

ESTUDIO LOCAL DE
CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
Y ACCESIBILIDAD | 2014

Municipio
de Pérez

Provincia
de Santa Fe

República
de Argentina



Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Secretaría de Programación para la Prevención de la
Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)

Secretario de Estado

Dr. Gabriel Lerner

Subsecretaria de Diseño, Monitoreo y Evaluación de Abordaje
Territorial, Relaciones Internacionales y Control de Precursores
Químicos

Dra. Sonia Aiscar

Dirección del Observatorio Argentino de Drogas

Dra. María Guadalupe García

Lic. Valeria Kierbel

Lic. Juan Manuel Dias

Diciembre 2014

ESTUDIO LOCAL DE
**CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y
ACCESIBILIDAD**

Municipio de Pérez, Santa Fe

2014

CONTENIDO

Prólogo.....	7
Presentación.....	9
Agradecimientos.....	13
CAPÍTULO 1.....	14
1.1 Definiciones conceptuales y metodológicas.....	14
1.2 Diseño metodológico.....	18
CAPÍTULO 2: Sobre el Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en el Municipio de Pérez, Provincia de Santa Fe.....	22
CAPÍTULO 3: Caracterización de la población.....	24
3.1 Caracterización socio-demográfica de la población.....	24
3.2 Caracterización del uso del tiempo y vínculos.....	32
CAPÍTULO 4: Consumo de sustancias psicoactivas.....	37
4.1 Consumo de alcohol y tabaco.....	37
4.2 Consumo de psicofármacos.....	42
4.3 Consumo de marihuana, cocaína, pastillas mezcladas con alcohol y solventes.....	44
4.4 Consumo de pasta base/paco y éxtasis.....	47
4.5 Consumo problemático de marihuana.....	47
4.6 Consumo problemático de cocaína.....	48
4.7 Edades de inicio promedio.....	49
CAPÍTULO 5: Accesibilidad y Trayectorias institucionales.....	50
5.1 Percepciones sobre el consumo propio.....	50
5.2 Respuestas frente a la preocupación por el consumo propio.....	52
5.3 Percepciones sobre el consumo de otros.....	54
5.4 Respuestas frente a la preocupación por el consumo de otros.....	57
5.5 Recursos de consulta.....	59
CAPÍTULO 6: Problemas y recursos de los vecinos de los barrios.....	61
CAPÍTULO 7: Opinión.....	65
REFLEXIONES FINALES.....	69

La gestión de Juan Carlos Molina en la conducción de SEDRONAR planteó un cambio de perspectiva para las distintas áreas de la Secretaría. Frente al enfoque punitivo y medicalizador que pone el énfasis en la sustancia consumida, y homologa a quien consume con la figura del delincuente o del enfermo, se propuso un enfoque de derechos centrado en los sujetos y sus condiciones de vida. Este nuevo enfoque requiere producir información, datos fiables y relevantes para comprender a los consumos problemáticos y las adicciones en su complejidad e integralidad, incluyendo también el análisis de las respuestas de las diferentes instituciones.

El estudio que presentamos a continuación implementa un abordaje de tipo territorial y comunitario para efectuar un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes barrios y/o municipios de nuestro país. Este enfoque es estratégico en tanto entiende que la investigación sobre los consumos de sustancias debe incluir tanto los patrones y magnitud del consumo como el impacto del consumo en la vida cotidiana de las personas, y, principalmente, la accesibilidad a los sistemas preventivos, terapéuticos y de contención.

A su vez, este estudio abre la posibilidad de efectuar un diagnóstico a nivel local y de ofrecer información a escala microsocia, una dimensión que no puede ser abordada desde los estudios y estadísticas nacionales. En un país como Argentina, donde la heterogeneidad territorial es la regla y no la excepción, este estudio, a través de metodologías específicas, construye información estratégica que puede aportar a la toma

de decisiones y comprensión de un fenómeno tan complejo como el consumo de sustancias, a nivel de los barrios y localidades.

El trabajo que se desarrolla aquí se inscribe entonces en el objetivo de construir abordajes desde la comunidad, desde la multiplicidad de realidades locales y de comprender el fenómeno de los consumos de sustancias psicoactivas desde la complejidad que lo caracteriza. Al incorporar a los actores sociales involucrados directa o indirectamente en la temática se busca además fortalecer el trabajo de redes intersectoriales, así como incorporar una pluralidad de miradas para profundizar nuestra comprensión de este fenómeno.

Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad

El Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR tiene como objetivo sistematizar y analizar información estadística relacionada con los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el territorio nacional, así como también promover líneas de investigación que contribuyan al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas vinculadas con dicha temática.

Con el propósito de aportar información rigurosa, útil y de calidad, las líneas de acción de SEDRONAR se orientan a caracterizar los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en los diferentes territorios, provincias y regiones a fin de construir un mapa en donde sea posible identificar “zonas críticas” en el territorio nacional y desarrollar, en consecuencia, las respuestas político-institucionales más adecuadas a esas realidades. Así, se articula el análisis micro y macro social e integrando diferentes estrategias metodológicas que aporten perspectivas complementarias sobre las múltiples dimensiones de esta problemática.

En este marco, una de las principales líneas de trabajo es el desarrollo de estudios que nos permitan caracterizar los diversos consumos a nivel local, así como también aportar elementos para comprender con qué recursos socio-sanitarios cuentan las personas que requieren atención para sí o para otros significativos. Este estudio también promueve la participación de los municipios y de otros organismos afines con el

propósito de conformar un proyecto plural, interdisciplinario y federal para la producción de información sobre una temática compleja.

Desde esta perspectiva, los **Estudios locales de consumos problemáticos y accesibilidad a recursos socio-sanitarios** tienen como propósito conformar un proyecto plural que articule el trabajo de SEDRONAR, organismos provinciales, municipios, instituciones, organizaciones, grupos y/o personas que están trabajando –de manera directa o indirecta- en el tema consumos problemáticos de drogas en barrios o localidades de nuestro país, planteando como meta la construcción de un **diagnóstico local** utilizando herramientas de la **epidemiología comunitaria**. Esto es, desde este estudio buscamos ofrecer a los actores locales un mayor y mejor conocimiento, una síntesis de información sobre lo que sucede en sus territorios de pertenencia en materia de consumo problemático de drogas y, especialmente, en torno a la accesibilidad a los sistemas terapéuticos y preventivos.

Los estudios nacionales aportan una mirada generalizante, amplia, que aportan datos estadísticos agregados, ya sea a nivel provincial o nacional. Estos estudios son de suma relevancia en la medida en que ofrecen algunos para realizar un análisis nacional o regional así como también comparar la situación de nuestro país en relación con la de otros países de la región. Sin embargo, es frecuente que a partir de esta mirada situada en lo “macro” se pierdan de vista y se diluyan las realidades locales.

Esta línea de estudios busca complementar esta mirada general. Partiendo del reconocimiento de que es en el plano territorial y en la vida cotidiana de los barrios en donde se expresan y constituyen las problemáticas relacionadas al consumo de drogas, este estudio tiene como objetivo producir información que visibilice la situación de un barrio o municipio y ofrezca además algunos elementos para la reflexión sobre la construcción de dispositivos preventivo-asistenciales. Esto necesaria-

mente involucra la participación de actores gubernamentales de diferente nivel así como también el trabajo de organizaciones y grupos que ofrezcan algunas herramientas para futuras intervenciones.

Pensemos, por ejemplo, cuántas veces los referentes sociales y/o trabajadores de salud que están en contacto con los cotidianos de los barrios comentan desconcertados los datos estadísticos a nivel nacional o provincial: *“si en nuestro barrio casi todos los pibes de 13 años fuman marihuana, como es posible que la prevalencia de consumo actual sea del 5%?”*; o que se preguntan por las maneras de intervenir o derivar frente a una situación determinada: *“¿qué hacemos cuando vemos a un chico consumiendo?; ¿qué se puede hacer, o dónde se puede ir para ayudar a un vecino con problemas?”*.

Los diagnósticos locales aportan elementos que podrían colaborar a resolver al menos algunos aspectos de estas preguntas tan frecuentes. En primer lugar, a partir de conocer mejor no sólo qué consume la población de un barrio, o cuánto lo consume, sino cómo los consumos problemáticos afectan la vida cotidiana de la persona o de alguien cercano. Pero además, se propone dar un paso más, para saber qué es lo que hacen las personas frente a los consumos problemáticos: *¿buscan ayuda o lo resuelven en la privacidad de la esfera doméstica? Si consultan, ¿a quién? ¿a dónde? ¿qué respuesta encuentran?*. Estas preguntas buscan comprender problemas frecuentes que se presentan en la atención de los consumos problemáticos, en especial la escasa consulta espontánea sobre estas problemáticas, y las dificultades que existen muchas veces para acceder a la atención oportuna o contención frente a un problema de consumo. Este es un aspecto a abordar desde estos estudios, con el fin de aportar elementos que permitan precisar y explicitar fortalezas y debilidades de los recursos que disponen los territorios, barrios o comunidades, para poder pensar estrategias más adecuadas que promuevan una mayor y mejor accesibilidad a los mismos.

Por último, se busca a través de la participación comunitaria fomentar la reflexión colectiva de los actores locales como ser: instituciones de salud, educación, deporte, cultura; organizaciones sociales y políticas; clubes, iglesias, referentes territoriales, vecinos, etc. con el objetivo de que en esa reflexión se aborden problemas relacionados directamente con el consumo, pero buscando también discutir cómo este tema se asocia a los procesos de inclusión/exclusión social y la protección de los derechos sociales y humanos. Creemos que un diagnóstico local debe ser realizado a través de la participación social de la comunidad para que esa información sea construida y utilizada por quienes pueden generar los cambios necesarios.

Desde el equipo técnico de SEDRONAR queremos agradecer especialmente la colaboración de todos los actores sociales e institucionales que participaron y que con su compromiso hicieron posible la realización de este estudio.

Especialmente, la coordinación y participación de la antropóloga Marina Scialla quien trajo el interés de trabajar en articulación, a través del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención de Adicciones de la Municipalidad de Pérez, cuya coordinadora es Analía Parola. Asimismo, agradecer a los antropólogos, Soledad Llovera y Francisco Bonis por su co-coordinación, y a los encuestadores de la UNR, estudiantes avanzados y graduados en antropología de la UNR y carreras afines: psicología, trabajo social, relaciones internacionales, entre otros.

Esperamos los siguientes resultados y análisis aporten a este camino de un abordaje distinto de los consumos problemáticos.

Equipo SEDRONAR

1.1 Definiciones conceptuales y metodológicas

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad trabaja –ya desde su denominación– en dos grandes ejes: los consumos problemáticos, y la accesibilidad a los recursos socio-sanitarios. Ambos requieren de ser precisados para acercarnos a definiciones que nos permitan dar un marco apropiado para interpretar los resultados obtenidos, así como a los instrumentos producidos para la recolección de datos.

Por empezar, la noción de **consumos problemáticos** es una construcción relativamente reciente. La distinción clásica que suele utilizarse en la bibliografía es la que diferencia: uso, como esporádico, recreativo, o incluso indicado para el tratamiento de algún síntoma; abuso, como el uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y la llamada “*adicción*” o “*dependencia*”, en donde aparecen rasgos físicos o psíquicos de un “impulso irrefrenable” por el consumo de dicha sustancia. La idea de consumos problemáticos nos permite incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. Primero, “consumos” en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias. Por otro, al referirnos a “consumos problemáticos” se busca identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular.

En este sentido recuperamos el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), donde los consumos proble-

máticos se definen como: “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

De esta forma, lo que supone el concepto de consumo problemático es que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Estas diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. Siendo un instrumento cuantitativo, esas particularidades podrán ser observadas pero también cuantificadas, medidas, puestas en relación, y comparadas.

Por otro lado, este estudio aborda la problemática del consumo desde el enfoque de la **accesibilidad a los servicios de atención y rehabilitación**. El concepto de accesibilidad en salud ha sido abordado de múltiples maneras, para los fines de este estudio de diagnóstico local, utilizaremos principalmente la noción de accesibilidad como un vínculo “(...) *que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los Servicios*”¹. Así, para acceder a un recurso no alcanza con que éste se encuentre cerca (accesibilidad geográfica) de quien lo necesita, ya que existen mecanismos *invisibles* -pero que pueden hacerse observables -, que hacen que quienes consultan o piden algún

1- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.

tipo de ayuda o asesoramiento respecto al consumo, propio o de un ser querido, no tengan respuestas o, peor, tengan respuestas desacertadas que los expulsan de las redes institucionales y los dejan a la deriva.

Para dimensionar la complejidad intrínseca al concepto de accesibilidad, incluimos las dimensiones que atraviesan esta relación recursos-sujeto que estamos trabajando. Tomando aportes de Floreal Ferrara, distinguimos entre:

1. Accesibilidad geográfica: toma de medida clásica sobre la distancia (metros, kilómetros) o tiempo (minutos, horas) de distancia entre la persona y el efector. Se asume que a menor complejidad, menor distancia.
2. Accesibilidad económica: referida al acceso gratuito o pago de los servicios de salud, o de otros servicios como medicamentos, análisis, prácticas, instrumentos.
3. Accesibilidad cultural: en relación al vínculo médico-paciente, y referida a las representaciones, ideas, creencias y valores, así como los hábitos, prácticas y actitudes de profesionales de la salud y usuarios.
4. Accesibilidad jurídica: en relación a la cobertura de los pacientes.
5. Accesibilidad administrativa: referida a las características burocráticas de entrada a los servicios (pedido de turno previo, requerimiento de identificación, tiempo de espera, etc.).

Partiendo de estos conceptos, con el objetivo de establecer en qué magnitud se encuentran recursos institucionales *accesibles* a los entrevistados, realizamos preguntas que buscan reconstruir el camino hecho por ellos mismos por distintas instituciones del barrio o del municipio, qué respuesta obtuvo y cuántas veces tuvo que recurrir por el mismo problema. A esto nos referimos con la idea de “*trayectorias institucionales*”. La misma se refiere a la secuencia de prácticas pautadas a través de las cuales un individuo busca una solución terapéutica a sus proble-

mas. A través de este itinerario, los sujetos se vinculan con la comunidad y las instituciones. Más allá de las variaciones, lo que buscamos es la construcción de una secuencia, más o menos estructurada, que permita dar cuenta de los *recorridos de los sujetos en busca de atención*, de las relaciones que establece con distintos actores e instituciones, como así también del amplio abanico de saberes, prácticas y valores, que articula en ese proceso. En este sentido, la “trayectoria terapéutica” es necesariamente una noción relacional, y por ello se articula con el concepto de accesibilidad como vínculo que trabajáramos antes.

Por último, es de enorme importancia el aporte teórico de Eduardo Menéndez² para entender los datos que aporte este estudio en términos de accesibilidad, siendo que uno de los aspectos abordados y mediante los cuales pretendemos construir información de utilidad, se refiere a las estrategias de auto-cuidado de los sujetos frente a los padecimientos que el consumo propio o ajeno suscitara. Según el autor, la “atención” no puede reducirse a los mecanismos de abordaje bio-médicos de las enfermedades o padecimientos, sino que incluye a todas las actividades que, de manera intencional, buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. De esta manera, se incluyen entre las “estrategias de atención” a diversas formas y técnicas, así como diversos indicadores para la detección de los problemas, y por tanto diversos criterios de curación. Así, esta noción se vuelve particularmente importante para nuestro estudio, ya que reconoce otras formas de atención que requieren ser reconocidas, especialmente en el campo de las adicciones donde abundan la incertidumbre y las dificultades en las respuestas desde el sistema de salud ortodoxo. Las prácticas populares, y especialmente, algunas formas de auto-atención serán visibilizadas y reconocidas en este abordaje, tanto como las formas de atención “tradicionales”, es decir, las asociadas a la medicina y psicología.

2- MENÉNDEZ, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207, Rio de Janeiro. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

1.2 Diseño metodológico

1.2.1 Objetivos

El objetivo general del presente estudio es construir un diagnóstico local sobre consumos problemáticos de sustancias y sobre la accesibilidad de los sujetos a los recursos socio-sanitarios, a partir de un trabajo de articulación intersectorial e interjurisdiccional, focalizando en:

- Describir y analizar la situación local respecto a:
 - Los consumos de sustancias y patrones de consumo.
 - Contextos de vida y relaciones sociales.
 - Percepciones de los sujetos respecto a su propio consumo.
 - Trayectorias institucionales de los sujetos en búsqueda de ayuda y/o tratamiento para sí o para otros significativos.
- Fortalecer las redes intersectoriales de trabajo en el área.
- Comprometer y sensibilizar a los miembros de la comunidad, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y educación, etc. en la problemática.
- Diseñar la herramienta adecuada para el registro sistemático de la información.

1.2.2 Material y métodos

En función de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal, que incorpora distintos métodos y técnicas, que a continuación se detallan:

- a. Reuniones de organización previas al desarrollo del trabajo de campo con encuestas. Definición de prioridades y mapeo del barrio y/o municipio. Actores implicados: instituciones u organismos del Estado local que lleva adelante la propuesta.
- b. Reuniones de diagnóstico inicial con actores y referentes barriales/

vecinales, organizaciones, instituciones específicas o inespecíficas. Información de la experiencia de actores clave del territorio: trabajadores de la salud, educación, referentes barriales, trabajadoras vecinales.

- c. Recolección de información de fuentes secundarias (nacionales o locales).
- d. Encuesta de Consumos Problemáticos y Accesibilidad (se la describe más adelante).
- e. Observación directa. Antes y durante el trabajo de campo.
- f. Taller de devolución y discusión de resultados.

En relación al punto d, el estudio sobre **Consumos Problemáticos y Accesibilidad** se realizó a través de un **cuestionario estructurado** producido por el equipo técnico de SEDRONAR. Se indagaron las siguientes dimensiones a relevar:

- Socio-demográfica y personal-vincular.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Recorridos de los sujetos que buscaron ayuda para resolver un problema de consumo propio y/o de otros cercanos.
- Recursos institucionales y redes del barrio.
- Opinión sobre las políticas implementadas en los últimos años y sobre la problemática del consumo de sustancias en su barrio y el país.

1.2.2 Diseño muestral

Se empleó una muestra no probabilística por cuotas, en la cual la distribución de los casos a relevar corresponde al peso proporcional de la población de entre 15 años y 65 de cada área seleccionada, tomando como base para su cálculo los datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2010. El tamaño de la muestra está ligado a: **1)** la cobertura geográfica definida para cada estudio y; **2)** las aperturas o cruces que

se consideran para el análisis de la información. Cuanto mayor sea el nivel de apertura de los resultados, mayor cantidad de encuestas serán necesarias. En el estudio local se trabaja con aperturas territoriales a nivel local.

El proceso de encuestado fue a través de visitas a los hogares de los barrios en los que se trabajó, y dentro de los mismos se seleccionan aleatoriamente las personas a entrevistar.

Las características de los grupos de población a relevar, se definieron antes del armado de la muestra y usando como lineamiento los objetivos del estudio y la información obtenida de **las reuniones de mapeo previas** al trabajo de campo del estudio (puntos a y b). El aporte de los actores locales es de suma importancia en la determinación de las zonas prioritarias donde realizar el estudio como así también en la decisión de ampliar o disminuir el número de entrevistados en algunos de las grupos de edad y/o género.

Este estudio se aplicará en territorios definidos, geográficamente delimitados (barrios/áreas programáticas). 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, se ha mostrado su validez para estimar tendencias y describir características de un territorio, y –fundamentalmente– los datos que se obtengan serán de suma relevancia para los actores intervinientes en el proceso.

1.2.3 Trabajo de Campo

El **trabajo de campo** se realizó durante un período de dos semanas en el mes de octubre del 2014. El equipo de SEDRONAR capacitó a los encuestadores para la realización del relevamiento. El relevamiento se organizó a partir de la articulación del trabajo de tres tipos de actores, con distintas responsabilidades y funciones:

1. Coordinador/es del trabajo de campo local: uno regional/local por municipio y en caso de requerirlo, coordinadores por barrio o sección;
2. Encuestadores;
3. Tutores, quienes acompañan el trabajo de los encuestadores actuando como facilitador.

Sobre el Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en el Municipio de Pérez, Provincia de Santa Fe

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad se llevó a cabo en los barrios Cabín 9, Jardín y Centro, del Municipio de Pérez, Provincia de Santa Fe. Se contó con la participación del Municipio a través del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención de Adicciones, y la coordinación general de la antropóloga Marina Scialla, y la co-coordinación de los antropólogos, Soledad Llovera y Francisco Bonis, quienes articularon el trabajo y realizaron el seguimiento de los encuestadores.

La cantidad de casos efectivos en cada uno de los barrios en los que se realizó el estudio varió en función del tamaño de la muestra y de la composición poblacional de cada uno de ellos³. Se realizaron **454 encuestas efectivas**, las cuáles se distribuyeron del siguiente modo:

3- Para la asignación de la muestra para cada uno de los barrios se tomaron los datos del Censo de Población y Viviendas, Año 2010.

Barrio	Grupos Edad	Varón	Mujer	Total
Barrio Jardín	15-21	17	18	35
	22-30	17	19	36
	31-40	14	15	29
	41-50	8	9	17
	51-65	14	10	24
Total Barrio Jardín		70	71	141
Cabín 9	15-21	20	19	39
	22-30	22	25	47
	31-40	20	17	37
	41-50	14	12	26
	51-65	13	12	25
Total Barrio Cabín 9		89	85	174
Centro	15-21	17	16	33
	22-30	11	17	28
	31-40	14	14	28
	41-50	12	14	26
	51-65	14	10	24
Total Barrio Centro		68	71	139
Total General		227	227	454

El equipo de SEDRONAR estuvo además presente para el desarrollo de la capacitación a los encuestadores, para colaborar en la comprensión del cuestionario y brindar la asistencia técnica necesaria.

El trabajo de campo se realizó durante el mes de octubre. Para la organización del trabajo de campo se hizo mención a los objetivos planteados en esta investigación, a los aspectos vinculados a la forma correcta de completar el cuestionario y a la importancia de captar la totalidad de los sujetos asignados para las cuotas, para mejorar la representatividad de los datos.

La carga de la base de datos, procesamiento y elaboración del Informe final se hicieron en SEDRONAR-OAD.

Caracterización de la población

A continuación se presentan los resultados de los distintos ejes temáticos que se abordaron en el estudio⁴.

3.1 Caracterización socio-demográfica de la población

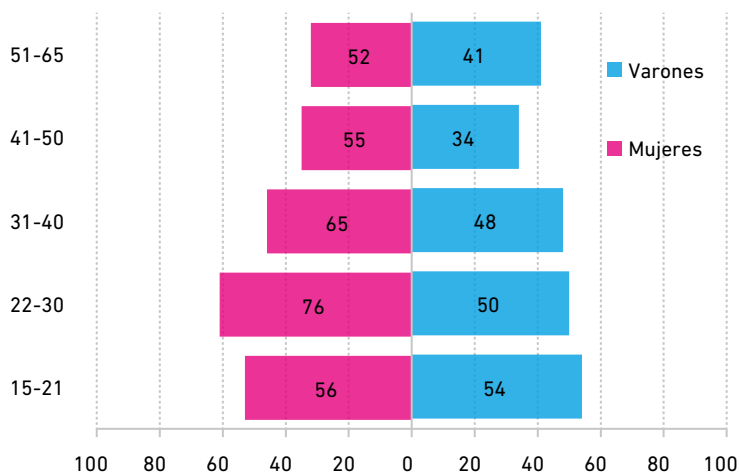
1. Distribución por edad y género

La cantidad de entrevistados en los hogares de los barrios en los que se realizó el estudio, alcanzó un total de 454 personas. De ellos el 50,1% fueron mujeres y el 49,9% varones. Como ya se mencionó en el apartado metodológico, la distribución por sexo y edad de los entrevistados fue acorde al peso proporcional de la población de entre 15 y 65 años de cada uno de los barrios del Municipio, conforme a la información que surge del último Censo de Población y Viviendas, Año 2010.

En la distribución de edad se observa una pirámide que se angosta en las capas más envejecidas de la población. Si bien se observa una distribución uniforme entre ambos sexos en casi todos los grupos etarios, se da una participación levemente mayor de las mujeres respecto a los hombres entre los 22 y 40 años de edad. Ambos sexos concentran la mayor cantidad de casos en el grupo de 22 a 30 años.

4- Se advierte al lector que toda la información y los análisis que se presentan a continuación sobre las características generales de la población y el consumo de sustancias problemáticas, se realizaron con fines estrictamente descriptivos. En el mismo sentido, los resultados que se presentan en los siguientes apartados sirven exclusivamente a los fines de describir puntualmente la población de los barrios relevados para este operativo.

Gráfico 1. Entrevistados según sexo y edad (n° de casos).



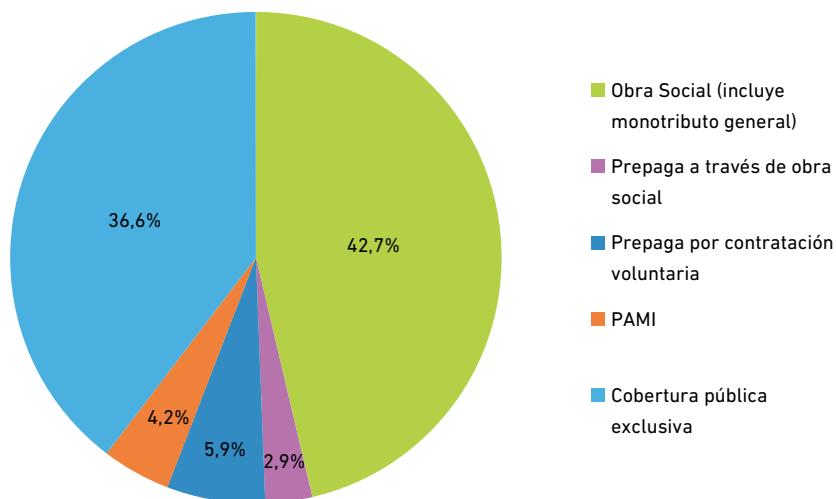
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**.

2. Cobertura de Salud

Respecto a la cobertura de salud de los entrevistados, la mayor proporción posee Obra Social (que incluye monotributo social) alcanzando el 42,7%. Si a esta proporción se le adiciona la cobertura de salud proveniente de Prepagas a través de Obras Sociales y contratación voluntaria (6%), se puede afirmar que casi 5 de cada 10 encuestados posee cobertura de salud proveniente del subsistema de obras sociales o subsistema privado. Por su parte, la proporción de encuestados con cobertura de salud pública exclusiva representó al 36,6% del total de los entrevistados⁵.

5- Este análisis se puede complementar a partir del análisis de los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares, tomando el período 2003-2013. Si bien no es el objetivo del estudio, a través del mismo se puede comprobar, que en la medida que se incrementa la tasa de registro laboral y de empleo de calidad, también aumenta la proporción de hogares cubiertos por el sistema de obras sociales, a la vez que decrece el número de hogares que deben acudir al Sistema Público.

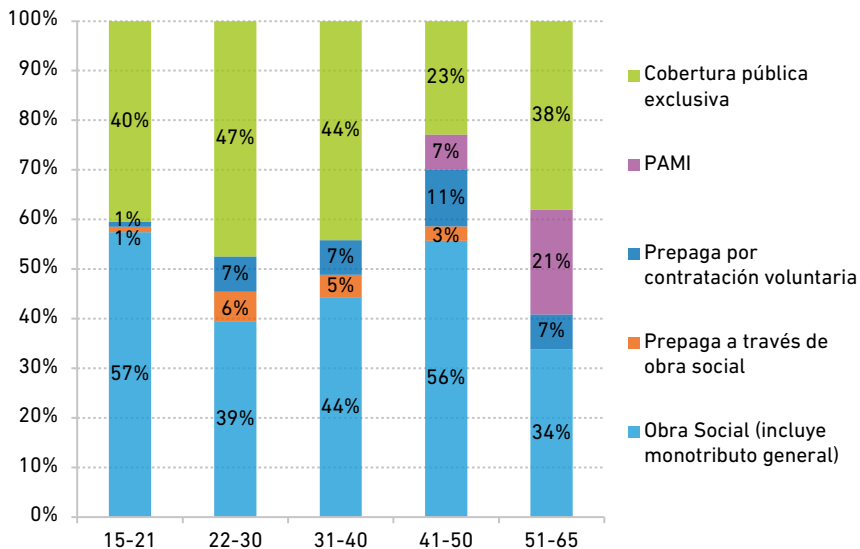
Gráfico 2: Entrevistados según cobertura de salud (%).



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**.

Asimismo, la proporción de personas con cobertura pública exclusiva se incrementa entre las edades de 22 a 40 años y disminuye entre los entrevistados de mayor edad, en ambos grupos de edad. Por su parte, del total de entrevistados, el 4,2% declaró que posee PAMI. Respecto a las personas que están cubiertas con PAMI, cabe resaltar que entre los consultantes de mayor edad en ésta categoría fue del 21%.

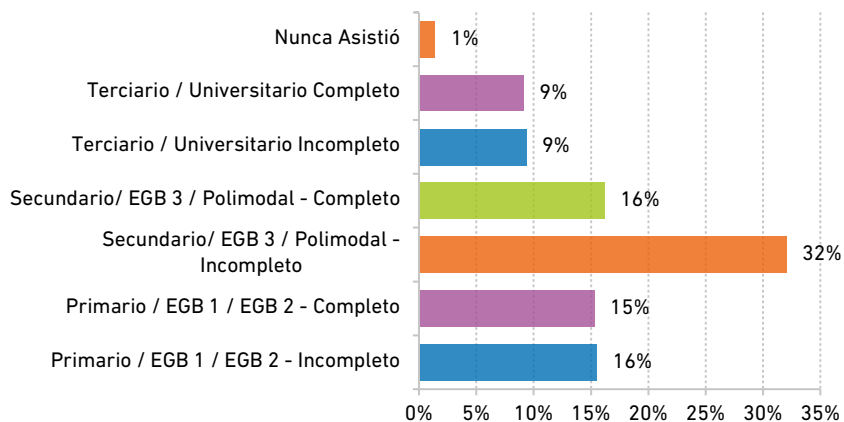
Gráfico 3: Entrevistados por rango etario según cobertura de salud.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

3. Trayectorias educativas

Gráfico 4: Entrevistados según nivel educativo alcanzado.

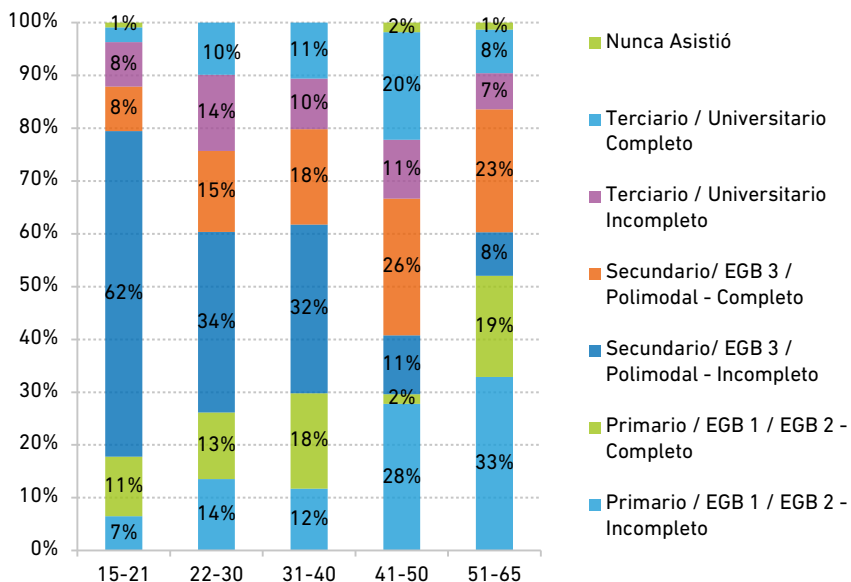


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

Del total de entrevistados, cerca del 60% no completó el nivel secundario, y de los que lo completaron, el 18% accedió a estudios superiores. Asimismo, el nivel primario lo completó el 83% de la población.

A partir del análisis realizado se pudo observar que el nivel educativo alcanzado por los entrevistados varía según el rango etario. En este sentido, fue posible observar que entre quienes tienen entre 15 y 21 años la proporción de entrevistados que alcanzó el nivel medio (Secundario), ya sea completándolo o no, resultó del 78%, proporción que disminuye a medida que la edad de los entrevistados aumenta. Lo inverso ocurrió respecto del nivel de educación primaria. Así, entre quienes tienen 51 años y más, el porcentaje de los que no completaron el nivel primario aumentan, y los que accedieron al nivel secundario entre los mayores son el 48%. Esta situación puede asociarse a los procesos de inclusión educativos que ha experimentado el país a lo largo del tiempo.

Gráfico 5: Entrevistados según último nivel educativo alcanzado, por rango etario.

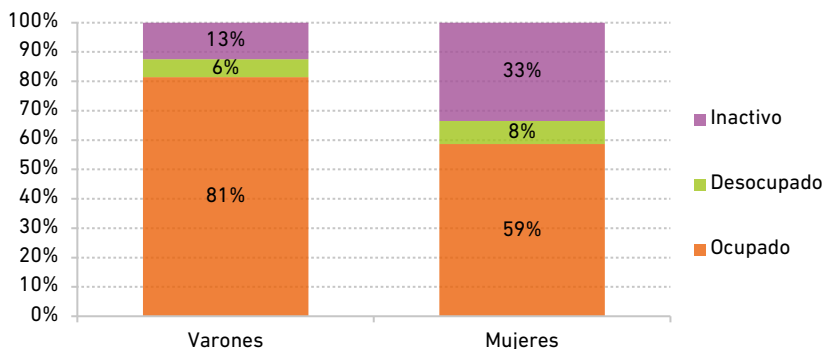


4. Condición de actividad de los entrevistados

Tomando como referencia las definiciones teóricas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se calculó la condición de actividad para los entrevistados de 15 años y más (100% de los entrevistados, ya que la población definida para el estudio son las personas de 15 a 65 años de edad, residentes en hogares), siendo las posibles categorías analíticas: “ocupado”, “desocupado” e “inactivo”⁶.

Del total de entrevistados de 15 años y más, casi el 23% son inactivos, el 70% ocupados y el 7% desocupados. Tal como se puede apreciar en el gráfico a continuación, la condición de actividad difiere según el sexo de los entrevistados. Así, la proporción de ocupación es significativamente mayor entre los varones respecto de las mujeres, siendo estas 81% y 59%, respectivamente. Asimismo, la condición de inactividad entre las mujeres (33%) resultó más elevada respecto que la de los varones (13%).

Gráfico 6: Condición de actividad de los entrevistados de 15 años y más por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

6- La **población económicamente activa** la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Para la medición de este concepto, se considera la población entre 14 y 65 años. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Por población ocupada se entiende el conjunto de personas entre 14 y 65 años que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). La población desocupada se refiere a personas entre 14 y 65 años que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo y están disponibles para empezar a trabajar. La población inactiva refiere al conjunto de personas menores de 14 o mayores de 65 años que no son económicamente activas, es decir personas que no tienen trabajo y no lo buscan activamente.

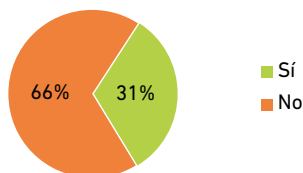
Entre los entrevistados ocupados, las categorías ocupacionales que presentaron mayor frecuencia fueron:

- Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo 20% (ascendiendo a 22% en varones y descendiendo a 17% en mujeres),
- Empleado/a u obrero/a del sector público 18% (ascendiendo a 20% en varones y descendiendo a 15% en mujeres);
- Trabajos esporádicos - Changas 11% (no habiendo diferencias entre varones y mujeres) y;
- Empleado/a obrero del sector privado 38% (ascendiendo a 41% en varones y descendiendo a 35% en mujeres),
- Servicio Doméstico 8% (17% entre las mujeres).

5. Programas sociales

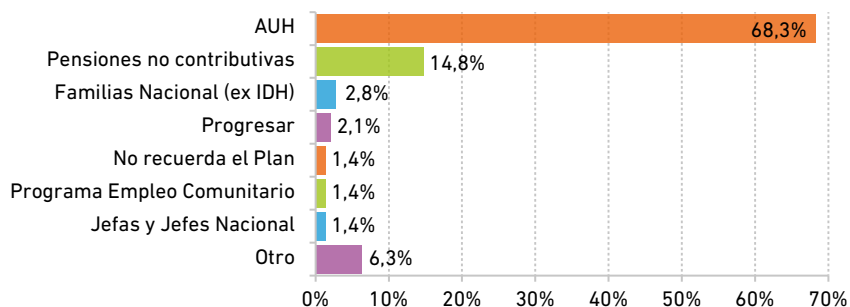
Del total de hogares, el 31% manifestó percibir algún tipo de Programa Social, es decir 3 de cada 10 de los hogares relevados es beneficiario de un subsidio del Estado, cualquiera sea la fuente de financiamiento. Del total de los subsidios (por parte del Estado) recibidos por cada hogar, el 68,3% correspondió a la Asignación Universal por Hijo, y un 3% al Plan Familias Nacional. Por otro lado, las pensiones no contributivas representan el 15% del total de los hogares que reciben algún tipo de subsidio. El resto de los planes identificados tuvieron una incidencia mucho menor, alcanzando al 6% de los hogares, y fueron agrupados en la categoría “otros”, como se observa en el gráfico a continuación.

Gráfico 7: Hogares que reciben Programas Sociales.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454.**

Gráfico 8: Proporción de Programa Sociales.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**.

6. Composición del Hogar⁷

En total se relevaron 454 hogares; en promedio, cada hogar estuvo compuesto por 4,4 miembros. Un 23% de los hogares está compuesto por 4 integrantes, proporción que desciende a 19% para los hogares con 3 integrantes, y a 10% para los de 2. Por su parte, los hogares unipersonales representan un 6% sobre el total de hogares, entre los que predominan los hogares unipersonales masculinos, en tanto que 7 de cada 10 hogares unipersonales son masculinos.

7. Caracterización de los entrevistados PSH.

Del total de entrevistados, el 46% refirieron ser el principal sostén de sus respectivos hogares (PSH), y un 54% declararon no serlo. De ellos, el 34% son mujeres y el 66% varones. El promedio de edad de los entrevistados PSH fue de 41 años, no observándose diferencias significativas entre varones y mujeres. En este sentido, el 47% de los entrevistados PSH tiene entre 22 y 40 años y un 48% entre 41 y 65 años. Por otro lado, entre los más jóvenes (15 a 21 años de edad) la

7- Por hogar se entiende a un conjunto dado de personas que habitan bajo el mismo techo y que comparten los gastos de alimentación. Esta definición difiere de la de vivienda puesto que pueden existir viviendas con más de un hogar en cada una de ellas.

proporción que declaró ser PSH disminuye al 5%.

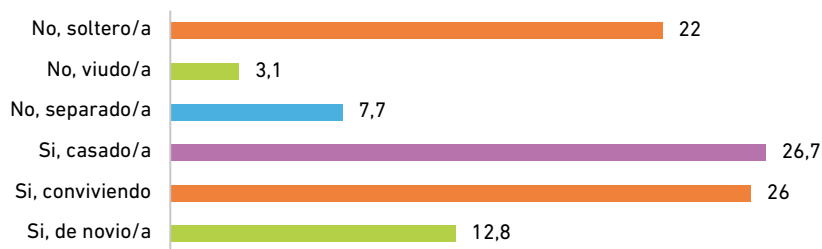
El 50% de los PSH poseen Obra Social, ya sea a través de obra social o por contratación voluntaria, un 40 % posee cobertura de salud pública exclusiva y un 5% PAMI.

3.2 Caracterización del uso del tiempo y vínculos

1. Vínculos y recursos sociales-relacionales ante los problemas

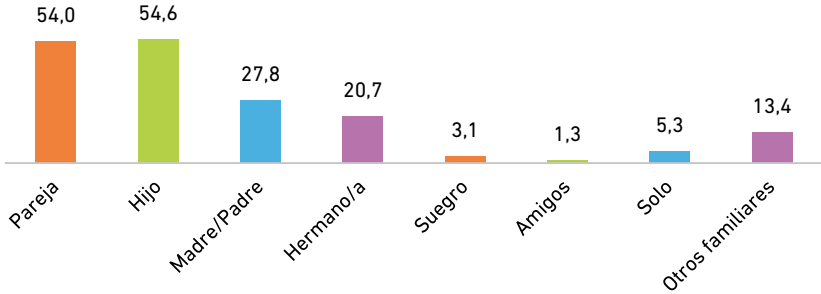
Los encuestados del municipio de Pérez son en su mayoría personas que están en pareja como puede observarse en el gráfico, y más del 50% de la población vive con su pareja. Luego, gran parte de la población vive con un grupo familiar más o menos ampliado: con hijos, o padres, hermanos u otros familiares. Sólo el 5% de la población vive solo.

Gráfico 9: Situación de pareja del encuestado (%).



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**. Los porcentajes no suman 100% dado que se trató de preguntas de respuesta múltiple.

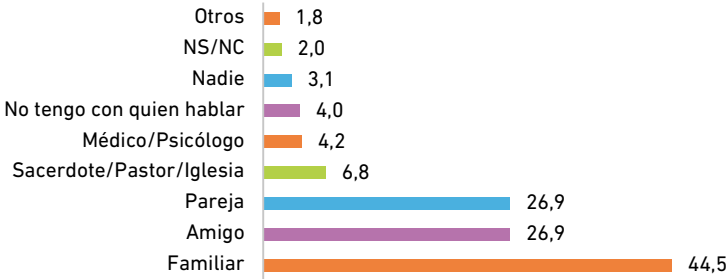
Gráfico 10: Con quién/es vive el encuestado (%).



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**. Los porcentajes no suman 100% dado que se trató de preguntas de respuesta múltiple.

Quando se consultó acerca de los recursos vinculares a la hora de resolver un problema, o algo que angustiara al encuestado, estos respondieron principalmente que recurren a familiares, sus parejas o amigos, y en menor medida a la Iglesia, al médico o psicólogo. En la categoría “otros” fue necesario incluir la categoría “nadie”, ya que la mayoría de respuestas en esa opción se orientaban a decir que no hablan con nadie de sus problemas o que los resuelven solos.

Gráfico 11: ¿A quién recurre cuando tiene un problema o una situación que lo angustia?

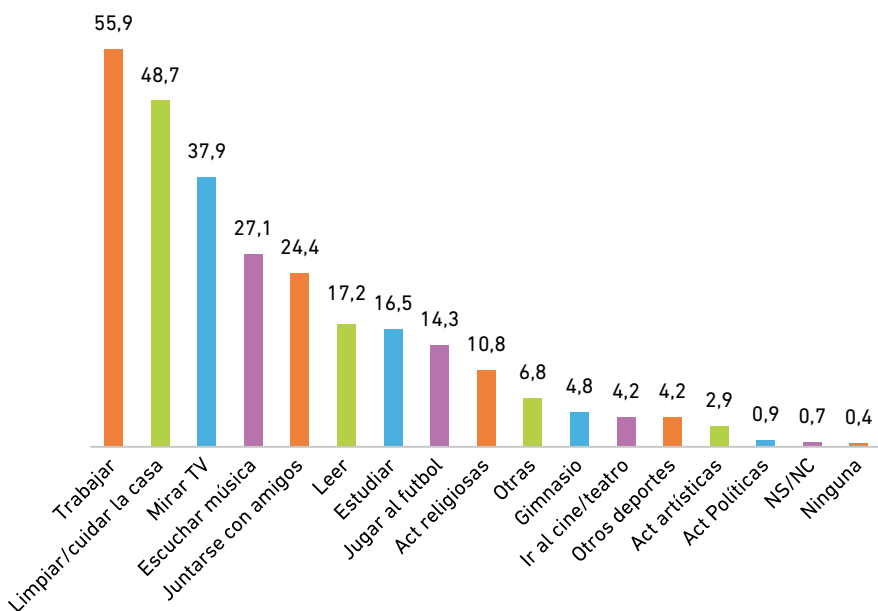


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

2. Uso del tiempo y del tiempo libre

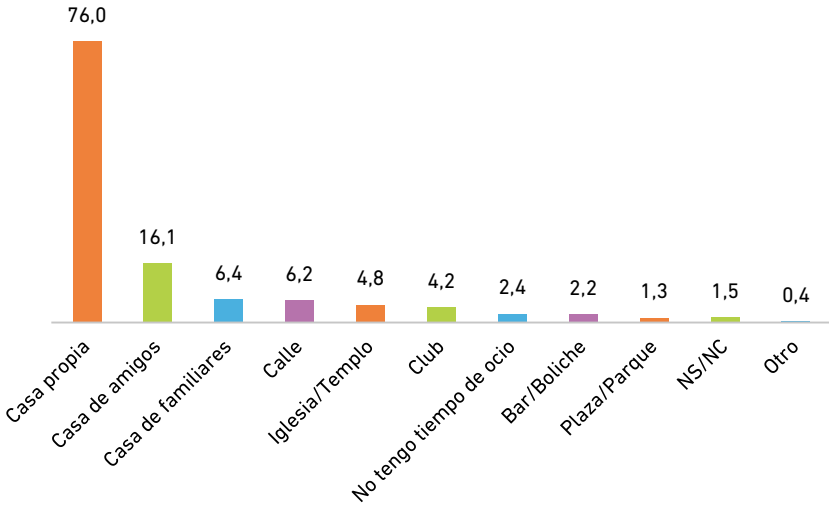
Por lo que podemos observar en los datos encontrados, las personas encuestadas tienden a mantenerse en sus hogares durante el día, o en segunda instancia en las casa de amigos o familiares. Las actividades que realizan cotidianamente son también caseras, y tienen que ver con mirar televisión, limpiar, escuchar música, o leer. Una buena proporción de los encuestados realiza además actividades deportivas, principalmente jugar al fútbol, y religiosas. Prácticamente no se realizan actividades artísticas o políticas entre los encuestados.

Gráfico 12: Uso del tiempo cotidiano (%)



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**. Los porcentajes no suman 100% dado que se trató de preguntas de respuesta múltiple.

Gráfico 13: Uso del tiempo libre (%)



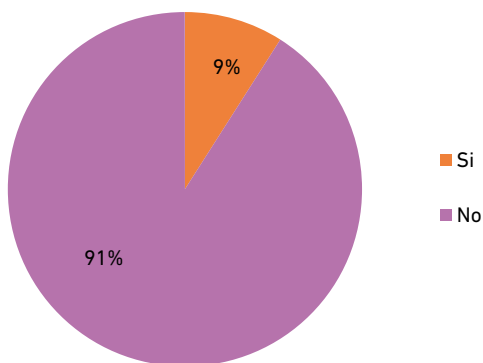
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**. Los porcentajes no suman 100% dado que se trató de preguntas de respuesta múltiple.

Buscando desagregar por edad y sexo, encontramos que en general, el uso del tiempo libre en la calle o club se da principalmente en varones jóvenes, mientras que el tiempo en la Iglesia fue declarado por más mujeres que varones, y en su mayoría adultas. Las actividades referidas a trabajar y mirar TV son realizadas principalmente por los varones (que son los más ocupados económicamente, como vimos antes), mientras las actividades referidas a limpiar y cuidar la casa la realizan sobre todo mujeres, y las referidas a estudiar y leer se concentran entre las edades de 15 a 30 años. Un dato interesante de este cruce es que las mujeres casi no realizan actividades deportivas, excepto por el gimnasio en pocos casos, pero dentro de las pocas personas que manifestaron realizar actividades políticas, fueron casi todas mujeres de entre 31 y 40 años de edad.

3. Participación en la comunidad

Como se puede observar, la gran mayoría de la población no participa de actividades grupales, sólo lo hace el 9%. De ellos, mencionaron como espacios de participación: “Dejando Huellas”, Club (del barrio, de jubilados, de bochas), un partido político, una fundación, un gremio, y principalmente (siendo la mayoría de las respuestas) en la Iglesia (católica, evangélica y testigos de Jehová).

Gráfico 14: ¿Participa en alguna organización social, club, mesa barrial, u otros?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

Consumo de sustancias psicoactivas

A continuación se presentan los principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas.

- La prevalencia de vida es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población consumió determinada sustancia al menos una vez en la vida.
- La prevalencia de año es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población que consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 365 días.
- La prevalencia de mes es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 30 días.

Los datos se presentan de manera global para los tres barrios, en los casos en los que se observó alguna particularidad se puntualizan algunos comentarios.

4.1 Consumo de alcohol y tabaco

Respecto al consumo de tabaco, un 34% fumó cigarrillos en el último año y un 28,4% durante el último mes. Se trata de una proporción que sigue la tendencia nacional de consumo actual de tabaco en población general, en este caso con poca variación de año a mes, lo que da cuenta de un bajo índice de cesación del consumo. Por lo que observamos, a diferencia de la tendencia en otros puntos del país, en el municipio de Pérez las mujeres fuman menos que los hombres.

Gráfico 15: Prevalencia (%) de mes en tabaco.

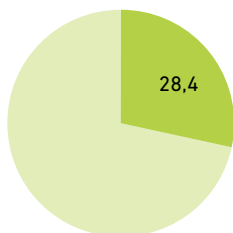
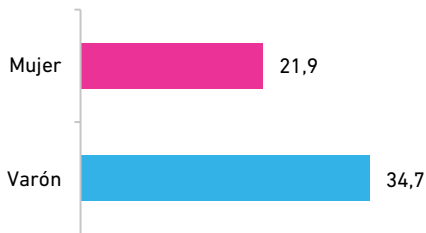


Gráfico 16: Prevalencia (%) de mes en tabaco por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=454**.

El consumo de **tabaco** provoca en la Argentina la muerte de aproximadamente 40 mil personas al año, y es el causante del 16% de todas las muertes cada año. Además explica el 15% del gasto anual en salud, generando altos costos sanitarios que son superiores a lo recaudado en concepto de impuestos al cigarrillo. Si bien la prevalencia de tabaco ha ido descendiendo en los últimos años (aproximadamente 40% en 1999 a 33,4% en 2005 - datos de población de 18 a 64 años), la misma continúa siendo una de las más elevadas de América Latina. Las diferencias por barrio muestran mayor consumo de tabaco es algo superior en los barrios Jardín y Cabín 9 respecto al barrio Centro, y los grupos de edad no muestran diferencias significativas en cuanto al consumo de esta sustancia, que se concentra principalmente entre los 20 y los 40 años de edad.

El consumo de **alcohol** constituye una de las principales causas de enfermedad en Argentina, es así que del total de muertes por causas asociadas al consumo de drogas, un 23% de las mismas corresponden al alcohol.

8- Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf
9- Los datos corresponden al *Estudio de Mortalidad relacionada al consumo de Sustancias Psicoactivas*. Argentina 2011, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR.

Considerando esta sustancia, del total de entrevistados, un 74,2% declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 59% lo hizo en el último año, y el 47,4% durante el último mes, lo que se considera consumo actual.

Gráfico 17: Prevalencia (%) de año en alcohol. Gráfico 18: Prevalencia (%) de mes en alcohol.

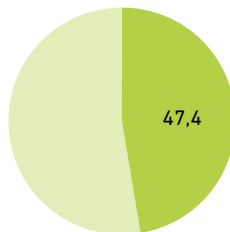
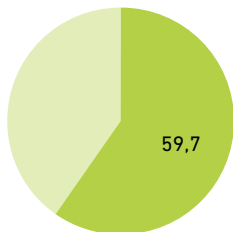
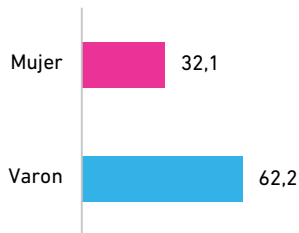
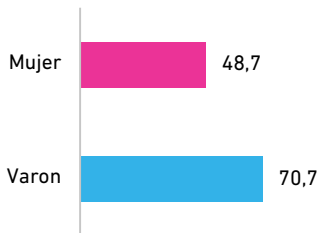


Gráfico 19: Prevalencia (%) de año en alcohol por sexo Gráfico 20: Prevalencia (%) de mes en alcohol por sexo



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabán 9, Jardín. **N=454**.

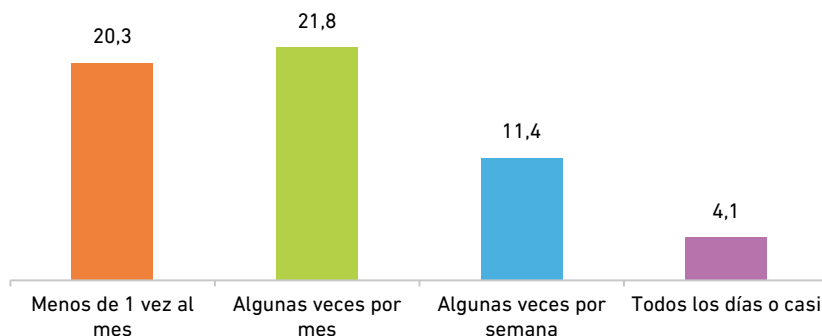
Se observaron diferencias entre varones y mujeres, en tanto que un 70,7% de los varones declararon haber consumido alcohol en el último año contra el 48,7% declarado por las mujeres. De la misma forma, la proporción de varones que consumieron alcohol en el último mes fue de un 62,2% contra un 32,1% en el caso de las mujeres. Señalamos además que esto continúa con la tendencia nacional.

Observando las diferencias por barrio encontramos que en el Centro es donde más alcohol se consume actualmente, ya que el 56,1% declaró su consumo en el último mes, contra el 45,7 y 41,6% en los barrios Jardín y Cabín 9 respectivamente. Respecto a los grupos de edad, el consumo de alcohol se distribuye de manera homogénea entre las distintas edades.

4.1.1 Consumo problemático de alcohol

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 síntomas vinculados con el uso perjudicial de bebidas alcohólicas. Para ello se toma como referencia de “consumo excesivo” 6 tragos o más de bebidas alcohólicas, o su equivalente en 2 litros de cerveza o un litro de vino.

Gráfico 21: Entrevistados según frecuencia de consumo excesivo de alcohol.



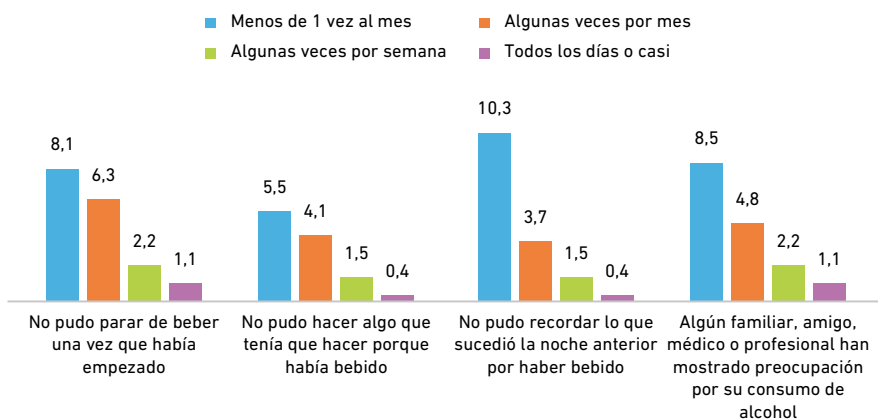
Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=271** (total de encuestados que tomaron alcohol en el último año o mes).

El gráfico permite observar que el consumo habitual frecuente de alcohol (de 6 tragos o más, como indica el AUDIT) presenta en esta población las siguientes características:

- el 22% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol algunas veces por mes.
- el 20,3% de los encuestados que consumieron alcohol el último año dijo consumir esa cantidad menos de una vez al mes.
- el 11,4% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol algunas veces por semana, y;
- el 4% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades todos los días.

En todos los casos los porcentajes de consumo excesivo de alcohol son mayores en varones que en mujeres, y en la mayoría se trata de varones adultos.

Gráfico 22: Encuestados según frecuencia de situaciones de consumo problemático de alcohol.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=271** (total de encuestados que tomaron alcohol en el último año o mes)

Se observan en estos gráficos situaciones que pueden indicar **consumo problemático de alcohol**, en tanto se manifiestan, por un lado, conductas compulsivas en el consumo: el 6,3% dijo que algunas veces por mes no han podido parar de beber una vez que habían empezado; mientras que al 8,1% le sucede esto menos de una vez al mes, y al 2% semanalmente. Por otro lado, al 4% le ha sucedido que no pudo hacer algo que se esperaba de él o ella algunas veces por mes. El 10,3% dijo no haber podido recordar lo sucedido la noche anterior menos de una vez al mes, mientras que a un 5% de los encuestados su entorno le ha manifestado algún tipo de preocupación, algunas veces por mes. Además, es destacable que el alcohol es la primera en el orden de sustancias que generaron preocupación tanto en el consumo propio como en el de otros; y que además el 26% de la población aseguró haber sufrido (ellos o sus familiares) problemas de abuso de alcohol (*ver capítulos 5 y 6*).

Estas medidas pueden tomarse como un dato a considerar para trabajar en estrategias de atención y prevención del consumo problemático de alcohol, ya que podrían mostrar una tendencia general. Cabe destacar que estos consumos abusivos frecuentes son, en todos los casos, declarados por más varones que mujeres.

4.2 Consumo de psicofármacos

Respecto al consumo de **psicofármacos**, el 10% de los entrevistados declaró haber consumido psicofármacos alguna vez en la vida, un 5,5% lo hicieron en el último año y un 4% durante el último mes. Como se puede observar en el gráfico 18, las prevalencias de consumo en todos los casos son más importantes en las mujeres respecto a los varones. Asimismo, el consumo de psicofármacos más alto lo encontramos en los barrios Cabín 9 y en el Centro.

Gráfico 23: Prevalencia (%) de mes, año y vida de psicofármacos.

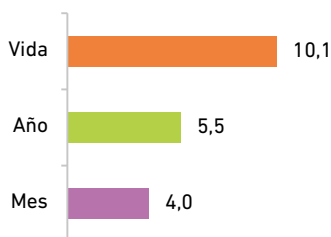
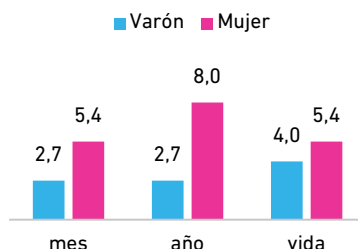


Gráfico 24: Prevalencia (%) de mes, año y vida de psicofármacos por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=454.**

Ahora bien, si observamos en detalle el consumo de psicofármacos en los barrios estudiados, podemos notar que los tranquilizantes son las sustancias más consumidas de este género, mientras que la forma de administración más común es bajo receta (80%).

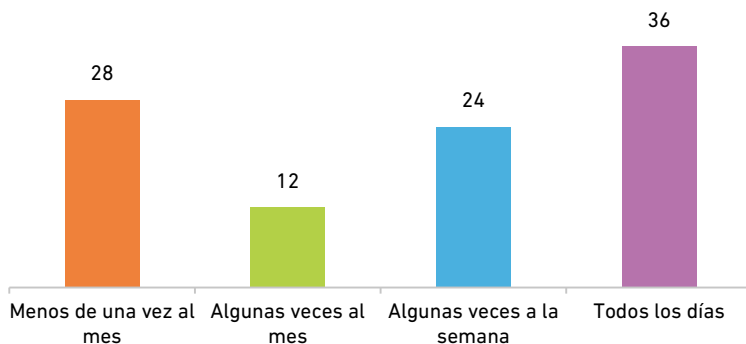
Aquellos que declararon haber consumido psicofármacos sin receta son sólo 5 personas, que representan el 1,1% de la población, siguiendo la tendencia nacional. De éstas, dos dijeron haberlos conseguido a través de un amigo o familiar, mientras que tres lo hicieron directamente de la farmacia. Por otro lado, aquellos que obtuvieron los fármacos con receta, la mayoría lo hizo a través de un médico clínico o psiquiatra, mientras unos pocos declararon haber recibido la receta de otros profesionales como: ginecólogo, neurólogo, y gastroenterólogo.

4.2.1 Consumo problemático de psicofármacos

Además de diferenciar el consumo con y sin receta (distinción clásica para discernir entre “uso” y “uso indebido”), en este instrumento incorporamos preguntas para cualificar el consumo de psicofármacos,

más allá de que sean recetados o no, y su interferencia o no en la vida cotidiana de las personas encuestadas.

Gráfico 25: Frecuencia consumo de psicofármacos en porcentajes (%).



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=25** (total de encuestados que consumieron psicofármacos en el último año o mes)

En el caso de los psicofármacos, el consumo frecuente no puede ser considerado de por sí como problemático en tanto la prescripción médica puede indicar la toma diaria del mismo. Asimismo, dos encuestados declararon haber consumido *más de lo que querían y haber tenido problemas* (familiares, personales, o de otro tipo) a partir del consumo de psicofármacos. Por último, tres encuestados dijeron haber dejado de hacer cosas que les gustaban por el consumo de estas sustancias. El consumo de psicofármacos o “pastillas” fue indicado además como motivo de preocupación por su consumo en 3 personas encuestadas (ver capítulo 5).

4.3 Consumo de marihuana, cocaína, pastillas mezcladas con alcohol y solventes.

Según la información obtenida en las encuestas, encontramos que

el consumo de **marihuana** alguna vez en la vida asciende entre los entrevistados a un 11,2%, mientras un 4% lo hizo en el último año y un 2,4% durante el último mes. Estas declaraciones involucran en total a 51 personas que declararon consumo de marihuana en vida, año o mes.

Al comparar las prevalencias de consumo de marihuana por sexo, se observan diferencias marcadas entre varones y mujeres, en tanto que entre las mujeres la prevalencia de vida es de un 4% y la de año 1,3% mientras que entre los varones son de 18,2% y 6,7% respectivamente. Señalamos además que esto continúa con la tendencia a nivel nacional. Asimismo, el consumo se concentra entre los más jóvenes (15 a 21 años), y se declara en mayor proporción en el barrio Jardín.

En relación a la **cocaína**, un 6,2% de los entrevistados manifestaron haberla consumido alguna vez en la vida, el 2,2% lo hizo en el último año, y el 0,2% en el último mes (consumo actual). Estas respuestas involucran a 28 personas que respondieron positivamente a esta pregunta. Del mismo modo, al comparar las prevalencias de consumo de cocaína por sexo, cabe destacar que las mujeres no declararon haber consumido esta sustancia durante último mes, siendo la prevalencia de vida 1,8%. Por el contrario, entre los varones las prevalencia de vida es de un 10,6%, y la de año 3,1%.

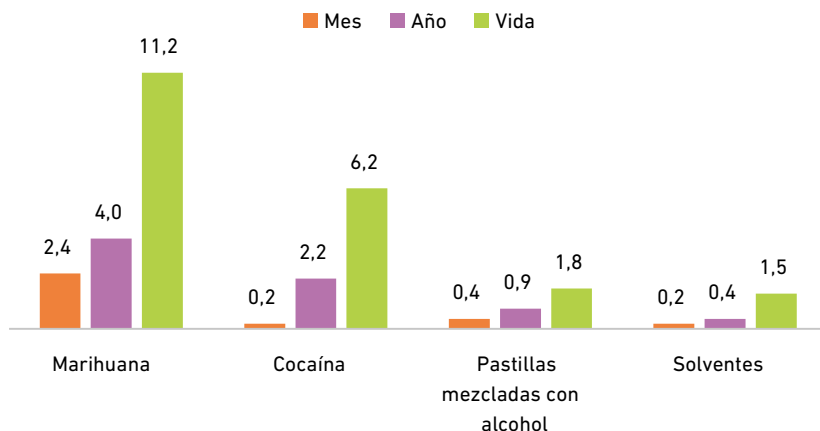
Observando los datos por barrio encontramos que en el Centro no hubo declaración de consumo de cocaína, y la mayoría de los casos fueron declarados en el barrio Jardín, y teniendo en cuenta los grupos de edad, encontramos que los que más declararon consumo de cocaína en el último año son los jóvenes de 22 a 30 años de edad, pero además señalamos que los únicos que declararon consumo actual fueron los más jóvenes, de 15 a 21 años.

El consumo en el último año de **pastillas** (léase psicofármacos u otros)

mezcladas con alcohol fue declarado por el 0,9%, mientras el 0,4% lo hizo en el último mes. Estas respuestas involucran a 8 personas que respondieron positivamente a esta pregunta, siendo 7 de ellas varones.

Por último, los **solventes e inhalables** se consumen en proporciones semejantes a la media nacional (sólo apenas superiores), siendo la prevalencia de año de 0,4%. Los que declararon estos consumos son jóvenes varones de 15 a 21 años, del barrio Jardín.

Gráfico 26: Prevalencia (%) de vida, año y mes de marihuana, cocaína, pastillas con alcohol y solventes.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=454**.

Observando en general datos por barrios, encontramos prevalencias más altas, para todos los casos, en el barrio Jardín del municipio de Pérez, y además en el barrio Centro hubo muy pocas declaraciones de consumo de sustancias ilegales.

4.4 Consumo de pasta base/paco y éxtasis

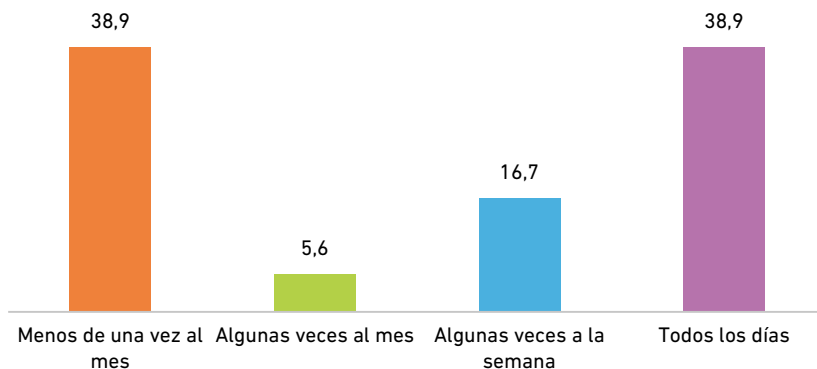
Otras sustancias como pasta base/paco y éxtasis por las que se preguntó en la encuesta son de muy **baja prevalencia** en los barrios tomados.

El consumo alguna vez en la vida de **pasta base/paco** fue sólo declarado en este barrio antes mencionado por 4 personas, que representan el 0,9% de esa población, tres de las cuales son varones, y de los barrios Jardín y Cabín 9. Mientras el consumo de éxtasis fue declarado sólo por una persona en el último mes.

4.5 Consumo problemático de marihuana

Los que dijeron haber consumido en el último año o mes, hacen un total de **18 personas**, es decir, el 4% de la población, lo cual se condice con la tendencia nacional. Observamos a continuación datos de frecuencia y consumo problemático de esta sustancia:

Gráfico 26: Prevalencia (%) de vida, año y mes de marihuana, cocaína, pastillas con alcohol y solventes.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=18**

Destacamos en primer lugar que dentro de los consumidores actuales o recientes, la mayoría consume marihuana o menos de una vez por mes (38,9%) o todos los días (38,9%). Por otro lado, es necesario observar que 7 personas declararon que alguna vez consumieron sin intención de hacerlo, mientras 3 personas consumieron más de lo que querían. Además, 2 personas dijeron que consumir le trajo problemas (familiares, personales u otros); y otras dos dejaron de hacer cosas que le gustaban por consumir esta sustancia. Destacamos que esto sucede en varones jóvenes.

Por último, mencionamos que la marihuana aparecerá como la tercera en el orden de sustancias por las que se preocuparon los encuestados sobre el consumo de otros; mientras que es segunda entre las sustancias con las que tuvieron problemas los encuestados o sus familiares (*ver capítulos 5 y 6*).

4.6 Consumo problemático de cocaína

Los entrevistados que declararon consumo de cocaína en el último año o mes fueron **10 personas** en total, es decir, el **2,2%** del total de entrevistados, lo cual es elevado respecto a la tendencia nacional (0,9%, año 2010). Los datos obtenidos nos permiten decir que la mayoría de los consumidores lo hacen con poca frecuencia (menos de una vez al mes), y una minoría lo hace algunas veces por mes. Además, los indicadores de consumo problemático de cocaína muestran que: 3 personas consumieron más de lo que querían, 2 personas tuvieron problemas personales y/o familiares, y otras 2 dejaron de hacer cosas que les gustaban por consumir; y una consumió sin intención de hacerlo.

Estos efectos en la vida cotidiana se relacionan además con medidas que tomamos en el apartado de accesibilidad, por ejemplo: se trata de una sustancia reconocida en tercer lugar en la lista de sustancias que

preocupan o preocuparon a los encuestados en relación a su propio consumo, y suscitaron consultas o pedidos de ayuda, principalmente por alguna intervención que hicieron familiares o amigos al respecto. Asimismo es la segunda en el orden de sustancias que generan preocupación en otros, sean familiares o amigos de los encuestados, y también es la primera en la lista de sustancias con las cuales tuvieron problemas los encuestados o sus familiares (ver capítulos 5 y 6).

4.7 Edades de inicio promedio

Las edades de inicio promedio son un sencillo y útil recurso para pensar las estrategias más eficaces de prevención, trabajando en las franjas etarias correspondientes, intentando captar a los sujetos antes de su inicio en el consumo, para así disminuir la tasa de incidencia y, a largo plazo, las tasas de prevalencia.

Respecto a la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias, según lo manifestado por los entrevistados, el **tabaco** y el **alcohol** tienen promedios similares, alrededor de los 15 o 16 años de edad. Por otro lado, es de utilidad siempre conocer el valor mínimo en edades de inicio, para poder ajustar al máximo las políticas de prevención. En el caso del alcohol, la edad más joven de inicio declarada es de 10 años edad, y en tabaco es de 8 años. Por otro lado, la edad de inicio promedio en **psicofármacos** es de 30 años de edad, y la edad mínima es de 12 años.

En las sustancias ilícitas, encontramos que las edades promedio de inicio para el consumo de **marihuana** y **cocaína** son de 16 años, mientras la edad más baja de inicio declarada es de 10 años. Para el consumo de **solventes e inhalables** las edades de inicio son más bajas, en un promedio de 13 años. Por otro lado, respecto a las **pastillas con alcohol**, el promedio es de 12, y para el **paco** es de 20 años de edad.

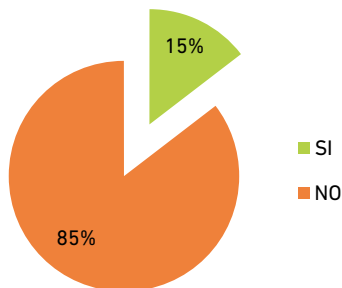
Accesibilidad y Trayectorias institucionales

5.1 Percepciones sobre el consumo propio

El 15% de los entrevistados manifestaron sentirse o haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia, y las sustancias que más les generó preocupación son las legales: alcohol (31,8%) y tabaco (33,3%), seguido por la cocaína (19,7%). Los psicofármacos fueron motivo de preocupación para el 4,5% de la población preocupada por su consumo, y la marihuana para el 9%.

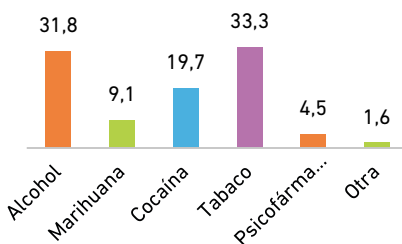
En el barrio Cabín 9 es donde más se registra preocupación por el consumo propio, y en segundo lugar en el barrio Jardín. En general, se preocuparon más los varones que las mujeres.

Gráfico 28: ¿Alguna vez te sentiste preocupado por tu forma de consumir alguna sustancia?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=453**. 1 missing

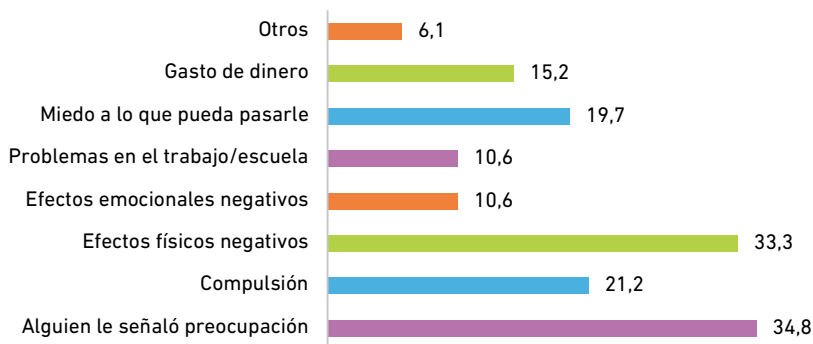
Gráfico 29: Sustancia que generó preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabín 9, Jardín. **N=66** (número de preocupados por su consumo)

Por otro lado, encontramos que la mayoría de los encuestados que dijeron haberse preocupado por su consumo lo hicieron hace más de un año (64%) mientras que el 12% comenzó a preocuparse este último mes. Sin embargo, el dato más relevante es que el **45,5% continúa preocupado por su consumo**, es decir, que no ha resuelto este problema.

Gráfico 30: Motivos de preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=66** (número de preocupados por su consumo)

Entre los motivos de preocupación observamos que la **intervención de terceros** que señalan preocupación por el consumo es el principal motivo que generó preocupación propia para los encuestados (35%). Esto es interesante tomarlo en cuenta porque expresa algo en relación a la importancia de las redes de contención social y familiar en estos problemas y la necesidad de reforzarlas o de trabajar con esos vínculos para acceder a los sujetos con problemas de consumo. Tomando este motivo de preocupación, encontramos que las sustancias más mencionadas en torno a éste fueron: cocaína, alcohol y tabaco (en ese orden).

Además, priman los motivos relacionados a los efectos físicos

negativos, es decir, a los **efectos sobre la salud física** que producen algunas sustancias (33%). En este punto los encuestados se refirieron principalmente al tabaco, en segundo lugar al alcohol y por último a la cocaína, y en algunos casos incluso los psicofármacos.

Por otro lado, la **compulsión** en el consumo o la dificultad o incapacidad para dejar de consumir implica a buena parte de los encuestados (21%), principalmente en lo que hace al consumo de alcohol, tabaco y cocaína.

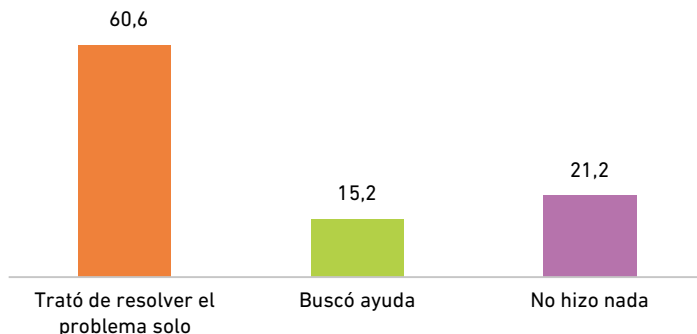
El **miedo** a lo que pudiera pasarle de seguir consumiendo (19,7%) es un motivo frecuente entre los que están preocupados por su consumo de tabaco.

Otros motivos de preocupación, como el hecho de que el consumo lo hace sentir mal **emocionalmente** (10,6%), están altamente relacionados con el consumo de psicofármacos y alcohol, mientras que los **problemas en el trabajo o escuela** se vinculan sobre todo al consumo de alcohol, y el **gasto de dinero** se menciona mayormente en casos de preocupación por consumo de cocaína.

5.2 Respuestas frente a la preocupación por el consumo propio

La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es a resolver el problema de manera *privada e íntima*. Así, entre los entrevistados que se manifestaron preocupados por el consumo de alguna sustancia, encontramos que la mayoría intentó resolver el problema solo (60,6%), contra un 15,2% que buscó ayuda de terceros y un 21,2% que no hizo nada con esa preocupación.

Gráfico 31: Respuestas frente a la preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=66** (número de preocupados por su consumo)

En lo que respecta al consumo problemático de sustancias, asistimos a una forma de resolución de problemas centrada en lo que Menéndez llamaría “estrategias de auto-atención o auto-cuidado”, a las cuales incorporamos para reconocerlas como una intención (individual o familiar, pero casi siempre *privada*) orientada a prevenir, dar tratamiento y/o controlar el consumo.

Siguiendo estos datos, y tomando el total de 40 personas que dijeron haber intentado **resolver el problema de manera individual**, encontramos que las estrategias de auto-atención involucran: bajar la intensidad del consumo (62,5%), dejar de consumir (35%), u otros (2,5% que incluye ir al hospital). Los entrevistados declaran en su mayoría (75%) haber tenido éxito con las mismas.

Estos datos expresan algo de lo que los profesionales del centro de salud hacían referencia, que es la idea de la “baja consulta espontánea” o la llamada “demanda oculta”, o la idea de que los consumidores “no quieren” realizar tratamiento, o siquiera buscarlo. Sin embargo, lo que muestran estos datos también es que, por un lado, efectivamente hay

una falta de consulta espontánea, pero que esto no necesariamente significa una “demanda oculta”, sino que las personas cuentan con otras estrategias de abordaje frente a estos problemas. Reconocer estas estrategias es un paso hacia la comprensión del fenómeno y, por tanto, hacia la ampliación de las capacidades de acción e intervención sobre el mismo.

Entre **los que buscaron ayuda** (10 personas que representan el 15,2% de los casos), encontramos que 6 lo hicieron a un amigo o familiar, mientras que 4 lo hicieron a la Iglesia.

Por último, entre **los que no hicieron nada** (14 personas), encontramos que la mayoría no consultó porque no quiso hacerlo, mientras algunos dijeron no tener con quién hablar, tener vergüenza, o no encontrar la fuerza de voluntad para salir de esa situación.

5.3 Percepciones sobre el consumo de otros

Como se observa a continuación, frente a la **preocupación por otro** aumenta significativamente la respuesta positiva. El 31,4% de los entrevistados se preocupó por algún amigo, y el 56% por algún familiar, principalmente por hermanos, mientras un 3,6% lo hizo por un conocido o vecino del barrio.

Gráfico 32: ¿Alguna vez te sentiste preocupado por el consumo de un amigo / familiar o le sugeriste buscar ayuda?

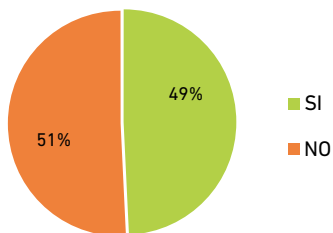
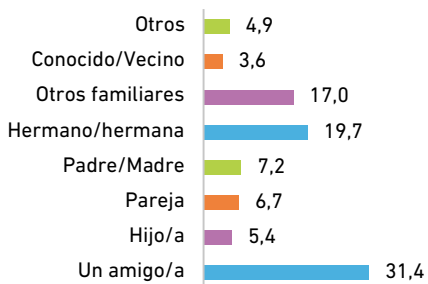


Gráfico 33: ¿Por el consumo de quien te preocupaste?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=453**. 1 caso perdido.

Como podemos observar, las sustancias que más generan preocupación entre los entrevistados son, en orden: alcohol (33,6%), cocaína (24,7%) y marihuana (23%). Es destacable que, como con respecto a la preocupación por el consumo propio, **el 53% continúa preocupado**, es decir, no ha resuelto el problema o no lo ve resuelto en la persona en cuestión, se trata de un dato para considerar a la hora de planificar trabajo territorial en la temática.

Gráfico 34: ¿Continúa preocupado?

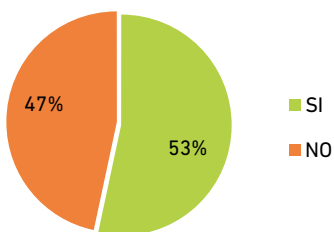
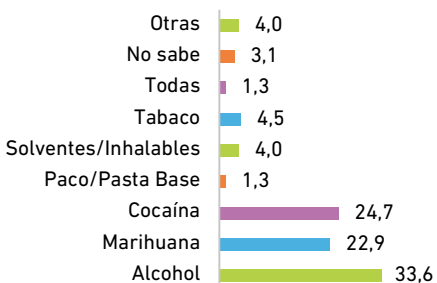


Gráfico 35: Sustancia que generó la preocupación

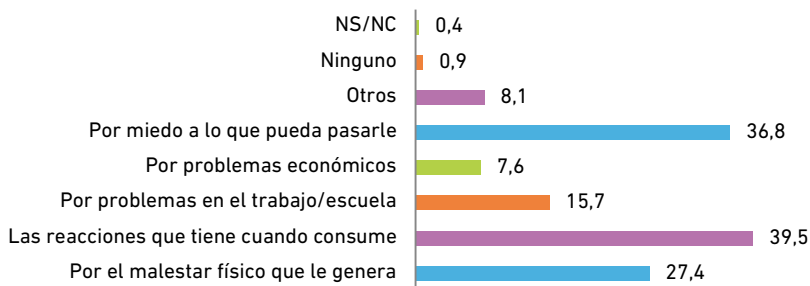


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=223** (encuestados que se preocuparon por el consumo de otros)

Ya que se trató de una pregunta de respuesta múltiple, la preocupación de los entrevistados respecto a los consumos de amigos o familiares pueden tener más de una motivación. En este caso, las preocupaciones que encontramos en su mayoría tienen un correlato individual, es decir se encuentran dirigidas a lo que pudiese hacer o lo que pudiera pasarle a la persona que consume. La mayoría está preocupado por las reacciones que tiene esta persona cuando consume, o teme por lo que pudiera pasarle, o está preocupado por el malestar físico que observa que se le genera, o que cree que se le genera a esta persona.

En menor medida, aparecen preocupaciones más relacionadas a lo social, como problemas en el trabajo/escuela o problemas económicos. Entre otros motivos encontramos temores respecto a la posibilidad de que esa persona cometa delitos efecto del consumo, o que muera. En otros casos aparece como un deseo “quisiera que no consuma”, “que no se arruine la vida”.

Gráfico 36: Motivos de preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=223** (encuestados que se preocuparon por el consumo de otros)

La mayor cantidad de respuestas referidas a las reacciones agresivas o depresivas están relacionadas al consumo de cocaína y alcohol, así como los motivos relacionados al miedo a lo que pueda pasarle a la persona que consume. La preocupación por el malestar físico se refiere más que nada al consumo de alcohol, mientras que la preocupación por los problemas en el trabajo y/o escuela se refieren principalmente al consumo de marihuana y cocaína, y en menor medida al éxtasis y las pastillas. Por último, la preocupación por lo económico aparece relacionada al consumo de cocaína.

5.4 Respuestas frente a la preocupación por el consumo de otros

En lo que respecta a la ayuda u orientación solicitada por los entrevistados frente a problemas de consumo, **observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de un familiar o de un amigo que cuando se trata de un problema propio.**

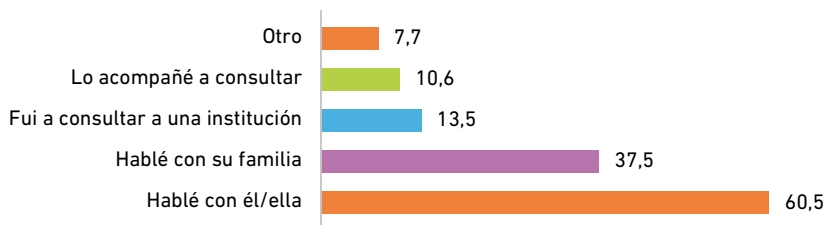
En este caso, **pidieron ayuda** o realizaron *algún tipo de intervención* el 47% de los encuestados que dijeron estar preocupados por un tercero, es decir, un total de 104 personas. En el gráfico observamos que los recursos utilizados también se quedan en la esfera privada-individual, en tanto sólo el 13,5% fue a una institución y el 10,6% lo acompañó a consultar. En el resto de los casos la respuesta es intra-familiar o privada con la persona de que se trata, y en una minoría de casos se dirigieron a la Iglesia.

Esto se observa también en los motivos que dieron los encuestados que decidieron **no pedir ayuda** (53%): la mayoría (24,4%) dijo no haber consultado porque no quiso “meterse”, y es importante marcar que el 15% no supo a dónde ir. En otros motivos, encontramos que algunos plantearon que no hay donde ir en el barrio, o que la persona por la cual se preocupó no tenía “voluntad” o interés en consultar, o también

dijeron que no se animaron, o se sintieron ajenos a la situación.

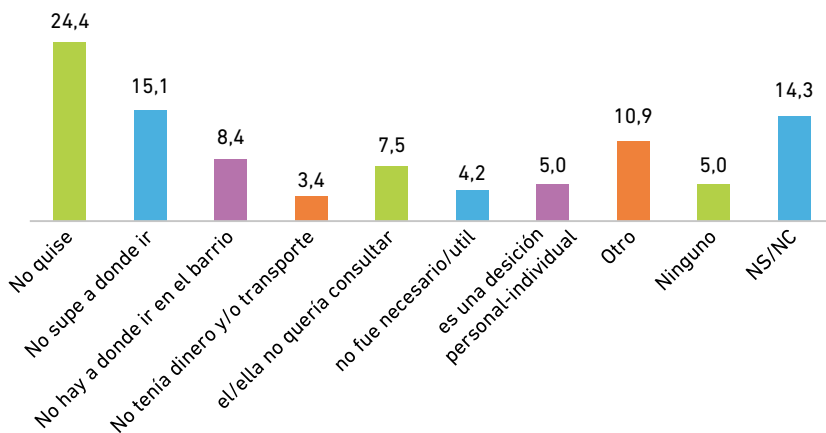
Estos porcentajes observados por barrio nos dicen que el mayor desconocimiento está en los barrios de Cabín 9 y en el Centro, donde también vemos que muchos vecinos preocupados no saben dónde consultar frente a estos problemas.

Gráfico 37: ¿Qué hizo para buscar ayuda?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=104** (encuestados que buscaron ayuda)

Gráfico 38: ¿Por qué no hizo nada?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe 2014. Barrios Centro, Cabin 9, Jardín. **N=119** (encuestados que no buscaron ayuda)

5.5 Recursos de consulta

A quienes se preocuparon por su consumo o el de otros, se les consultó por los lugares donde fueron a pedir ayuda, estos podían ser más de uno para mostrar las trayectorias de los sujetos en búsqueda de atención. Además se les pidió que pusieran a la atención recibida un puntaje (evaluación) del 1 al 10, siguiendo una escala tradicional.

Encontramos que **la mayor cantidad de encuestados dijo no haber consultado a ninguna de las instituciones allí detalladas**. Respecto al consumo propio, en segundo lugar aparece como institución de búsqueda de ayuda la Iglesia (10 personas recurrieron allí), y en tercer lugar amigos o familiares. En lo referente al consumo de otros, la mayoría acudió al ámbito familiar (34 personas), pero también en gran medida a la Iglesia (24 personas).

De esta forma, en este territorio encontramos tres tendencias a la hora de “hacer algo con” el consumo de sustancias, que pueden luego interpretarse en diversos sentidos: una, la tendencia a lo individual, como una solución que debe venir de la voluntad de cada uno de los consumidores; otra, de lo familiar-íntimo, donde los recursos se refieren a la contención en el ámbito más cercano de la personas; y por último, una tendencia a la resolución por vía de la fe o la contención que reciben los creyentes en las instituciones eclesióásticas.

En relación a las instituciones de abordaje específico de las adicciones, los recursos de consulta para aquellos que fueron a consultar por preocupación por el consumo propio fueron: AA (Alcohólicos Anónimos), Comunidad Terapéutica, guardia de Hospital, Centro de Salud del barrio, y un psicólogo/psiquiatra particular. Todos los que utilizaron estos servicios dijeron haber sido atendidos y puntuaron muy bien esa atención, a excepción del grupo AA donde un encuestado dijo no haber

sido atendido.

Respecto a los que consultaron a instituciones por el consumo de otros, las respuestas están más distribuidas, y encontramos los siguientes recursos más mencionados: AA, Comunidad Terapéutica, Psiquiatra/ Psicólogo, Centro de Salud y Remar. En el caso del Centro de Salud aparecen algunos casos derivados, y las puntuaciones de los usuarios oscilan entre regular y buena atención en todos los casos.

Por último mencionamos que las personas que fueron a consultar por el consumo de otros, lo hicieron en su mayoría junto con la persona por la que se preocuparon (40,8%), pero en un gran porcentaje fueron solos (31%).

Problemas y recursos de los vecinos de los barrios

En este capítulo se ordenan los recursos con los que cuentan las personas encuestadas frente a distintos tipos de problemáticas. Es importante aclarar que, a diferencia del capítulo sobre accesibilidad (Capítulo 4), en éste las preguntas se le realizaron al total de encuestados, ya que las mismas se orientaron a conocer a qué instituciones o lugares recurren o *recurrirían* en el caso de tener ellos mismo o algún familiar/amigo distintos tipos de problemas: abuso de alcohol, consumo de drogas, maltrato o violencia, y angustia o depresión. Cuando se preguntó por el consumo de drogas, se incluyó una pregunta para conocer de qué droga se trataba, para captar de manera más acabada el fenómeno del consumo en los barrios trabajados.

En este sentido, se indagó en los entrevistados acerca del conocimiento de dispositivos formales -privados o públicos- e informales que intervengan de alguna u otra forma en las problemáticas mencionadas.

Tabla 1: Conocimiento de Dispositivos formales y no formales, en porcentajes.

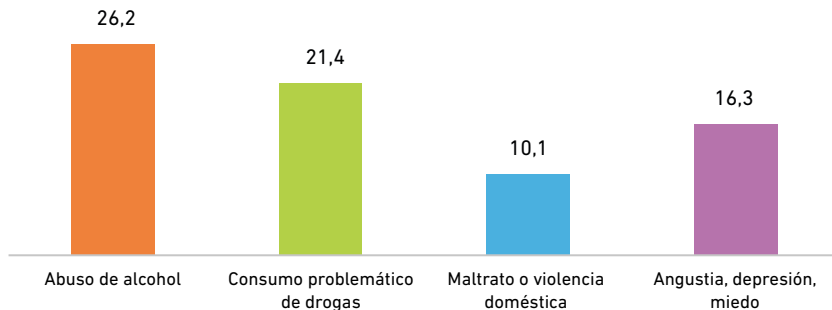
	Alcohol	Drogas	Violencia	Angustia
Iglesia	21,1	18,3	10,9	17,3
Referente político		0,2	0,2	0,2
Escuela	0,9	1,1	0,6	0,4
Centro municipal	1,3	1,7	0,9	1,1
Centro de salud	17,9	16,0	6,8	20,0
ONG	2,6	2,3	0,9	0,4
Familiar	27,1	24,5	21,3	27,9
Amigo	3,4	3,8	3,6	5,3
Policía	2,6	1,9	27,5	2,3
Organismo especializado	8,3	9,8	5,5	4,5
No tengo a quien	1,5	2,1	1,1	0,6
No sé a quien	6,6	8,1	5,8	5,5
Otro	1,9	2,3	3,0	3,2
Ninguna	4,9	3,8	3,6	3,0
NS/NC	10,9	12,2	16,0	15,6

Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe. Barrios Jardín, Cabín 9 y Centro. **N=454**

Como se observa en la tabla, frente a los problemas de abuso de alcohol o drogas, los encuestados se refieren en primer lugar a los familiares, en segundo lugar a la Iglesia, y por último al centro de salud. Esto continúa con la disposición mostrada en el capítulo 6 referido a la accesibilidad, donde observamos las tendencias a resolver el problema de manera individual, familiar, o por vía de la fe. Los mismos recursos de ayuda los encontramos para los problemas de angustia, depresión y miedos. Para los problemas de violencia, los encuestados se refieren a la policía en primer lugar, luego a familiares y a la Iglesia.

Cuando se indagó acerca de si los encuestados habían sufrido, ellos o su familia, efectivamente estos problemas, encontramos que:

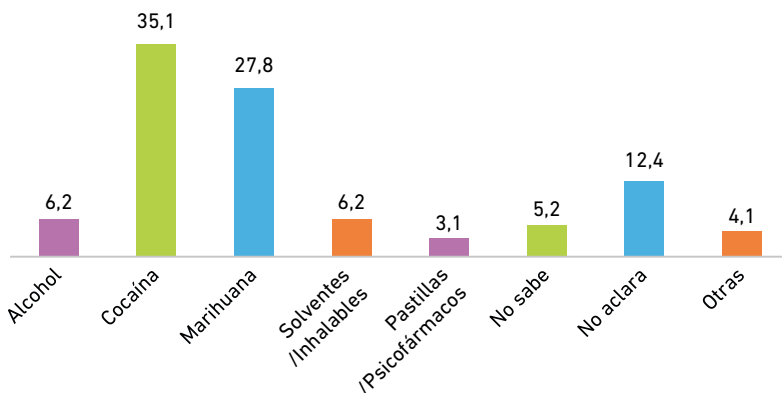
Gráfico 39: Problemas sufridos por los entrevistados.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe. Barrios Jardín, Cabán 9 y Centro. **N=454**

Del total de personas que dijeron haber sufrido problemas de consumo problemático de drogas (97 personas), evaluamos con qué sustancia fue que tuvo problemas.

Gráfico 40: Sustancia con la que tuvo problemas el entrevistado o un familiar del entrevistado.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe. Barrios Jardín, Cabán 9 y Centro. **N=97**

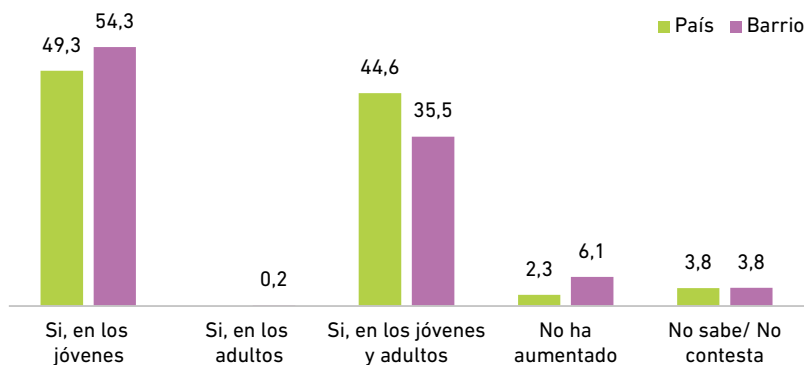
Por último, **la mayoría de los entrevistados (87,4%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio**, y entre los que conocen (12,6%) se menciona principalmente al REMAR, el camino de los Indios, Buzón de la vida, Desde el Pie, SEDRONAR.

Destacamos por último que en algunos casos los encuestados refieren que **los centros de atención están sólo en Rosario**. Si bien como señalamos en el marco conceptual la accesibilidad no puede entenderse sólo en términos geográficos, es aun así uno de los indicadores más importantes para entender la inclusión y las posibilidades de acceso a la salud el hecho de que existan o no de recursos en la zona dónde viven las personas afectadas por una problemática.

Opinión


Diversos estudios realizados sobre la percepción del consumo problemático de sustancias¹⁰, marcan una generalizada percepción del aumento del consumo de drogas entre los jóvenes en los últimos años. Para este estudio en particular se confirma esa misma tendencia, ya que cuando se le preguntó a los entrevistados por su opinión respecto al aumento del consumo de drogas como marihuana, cocaína, pasta base/ paco, solventes, metanfetaminas, etc. en su barrio y en el país, encontramos las siguientes proporciones de respuesta:

Gráfico 41: ¿Piensa que ha aumentado el consumo de drogas como marihuana, cocaína, pasta base/ paco, solventes, metanfetaminas, etc. en su barrio y/o en el país?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe. Barrios Jardín, Cabín 9 y Centro. **N=454**

10- Entre los que podemos mencionar: Percepción de los/as docentes de la provincia de Buenos Aires sobre el consumo de drogas en jóvenes y estudiantes. Año 2011 - Informe de resultados.



Por otro lado, el 27,8% de los entrevistados perciben al problema de la droga como un problema de educación, mientras el 22% lo considera un problema legal o de seguridad. El 15,6% piensa que es un problema de inclusión social, y el 11,6% que es un problema de salud. Asimismo, en la categoría “otros”, donde las respuestas eran abiertas, apareció sobre todo la idea del problema como algo familiar o individual-voluntario. De esta forma observamos que la mayor parte de la población encuestada entiende a este problema como teniendo causas sociales y/o personales, ya sean de seguridad, o como problemáticas relacionadas con la falta de educación, contención y/o acceso a la salud.

Al preguntarle a los mismos encuestados por el mejor tratamiento para el consumo problemático de sustancias encontramos que la mayor cantidad de respuestas se refieren a mejores tratamientos: la psicoterapia particular a través del médico psiquiatra o psicólogo (21%), entrar a una comunidad terapéutica o “granja” (18%), o internarse, y alejarse del barrio (17%). Por otro lado, casi el 15% cree que la solución está en la Iglesia y el 14% en hablar con la familia.

Estos datos reflejan, por un lado, cierta tensión en el propio sentido común de la comunidad, en tanto se plantea un problema de origen social pero se le da una respuesta expulsiva (como la internación) o personal/individual (como el tratamiento psicoterapéutico), pero por otro lado muestran que está muy instalada la idea de que estas problemáticas se resuelven de manera privada, individual, y con fuerza de voluntad que viene de la propia personalidad o de alguna creencia.

Gráfico 42: Opinión de los entrevistados sobre el tipo de problema.

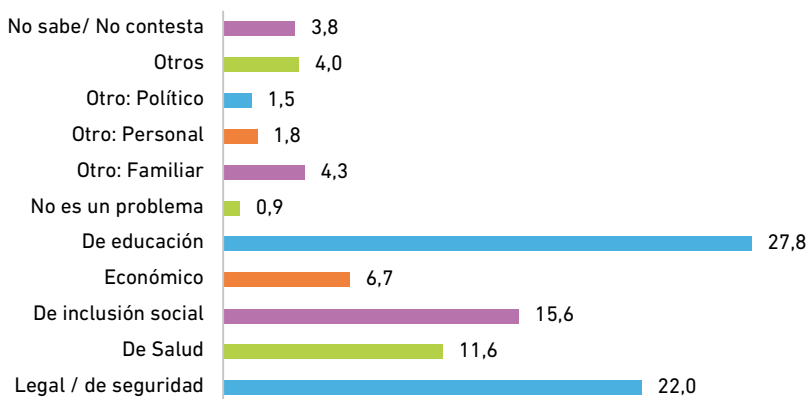
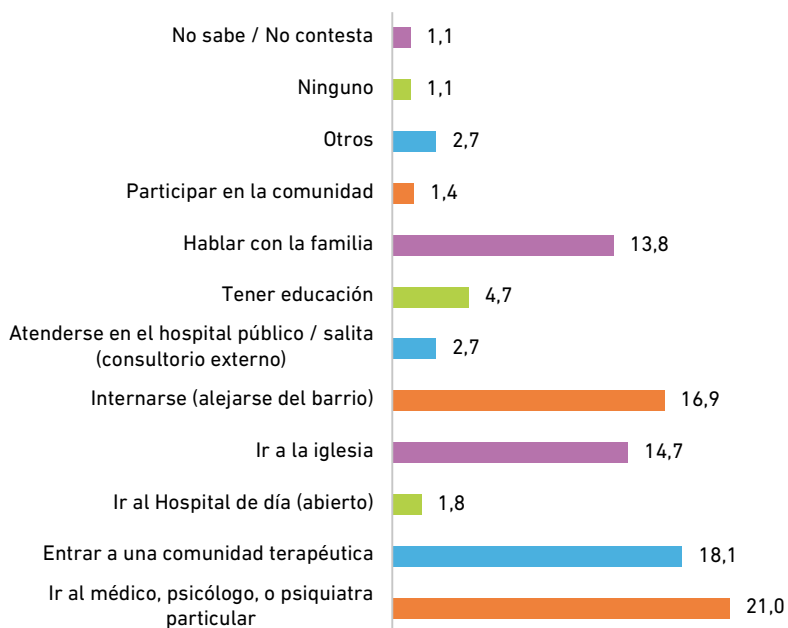


Gráfico 43: Opinión de los entrevistados sobre el mejor tratamiento.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Pérez, Santa Fe. Barrios Jardín, Cabán 9 y Centro. **N=449**

En relación a los **problemas que se perciben en los barrios**, los puntualizaremos según cada barrio y las respuestas más frecuentes que encontramos:

1. Barrio “Jardín”:

Problemas en la infraestructura: principalmente falta de luz y alumbrado público en las calles, también de asfalto, calles inundadas, y basura en las calles.

Problemas sociales: consumo de drogas y alcohol, delincuencia, inseguridad. Además aparecieron problemas “familiares” y falta de centro de salud en el barrio.

2. Barrio “Cabín 9”:

Problemas en la infraestructura: principalmente falta de agua potable, también de asfalto, ruidos molestos, y basura en las calles. También falta de centro de salud, algunos indican que el dispensario está desbordado.

Problemas sociales: consumo de drogas y alcohol, inseguridad y violencia. Dicen escuchar tiros y gritos, y que se instaló un “búnker” que hizo todo peor.

3. Barrio “Centro”:

Problemas en la infraestructura: cloacas.

Problemas sociales: se destaca principalmente la inseguridad como problema, secundariamente el consumo de drogas. Además figuran problemas como falta de educación y trabajo.

Sintetizaremos aquí algunos de los datos hallados en este estudio.

En primer lugar, consideremos los datos sobre consumo de sustancias legales como alcohol y psicofármacos:

Respecto al primero, encontramos que son más los varones que las mujeres los que consumen alcohol, así como los que declaran más problemas en relación a su consumo o lo hacen de manera “excesiva”¹¹. Asimismo, encontramos que 21 personas se preocuparon o se preocupan por su forma de consumir esta sustancia y 75 personas se preocuparon por el consumo de alcohol de otro (familiar, amigo o vecino del barrio).

El consumo de psicofármacos en los barrios en los que se trabajó es mayor en mujeres que en varones. Las formas de consumo de psicofármacos son diversas, y cómo se muestra en el estudio pueden distinguirse tres tipos:

1. El consumo bajo prescripción médica, donde ubicamos la mayor cantidad de casos (20 personas);
2. El consumo sin prescripción médica (5 personas);
3. El consumo combinado con alcohol.

Esta última modalidad fue consultada en el cuestionario a partir de una pregunta específica sobre consumo de “pastillas con alcohol”, el cual constituye el 0,9% de la población encuestada (8 personas), y es principalmente declarado por varones.

11- Recordar que la medida “ó tragos o más” para consumo excesivo de alcohol es tomada de la escala AUDIT mencionada en el capítulo 4.

En relación al consumo de sustancias ilícitas, el consumo de marihuana es mayor en varones que en mujeres, en tanto que entre las mujeres la prevalencia de vida es de un 4% y la de año 1,3% mientras que entre los varones son de 18,2% y 6,7% respectivamente. Asimismo, el consumo se concentra entre los más jóvenes (15 a 21 años), y se declara en mayor proporción en el barrio Jardín. Dentro de los consumidores actuales o recientes, la mayoría consume marihuana o menos de una vez por mes (38,9%) o todos los días (38,9%). Además, observamos que 7 personas declararon que alguna vez consumieron sin intención de hacerlo, mientras 3 personas consumieron más de lo que querían. Además, 2 personas dijeron que consumir les trajo problemas (familiares, personales u otros); y otras dos dejaron de hacer cosas que les gustaban por consumir esta sustancia. Destacamos que esto sucede en varones jóvenes. Por último, mencionamos que la marihuana aparecerá como la tercera en el orden de sustancias por las que se preocuparon los encuestados sobre el consumo de otros; mientras que es segunda entre las sustancias con las que tuvieron problemas los encuestados o sus familiares.

Por otro lado, el consumo de cocaína alcanza el 2,2% en prevalencia de año, y también es mayor en varones, siendo que las mujeres no declararon consumo de esta sustancia en el último mes. Observando los datos por barrio encontramos que en el Centro no hubo declaración de consumo de cocaína, y la mayoría de los casos fueron declarados en el barrio Jardín, y teniendo en cuenta los grupos de edad, encontramos que los que más declararon consumo de cocaína en el último año son los jóvenes de 22 a 30 años de edad, pero además señalamos que los únicos que declararon consumo actual fueron los más jóvenes, de 15 a 21 años. Por último, los indicadores de consumo problemático de cocaína muestran que: 3 personas consumieron más de lo que querían, 2 personas tuvieron problemas personales y/o familiares, y otras 2 dejaron de hacer cosas que les gustaban por consumir; y una

consumió sin intención de hacerlo; y además es la segunda en el orden de sustancias que generan preocupación en otros, sean familiares o amigos de los encuestados, y también es la primera en la lista de sustancias con las cuales tuvieron problemas los encuestados o sus familiares (ver capítulos 5 y 6).

Otras sustancias como solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias (entre las cuales se destaca el LSD o ácidos) son de baja prevalencia en los barrios abordados en el estudio.

En cuanto a los indicadores de accesibilidad, encontramos que el 15% de los entrevistados manifestaron sentirse o haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia, y la sustancia que más les generó preocupación es el tabaco, seguido por el alcohol y la cocaína. Mientras que el 49% se sintió preocupado por otro/s, y la sustancia que más les preocupa en este caso es el alcohol, segundo la cocaína y por último la marihuana. Es de suma importancia que, en ambos casos (personas preocupadas por su consumo, y personas preocupadas por el consumo de otro), la mitad de la población dijo aun estar preocupada por esta situación, es decir, que no la han resuelto.

La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es a resolver el problema de manera *privada e íntima*. Observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de un familiar o de un amigo que cuando se trata de un problema propio. Sin embargo, la mayor cantidad de encuestados dijo no haber consultado a ninguna de las instituciones, y en segundo lugar haber recurrido al ámbito familiar o de amistad, o a la Iglesia. Puntualizamos además que la mayoría de los entrevistados (87,4%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio.

De esta forma, en este territorio encontramos tres tendencias a la hora de “*hacer algo con*” el consumo de sustancias, que pueden luego interpretarse en diversos sentidos: una, la tendencia a lo individual, como una solución que debe venir de la voluntad de cada uno de los consumidores; otra, de lo familiar-íntimo, donde los recursos se refieren a la contención en el ámbito más cercano de la personas; y por último, una tendencia a la resolución por vía de la fe o la contención que reciben los creyentes en las instituciones eclesíásticas.

Son muchas las preguntas y los desafíos que se desprenden de la lectura de estos datos que hablan de *accesibilidad*, en tanto están dando cuenta de la relación entre los sujetos y las instituciones. Los datos muestran que este vínculo entre las representaciones de las personas y los discursos de las instituciones es muy complejo y está atravesado por un conjunto de elementos que vale la pena analizar en conjunto con la población, para pensar las intervenciones más convenientes.



**Presidencia
de la Nación**



SEDRONAR
PRESIDENCIA DE LA NACION



OBSERVATORIO
ARGENTINO DE DROGAS