durante el último año. También fueron elevados indicadores tales como la presencia de lagunas de memoria por haber bebido, la pérdida de control sobre el propio consumo o la preocupación por parte de familiares o amigos.

El consumo de tabaco también fue elevado, aunque más en varones que en mujeres y, principalmente, después de los 20 años. El perfil de

consumo de tabaco antes de esta edad pareciera ser mayormente esporádico o experimental, lo que se evidencia en el abrupto descenso entre las tasa de consumo de alguna vez en la vida y las tasas de consumo más reciente (último mes o último año).

Respecto de los psicofármacos, las mujeres refirieron su consumo en mayor proporción que los hombres, aunque la diferencia entre géneros se reduce en los consumos más recientes. Por otra parte, el consumo de psicofármacos sin indicación médica fue irrisorio y la especialidad médica que lo recetó con más frecuencia fue la de médico clínico.

De las sustancias ilegales, la marihuana fue la más consumida, en mayor medida por varones, por el contrario, en el caso de la cocaína, si bien el consumo de alguna vez en la vida fue superior en varones, el consumo reciente y actual solo fue referido por una mujer.

La sustancia más consumida en el entorno de los encuestados fue el tabaco, seguida por las bebidas con alcohol y la marihuana. Las sustancias ilegales y los psicofármacos solo fueron referidos como consumidos en el entorno por los mayores de 20 años. Además de marihuana, entre las sustancias ilegales consumidas en el entorno de los encuestados se mencionaron la cocaína, la pasta base y los solventes o inhalables.

En cuanto a la percepción del riesgo atribuido al consumo de diferentes sustancias, se encontró que las de consumo más frecuente también fueron a las que se les atribuyó menor riesgo. Entre las sustancias ilegales, la marihuana fue la sustancia con menor percepción de riesgo, mientras que los consumos de cocaína o pasta base fueron considerados los de mayor riesgo.

Entre las personas que se sintieron preocupadas por su propio consumo, muy pocas fueron las que realizaron un pedido de ayuda efectivo. Las que lo hicieron, recurrieron a centros especializados, CPA o centros de salud. La sustancia que más preocupación generó por el propio consumo fue el tabaco, seguida por el alcohol.

La proporción de quienes se preocuparon por el consumo de un familiar, amigo o conocido fue mayor que la de los que se preocuparon

por su propio consumo. También fue mayor la proporción de individuos que buscó ayuda para terceros que para sí mismos. Los centros de salud y los CPA fueron los efectores más consultados en estos casos. Al igual que con el consumo propio, el tabaco y el alcohol fueron también las sustancias que generaron mayor preocupación.

Los CPA fueron el recurso de prevención y asistencia más conocido en el barrio, aunque solo parte de la población dijo conocer algún recurso. Sería recomendable procurar la difusión de aquellos recursos destinados a abordar la problemática de las drogas.

En relación con aquellas enfermedades transmisibles generalmente vinculadas con el consumo de sustancias, se observa que, si bien la Tuberculosis fue menos estudiada que la Hepatitis o el VIH entre los encuestados, fue la patología con mayor tasa de resultados positivos. Este hecho impone reflexionar sobre la necesidad de ampliar el pesquisaje de esta patología.

Finalmente, el consumo de drogas es percibido como un problema habitual en el barrio por una gran proporción de personas y la percepción de facilidad de acceso a las sustancias más consumidas (marihuana y cocaína) resulta elevada. Al problema del consumo se lo consideró de gravedad y se lo pudo ubicar mayormente entre la población más joven aunque no únicamente. Se podría inferir que la mayor parte de la población entiende que el consumo problemático de drogas forma parte de las esferas vinculares-afectivas y sociales y, en menor medida, se lo entiende como un problema de salud/salud mental o como un problema de seguridad y/o legal. Sin embargo, la respuesta que se considera apropiada ante un problema de consumo suele delegarse al sistema de salud, ya sea mediante la consulta a un profesional de la salud mental o el ingreso a una comunidad terapéutica (u otro tipo de internación).

6 Bibliografía

Míguez, H. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós

Míguez, H. (2002). *Estrategias de epidemiología comunitaria: Centros de estudios Locales (CEL) y Ventanas epidemiológicas*. Disponible en: <http://www.hugomiguez.com.ar/Epicom/manual.pdf>.

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR (2016). *Manual de epidemiología*. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/ManualZEPIDEMIOLOGA.pdf>.