



Consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento en la Provincia de Córdoba

Rocío Ruiz.

Tesis - Maestría en Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Facultad de Psicología, 2018.

Aprobada: 1 de diciembre de 2018.

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
Escuela de Salud Pública
Facultad de Psicología

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL
TESIS FINAL

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
DEMANDA DE TRATAMIENTO EN LA PROVINCIA
DE CÓRDOBA.**

Maestrando: Psicóloga Lic. Rocío Ruiz

DNI: 32874823

Director: Dr. Eduardo León Bologna

2018

Agradecimientos

-Extiendo mi mayor agradecimiento al Dr Bologna Eduardo y a la Dra Leticia Luque, por su acompañamiento y a través de ella a los directores de la Maestría en Salud Mental, a la Escuela de Salud Pública y a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

-Agradezco a mi esposo Leo, a mis hijas Helena y Valentina, por su apoyo, contención y amor brindado en este largo proceso.

La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis

RESUMEN

En la presente investigación se describe el consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba. Se realizó un estudio descriptivo de poblaciones con muestras probabilísticas mediante encuestas. Se utilizó una base de datos secundaria perteneciente a la encuesta Nacional de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de salud de la Nación). Como resultados se encontró que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas fue la más alta, seguida por el tabaco. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en los jóvenes de 16 a 24 años y en los varones. Las mujeres registraron mayor consumo de tranquilizantes y medicamentos para adelgazar. Por otro lado, se registró bajo porcentaje de demanda de tratamiento en relación a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y al abuso de consumo. Un alto porcentaje de entrevistados demandaron tratamiento pero no lo iniciaron. La mayor demanda de tratamiento se evidenció en consultorios externos, seguido por grupos de autoayuda y hospitales generales. El lugar de menor demanda fue los centros de salud mental. Por último los entrevistados de 50 a 65 años registraron mayor demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Se alerta sobre la aplicación de la nueva ley de salud mental, las altas brechas de tratamiento, la prevención y los modelos de abordaje, arribando a nuevos interrogantes para próximas investigaciones.

In the present investigation the consumption of psychoactive substances and the treatment demand of the population of 16 to 65 years of the Province of Córdoba is described. A descriptive study of populations with probabilistic samples was carried out through surveys. A secondary database belonging to the National Survey on the prevalence of psychoactive substance use (Ministry of Health of the Nation) was used. As results, it was found that the prevalence of consumption of alcoholic beverages was the highest, followed by tobacco. The prevalence of consumption was higher in young people aged 16 to 24 years and in males. The women registered greater consumption of tranquilizers and medications to lose weight. On the other hand, there was a low percentage of demand for treatment in relation to the prevalence of psychoactive substance use and abuse of consumption. A high percentage of respondents demanded treatment but did not initiate it. The greatest demand was evidenced in outpatient clinics, followed by self-help groups and general hospitals. The place of least demand was the mental health centers. Finally, respondents between 50 and 65 years of age registered a higher demand for treatment. The application of the new mental health law, the high treatment gaps, the prevention and the boarding models are alerted, arriving at new questions for future investigations.

Palabras claves: Sustancias psicoactivas- Demanda de tratamiento- Adicciones- Salud Mental- Prevención

Key words: Psychoactive substances- Demand for treatment- Addictions- Mental Health- Prevention

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento:	
Modelos de abordaje.....	8
Consumo de sustancias psicoactivas.....	11
-Sustancias psicoactivas.....	11
-Determinantes psicológicos y sociales.....	13
-Época y policonsumo.....	19
-Índices estadísticos/ epidemiológicos sobre consumo de sustancias psicoactivas.....	21
Demanda de tratamiento.....	23
-Índices estadísticos/epidemiológicos sobre demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.....	26
OBJETIVOS	29
MATERIALES Y MÉTODOS	30
Enfoque y tipo de estudio.....	30
Participantes	30
Instrumento.....	32
Procedimiento.....	33
Análisis de datos.....	33
RESULTADOS	35
Conclusiones.....	55
DISCUSIÓN	58
CONSIDERACIONES FINALES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	89
1 Encuesta nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas 2011.....	89
2 Construcción de variables e indicadores.....	90
3 Operacionalización de las variables.....	93

INTRODUCCIÓN

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento es sumamente compleja ya que se encuentra atravesada por múltiples variables y determinantes que merecen ser analizadas en profundidad y que adquieren características propias según cada región y época. La misma se encuentra influenciada, a su vez, por factores relacionados al tipo de consumo, relación que se establece con la sustancia, la edad del individuo, el género y el contexto (accesibilidad a los servicios de salud mental, redes de APS, servicios comunitarios), en una época donde prima el policonsumo (1).

Mundialmente existen altas cifras de prevalencia de dependencia de sustancias en jóvenes y adultos lo que trae aparejado una enorme carga emocional y financiera tanto para el individuo como su familia y la sociedad en su conjunto (1), siendo el consumo de drogas una compleja problemática que merece ser analizada en profundidad.

Con respecto al tratamiento de las adicciones, este proceso comienza cuando los consumidores entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario, hasta que alcanzan el nivel de bienestar más alto posible (2). Las intervenciones y tipos de tratamiento se encuentran afectadas por factores de índole político, religioso, económico y cultural, ya que varían según la época y la región (3).

En la adolescencia se establecen, en la gran mayoría de los casos, los primeros acercamientos y experimentaciones con la sustancia (4), siendo este un periodo de riesgo. Por otra parte, las drogas legales como el alcohol y el tabaco suelen ser las drogas de inicio de consumo seguida por la marihuana (5).

Se trata de una compleja situación. Por un lado, la existencia de alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por parte de las poblaciones que trae aparejado situaciones de discapacidad, morbilidad y mortalidad. Por el otro lado, las altas brechas de tratamientos (6), financieras y de información con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, lo que complica aún más el panorama en el mundo (7).

Cabe destacar que, al tratarse de una problemática de salud mental (8) compleja y determinada por múltiples variables, es necesario comprenderla desde una perspectiva crítica, transdisciplinaria (9) y comunitaria local, evitando miradas reduccionistas, positivistas, biologicistas y clínicas que omiten la dimensión de Salud Pública. Se torna

fundamental poder identificar la necesidad de salud de la población y sus características para así organizar respuestas de servicios integrales (10). Es necesario entonces, considerar la subjetividad en la Salud mental (11), evitando centralizar el análisis en la droga y sus características, sino por el contrario, focalizando en la compleja relación existente entre el individuo consumidor (con sus características personales), la sustancia y el contexto. (12).

Las recomendaciones internacionales apuntan a la necesidad de investigar y sistematizar la información de cada Nación, con el objetivo de reflexionar sobre el abuso de drogas y las características de las personas que puedan llegar a necesitar tratamiento, así como para poder planificar y prestar servicios particulares (3) (13). Por lo tanto, en esta investigación se trata de conocer las características de la población que consume sustancias psicoactivas y las necesidades de tratamiento de la misma, a través de un análisis de los datos locales, que permitan vislumbrar la situación actual de la Provincia de Córdoba, Argentina, y así a partir de dicho análisis poder conocer el panorama local y sus especificidades regionales como también contribuir a la implementación de estrategias de tratamiento actuales, a través de políticas públicas sólidas que acompañen el proceso de planificación y acción. En palabras de Dever (14), las decisiones siempre deben tomarse sobre la base de información. En este punto, se debe partir de información actualizada y fiable acerca de la comunidad, a partir de reunir y analizar los datos epidemiológicos, con el fin de poder actuar en esta compleja problemática del consumo de sustancias Psicoactivas, con el objetivo de no sólo tratar sino también prevenir y promover la salud mental de los individuos como lo postula la nueva Ley Nacional de Salud Mental (15).

Se trata de conocer el número y las características de los consumidores que solicitan ayuda y los tratamientos que reciben (16), así como de aquellos consumidores que no han solicitado tratamiento alguno. Estos datos se convierten en la base de la planificación y gestión del sistema de Salud en materia tratamiento y prevención, porque permiten evaluar necesidades y facilitar indicadores epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad, contribuyendo a la configuración de una política pública en materia de Drogas.

En esta investigación es necesario entonces describir y analizar la demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y las características de los

consumidores en la Provincia de Córdoba, por lo tanto el interrogante es: ¿Cuál es el consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento en la población de 16 a 65 años en la Provincia de Córdoba?.

Relación entre consumo de sustancias Psicoactivas y demanda de tratamiento: Modelos de abordaje

La relación entre el consumo de sustancias Psicoactivas y la demanda de tratamiento es sumamente compleja, en tanto se encuentra atravesada por múltiples variables y determinantes, que merecen ser analizadas en profundidad, y que adquieren características propias según cada región y época. La misma se encuentra influenciada, a su vez, por factores relacionados al tipo de consumo, relación que se establece con la sustancia, la edad del individuo, el género y el contexto (accesibilidad a los servicios de salud mental, redes de APS, servicios comunitarios), en una época donde prima el policonsumo (1).

Existen distintos modelos de abordaje y conceptualización en el campo de las adicciones. De cada uno se desprenden diversas estrategias de prevención y tratamiento ya que enfocan la problemática y la relación desde distintas perspectivas.

Por un lado dentro del paradigma simplista se encuentran los modelos ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial, socio-cultural y geo-político estructural¹. En ellos, se reduce el fenómeno, creando diversos estereotipos y representaciones sociales que explican el consumo de drogas, a partir de diversas perspectivas que analizan de un modo particular la interacción de la sustancia, la persona y el contexto, poniendo el énfasis en uno de estos aspectos principalmente.

Dentro del modelo médico sanitario, desde una perspectiva tradicional y reduccionista, se abordaba el consumo de sustancias desde una mirada centrada en el objeto "droga" y los efectos biológicos y farmacológicos en el cuerpo del consumidor, considerados desde su aspecto nocivo y desconociendo la complejidad de la relación entre sujeto-droga-contexto. Así, dentro de este modelo de una óptica simplista, se procura

¹Estos modelos se encuentran desarrollados exhaustivamente en "Prevención del consumo problemático de drogas" publicado por el Ministerio de Educación de la Nación, Argentina.

informar sobre tales efectos, con el objetivo de asistir y prevenir. (17) (18). En términos de los procesos biológicos o médicos implicados en las adicciones, este modelo se basa en la desintoxicación del paciente a través de la búsqueda de la abstinencia. Sin embargo, este tipo de tratamiento, que se relaciona con el modelo de la prohibición en el campo de la prevención, ha sido replanteado y revisado por muchos autores (19), cuestionándose los efectos de su implementación, su efectividad y los fundamentos que lo sostienen.

Estos modos de pensar el consumo de sustancias, imposibilita considerar los nuevos tipos de consumo ligados al contexto social e interrogar los modelos de asistencia y las políticas preventivas ligadas a esta temática. (20). Al abordar la problemática del consumo de sustancias, es necesario adquirir una mirada amplia del fenómeno, por lo que, no puede desconocerse las dimensiones psicológicas y sociales presentes en el mismo.

Es necesario cuestionar este paradigma de la simplificación que busca reducir lo complejo a lo simple y uni-causal, ya que desconoce el fenómeno en relación al contexto. Por lo tanto, es fundamental comprender la realidad en sus aspectos multidimensionales lo que lleva, indefectiblemente a tener que considerar aspectos de lo singular y contextual, ya que existen interacciones y fenómenos aleatorios y diversos (21).

En esta investigación el análisis de los datos con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento de la población de la Provincia de Córdoba se focaliza en otro paradigma y modelo de abordaje, opuesto al descripto anteriormente. Por lo tanto, se toman los aportes del modelo ético social así como también el modelo multidimensional y el de la promoción de la salud, ya que los tres se ubican dentro del paradigma de la complejidad, que permiten comprender el carácter polifacético y complejo del mismo, desde una óptica comunitaria (22) (23).

Por un lado, el modelo ético-social incorpora la sociología crítica a partir de una síntesis superadora que toma en cuenta no sólo la interacción entre sustancia-persona-contexto, sino también la preocupación por la existencia desde una ética social que busque la construcción de un proyecto grupal como modelo de prevención primaria aplicable a Latinoamérica y en especial Argentina. Procura, de este modo, la participación activa de la comunidad, en especial de padres, alumnos y docentes a través de un proyecto común (22).

El modelo multidimensional desarrollado por Touzé considera el consumo de sustancias como un proceso multideterminado a partir de la interacción de la sustancia, la

relación que establece el sujeto con la misma y la organización social donde se produce el vínculo, desde las dimensiones políticas y culturales. Este modelo toma, también, los factores de riesgo y protección como dimensiones de análisis. La prevención apunta a la relación dinámica entre características individuales, del entorno cercano (familia, amigos, etc..) y del entorno macrosocial (24).

En el modelo de la promoción de la salud se encuentra la Promoción a la Salud Pública, que toma los lineamientos de la OMS, poniendo el énfasis en la asistencia sanitaria y los factores económicos, culturales, organizativos, sociales y políticos implicados en la misma. Parte de un concepto holístico de la Salud considerándola como un derecho a partir de variadas estrategias como la educación para la salud a partir de crear entornos que apoyan la salud a través de políticas públicas saludables (25). Se busca la participación activa de la población a través de acciones que modifiquen los condicionantes de la Salud, desde una concepción democrática que parte de la perspectiva de las personas. (22)

En concordancia con este modelo, la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657 realiza un cambio en el modo de pensar la Salud Mental, estableciendo varios criterios para garantizar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas de la República Argentina, sin importar raza ni condición, siendo libres de gozar de los derechos humanos independientemente del trastorno que padezcan (15). Aquí, en un apartado se desarrollan las adicciones, más específicamente en el artículo 4, donde se establece que las adicciones deben ser abordadas como parte de las Políticas de Salud mental y no como una mera cuestión del orden de lo legal y punible. También, afirma que aquellas personas que desarrollen una relación problemática con las drogas, tanto legales como ilegales, deben gozar de pleno derecho y garantías de ser abordadas dentro de lo que la Ley establece. De este modo, incluye la problemática de las adicciones como parte de la Salud mental, siendo el estado el garante del pleno acceso a los servicios y tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas (26).

Consumo de sustancias Psicoactivas

Sustancias psicoactivas

El término droga no posee una única definición. Según la Organización Mundial de la salud, droga suele referirse en el lenguaje coloquial a las sustancias psicoactivas, es decir como toda aquella sustancia que introducida en un organismo vivo pueda modificar una o varias de sus funciones, alterando los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos y organismos (27). Sin embargo, dentro de esta definición se encuentran los más variados tipos de sustancias como por ejemplo los fármacos de prescripción médica, el alcohol, la cafeína, el Tabaco, alucinógenos, entre otras, por lo tanto la especificidad estará dada por el carácter que adquiera dicho consumo, ya sea legal o ilegal. Es decir, el término droga de abuso remite al uso no médico de la sustancia, susceptible de ser auto administrada cuyos efectos son psicoactivos.

Sustancia psicoactiva es aquella que produce alteraciones en la percepción, estado de ánimo, conciencia y el comportamiento (27), ya que impacta y cambia la actividad cerebral (10). La misma, entonces, al ser consumida en exceso activa el sistema de recompensas del cerebro, generando que el individuo ignore sus actividades normales (28).

La adictividad y peligrosidad de las sustancias psicoactivas depende de varios factores que se enlazan: Por un lado, a las características farmacológicas de la sustancia, la cronicidad de su uso, las dosis y vías de administración. Pero por el otro, a las características del consumidor y el contexto (10). Es decir, la relación que establece el consumidor con la sustancia en un contexto particular.

Por otra parte, la definición de droga se encuentra enlazada al contexto social y a la época, ya que la misma ha ido cambiando según los siglos. Se puede realizar una primera diferenciación entre las drogas legales y las ilegales, que depende de la legislación establecida en cada país, en un momento histórico dado. Actualmente se considera que las de mayor prevalencia de consumo y muertes asociados son las legales como el alcohol y la nicotina.

A su vez, existen diversos modos de clasificarlas, según sean estimulantes o excitantes del sistema nervioso (anfetaminas, cocaína), depresoras del sistema nervioso

(opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes) o alucinógenas naturales o sintéticas (marihuana, ácidos) (22). Otro modo de clasificarlas es según las diversas vías de administración (29). El DSM 4 (28) considera 11 clases de Drogas: Alcohol, anfetaminas, cannabis, alucinógenos, inhalantes, cocaína, opiáceos, Fenciclidina, sedantes-hipnóticos y ansiolíticos. El manual agrega la nicotina y la cafeína también, considerando sólo la dependencia como trastorno de estas últimas².

Por otro lado, como se ha planteado, la relación entre individuo y sustancia psicoactiva es sumamente compleja ya que se encuentran implicados aspectos de índole biológicos, sociales y Psicológicos. Por lo tanto, el análisis de la misma debe ser exhaustivo, contemplando todos los determinantes.

Los autores y manuales que abordan la temática de las adicciones, definen ciertos parámetros y conceptos que diferencian los trastornos que pueden generarse por el uso de sustancias³, independientemente de la legalidad de las mismas. De esto modo, se afirma que no es lo mismo el consumo esporádico o social que el de riesgo o dependencia. Por lo tanto, no puede establecerse que por el hecho de experimentar con una sustancia psicoactiva el individuo va a generar una adicción o dependencia de modo automático, ya que los factores que influyen son variados, generando una alteración en la relación del sujeto con la sustancia, a partir de una pérdida de control. Desde esta perspectiva, se podría cuestionar algunas políticas de prevención que focalizan en la mera prohibición del consumo de la sustancia como método para evitar las adicciones en la población.

Cuando se habla de uso de sustancias psicoactivas se refiere a la utilización de la droga frente aun mismo estímulo pero de manera no crónica o regular (30), es decir el uso recreativo y esporádico de la sustancia sin que esto implique dependencia o consumo problemático (27). Algunos autores (22) lo definen como consumidor experimental (consumió 1 a 3 veces en la vida y no lo ha vuelto hacer en 1 año) u ocasional (consume 1 a 2 veces al mes).

Por otro lado, el abuso de drogas es definido como el consumo en exceso de la sustancia, con cierta periodicidad e intencionalidad en el vínculo entre sujeto y droga. Dentro

²El DSM 5 realiza algunas modificaciones al criterio diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias, reduciendo a 9 las distintas clases de drogas.

³Becoña Iglesias en Bases Científicas de la prevención, desarrolla exhaustivamente los principales conceptos sobre el consumo de drogas.

de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas se pueden nombrar la intoxicación⁴, el consumo perjudicial⁵ y el síndrome de dependencia⁶ (dentro del cual se describe el síndrome de abstinencia). Algunos autores lo nombran como consumidor habitual (consume cada semana o varias veces en la semana) o intensivo (consume 1 o varias veces al día) (22).

A su vez, algo característico de una adicción es el fuerte deseo o ansia de consumir la droga (19), provocado por estímulos condicionados, recuerdos y situaciones estresantes convirtiéndose en algo que el sujeto no puede controlar.⁷ La adicción entonces se define por la necesidad inevitable de consumir alguna sustancia con la que se ha generado una dependencia física y psíquica, por lo que frente a la supresión de su consumo se generará un síndrome de abstinencia (23).

Determinantes Psicológicos y Sociales

Existen variadas teorías Psicológicas y Sociales que intentan explicar y comprender el fenómeno del Consumo de sustancias psicoactivas y los factores implicados en el mismo, así como diversos modos de pensar la prevención y el tratamiento (25).

Actualmente las teorías con orientación Neurológica se encuentran en plena expansión, ya que plantean diversos factores Neurobiológicos que intervienen en las conductas adictivas, definiéndolas como una enfermedad del Sistema Nervioso Central debido a las diversas defunciones neurobiológicas presentes en las estructuras cerebrales implicadas en la motivación y la conducta (mesencefálicas, límbicas y Corticales) (19). Esta teoría estudia y desarrolla las diversas sustancias químicas implicadas en cada adicción y en las modificaciones que se generan en los neurotransmisores y circuitos cerebrales. Se

⁴El manual CIE 10 establece que la intoxicación aguda se trata de un estado transitorio que sobreviene a la ingesta de sustancias psicoactivas que produce alteraciones en varios aspectos del individuo, como lo es su conciencia, cognición, percepción, estado afectivo y del comportamiento o psicológicas. Esta intensidad va disminuyendo con el tiempo.

⁵En el caso de un consumo que se torna perjudicial para el individuo, se ve afectada la salud mental (tales como los episodios depresivos secundarios al consumo excesivo) y/o física del mismo, generando consecuencias sociales negativas. En el abuso de drogas, el sujeto suele utilizar distintas drogas de efectos contradictorios como un modo de compensar los efectos psicoactivos.

⁶El DSM-IV-TR toma dos criterios para definir los trastornos relacionados con el uso de sustancias son la dependencia y el abuso.

⁷Este término es conocido como "Craving".

plantea que el consumo prolongado en el tiempo genera cambios de larga duración en el funcionamiento cerebral, ya que se activan circuitos de recompensa cerebrales (19). En este campo, se busca explicar los comportamientos sociales y evolutivos, a través de los circuitos neuronales y el funcionamiento cerebral.

En los últimos años, esta área ha tenido un gran avance en investigaciones sobre los receptores y neurotransmisores asociados a cada droga de abuso y los mecanismos implicados en el aprendizaje, la memoria, el refuerzo y extinción de conductas en el campo de las adicciones (19).

Por otro lado, la teoría Psicoanalítica permite considerar otros aspectos implicados en la relación del sujeto con la sustancia psicoactiva, centrándose en los factores inconscientes. El Psicoanálisis Lacaniano define al individuo que consume tóxicos como un sujeto toxicómano, en tanto no se trata de un fenómeno que se haga presente únicamente en una estructura psíquica como constituyente y diferencial (31), por lo tanto lo singular no será el fenómeno sino que dependerá del lugar que ocupe el tóxico en la vida de ese sujeto que es lo que diferencia a un toxicómano de otro, y en definitiva, lo que debe ser analizado y trabajado desde esta orientación.

La droga da lugar a una experiencia entonces, que no es de lenguaje sino que se convierte en el partenaire esencial y exclusivo del sujeto, en tanto salida ante la angustia frente al deseo del Otro (32). Por lo que es frecuente que el toxicómano en algún momento se presente afirmando “Soy drogadicto”, ya que define sus condiciones de existencia a partir de una experiencia de satisfacción que no oculta. La adicción está asociada entonces, no al síntoma ni al deseo sino a la pulsión que enmudece al sujeto (33).

Por otro lado, no se puede afirmar que represente un síntoma (34), ya que la toxicomanía genera una ruptura con el goce fálico, con el objetivo de obtener sólo satisfacción pulsional. Entonces si Freud define al síntoma como una formación del inconsciente, por el contrario aquí se trata, como plantea Tarrab (35), de una elección que se dirige en contra la castración y por lo tanto contra la división del sujeto también, es por esto que el paciente muchas veces no consulte, si no que sea enviado a tratamiento por familiares o dado los problemas que esto le ha generado con el medio (trabajo, escuela, familia, relaciones amorosas, etc...), ya que el toxicómano se encuentra satisfecho con el

goce autista que le provee el tóxico, por lo que se presenta como alguien a quien el Otro no deja gozar.⁸

Dentro de la teoría Psicoanalítica Freudiana, se analiza la vivencia subjetiva de "vacío" que poseen quienes consumen sustancias psicoactivas, a la que intentan escapar mediante la ingesta de la droga, como modo de dominar las sensaciones de angustia y depresión (36). Desarrollan, así, los factores Psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adicta, a partir de un análisis basado en las fallas presentes en las identificaciones tempranas presentes en la relación vincular infantil, generando que el individuo en su juventud o adultez recurra a las drogas.

Sin embargo, un análisis de la complejidad presente en la relación que se establece entre sujeto y sustancia psicoactiva no puede reducirse simplemente a considerar sólo los aspectos de estructuración del psiquismo, sino que se torna necesario abordarla desde el modelo de la Complejidad, considerando también los aspectos Sociales y contextuales presentes en el consumo de Sustancias.

Por un lado, desde la óptica de la Salud Pública, es necesario alertar sobre altas brechas de tratamientos (6), financieras y de información, que complica el panorama en el mundo (7) con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud y a los tratamientos. En el campo de las adicciones, estos factores influyen de igual manera que los aspectos individuales, biológicos o sociales.

Dentro de la perspectiva Social-cognitiva que desarrolla Becoña Iglesias⁹, se consideran los determinantes Psicosociales presentes en el consumo de drogas, como los factores ecológicos y culturales (19). Por un lado, se encuentran los aspectos de la socialización (temprana y en el período de la adolescencia), donde se incorporan las normas a través de la familia y la escuela principalmente. También las pautas culturales aprendidas y compartidas por los miembros de una comunidad, que influyen en el consumo de sustancias y en las percepciones que se tienen sobre las mismas. (19). Por el otro lado, las características socio demográficas también influyen en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas.

⁹Becoña realiza un resumen de algunas teorías, entre ellas la del aprendizaje social de Becker, de Afrontamiento del estrés de Wills, teoría cognitiva Social de Bandura y el Modelo de promoción de la Salud, entre otros.

En décadas anteriores eran los hombres los que mayormente consumían sustancias Psicoactivas, sin embargo, actualmente ha habido un incremento de consumo por parte de las mujeres. Algunos autores hablan de la igualdad y de los mensajes publicitarios dirigidos a ellas, como uno de los factores influyentes.¹⁰ La edad también es un factor decisivo ya que es la adolescencia la etapa de las primeras experimentaciones con las sustancias en la mayoría de los casos¹¹.

Becoña también considera la disponibilidad y el precio, la publicidad de las drogas legales y la presión social al consumo y conformidad como determinantes psicosociales (19).

La Organización Mundial de la Salud (10) afirma que existen determinantes Sociales que influyen en la Salud de las poblaciones. Existen, desde esta perspectiva, cinco áreas de análisis que influyen en el consumo de drogas en las sociedades. Las mismas, según la OMS son: El contexto y la posición socioeconómica, la exposición diferencial a los factores de riesgo, la vulnerabilidad diferencial a los riesgos, los resultados diferenciales a la atención a la salud y las variaciones en las consecuencias sociales .

Con respecto al contexto y la posición socioeconómica, plantean que existen diferencias existentes entre los países, con respecto a los distintos tipos de consumo, las grandes brechas y acceso a tratamiento¹² de algunos individuos que padecen adicciones y viven en algunas comunidades marginadas, así como quienes además padecen trastornos mentales (Patología dual), lo que agrava mucho más la situación.

Con respecto la exposición diferencial a los factores de riesgo se refiere a los diferentes niveles de peligro en los distintos escenarios de consumo como la urbanización de servicios, nivel de desarrollo, disponibilidad de armas y drogas, nivel de delitos, estrategias policiales, entre otras (10).

Las diferencias a la vulnerabilidad, remiten a la edad, género, pobreza y enfermedad mental. Según el informe publicado por La organización de los Estados Americanos (10) los riesgos asociados al consumo de drogas es mayor en los Adolescentes, las mujeres, las

¹⁰El consumo de sustancias Psicoactivas en el género femenino está siendo estudiado en profundidad actualmente, ya que sus determinantes son variados y de mucha complejidad.

¹¹Esta temática será desarrollada más adelante.

¹²Este concepto será desarrollado más adelante, en el apartado "Demanda de Tratamiento"

personas que padecen una enfermedad mental y aquellos que viven en situaciones de marginalidad.

Por último en el apartado "consecuencias para la salud y la sociedad" el informe desarrolla las diferentes barreras de acceso a los servicios de Salud y tratamiento, mayormente en los individuos que viven en situaciones de pobreza. Focaliza también la vulnerabilidad de las personas adictas a perder bienes, a caer en el desempleo, tener problemas con la ley, a la violencia y a la discriminación y estigma, sobre todo las personas en situación de marginalidad.

Continuando en la misma línea, la Organización Mundial de la Salud plantea que los factores Psicosociales que entran en juego a nivel de la persona (individuales) se dividen en Factores de Riesgo y Factores de Protección. A continuación se desarrollarán estos conceptos, por ser de gran utilidad y pertinencia para pensar el campo de las adicciones y la gestión de programas de Prevención y Tratamiento, acordes a una concepción desde la mirada de la Complejidad de la Situación, a partir de un marco que considere la importancia de la Salud Mental en las poblaciones. Reconocer los factores de Riesgo, permite actuar sobre la vulnerabilidad de las personas a través de la prevención, pudiendo también intervenir en los factores protectores a modo de tratamiento (10).

Se entiende por Factor de Riesgo aquellos que aumentan la probabilidad de ocurrencia y anteceden al consumo, sin embargo, no debe confundirse con Causalidad lineal (10). Clayton define a factor de riesgo como: "Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación de las mismas (mantenimiento)" (37). Los mismos se dividen a su vez en diferentes dominios: Individual, familiar, escolar, social y comunitario.

Los factores Protectores se relacionan con las fortalezas que hacen que la persona resista a los riesgos y no caigan en dependencia a la sustancia. Se relaciona con el concepto de resiliencia (10). Clayton define a los factores protectores como: "Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de Drogas o la transición en el nivel de implicación en las mismas (37). Al igual que los factores de riesgo, los factores Protectores pueden ser dentro de la esfera individual, Familiar, Escolar, Social o Comunitaria.

Dentro de esta perspectiva de los Factores de Riesgo, Becoña Iglesias (25) enumera ciertas características básicas que plantean las investigaciones sobre los mismos. Por un lado, el hecho de que un simple factor de riesgo puede llevar a múltiples y variados resultados, así como varios factores de riesgo o protectores pueden generar impacto en un resultado. También, el abuso de drogas puede generar efectos importantes en los factores de riesgo y de protección.

Clayton (37), plantea cinco principios generales al hablar de Factores de Riesgo:

- 1- Los Factores de Riesgo, tanto los individuales como los ambientales, pueden o no encontrarse presentes en un caso concreto. Sin embargo, cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que el individuo use o abuse de las drogas que cuando no está presente.
- 2- El abuso de Drogas es un tema complejo y multideterminado, por lo que la presencia de un solo factor de riesgo no garantiza que se produzca el abuso así como la ausencia del mismo tampoco garantiza que se evite. Lo mismo se considera con los factores de Protección.
- 3- El número de factores de riesgo presentes están relacionados con la probabilidad del abuso de Drogas, sin embargo el mismo puede atenuarse según contenido, número y naturaleza de estos factores implicados.
- 4- Los factores de riesgo y de protección tienen múltiples y diversas dimensiones que pueden ser medibles e influyen de manera independiente y global en el abuso de sustancias.
- 5- En algunos factores de riesgo es posible actuar de forma directa y eliminar o atenuar el mismo y la probabilidad de ocurrencia del consumo de sustancia. Por el contrario, también existen algunos factores de riesgo que no permiten la intervención directa sino la atenuación de su influencia y la reducción de la posibilidad de ocurrencia.

Cabe destacar, que existen numerosas investigaciones sobre los Factores de Riesgo y Protectores en el consumo de sustancia, por lo que cada autor plantea diversos factores e incorporan otros. Becoña Iglesias (25) realiza un resumen en diversos cuadros, sobre los distintos factores que cada autor incorpora en el análisis de la temática.

Época y policonsumo

Como se ha planteado anteriormente, el campo de las adicciones no puede interpretarse sin realizar una lectura de los cambios sociales, ya que ambos se encuentran enlazados, por lo tanto, no es posible centrarse únicamente de un modo reduccionista, en la relación sujeto-droga (en sus aspectos biológicos). De este modo, es necesario realizar una lectura del contexto y sus características, que afectan el modo en que los sujetos se relacionan entre sí y con las sustancias.

En términos generales, asistimos a una época donde han proliferado las pantallas en nuestra relación con el mundo, con los demás, con nuestro cuerpo y sensaciones, lo que afecta nuestra existencia y nuestro modo de vincularnos con los otros (38). En una era de globalización, capitalismo, consumismo y hegemonía de las regulaciones del mercado, donde el exceso y la política de las compras predomina (39), existe un consumo que apunta a la felicidad, un consumo personalizado, estético y polisensorial. Se trata de la época del Hiperconsumo que combina sensualismo, pantalla, sensoriedad, hedonismo y ansiedad, ya que la relación con la pantalla se establece asociada al goce de los diversos sentidos (38). En este contexto, los vínculos humanos se vuelven frágiles y como plantea Bauman, líquidos, donde prima el individualismo, el consumismo y la libertad (39).

En la sociedad actual, el fenómeno de las adicciones no remite sólo a los jóvenes sino que cada vez se encuentran adultos (ejecutivos, empresarios, funcionarios, etc..) que buscan responder a las exigencias sociales y laborales a partir del consumo, con el objetivo de "rendir más" (29).

Actualmente se investigan nuevos modos de consumo ligados a las características de la sociedad actual, plagada de consumismo y tecnología. Los autores hablan del consumo sin sustancia, dado que no se encuentra en el vínculo la sustancia psicoactiva en presencia real, produciéndose de igual manera la adicción. Un ejemplo de estos nuevos trastornos sin sustancia son la adicción a internet, al juego patológico, entre otras (19).

Perez del Rio (40) desarrolla los cambios en los consumos a través de los años, demostrando la relación entre objeto de consumo y cambio social pasando de la existencia de una sociedad del hiperconsumo y ludopatía en los años 80 al auge de las compras en los 90 con las compras, arribando en el año 2000 a la era del Internet.

Por otro lado, actualmente, se derriba la creencia de que los consumidores sólo toman una sustancia (20) sino por el contrario, nos encontramos frente a un fenómeno moderno llamado "Policonsumo", ya que el sujeto consume varias sustancias a la vez en combinación. Generalmente se trata del alcohol combinado con cannabis, nicotina, cocaína y/o drogas de diseño (41). Según la Organización Mundial de la Salud, el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras en las Sociedades Industrializadas (27).

Los estudios realizados en diversas poblaciones y en consumidores que han ingresado a tratamiento, revelan esta tendencia al Policonsumo (42). Se observan entonces, los fenómenos de la Previa o el atracón, como nuevos modos de consumo ligado a la vida nocturna de Ocio.

Varios autores desarrollan e investigan sobre estos nuevos patrones de consumo de sustancias en los Jóvenes. La previa (en Argentina), el Botellón (en España), "La jarra loca" (trago conformado por varias bebidas mezcladas), son alguno de los términos que toman estos nuevos modos de vincularse de los jóvenes con las sustancias, generalmente en los tiempos de ocio nocturno, donde ingieren elevadas cantidades de alcohol, en poco tiempo, algunos días a la semana (20) (43). En alguno de estos casos, se puede identificar la presencia de un consumo problemático de alcohol y no necesariamente de dependencia (44).

Cabe destacar que en la gran mayoría de los casos, el primer acercamiento y experimentación con la sustancia se establece en la adolescencia (4), siendo este un periodo de riesgo. A su vez, la mayoría de las veces las drogas de inicio son las legales, como el alcohol y el tabaco, seguida por la marihuana (5). Por esto, varios autores afirman que la demanda de tratamiento en esta etapa evolutiva es motivada, la mayoría de las veces, por presiones externas (un familiar por ejemplo) (45). A su vez, en algunos casos al ser reciente el consumo, los adolescentes no han desarrollado la mayoría de las veces una dependencia aún (46). Habría entonces, en algunos consumidores, una resistencia a demandar tratamiento (o falta de motivación) y una negación del problema.

Becoña (25) afirma que en los adolescentes, en un comienzo, el consumo de sustancias se limita a una o dos sustancias en situaciones sociales específicas (como puede ser salidas nocturnas con amigos, los fines de semana). Sin embargo, en varios casos, a

medida que aumenta la implicación con la sustancia, el consumo incrementa en cantidad y frecuencia, convirtiéndose en un policonsumo (de diversas sustancias).

Índices estadísticos/epidemiológicos sobre consumo de sustancias psicoactivas

Mundialmente existen altas cifras de prevalencia de dependencia de sustancias en jóvenes y adultos que conlleva una enorme carga emocional y financiera tanto para el individuo como su familia y la sociedad en su conjunto (1), siendo el fenómeno del consumo de drogas una compleja problemática que merece ser analizada en profundidad.

El tipo de consumo y la droga consumida, adquiere particularidades según cada País región y época, por lo que los aspectos sociales son determinantes y deben considerarse en un análisis centrado en los múltiples factores implicados en el consumo de sustancias psicoactivas y en la demanda de tratamiento.

Por un lado, en el mundo la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo (prevalencia anual mundial entre 2,6 % y 5%) seguida de las anfetaminas (2), siendo la cocaína, a su vez, una sustancia consumida en aumento en algunas regiones del hemisferio. Por otro lado, el consumo de heroína es menos común en América Latina y el Caribe, siendo su mayor consumo en Estados Unidos, Canadá y México.

Según datos aportados por la Organización mundial de la Salud, al menos 15,3 millones de personas se encuentran afectadas por trastornos relacionados al consumo de drogas, siendo el alcohol en América latina el principal factor de riesgo responsable de las enfermedades en el año 2000, ya que 246000 de muertes estimadas fueron relacionadas al consumo del mismo. (1). A su vez, en todo el hemisferio, el consumo de alcohol en estudiantes de nivel secundario es una problemática que demanda particular atención. (10)

Si bien el consumo o uso de sustancias psicoactivas no significa dependencia, el inicio temprano de consumo de sustancias se encuentra asociado a un mayor riesgo de dependencia y a otras problemáticas asociadas (10). Se observó que en el año 2010 entre el 3,4 % y 6,6 % de la población adulta había consumido drogas ilícitas y entre un 10 % y un 13% de los usuarios de drogas eran consumidores problemáticos o habían desarrollado algún trastorno relacionado con el consumo. En tanto 1 de cada 100 muertes de adultos se deben al consumo de drogas ilícitas (2). Por su parte, aproximadamente más de un millón

de personas mueren en las Américas a causa del consumo de tabaco, registrándose altas tasas de tabaquismo en Chile y Argentina (47).

Con respecto a las particularidades y diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas entre varones y mujeres, a nivel mundial se estima que el consumo de drogas ilícitas es mayor en varones que en mujeres, a excepción de algunos países donde el consumo de tranquilizantes y sedantes es mayor en las mujeres (48).

Las estimaciones mundiales establecen la posibilidad de que podría haber una disminución del consumo de cocaína y heroína en las próximas décadas, a razón de un aumento del consumo de drogas sintéticas, anfetaminas y drogas de venta con receta desviadas al consumo ilícito (48).

En la Argentina se llevó adelante, en el año 2011, la Encuesta Nacional sobre prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas y se llegó a la conclusión que la sustancia psicoactiva mayormente consumida en la Nación fue el alcohol, seguida por el consumo de tranquilizantes, cocaína y posteriormente medicamentos para adelgazar. Por otro lado, el inicio de consumo de tabaco e inhalables presento una edad de inicio más temprana que el resto de las demás sustancias (promedio de 16 años de edad). Con respecto al consumo de marihuana, la mayor prevalencia de consumo de esta sustancia se observó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo mayor su consumo en varones y en la población joven. El inicio de consumo de marihuana se ubicó antes de los 20 años de edad en ambos sexos. En relación a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, se pudo observar que fue mayor en varones y en la población joven (prevalencia mensual), ubicándose los fines de semanas como el momento de mayor abuso y consumo excesivo. La bebida de mayor consumo fue el vino, seguido por la cerveza y las bebidas fuertes. Las prevalencias más altas de consumo de sustancias psicoactivas se encontraron en las provincias de Mendoza, CABA y Santa Fe. Por otro lado, las más bajas se encontraron en Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja (49).

A nivel de la Provincia de Córdoba, según datos arrojados por el Observatorio Argentino de Drogas y la SENAF (41), se observa que el consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes escolarizados es el principal problema de consumo, junto con el del tabaco (siendo los 13 años la edad de inicio de consumo), convirtiéndose en un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas (siendo la edad de inicio de consumo de cocaína y

marihuana los 14,5 años de edad aproximadamente), posicionándose la población de 15 y 16 años como la de mayor riesgo. De este modo, la marihuana se convierte en la droga de mayor prevalencia de consumo, registrándose una mayor tasa de consumo de sustancias psicoactivas por parte de los varones.

Como se puede observar, los datos arrojan cifras alarmantes, que merecen ser analizados en profundidad, siendo el Estado el responsable de garantizar políticas correctas de tratamiento de las adicciones, como así también, fundamentalmente desarrollar estrategias claras de prevención y promoción de la Salud, que no sea desde una óptica punitiva, sino integral.

Demanda de tratamiento

En los casos de consumo problemático de sustancias, el sujeto tiende a negar la problemática, por lo que no habría, en muchos casos, una real conciencia de enfermedad. Se trata de personas que no logran relacionar sus síntomas a sus problemas hasta que las consecuencias se tornan graves y notorias (50), por lo que las consultas directas (demanda de tratamiento) son raras y escasas. En estos casos, es un familiar quién a través de su preocupación induce al individuo a demandar tratamiento (51), por lo que en muchos casos las fuentes de información más validas son los informes que puedan dar las personas importantes del entorno del individuo (52).

Se torna fundamental detectar a los consumidores problemáticos que no demandan tratamiento, buscando identificar conductas de riesgo o trastornos asociados al consumo de sustancias, a partir de la utilización de distintos métodos de rastreo y prevención aplicados en la atención primaria, a través de intervenciones efectivas y oportunas (51).

Existen variados lugares que ofrecen tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas, como por ejemplo los Centros de Tratamientos Públicos o Privados o los Hospitales Generales. Algunos ejemplos son las Comunidades terapéuticas, Centros de Desintoxicación, Ambulatorios, Centros de orientación o Asesoramiento (16). Los tratamientos pueden ofrecerse en forma grupal (como los grupos de autoayuda), individual, y o familiar (53). También existen lugares de tratamiento como comunidades religiosas, o

líneas telefónicas específicas. Los variados tipos de tratamiento y centros dependerán del modelo y teoría que lo sustente.

A lo largo de los años, se fueron desarrollando diversos métodos para tratar las adicciones, alguno de los cuáles se han ido modificando. En un comienzo se buscaba ,en muchos casos, la abstinencia como condición fundamental. Actualmente, se emplean otros modelos, como el de la reducción de daños o el consumo de bajo riesgo. A partir de estos nuevos modelos, muchas veces con la utilización de algunos fármacos, se intenta que el paciente poco motivado se vincule al programa y se modifiquen las consecuencias adversas (familiares, sociales, laborales, de pareja) asociadas a la adicción, buscando flexibilizar los objetivos terapéuticos según cada caso (19). Este modo de pensar el tratamiento en las adicciones, se diferencia de la búsqueda completa de la abstinencia como único modo de tratar al individuo, como se planteaba en años anteriores cuando el modelo Biologicista o simple era el hegemónico.

En los tratamientos Cognitivos-Conductuales, se busca que el consumidor trabaje a partir de distintas estrategias, el campo de la conducta y la conciencia, a partir de variadas técnicas. Algunas de estas técnicas son el afrontamiento conductual y cognitivo, la prevención de recaídas y el control de estímulos, a través de reforzar aspectos vinculados a la motivación, el reconocimiento y afrontamiento de estados de craving, identificando situaciones de riesgo (19). El trabajo con la familia, con el individuo o en grupo, son algunos de las modalidades en las que puede darse este tipo de tratamiento. El grupo, ayuda en muchos casos al mantenimiento de las conductas aprendidas o al afrontamiento de otras (19).

En un tratamiento existen diversas intervenciones clínicas según las distintas etapas de recuperación de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas por las que atraviesa un individuo. Algunas de estas intervenciones son: reforzar el compromiso, la persuasión, el tratamiento activo y la prevención de recaídas (52).

Minoletti y Montenegro (50) toman el modelo de Prochaska y DiClemente y desarrollan en su Manual de Salud, los estados del cambio por lo que un individuo que consume sustancias psicoactivas puede atravesar y las intervenciones, que deben ser breves y focalizadas, que los trabajadores de atención primaria deberían realizar. El individuo puede encontrarse en una fase de precontemplación, de contemplación, preparación, acción

o mantenimiento. El tratamiento requiere, para este modelo de abordaje, intervenciones cortas, que apuntan a los aspectos de la conciencia y voluntad a partir de identificar situaciones de riesgo, en conjunto con el consumidor, reforzando conductas positivas y fijando metas. Se trata de un modelo basado en las teorías de la Psicología Cognitiva-Conductual.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se promovió un programa de capacitación de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS), a partir de un manual con un enfoque racional de tratamiento de los problemas de Salud prevalentes, a través de la promoción, prevención y atención de la Salud en sus aspectos integrales. En el mismo, se toman los lineamientos de la nueva ley de Salud Mental a partir de una base comunitaria y la incorporación de la Salud Mental en los primeros niveles de atención, buscando la participación de la comunidad, la promoción y la prevención. En el mismo se establece la necesidad de un abordaje interdisciplinario y un plan de tratamiento personalizado que oriente a moderar (lo que se conoce como reducción de riesgo) o suprimir el consumo de sustancias por parte del individuo, con el objetivo de que mejore su salud física y mental, apuntando siempre a la reinserción social. De este modo, el tratamiento será variado según el tipo de consumo y relación del sujeto con la sustancia, pasando de la sensibilización e información a la psicoeducación, acompañamiento familiar, reinserción social e internación en caso de ser necesario (51).

En los casos de Patología Dual, el modelo de abordaje debe ser integral, ya que se presentan de modo conjunto Trastornos Psiquiátricos y conductas adictivas, relacionadas de un modo complejo (19).

Por otra parte, la teoría Psicoanalítica propone como tratamiento fundamental para la toxicomanía acceder a lo real (goce) mediante el recurso de lo simbólico (palabra), para de este modo poner a trabajar el inconsciente. El analista, al decir de Miller (32), debe convertirse en dealer¹³ de la droga de la palabra, ya que se torna necesaria una sustitución del goce de la sustancia en el cuerpo por el de la palabra y que algo de ese goce autoerótico que genera el tóxico sea cedido. Para esto, al decir de Sillitti (54), no debe

¹³Dealer remite a la persona que vende o comercializa drogas ilegales al público.

descartarse ninguna vía (comunidad terapéutica, hospitales de día, etc...), ya que el objetivo será abrir el camino a la palabra del sujeto.

Cabe destacar que los estudios realizados en diversas poblaciones y en consumidores que han ingresado a tratamiento, revelan la tendencia al Policonsumo (42), ya que la mayoría al demandar tratamiento afirma haber tenido problemas con al menos dos sustancias, por lo que el tratamiento deberá considerar esta característica, evitando miradas reduccionistas que se centren en "la droga" como factor principal de tratamiento.

Índices estadísticos/epidemiológicos sobre demanda de tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas

Se estima a nivel mundial que en el año 2010 el 20% de los consumidores problemáticos de drogas recibió tratamiento, siendo la heroína la principal droga que suscito la demanda en Asia y Europa, pero no así en América del Sur, donde una de las principales fue el cannabis. Por otra parte, la cocaína representa la mitad del total de la demanda de tratamiento de drogas ilícitas en América del Sur (2). En África los opioides son las drogas por la que mayormente se demanda tratamiento, al contrario de América del Sur, donde la demanda de tratamiento por esta droga es insignificante. Por otro parte, la demanda de tratamiento por consumo de estimulantes es mayor en Asia. Con respecto a la relación entre sexo y demanda de tratamiento, algunos estudios demuestran que en la mayoría de los países de Europa las mujeres se encuentran insuficientemente representadas en el tratamiento por consumo problemático de cannabis, cocaína y anfetaminas. En algunos países existe un fuerte estigma por el hecho de ser mujer y usuaria de drogas, lo que genera mayores dificultades en el acceso a tratamiento. (3)

Con respecto a la demanda de tratamiento en la Argentina, según datos arrojados por la Encuesta Nacional Sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (49) , del total de las personas que consumieron alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida, el 3,0 % de los varones y el 1,7 % de las mujeres buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, del total de las personas que buscaron ayuda profesional, el 43,1% nunca estuvo en tratamiento, el 11,9% está en tratamiento y el 45% estuvo en tratamiento alguna vez. Por último, del total de las personas

que buscaron ayuda profesional, el 29,7% acudió a consultorios externos, el 16,9% a iglesias o grupos religiosos y el 16,5 a hospitales generales.

Según datos arrojados por el Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento por consumo de sustancias en Argentina, se observó que el 46,8% de los pacientes consumieron de forma simultánea dos o más sustancias en el momento de mayor consumo en el transcurso de un mes, siendo los sujetos que tienen entre 20 y 24 años los que involucran la mayor cantidad de drogas en situaciones de policonsumo. Las mayores sustancias involucradas en situaciones de policonsumo fueron el alcohol, la cocaína y la marihuana. El número de drogas consumidas se reduce a partir de los 35 años de edad. A su vez, la droga que mayor motivo de tratamiento ha causado fue la cocaína (38%), en segundo lugar el alcohol (20,5%) y por último la marihuana (10,5%). Se observó que los varones solicitaron tratamiento motivados por consumo de cocaína, marihuana y pasta base en mayor medida que las mujeres, quienes los superaron en las consultas motivadas por alcohol y tranquilizantes. Los pacientes mayores a 40 años demandaron tratamiento por consumo de alcohol principalmente y los menores de 14 años por marihuana. A su vez, el mismo estudio revela que el tipo de tratamiento que predomina es el ambulatorio (68% de los encuestados) y un dato no menor es que alrededor del 70% de los pacientes no supera los 7 meses de tratamiento (55).

Por otra parte, en Córdoba, Argentina, se analizaron los ingresos a las salas de emergencias de Hospitales asociados al consumo de sustancias psicoactivas (56), encontrando que el 17,3% de las consultas estaban relacionadas al consumo de alguna sustancia, como el alcohol en el 85% de los casos y la marihuana en un 26,7%. Se ha observado que los accidentes de tránsito eran la mayor causa de motivo de ingreso a la sala de emergencia relacionada al consumo de sustancias psicoactivas (en un 34,1 % se trataba de adolescentes de entre 16 y 20 años). Estos datos indican la importancia de actuar sobre la problemática del consumo de sustancias, sobre todo en los adolescentes, a través del tratamiento y la prevención, para evitar los efectos relacionados a las mismas como los estudiados en esta investigación.

Con respecto a los motivos de tratamiento en Córdoba, según datos arrojados por el Observatorio Argentino de Drogas-SEDRONAR, las drogas que motivaron el tratamiento en la población encuestada fueron en un primer lugar (32,4 %) el consumo de alcohol, en

un segundo lugar (25,8%) el consumo de marihuana y en un tercer lugar el consumo de cocaína. Entre los pacientes en tratamiento se observó que cerca del 80% inició el tratamiento por policonsumo (57). En relación al sexo, se ha comprobado que uno de cada tres consumidores de drogas era una mujer sin embargo solo uno de cada cinco consumidores de drogas que recibieron tratamiento eran mujeres. (48)

Por último, un concepto fundamental es el de brecha de tratamiento, que sirve como un indicador importante en la Salud Pública de las poblaciones, ya que permite analizar la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental, es decir el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben por parte de los servicios de salud. A nivel mundial, según datos aportados por varios estudios representativos llevados a cabo en la región de las Américas durante los últimos 35 años, incluyendo la Encuesta Mundial de Salud Mental, recopilados por Kohn en el año 2013 se observaron altas brechas de tratamiento, siendo los trastornos por abuso y dependencia de alcohol una de las tasas más elevadas. En América Latina, se encontró que la brecha de tratamiento para cualquier trastorno fue de 81,4% (58).

Cabe destacar que la brecha terapéutica no remite solo a la falta total de tratamiento sino también a la demora del inicio y la pertinencia del mismo, ya que muchas veces el tipo de tratamiento proporcionado no es el apropiado (58).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir el consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años en la Provincia de Córdoba.

Objetivos específicos:

-Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba según prevalencia de vida, año y mes.

- Determinar la demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba según tipo de consumo de sustancias psicoactivas.

-Establecer la Situación laboral, conyugal, nivel de instrucción, sexo y edad de los consumidores de sustancias psicoactivas de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque y Tipo de estudio

Se realizó un estudio empírico con una metodología cuantitativa de investigación, en tanto se buscó describir las variables a estudiar con el objetivo de analizar su comportamiento de un modo riguroso, a través del empleo de diversos estadísticos, con el fin de establecer patrones de comportamiento en la población (59).

Se trata de un estudio descriptivo de poblaciones con muestras probabilísticas mediante encuestas (60), ya que se busca describir poblaciones sin la necesidad de incluir hipótesis propiamente dichas en el planteamiento de la problemática. A partir de la descripción, se indagó la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años en la Provincia de Córdoba, según la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2011.

Participantes

Se utilizó una base de datos secundaria, perteneciente a la última encuesta Nacional realizada sobre Prevalencias de consumo de Sustancias Psicoactivas, en el año 2011 (ENPreCoSP-2011)(Anexo 1) .

La población objetivo para la realización de la encuesta comprendió las personas con edades entre 16 y 65 años que habitaban en viviendas particulares ubicadas en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de la República Argentina. (61)

La muestra que se utilizó para esta investigación se centra en datos secundarios representativos de la Provincia de Córdoba, con un total de tamaño muestral de 2.602 viviendas, cuyo código ha sido definido con el número 14 en la encuesta, como dominio de estimación geográfica. Dentro de la Provincia de Córdoba, se incluyen los aglomerados urbanos (500.000 o más habitantes) pertenecientes a Gran Córdoba (aglomerado urbano número 2) y restos de los aglomerados (aglomerado urbano número 8) pertenecientes también a la Provincia de Córdoba.

El rendimiento efectivo de la muestra para la Provincia de Córdoba fue de un 82,85 % de viviendas encuestadas. Con respecto al rendimiento específico de la muestra en la Provincia de Córdoba, en un 69,81% de las viviendas se logró información para la unidad de análisis del Bloque individual. En términos de hogar, en la Provincia de Córdoba se arribó a un 75,67 % de respuesta efectiva. Resultaron encuestados 1692 individuos de 16 a 65 años¹⁴.

En cada vivienda se encuestó a todos los hogares que la habitaban, considerándose que un hogar lo conforman aquellas personas, parientes o no, que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación y/u otros gastos esenciales para vivir. Cada vivienda seleccionada en la muestra podía ser considerada encuestable o no encuestable. Se estableció encuestable a aquella vivienda en la cual existía al menos un hogar, y no encuestable, a aquella en la cual no habitaba ningún hogar en forma permanente al momento de la entrevista, por ejemplo, vivienda deshabitada, usada como establecimiento o negocio, en construcción, etc. (61).

Con respecto a los resguardos éticos presentes en la realización de esta investigación, se tomaron como referencias las normas Nacionales e Internacionales en relación a los resguardos éticos que deben tenerse en las investigaciones con sujetos involucrados. En este caso, se retoma la declaración de Helsinki (62), en su apartado privacidad y confidencialidad, en tanto se aseguraron las precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal. A su vez, la Base de Datos Usuario cumple con lo estipulado en la Ley N°17.622 de Resguardo del Secreto Estadístico garantizando que la información que se presenta mantenga el carácter confidencial y reservado del informante (61). Por otra parte, la base de datos se encuentra en códigos y libre para su uso con fines académicos o de investigación, en la página de INDEC.

Para la utilización de los datos, se utilizó un documento presentado junto a la base de datos en la página de INDEC, que ofrece a los usuarios de la ENPreCoSP-2011 una guía para la utilización de la Base de Datos Usuario, donde explica los códigos, indicadores y variables que se deben tener en cuenta (Disponible en la página de INDEC). (Anexo 2)

¹⁴Para mayor información sobre la expansión de la muestra y la calibración de los factores de expansión, ver anexo2

Instrumento

Se utilizó una base de datos secundaria, perteneciente a la última encuesta Nacional realizada sobre Prevalencias de consumo de Sustancias Psicoactivas, en el año 2011 (ENPreCoSP-2011) (Anexo 1), disponible para su uso en la página de INDEC. El instrumento utilizado para recabar la información fue una encuesta realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Salud Mental y Adicciones, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos y con la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística. El objetivo general de esta Encuesta fue contribuir a actualizar el sistema de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas a nivel Nacional.

Se utilizaron indicadores y variables construidas para los siguientes términos: Prevalencia, abuso de Sustancias, grupo de edad, nivel de instrucción, cobertura de salud, condición de actividad, policonsumo y craving. Se describen en el documento público presentado junto a la base de datos utilizada (Anexo 2, anexo 3 y anexo 4).

Con respecto a la operacionalización de las variables, la encuesta cuenta con 21 ítems, cada uno de ellos con variadas preguntas. Del total de la encuesta, se seleccionó el bloque individual (BI) de la encuesta, que arrojó datos sobre los entrevistados de 16 a 65 años que respondieron sobre la Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Demanda de Tratamiento.

Las preguntas utilizadas para la variable consumo de sustancias psicoactivas fueron: Ítem 4 (Situación laboral), ítem 6 (características de la persona seleccionada en edad, sexo, situación conyugal, nivel de instrucción), ítem 5 (autopercepción de salud y entorno. Salud general), ítem 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16 (consumo de sustancias psicoactivas). Para la variable demanda de tratamiento, se tomaron el ítem 4 (Situación laboral) ítem 6 (características de la persona seleccionada en edad, sexo, situación conyugal, nivel de instrucción, cobertura de salud) y el ítem 18 (demanda de tratamiento). (Anexo 4).

Procedimiento

El relevamiento fue ejecutado a través de cada una de las Direcciones Provinciales de Estadística en función de lo establecido por la Ley N°17.622 que establece la centralización normativa y la descentralización operativa (61). Se desarrolló entre los meses de agosto y octubre de 2011. En los hogares que habitaban las viviendas seleccionadas se aplicó un cuestionario formado por dos bloques:

- Un Bloque del Hogar: destinado a relevar datos sobre condiciones habitacionales, aspectos sociodemográficos, educativos y económicos de todas las personas que conforman el hogar.
- Un Bloque Individual: destinado a relevar datos sobre la situación laboral y de salud general, así como aspectos sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Este bloque se aplicó a un único componente seleccionado al azar entre los integrantes del hogar que tenían entre 16 y 65 años. (61)

La selección del encuestado se hizo aleatoriamente aplicando una tabla de selección de Kish. En el caso de la persona seleccionada, la entrevista fue personal, es decir, debía contestar por sí misma (autoinformante). Se registró con el código 99 cuando el entrevistado no sabía o no quería contestar alguna pregunta de la encuesta.

Se analizaron todas las Sustancias Psicoactivas incorporadas en la Encuesta Nacional, las cuales fueron: alcohol, tabaco, cocaína, marihuana, tranquilizantes sin indicación médica, pasta base, éxtasis, inhalables, estimulantes, medicamentos para adelgazar sin indicación médica, crack, opiáceos, alucinógenos y otras drogas.

Se tomaron los indicadores y la operacionalización de las variables incorporadas en el instructivo de la encuesta (anexo 2, anexo 3 y anexo 4).

Análisis de los datos

Se utilizó un paquete estadístico, con la correspondiente licencia estudiantil. Para las variables categóricas y las escalas ordinales, los estadísticos a emplear fueron: Análisis de las medidas de resumen (media, mediana, modo), frecuencias relativas con su respectivas tablas de distribución de frecuencias o tablas estadísticas, que resumió los datos que se

disponían de la población y facilitó el análisis de una manera más sistemática, resumida y ordenada. También se utilizaron tablas de contingencia, a partir del cruce de variables y análisis de asociaciones entre las mismas (63). Se utilizó Chi cuadrado para observar la existencia de asociación y los coeficientes correspondientes para analizar su magnitud (64). Se presentan los datos en gráficos como los diagramas y sectores, que permitieron ordenar la información.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos arribados para los encuestados de la Provincia de Córdoba. Resultaron encuestados 1692 individuos de 16 a 65 años. De este total, dependiendo de la pregunta de la encuesta, algunos entrevistados han obviado responder o no han registrado ningún tipo de consumo de sustancias psicoactivas por lo que para algunos ítems de la entrevista, el total de encuestados fue menor y los porcentajes expresados en el análisis de estos datos no corresponden al total de la muestra. Se presenta a continuación el tercer objetivo específico de esta investigación en conjunto con el primero y el segundo a modo expositivo con el fin de facilitar su lectura.

Consumo de sustancias psicoactivas de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba

Prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales

Se pudo observar que del total de los encuestados a la pregunta ¿Ha consumido alguna vez drogas en su vida? un 22% respondió haber consumido al menos una vez en la vida alguna droga, como marihuana, cocaína, éxtasis y otras. (Figura 1)

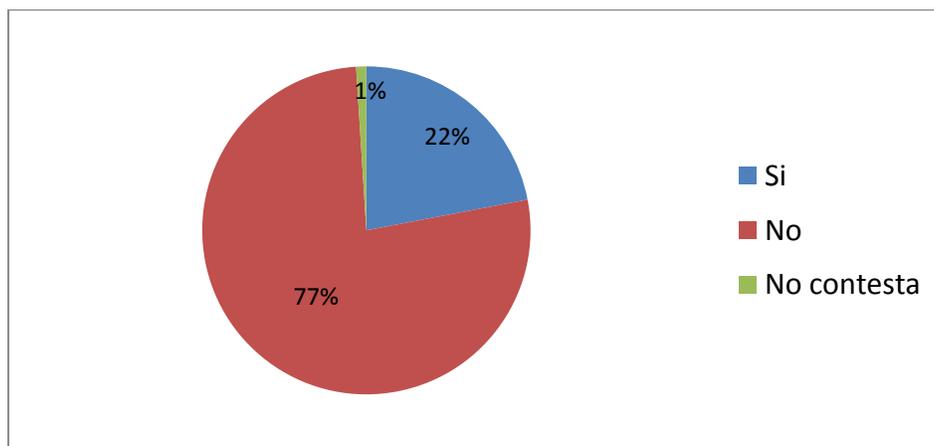


Figura 1. Prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas comparadas (Vida/Año/Mes)

Del total de los encuestados, 46% ha fumado tabaco al menos una vez en la vida, el 32 % lo ha hecho en el último año y un 30% del total de los encuestados ha fumado tabaco en el último mes. Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, un 69 % de los encuestados afirmó haber consumido en su vida. Un 61% lo ha hecho en el último año y un 47 % en el último mes. Por otro lado, del total de los encuestados un 3% ha consumido tranquilizantes a lo largo de su vida, y un 1% lo ha hecho en el último año o mes. Un 7% del total de los entrevistados ha consumido marihuana. Un 2% en el último año y un 1% en el último mes. Con respecto al consumo de cocaína, un 2% del total de los encuestados la ha consumido al menos una vez en la vida y un 1% lo ha hecho en el último año. Del total de los entrevistados, un 2% afirmó haber consumido medicamentos para adelgazar sin indicación médica, un 0,2 % lo han hecho en el último mes. (Tabla 1. y figura 1.)

Del total de los entrevistados, un 0,3 % ha consumido estimulantes sin prescripción médica. Por su parte un 0,1% de los encuestados ha consumido éxtasis al menos una vez en su vida. Se pudo observar también que un 0,1% ha consumido pastabasee inhalables. Por otro lado, del total de los entrevistados, un 0,2% ha consumido opiáceos o anestésicos, hace más de un año. A su vez, un 0,4% ha consumido alucinógenos. Por último, con respecto al consumo de otras drogas, 0,3% del total de los entrevistados afirmaron haberlas consumido alguna vez en la vida. No se registró consumo de ninguna de estas sustancias en el último año y mes. No se observó consumo de crack. (Tabla 2. y figura 1.)

Tabla 1. Prevalencias de año y mes de consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Prevalencia	Alcohol		Tabaco		Marihuana		Cocaína		Tranquilizantes		Medicamentos para adelgazar	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	F	%
Año	1025	61%	546	32%	31	2%	10	1%	23	1%	3	0,2%
Mes	799	47%	506	30%	11	1%	3	0,2%	9	1%	3	0,2%

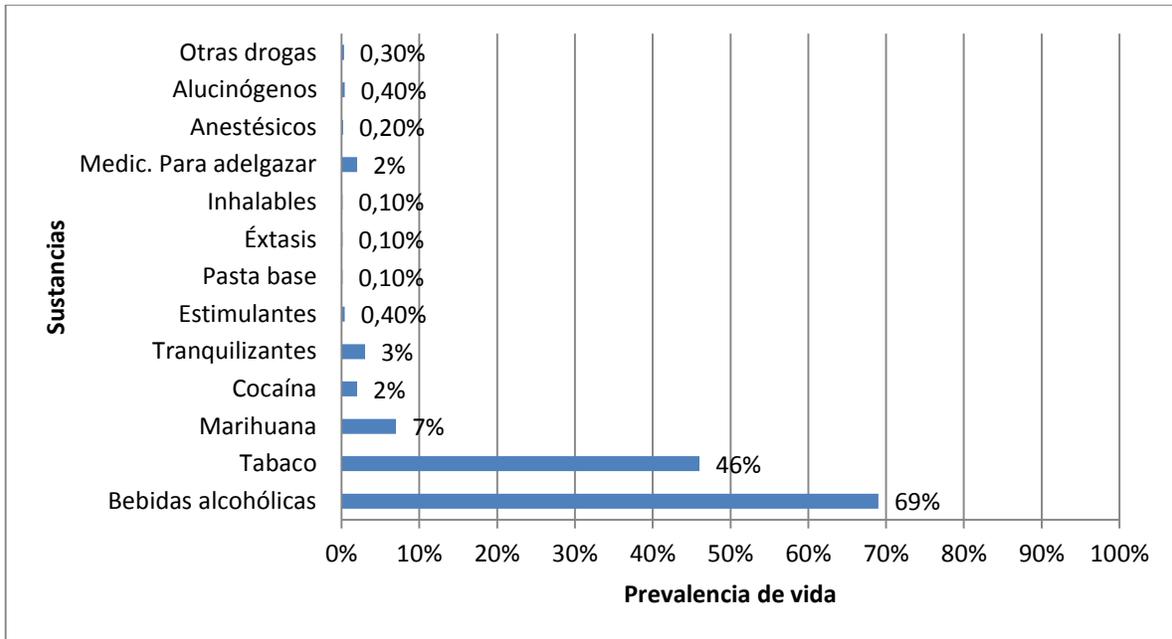


Figura 1. Prevalencia de vida de Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas comparadas según sexo

Con respecto al sexo de los fumadores de tabaco(prevalencia de vida), se pudo observar que el 53% del total de los varones encuestados ha consumido tabaco, en tanto el 41% de las mujeres encuestadas ha consumido tabaco al menos una vez en su vida.

Del total de los entrevistados varones un 80% ha consumido bebidas alcohólicas, así como un 60% de las mujeres encuestadas. Cabe destacar que existe una asociación estadísticamente significativa entre consumo de bebidas alcohólicas y sexo ($\chi^2= 74,83,gl=1, p=0,0001$) La intensidad de la asociación es baja(Cramer =0,15).

Se pudo observar que del total de los entrevistados varones un 2% consumió tranquilizantes. Del total de las entrevistadas mujeres, un 3% consumió tranquilizantes.

Por su parte, un 10% de los varones consumieron marihuana y un 5% de las mujeres.

Con respecto al consumo de cocaína, un 4% de los varones encuestados afirmaron haber consumido y un 1% de las mujeres.

A su vez, un 0,02% de los varones encuestados han afirmado haber consumido éxtasis, inhalables, estimulantes y opiáceos al menos una vez en su vida. Por el lado de las mujeres, un 0,02% han consumido opiáceos y alucinógenos.

Por último, un 3 % de las mujeres encuestadas han consumido medicamentos para adelgazar sin prescripción médica, y un 0,02 % de los varones. Existe una asociación estadísticamente significativa entre sexo y consumo de medicamentos para adelgazar ($\chi^2=20,21$, $gl=1$, $p=0,0001$). La intensidad de la misma es baja (Cramer=0,08). (Figura 2.)

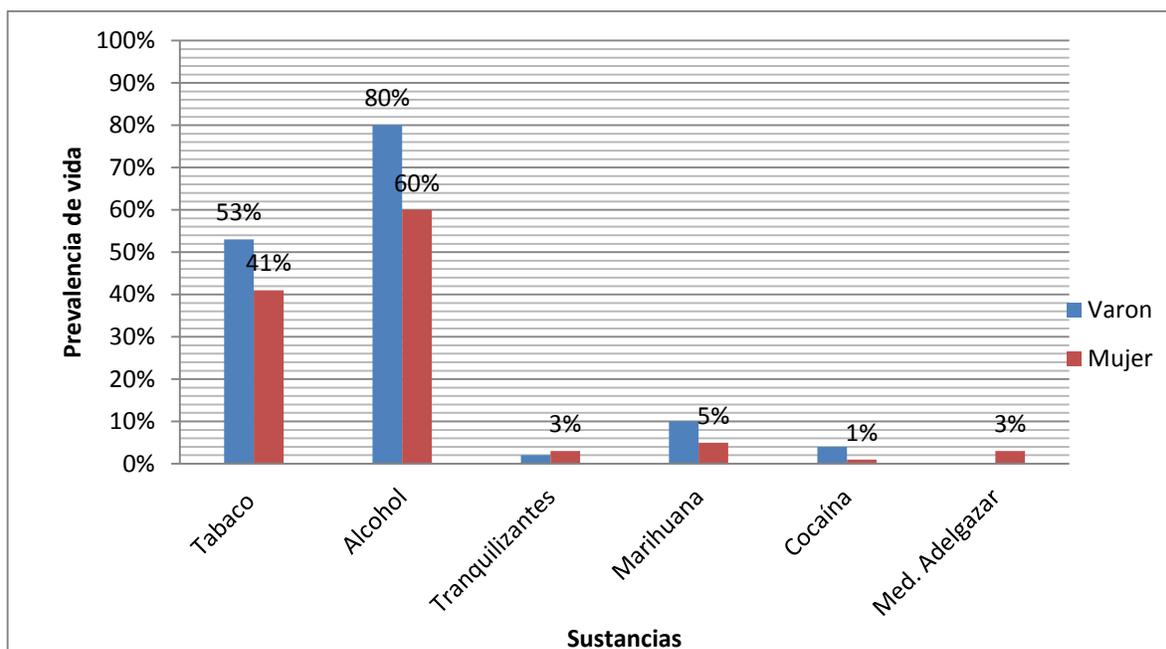


Figura 2. Prevalencia de vida de Consumo de Sustancias Psicoactivas según sexo en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas

Con respecto al inicio del consumo de tabaco, la edad promedio de inicio de consumo en los entrevistados fue 17 años de edad, sin embargo la edad más frecuente de inicio de consumo (con mayor registro de casos) fue entre los 15 y 16 años de edad (55%). En tanto el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en los entrevistados fue 18 años promedio. El inicio del consumo de marihuana en los consumidores fue los 20 años de edad promedio. Los consumidores de cocaína, lo hicieron por primera vez en un promedio

de 21 años de edad. El promedio de inicio de quienes han consumido inhalables fue los 16 años de edad. (Tabla 2.)

Los que consumieron tranquilizantes sin indicación médica lo hicieron por primera vez en un promedio de 29 años. Por su parte las personas que consumieron estimulantes sin indicación médica lo realizaron por primera vez en un promedio de 25 años de edad. Por otra parte, el promedio de inicio de consumo de pasta base fue a los 21 años de edad y el de éxtasis los 26 años. Con respecto al consumo de opiáceos y anestésicos, el promedio de inicio de consumo fue los 28 años de edad. Por último, para los medicamentos para adelgazar el inicio de consumo fue en un promedio de 23 años de edad. (Tabla 3.)

Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de sustancias de menor edad de inicio de consumo en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas. 2011.

Sustancias	M	DS	Med
Bebidas alcohólicas	17,68	3,9	17
Tabaco	16,99	4,2	16
Marihuana	19,75	4,2	19
Inhalables	16	5,6	16
Cocaína	20,79	6,3	20
Pasta base	21,5	4,9	22

Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión de sustancias de mayor edad de inicio de consumo en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas. 2011.

Sustancias	M	DS	Med
Medicamentos para adelgazar	23,5	10	18
Éxtasis	26,5	0,7	26,5
Tranquilizantes	29,19	10	27,5
Alucinógenos	24,17	3	24
Opiáceos	27,67	21	22
Estimulantes	24,86	12,6	20

Consumo de sustancias psicoactivas en el último año según grupo etario

El grupo etario con mayor porcentaje de consumidores de tabaco en el último año es el grupo de 25 a 34 años (37%), por su parte en relación al alcohol se observa gran

consumo en todos los grupos de edad¹⁵, siendo el de 16 a 24 años el que posee mayor porcentaje de individuos que consumieron en el último año (75%). Se observa que el porcentaje de consumidores de alcohol baja a medida que aumenta la edad, en tanto se mantiene estable en todos los grupos etarios el consumo de tabaco. Con respecto al grupo con mayor porcentaje de consumidores de tranquilizantes en el último año, se ubica entre aquellos que tienen entre 35 y 49 años de edad (2%).

Por el otro lado, el grupo etario con mayor consumo de marihuana(0,4%) y cocaína (2%) en el último año se encuentra entre las personas que tienen entre 16 a 24 años.

No se registran prevalencia de consumo de medicamentos para adelgazar, opiáceos, alucinógenos, estimulantes, éxtasis y pasta base, por lo que no se presentan en el gráfico. (Figura. 3)

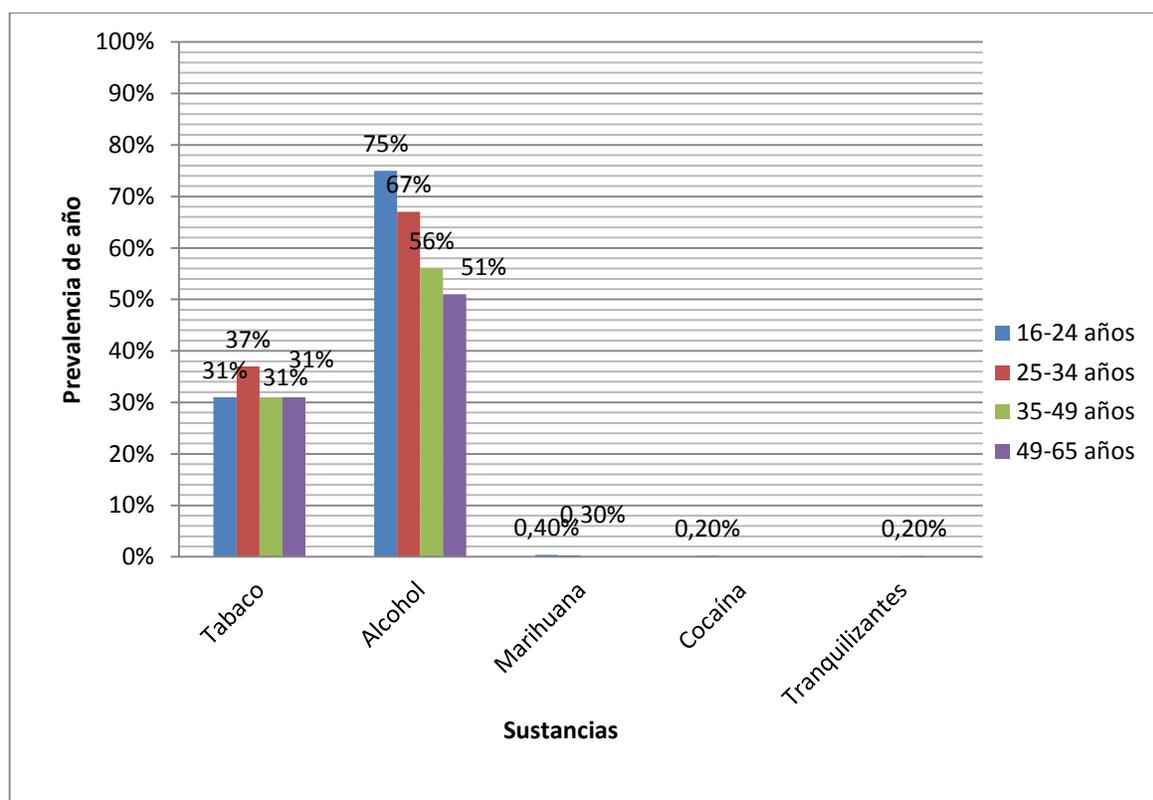


Figura 3. Prevalencia de año de consumo de Sustancias Psicoactivas según grupo etario en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

¹⁵ 67 % de los entrevistados de 25 a 34 años ha afirmado haber consumido alcohol en el último año, al igual que el 56 % de los entrevistados de 35 a 49 años y el 51 % de los entrevistados que tienen entre 50 a 65 años.

Percepción de riesgo del consumo ocasional según tipo de sustancia psicoactiva

El 60% de los encuestados considera que una persona que fuma tabaco ocasionalmente corre un gran riesgo. Con respecto a la percepción del riesgo que corre una persona que consume bebidas alcohólicas de vez en cuando, el 43% de los entrevistados considera que es de gran riesgo.

Por otro lado, del total de los entrevistados un 55% considera que una persona que consume tranquilizantes sin indicación médica ocasionalmente corre un gran riesgo y un 67% considera que una persona que consume estimulantes sin indicación médica ocasionalmente corre también un gran riesgo. A su vez, el 71% de los encuestados considera que fumar marihuana ocasionalmente es de gran riesgo. Con respecto al consumo de cocaína, el 86% de los encuestados lo considera muy riesgoso, en tanto el 89% afirmó que consumir pasta base ocasionalmente es de alto riesgo. Por último, el 84% de los entrevistados considera de gran riesgo consumir ocasionalmente éxtasis. (Figura 4.)

Cabe destacar, que la encuesta no incorpora la pregunta de percepción de riesgo para las siguientes sustancias: Medicamentos para adelgazar, alucinógenos, opiáceos e inhalables

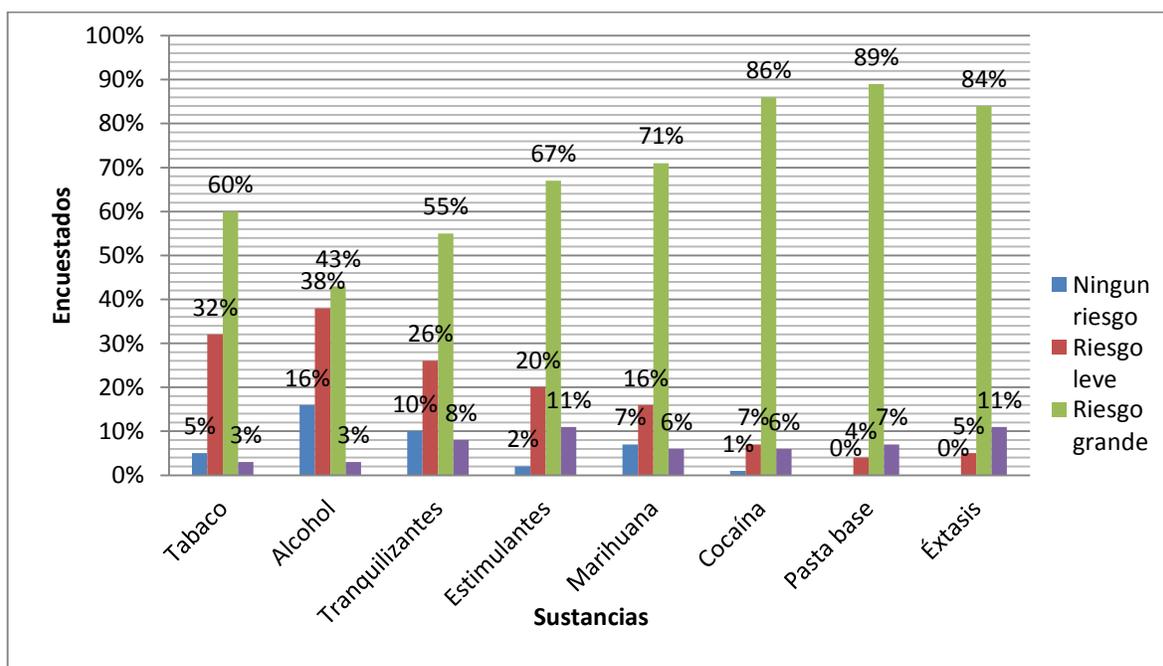


Figura 4. Percepción de riesgo de Consumo ocasional según tipo de Sustancia. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Abuso de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes

799 entrevistados afirmaron haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes. Un 19 % de ellos ha abusado del consumo del mismo. Por su parte, un 3% de ellos abusó de consumo de cerveza, un 9 % de vino y un 1% de bebidas fuertes (Tabla 5.).

Con respecto al momento de la semana en que se produce el consumo, del total de los entrevistados que han consumido alcohol en el último mes, un 1%abusa del consumo de bebidas alcohólicas los días de semana y un 18% lo hace los fines de semana, por lo tanto hay 18 veces más abuso de consumo de alcohol los fines de Semana que los días de semana. (Tabla 4.).

Por otro lado, 86% de los que abusaron del consumo de alcohol los fines de semana en el último mes fueron varones y un 14% mujeres (Figura 5.)

Tabla 4. Distribución de frecuencias relativas del abuso de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes según día de la semana en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Día de consumo de alcohol	Abuso de consumo
Entre semana	1%
Fines de semana	18%
No abusaron	81%

Tabla 5. Distribución de frecuencias relativas del abuso de consumo en el último mes según tipo de bebida alcohólica en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Tipo de bebida alcohólica	Abuso de consumo
Vino	9%
Cerveza	3%
Bebidas fuertes	1%
No abusaron	87%

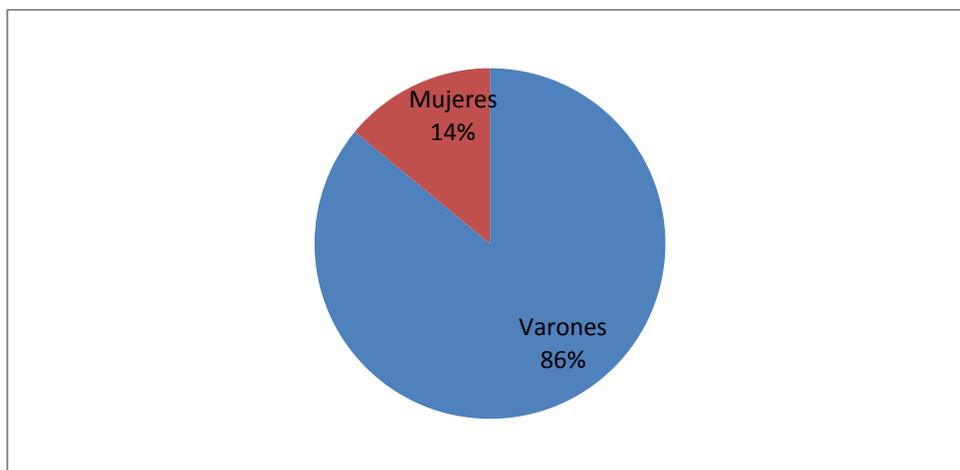


Figura 5. Distribución del abuso de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes según sexo en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Consumo de cocaína y marihuana en el último año (craving)

Del total de los sujetos que consumieron marihuana en el último año (31 entrevistados), un 6% ha tenido un deseo tan grande de consumirla que no pudo resistir o pensar en nada más (craving).

Por otro lado, del total de los entrevistados que han consumido cocaína en el último año (10 entrevistados) un 20% ha respondido haber sentido un deseo tan grande de usarla que no pudieron pensar en nada más.

No existen datos sobre abuso y craving para el resto de las sustancias psicoactivas, ya que no fueron indagadas por la encuesta.

Tabla 6. Distribución de craving en el último año según tipo de sustancia en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Sustancia	Craving	
	SI	NO
Marihuana	6%	94%
Cocaína	20%	80%

Policonsumo de sustancias psicoactivas en el último año

Del total de los entrevistados que han consumido marihuana en el último año (31 entrevistados) el 97% ha consumido también alcohol y un 61% tabaco. Por su parte, un 6% ha consumido marihuana y cocaína en el último año, en tanto un 52% ha combinado el consumo de marihuana, alcohol y tabaco. (Tabla 6).

Por otra parte, el 100% del total de los entrevistados que ha consumido cocaína (10 entrevistados) ha consumido también bebidas alcohólicas en el último año y el 80% ha combinado también el consumo de tabaco. Un 20% ha consumido alcohol, tabaco, marihuana y cocaína en combinación. (Tabla 7).

Del total de entrevistados que han consumido medicamentos para adelgazar sin prescripción médica en el último año (3 entrevistados) un 33% lo ha combinado con alcohol y otro 33% con tabaco. (Tabla 8).

Por último, de quienes han consumido tranquilizantes sin prescripción médica en el último año (23 entrevistados) un 82% ha consumido también alcohol y un 56% ha fumado tabaco. Un 52% ha combinado el consumo de tranquilizantes, alcohol y tabaco en el último año. (Tabla 9).

Tabla 6. Consumo de marihuana en el último año en combinación con otras Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Sustancias consumidas combinadas (prevalencia de año)	f	%
Marihuana y Alcohol	12	39%
Marihuana, Alcohol , tabaco	16	52%
Marihuana , Cocaína, alcohol y tabaco	2	6%
Marihuana y tabaco	1	3%

Tabla 7. Consumo de cocaína en el último año en combinación con otras Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Sustancias consumidas combinadas (prevalencia de año)	f	%
Cocaína y Alcohol	2	20%
Cocaína, Alcohol y tabaco	6	60%
Cocaína, marihuana, alcohol y tabaco	2	20%

Tabla 8. Consumo de medicamentos para adelgazar en el último año en combinación con otras Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Sustancias consumidas combinadas (prevalencia de año)	f	%
Medicamentos para adelgazar y Alcohol	1	33%
Medicamentos para adelgazar y tabaco	1	33%
Medicamentos para adelgazar sin otra sustancia	1	33%

Tabla 9. Consumo de Tranquilizantes en el último año en combinación con otras Sustancias Psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Sustancias consumidas combinadas (prevalencia de año)	f	%
Tranquilizantes y Alcohol	7	30%
Tranquilizantes y tabaco	1	4%
Tranquilizantes, Alcohol y Tabaco	12	52%
Tranquilizantes sin otra sustancia	3	13%

Prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales: Situación laboral, conyugal, educativa, edad y sexo.

37% del total de los entrevistados que tienen entre 16 a 24 años de edad han respondido haber consumido drogas ilegales, así como el 32% de los que tienen entre 25 a 34 años de edad. El 18% de los entrevistados que tienen entre 35 y 49 años de edad lo han hecho. Por último, el 8 % de los entrevistados que tienen entre 50 y 65 años de edad han consumido sustancias Psicoactivas. (Figura 6). Se observa una progresiva disminución del porcentaje de consumidores de drogas ilegales a medida que aumenta la edad.

Con respecto al sexo, se pudo observar que el 59% de los entrevistados que han consumido alguna vez en la vida sustancias psicoactivas ilegales (excluyendo Alcohol y Tabaco) son varones y el 41% mujeres. (Figura 7).

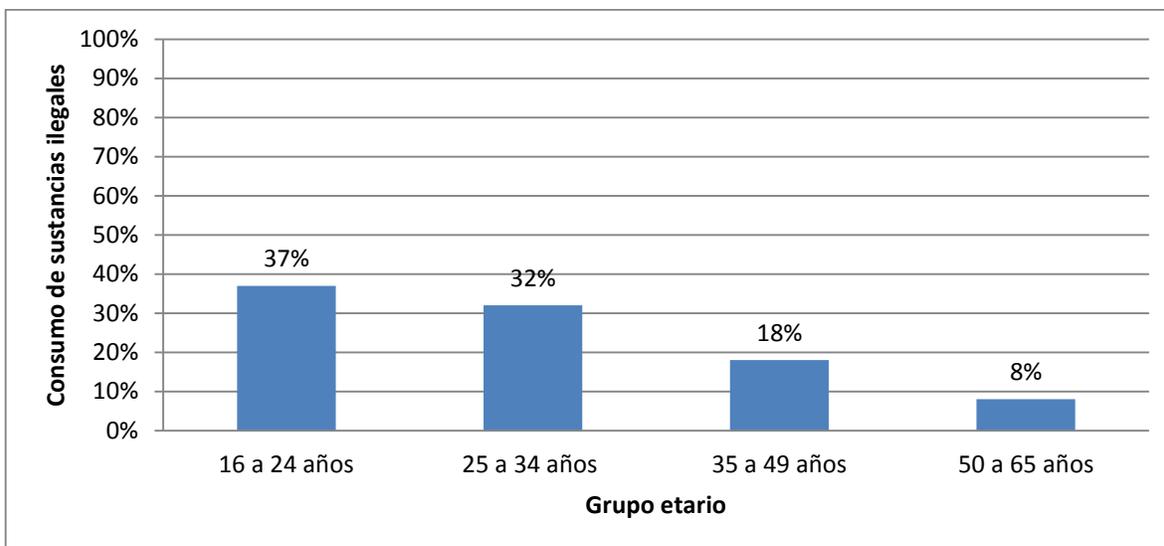


Figura6. Distribución del consumo de drogas ilegales según grupo etario en la Provincia de Córdoba (Prevalencia de Vida). Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

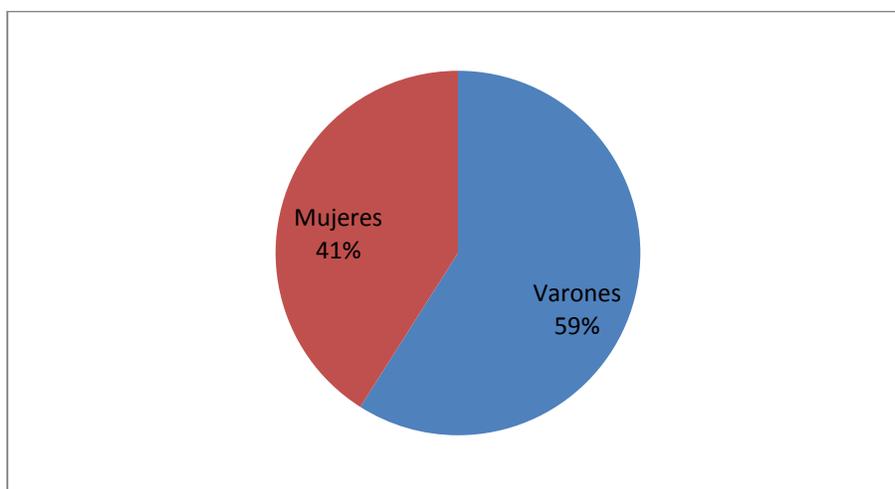


Figura7. Distribución del consumo de drogas ilegales según sexo en la Provincia de Córdoba (Prevalencia de Vida). Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Por otra parte, con respecto a la situación laboral, se observó que el 80% de los que han consumido drogas ilegales(excluyendo alcohol y tabaco) se encuentra en situación laboral activa, un 16% inactivo y un 3% desocupado. (Tabla 10.).

A su vez, en relación a la situación conyugal, el 51% de los que alguna vez consumieron Sustancias Psicoactivas se encuentra soltero, un 20% casado, un 20% unido, un 8% Separado o divorciado y un 1% viudo.(Tabla 11.)

Por último, del 46% de quienes han consumido Sustancias Psicoactivas ha realizado una educación universitaria. El 22% tiene estudios secundarios incompletos y un 18% completo. El 8% contestó tener estudios primarios completos y un 6% incompletos. Se observó la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre nivel de instrucción y consumo de sustancias Psicoactivas ($\chi^2=125,97$, $gl=14$, $p=0,0001$) con una intensidad moderada-baja (C de Cramer=0,16). (Tabla12.).

Tabla 10. Distribución de situación laboral según prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Situación laboral	f	%
Activa	305	80%
Inactiva	61	16%
Desocupado	13	3%

Tabla 11. Distribución de situación conyugal según prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Situación conyugal	f	%
Soltero	192	51%
Casado	77	20%
Unido	75	20%
Separado/Divorciado	33	8%
Viudo	2	1%

Tabla 12. Distribución de situación educativa según prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Situación Educativa	f	%
Universitaria/Terciaria(completa/incompleta)	174	46%
Secundaria (completa/ incompleta)	151	40%
Primario Completo	30	8%
Primario Incompleto	23	6%

Demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba

Del total de los entrevistados, un 2% (32 personas) buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. (Figura 8.)

Del total de los entrevistados que han buscado ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas (demanda de tratamiento), el 45% estuvo alguna vez en tratamiento, el 42% nunca estuvo y el 13% está actualmente en tratamiento. (Figura 9.)

Con respecto al sitio en el cuál han demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas se pudo observar que un 35% de las personas que han demandado tratamiento, lo realizó en consultorios externos. Un 16% lo hizo en grupos de autoayuda para problemas de tabaquismo y un 16% en Hospitales Generales. Por otro lado, un 10% lo demandó en Clínicas Psiquiátricas y un 10% en Iglesias o Grupos religiosos. Un 6% buscó ayuda profesional en Alcohólicos anónimos y un 6% en Centros de Desintoxicación. Por último un 3% buscó ayuda profesional en Centros de Alcoholismo y un 3% en Centros de Salud Mental. (Figura 10.)

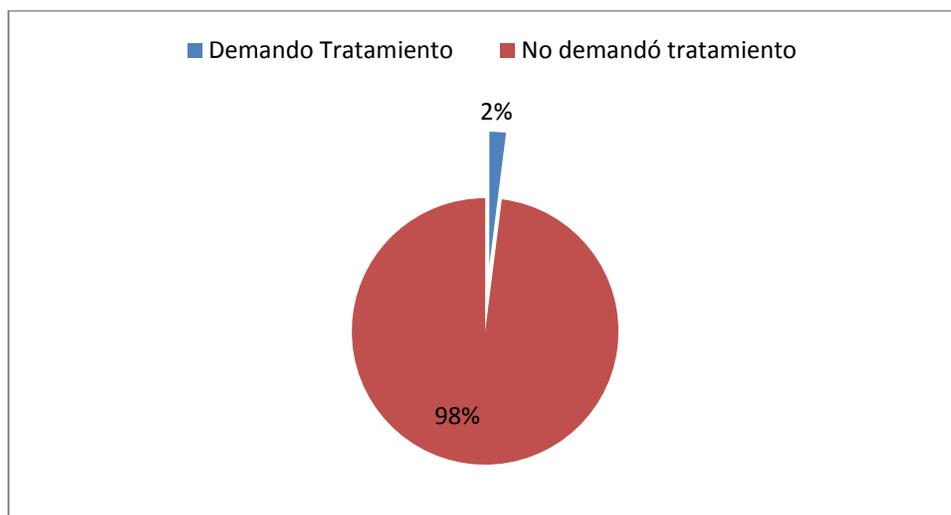


Figura 8. Distribución según demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

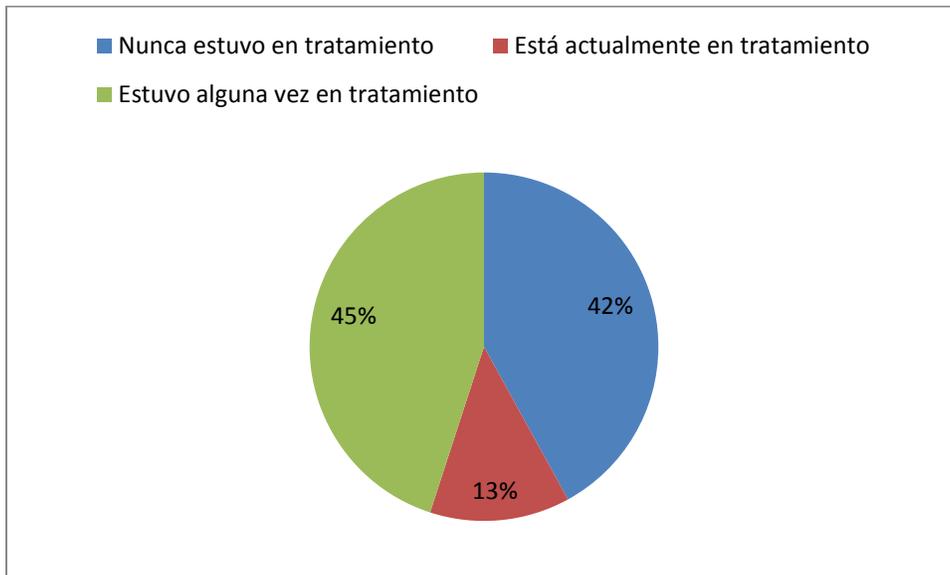


Figura 9. Distribución de inicio de tratamiento según demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

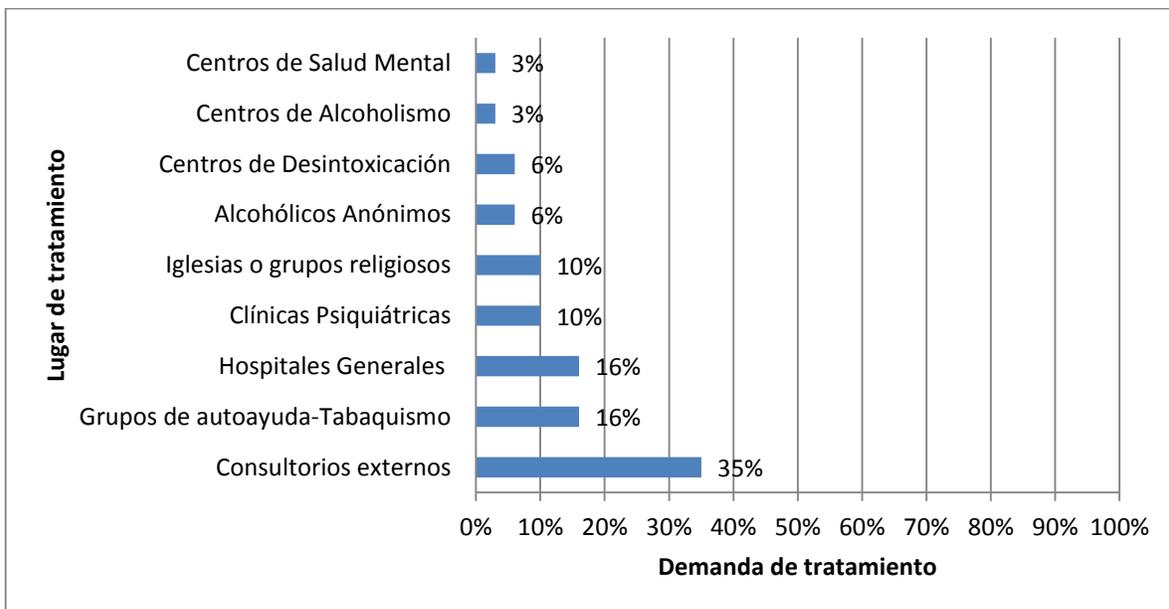


Figura 10. Distribución de demanda tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según centro de tratamiento en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Abuso de consumo de sustancias psicoactivas, craving y demanda de tratamiento (prevalencia de año y mes)

Con respecto a la demanda de tratamiento, se pudo observar que del total de entrevistados que han abusado del consumo de vino en el último mes, un 4% ha demandado tratamiento, en tanto un 2% de los entrevistados que han abusado del consumo de alcohol los fines de semana en el último mes han demandado tratamiento. (Tabla 13.).

Del total de los que consumieron marihuana en el último año, un 6% ha tenido un deseo tan grande de consumirla que no pudo resistir o pensar en nada más (Craving). De este 6% ninguno ha demandado tratamiento. (Tabla 14.).

Por otro lado, un 20% del total de los entrevistados que han consumido cocaína en el último año ha respondido haber sentido un deseo tan grande de usarla que no pudieron pensar en nada más. Ninguno de ellos ha demandado tratamiento. (Tabla 14.).

No existen datos sobre abuso y craving para el resto de las sustancias psicoactivas, ya que no fueron indagadas por la Encuesta.

Tabla 13. Distribución de demanda de tratamiento según abuso de consumo de bebidas alcohólicas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Abuso de consumo de Sustancia	Demanda de tratamiento	
	SI	NO
Vino	4%	96 %
Alcohol (fines de semana)	2%	98%

Tabla 14. Distribución de demanda de tratamiento por craving con drogas ilegales en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Abuso de consumo de Sustancia (craving)	Demanda de tratamiento	
	SI	NO
Marihuana	0%	100 %
Cocaína	0%	100%

Auto percepción de salud y demanda de tratamiento

Con respecto a la auto-percepción de salud que poseen los entrevistados se observa que el 35% del total de los entrevistados que han demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas consideraba su salud general como buena y el 32% como regular. Un 16% la consideraba muy buena en tanto un 10% mala. Por último, un 6% la consideraba excelente. Existe una asociación estadísticamente significativa entre demanda de tratamiento y auto percepción de Salud ($\chi^2= 10,77$, $gl= 4$, $P =0,0292$). La asociación es moderada (C de Cramer= 0,59). (Figura 11).

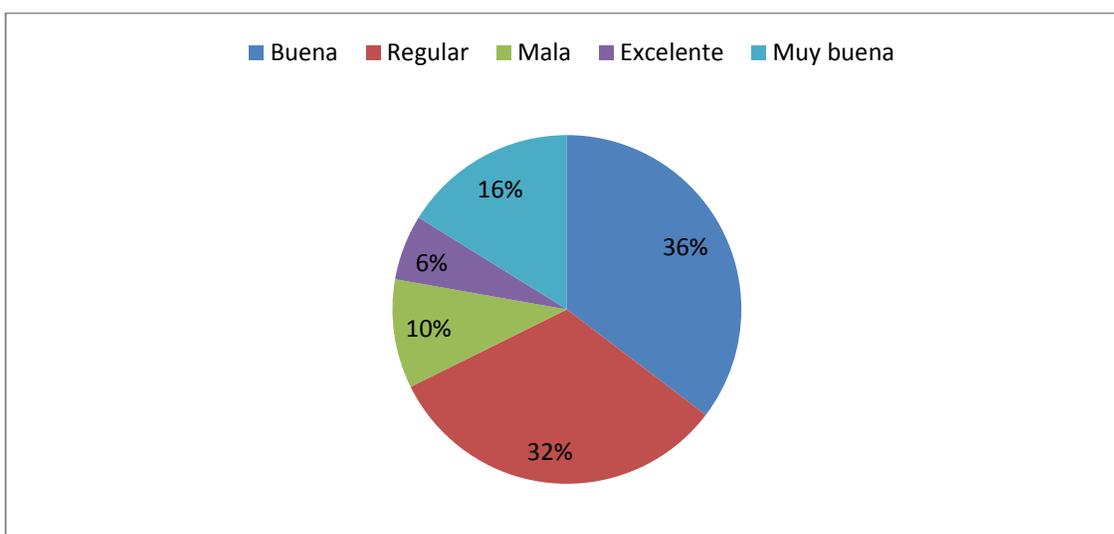


Figura 11. Distribución de auto percepción de Salud según demanda de tratamiento efectuada por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Demanda de tratamiento y situación laboral, conyugal, educativa, etaria y sexo

Un 5% del total de los entrevistados que tienen entre 50 a 65 años de edad ha demandado tratamiento por consumo de Sustancias Psicoactivas, al igual que un 1% de los entrevistados que tienen entre 16 a 24 años de edad, 25 a 34 años de edad y 35 a 49 años de edad. (Figura 12).

Con respecto a la diferencia por sexo, del total de los entrevistados que han demandado tratamiento, un 56% han sido varones y un %44 mujeres. (Figura 13).

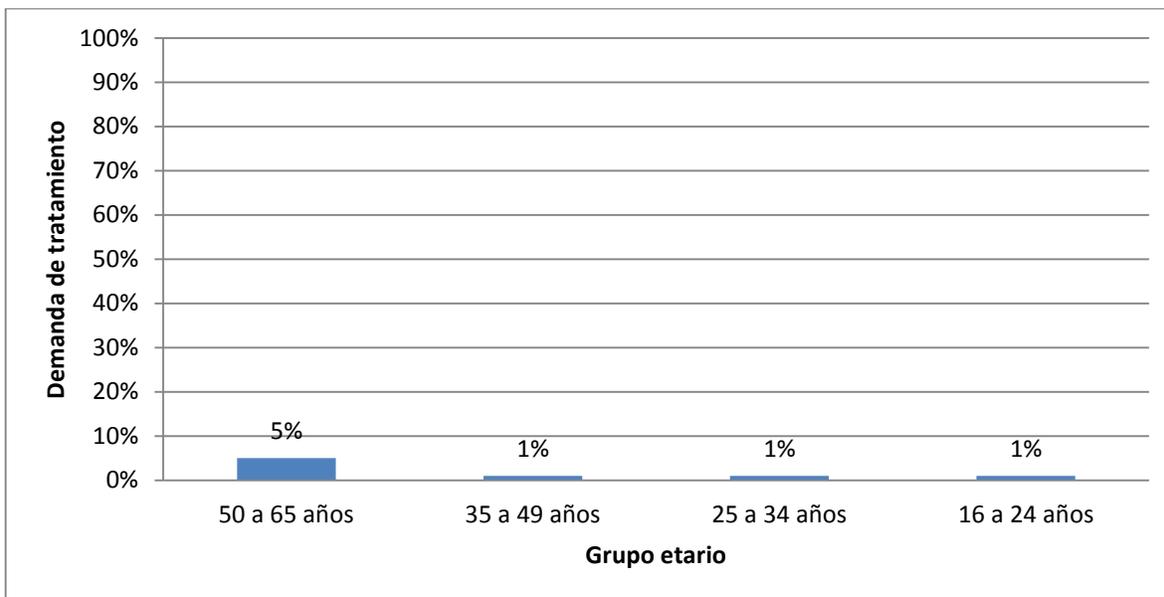


Figura 12. Distribución de demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según grupo etario en la Provincia de Córdoba (Prevalencia de Vida). Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

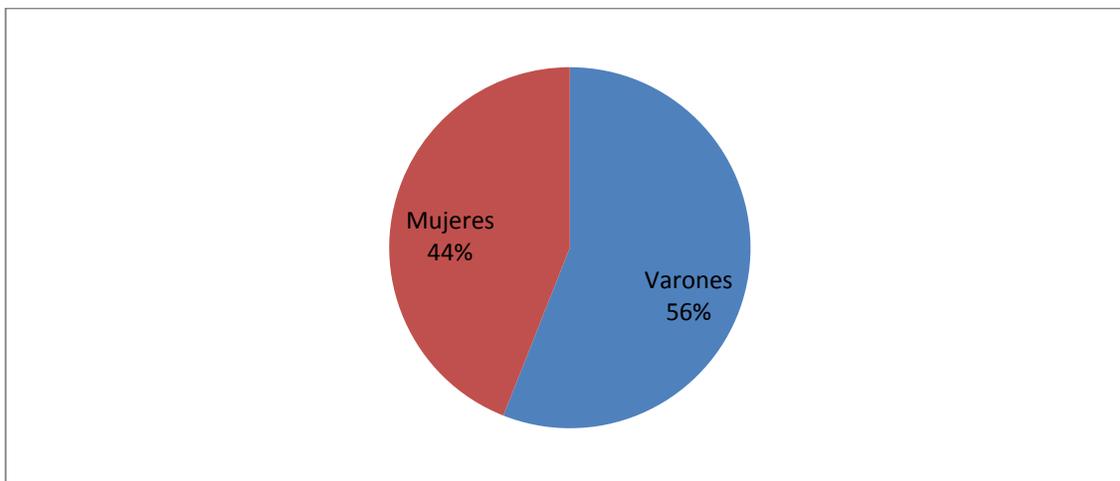


Figura 13. Distribución de demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según sexo en la Provincia de Córdoba (Prevalencia de Vida). Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Un 45% de los que demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas tiene como cobertura de salud obra social, en tanto un 29% no está asociado a ninguna

cobertura de salud. Un 10 % tiene sólo servicio de emergencia y un 9% sólo plan de salud privado. (Tabla 18).

Por otro lado, un 71% del total de los entrevistados que han demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas se encuentra en una situación laboral ocupada, en tanto un 16% es desocupado y un 13% inactivo. (Tabla 15).

En relación al nivel de instrucción de los entrevistados que han demandado tratamiento, un 19% posee terciario o universitario completo. 19% posee terciario o universitario incompleto, como también un 19% posee secundario completo. 19 % tiene secundario incompleto y un 13% Primario completo. Por último un 10% tiene primario incompleto. (Tabla 17).

Con respecto a la situación conyugal de quienes han demandado tratamiento, se pudo observar que un 29% se encuentra casado y un 29% separado. Por otro lado un 19% está divorciado y un 16% unido. Por último un 6% es viudo. (Tabla 16).

Tabla 15. Distribución de situación laboral según demanda de tratamiento efectuada por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

Situación laboral	f	%
Activa	22	71%
Inactiva	5	16%
Desocupado	4	13%

Tabla 16. Distribución de situación conyugal según demanda de tratamiento efectuada por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Situación Conyugal	f	%
Soltero	9	29%
Casado	9	29%
Unido	5	16%
Separado/Divorciado	6	19%
Viudo	2	6%

Tabla 17. Distribución de situación educativa según demanda de tratamiento efectuada por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Situación Educativa	f	%
Universitaria (completa e incompleta)	12	38%
Secundaria (completa e incompleta)	12	38%
Primario Completo	4	13%
Primario Incompleto	3	10%

Tabla 18.. Distribución de cobertura de salud según demanda de tratamiento efectuada por consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba. Encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas 2011

Cobertura de Salud	f	%
Obra Social	14	45%
Sin cobertura	9	29%
Servicio de Emergencia	3	10%
Plan Privado y/u otro	3	9%
Otros	2	6%

CONCLUSIONES

Consumo de sustancias psicoactivas de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba

-La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas fue la más alta en relación a las demás sustancias psicoactivas investigadas, le siguen el tabaco, marihuana, tranquilizantes y luego la cocaína.

-Todos los grupos etarios presentaron altos porcentajes de consumo de alcohol (por encima del 51%, arribando al 75% en grupo de 16 a 24 años).

-No se registró consumo de crack.

-Los varones registraron mayor consumo de alcohol, tabaco, cocaína y marihuana.

-Las mujeres registraron mayor consumo de tranquilizantes y medicamentos para adelgazar.

-El consumo de inhalables y tabaco presentaron una edad de inicio más temprana (16 años), seguida por el alcohol (17 años).

-Se registró mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el grupo etario de 16 a 24 años.

-La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en los jóvenes y varones.

-La bebida alcohólica con mayor promedio de días al mes de consumo fue el vino, seguida por la cerveza y por último las bebidas fuertes.

-El abuso de bebidas alcohólicas fue 18 veces mayor los fines de semana que entre días de semana.

-Se registró mayor abuso de consumo de alcohol los fines de semanas por parte de los varones.

-Gran porcentaje de quienes consumieron marihuana, cocaína o tranquilizantes en el último año, consumieron también alcohol y tabaco.

-La mayor percepción del riesgo de consumo ocasional fue para la pasta base, seguida de cocaína, éxtasis, marihuana y estimulantes.

-La menor percepción de riesgo de consumo ocasional fue para el alcohol y tranquilizantes.

-El mayor porcentaje de quienes han consumido drogas ilegales (excluyendo alcohol y tabaco) se encontraban en una situación laboral activa, solteros y con educación Universitaria.

Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas de la población de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba

-Se registró un bajo porcentaje de demanda de tratamiento en relación a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

-Se evidenció un alto porcentaje de entrevistados que demandaron pero no iniciaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

-La mayoría de quienes demandaron tratamiento lo hicieron en consultorios externos, seguido por grupos de autoayuda y posteriormente en hospitales generales.

-Un 10% acudió a Iglesias o Grupos religiosos.

-Los Centros de Salud Mental registraron el menor porcentaje de demanda de tratamiento.

-Se evidenció bajo o nulo porcentaje de demanda de tratamiento en relación a los entrevistados que abusaron del consumo de alcohol, marihuana y cocaína.

-Los adultos-mayores (50 a 65 años) fueron el grupo etario que registro mayor demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

-Gran porcentaje de quienes demandaron tratamiento se encuentra en una situación laboral activa y poseen estudios secundarios o superiores.

DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación estuvo centrado en describir el consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento de la población de 16 a 65 años en la Provincia de Córdoba. Cabe destacar que el cálculo de muchas variables se ha realizado sobre la base de respuesta efectiva y no sobre el total de la muestra.

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática social y Sanitaria que merece ser analizada desde una perspectiva compleja, que considere los aspectos no sólo individuales sino también sociales, en tanto afecta a la Salud Pública de las comunidades, generando grandes números de muertes a nivel mundial y pérdidas económicas de los estados.

Durante años, la mirada estuvo centrada en aspectos biológicos-individuales-, desde una óptica punitiva-prohibicionista, considerando los aspectos médicos-farmacológicos (65) que llevó a la creación de campañas preventivas y asistenciales ineficientes e ineficaces que no lograron explicar ni modificar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. Este modo de pensar el consumo de sustancias, imposibilita considerar los nuevos tipos de consumo ligados al contexto social e interrogar los modelos de asistencia y las políticas ligadas a esta temática (20). Se torna fundamental arribar a una mirada compleja, que considere la relación que el sujeto establece con la sustancia, en un momento social característico, por lo tanto "La droga" en singular no explica el consumo problemático sino que se trata de una relación multicausal entre el consumo de la droga, los factores de riesgo de la persona y su ambiente social (65). Desde esta óptica se torna necesario la Promoción a la Salud Pública, a través de la asistencia sanitaria, considerando los factores económicos, culturales, organizativos, sociales y políticos implicados en la misma, ya que la Salud es un derecho que debe ser garantizado a partir de variadas estrategias como la educación para la salud, creando entornos que apoyen la misma a través de políticas públicas saludables (25).

En esta investigación se focaliza el análisis del consumo de sustancias psicoactivas y la demanda de tratamiento a partir de los modelos ético social, multidimensional y el

modelo de la promoción de la salud, ya que los tres se ubican dentro del paradigma de la complejidad que permiten comprender el carácter polifacético y complejo del mismo, desde una óptica comunitaria (22) (23).

Por lo tanto, como la nueva Ley de Salud Mental establece, las adicciones deben ser abordadas como parte de las políticas de Salud Mental (no como una mera cuestión de orden legal y punitivo), por lo que las personas que tienen un uso problemático de drogas tanto legales como ilegales deben gozar de pleno derecho y garantía de ser abordadas dentro de lo que la Ley establece (26).

Los Datos estadísticos arrojados por la encuesta de esta investigación, permiten identificar las características regionales-locales de los individuos de la Provincia de Córdoba, en relación al consumo de sustancias psicoactivas y a la demanda de tratamiento.

Los estudios han demostrado que el alcohol en América latina es el principal factor de riesgo responsable de las enfermedades en el año 2000, ya que 246000 de muertes estimadas fueron relacionadas al consumo del mismo. (1) Otros estudios han demostrado que en América Latina a los 15 años ya consume tabaco cerca del 40% de la población, en un promedio de 6 kg de alcohol puro consumido por persona por año (47). El consumo excesivo de alcohol y tabaco se han convertido en una alta causa de mortalidad y morbilidad en la población mundial (66), siendo el consumo de alcohol una amenaza para la salud pública en el mundo (67).

A nivel Nacional, se observó que en Argentina el 77,7% ha consumido alcohol en su vida, y más de la mitad de la población de 16 a 65 años de edad en el último mes. Con respecto al tabaco, más de la mitad de la población ha consumido (49). La edad promedio de inicio de consumo de alcohol y de tabaco es 17 y 16 años respectivamente.

Los datos arrojados por la encuesta de esta investigación con respecto a la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba en individuos de 16 a 65 años de edad, coinciden con dichas estadísticas y se tornan preocupantes, en tanto el alcohol y el tabaco son las sustancias psicoactivas mayormente consumidas. En la Provincia de Córdoba un 69% ha consumido alcohol y un 46% tabaco (prevalencias de vida), siendo los varones y los jóvenes los que mayormente consumen estas sustancias. La edad de inicio más frecuente de consumo de tabaco es entre los 15 y 16

años de edad, y de Alcohol los 18 años promedio. Cabe destacar que se han encontrado altos porcentajes de consumo de alcohol en todos los grupos etarios¹⁶, siendo el grupo de los jóvenes de 16 a 27 años el que mayor porcentaje posee (75% de prevalencia). Lo anteriormente dicho coincide con datos arrojados por el observatorio Argentino de Drogas y la SENAF (41), siendo el consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes escolarizados el principal problema de consumo, junto con el del tabaco. La edad promedio de inicio de consumo en ellos se ubica en los 13 años.

La bebida alcohólica de mayor consumo registrado en los individuos encuestados en la Provincia de Córdoba fue el vino, seguido por la cerveza y por último las bebidas fuertes, lo que coincide con la tendencia a nivel Nacional. Cabe destacar que se registró 18 veces más abuso de consumo de alcohol los fines de semana que los días de semana, al igual que a nivel de toda la Argentina. Los varones fueron quienes más consumieron bebidas alcohólicas los fines de semana.

Se observó también en un gran porcentaje de los consumidores de tranquilizantes, cocaína o marihuana, la combinación de dicha sustancia con alcohol y tabaco, oponiéndose a la creencia de que los consumidores sólo toman una sola sustancia (20). Se trata del "policonsumo" que se visualiza a nivel mundial, donde por lo general se combina el alcohol con cannabis, nicotina, cocaína y/o drogas de diseño (41), a través de los fenómenos de la "previa", "el atracón", "la jarra loca" (trago conformado por varias bebidas mezcladas) como nuevos modos de consumo ligado a la vida nocturna de ocio.¹⁷ Nos encontramos entonces frente a nuevos patrones de consumo en los jóvenes, donde se ingieren elevadas cantidades de alcohol, en poco tiempo, algunos días a la semana, como ser los fines de semana (20) (43). En estos casos, se puede hablar de consumo problemático de alcohol y no necesariamente de dependencia (44).

De este modo, el consumo de sustancias psicoactivas legales (alcohol y tabaco) pasan a ser las de mayor consumo por la población mundial y más específicamente por los individuos de la Provincia de Córdoba.

¹⁶ 67 % de los entrevistados de 25 a 34 años ha afirmado haber consumido alcohol en el último año, al igual que el 56 % de los entrevistados de 35 a 49 años y el 51% de los entrevistados que tienen entre 50 a 65 años.

Cabe destacar que el consumo esporádico (uso-experimentación) no puede ser confundido con el de riesgo o la dependencia (abuso), ya que los factores que influyen para que un individuo desarrolle un consumo problemático son variados y complejos, por lo que la diferencia en la vulnerabilidad de quienes consumen también es un determinante (68). Sin embargo, el tabaco y alcohol muchas veces son la puerta de ingreso a la experimentación de otras drogas ilegales (69) por lo que esta exposición temprana a las drogas puede generar conflictos posteriores con otras drogas, donde el alcohol y el tabaco están casi siempre presentes (70), por lo que se convierte en un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas (41).

Tal como se visualizó en los datos obtenidos en la encuesta en la Provincia de Córdoba, los primeros acercamientos y experimentación con la sustancia se establecen, en la gran mayoría de los casos, en la adolescencia (4). Esta etapa es un periodo de riesgo, donde las drogas de inicio legales, como el alcohol y el tabaco, pueden ser seguidas por el consumo posterior de marihuana (5) y otras sustancias psicoactivas.

Siguiendo esta línea, Becoña (25) afirma que en los adolescentes en un comienzo el consumo se limita a una sustancia, generalmente consumida en situaciones sociales específicas (como puede ser salidas nocturnas con amigos los fines de semana). Sin embargo en muchos casos, a medida que aumenta la implicación con la sustancia se incrementa su consumo en cantidad y frecuencia, convirtiéndose en un fenómeno depoliconsumo (consumo combinado de diversas sustancias), siendo la misma una situación riesgosa ya que se ha demostrado que los jóvenes que han comenzado a beber alcohol más precozmente desarrollan patrones de consumo más elevados que el resto (71).

Esta tendencia de altos porcentajes de consumo de sustancias legales por parte de la población encuestada en la Provincia de Córdoba parece guardar cierta relación con la auto percepción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas que se observó en la población. La sustancia psicoactiva que menor porcentaje de encuestados considera de gran riesgo su consumo ocasional en relación a las otras sustancias es el alcohol, seguida por los tranquilizantes y el tabaco, casualmente siendo el alcohol y el tabaco las que mayor prevalencia de consumo ha registrado la población encuestada. Por el contrario, esta población ha registrado mayor percepción de riesgo en el consumo de la pasta base y la

cocaína, siendo esas sustancias las que menor prevalencia de consumo ha informado la población encuestada.

La complejidad de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y la necesidad de considerar todos sus aspectos implicados se hace notoria en los datos que arroja la encuesta realizada ya que los determinantes psicosociales (culturales), como pautas culturales aprendidas y compartidas por los miembros de una comunidad, influyen en el consumo de sustancias y en las percepciones que se tienen sobre las mismas (19). Becoña señala la publicidad de las drogas legales y la presión social al consumo y conformidad como aspectos también determinantes (19). La publicidad posee un papel determinante en los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, al manipular los procesos de integración social e identificación personal, ubicando a las mujeres y a los adolescentes como los principales destinatarios del mensaje que liga el consumo a la felicidad, al atractivo y al éxito social (72).

Es necesario considerar la subjetividad en la Salud mental (11) y realizar un análisis que se aparte del modelo médico sanitario, que de un modo reduccionista aborda el consumo de sustancias desde una mirada centrada en el objeto "droga", considerada desde su aspecto nocivo y desconociendo la complejidad de la relación entre sujeto-droga-contexto. Así, este modelo procuraba informar sobre tales efectos, con el objetivo de asistir y prevenir desde esta óptica simplista (17) (18), ligada a la prohibición.

El modelo multidimensional desarrollado por Touzé (22) considera el consumo de sustancias como un proceso multideterminado a partir de la interacción de la sustancia, la relación que establece el sujeto con la misma y la organización social donde se produce el vínculo, donde las dimensiones políticas y culturales son también factores determinantes. Continuando con esta lógica de análisis, el modelo ético-social (22) incorpora la sociología crítica como eje de análisis, para comprender la manera en que el entorno cercano (amistades, familia, etc..) y macrosocial de los individuos influye en la relación que establecen con la sustancia. Estos modos de pensar el consumo de sustancias, junto con el modelo de promoción de la salud, posibilitan considerar estos nuevos tipos de consumo ligados al contexto social e interrogar los modelos de asistencia y las políticas preventivas ligadas a esta temática. (20), que no parecen ser efectivas en la relación que establecen los individuos (sobre todo los adolescentes) con la sustancia. Se torna fundamental continuar

recabando información sobre las auto-precepciones que los individuos que consumen sustancias psicoactivas tienen sobre los riesgos de las mismas, con el objetivo de poder realizar un análisis de los factores culturales involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo en aquellas que mayormente han sido consumida tanto a nivel mundial como en Córdoba, que han sido las sustancias legales (alcohol y tabaco) y los psicofármacos (tranquilizantes).

Con respecto a la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, según un informe publicado por la Organización de los Estados Americanos (10) los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas son mayores en los Adolescentes, por lo que la edad es también un factor influyente ubicándose la adolescencia como una etapa de primera experimentación con el consumo de sustancias en la mayoría de los casos.

Los jóvenes de 16 a 24 años de edad en la Provincia de Córdoba son quienes mayormente inician el consumo de las diversas sustancias psicoactivas (a excepción de los tranquilizantes, que su inicio es en un promedio de 29 años de edad) y quienes más alcohol consumen (75% de los mismos).

No puede desconocerse el papel que adquiere la etapa de la Adolescencia en la formación de la personalidad, siendo un período crítico de cambios y re-estructuraciones cognitivas, psicológicas, físicas y sociales, donde el joven debe dejar de ser niño y pasar a la afirmación de la autonomía y moral (73), desprendiéndose de los primeros objetos de amor (74). En esta tarea compleja, suele incrementarse el narcisismo y la sensación de omnipotencia, arrogancia y rebeldía en los adolescentes (75), llevando a una tendencia a la acción por sobre el pensamiento (76). Allí, el grupo de amigos cobra pleno protagonismo como zona transicional en el paso de niño a adulto, siendo de gran influencia para el joven, como modo de pertenecer y anular las diferencias (77).

La etapa de adolescencia es crítica tanto para el consumo de alcohol y tabaco, como para desarrollar actitudes en relación a la salud y el cuidado de si mismo (78), por lo que según los datos de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas arrojados por esta encuesta realizada en la Provincia de Córdoba, es necesario tomar medidas preventivas específicas en este grupo etario, siendo el estado el responsable de garantizar políticas correctas de tratamiento de las adicciones, como así también, fundamentalmente desarrollar

estrategias claras de prevención y promoción de la Salud, que no sea desde una óptica punitiva-prohibicionista, sino integral y multidisciplinaria dirigida a disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección en este grupo etario.

A nivel mundial en el año 2010 se observó que entre el 3,4 y 6,6% de la población adulta había consumido drogas ilícitas y entre un 13% de los usuarios de drogas habían desarrollado un consumo problemático o algún trastorno relacionado al mismo. A su vez 1 de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas (48). Los datos arrojados por la encuesta utilizada en esta investigación indican que un 22% de los individuos de 16 a 65 años de la Provincia de Córdoba afirmaron haber consumido al menos una vez en la vida alguna sustancia psicoactiva ilegal (excluyendo alcohol y tabaco).

Luego del consumo de alcohol y tabaco se encuentra el consumo de marihuana, siendo la sustancia psicoactiva ilegal de mayor consumo por la población mundial (3). En la Provincia de Córdoba se observó la misma tendencia mundial ya que un 7% de los encuestados afirmó haber consumido marihuana (prevalencia de vida), siendo la tercera sustancia psicoactiva que mayor consumo registro en la población estudiada. Por otra parte, los varones que la consumieron representan el doble que las mujeres, habiendo iniciado su consumo a los 20 años promedio.

Esta misma tendencia se pudo observar a nivel de la Argentina, según los datos arrojados por la encuesta (49). La población joven (anterior a los 20 años promedio) y masculina registraron mayor porcentaje de prevalencia de consumo de marihuana, con un inicio de consumo anterior a los 20 años promedio. Por su parte, según datos arrojados por el Observatorio Argentino de Drogas y la SENAF (41), en Córdoba la marihuana se convierte en la droga de mayor prevalencia de consumo, siendo mayor el consumo de sustancias en los varones. En este mismo estudio se observó que la edad de inicio de consumo de cocaína y marihuana fue los 14,5 años de edad aproximadamente, posicionándose la población de 15 y 16 años como la de mayor riesgo.

Las particularidades regionales también se pudieron observar en los datos arrojados por esta investigación, ya que a diferencia de otros países como Estados Unidos, en la población encuestada en la Provincia de Córdoba no se registró consumo de crack, al

contrario del resto de las Provincias de Argentina donde se ha registrado su consumo según la encuesta nacional de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (49).

Por otra parte a nivel mundial se estima que el consumo de drogas ilícitas es mayor en varones que en mujeres, a excepción de algunos países donde del consumo de tranquilizantes y sedantes es mayor en las mujeres (48). Esta diferencia se observa en los datos arrojados por esta investigación ya que en los individuos encuestados en la Provincia de Córdoba se observó una mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los varones, a excepción de los tranquilizantes y los medicamentos para adelgazar sin prescripción médica, que fue mayor en las mujeres. Es necesario realizar un análisis profundo del papel que cobran los determinantes sociales en la especificidad de género, como pueden ser las exigencias sociales, la presión social al consumo, entre otros, (19), que influyen en los patrones de consumo de las mujeres. Cabe destacar que la edad de mayor frecuencia de inicio de consumo de medicamentos para adelgazar fue antes de los 22 años, lo que advierte nuevamente la importancia de intervenir en la etapa de la adolescencia, ya que la misma implica un período crítico de modificaciones físicas y de la imagen corporal, donde las normas estéticas que impone la sociedad cobran plena influencia (79) y deberían ser problematizadas a partir de campañas de prevención destinadas a esta etapa evolutiva específica.

Las estimaciones mundiales establecen que podría haber una disminución del consumo de cocaína y heroína en las próximas décadas, a razón de un aumento del consumo de drogas sintéticas, anfetaminas y drogas de venta con receta desviadas al consumo ilícito (48), algo que coincide con los patrones de consumo de los encuestados de la Provincia de Córdoba, ya que luego de la marihuana como la primera droga ilícita consumida, se encontraron los tranquilizantes (prevalencia de vida de 3%) y los medicamentos para adelgazar sin prescripción médica (prevalencia de vida de 2%).

Con respecto a nivel nacional, se observó en la Argentina que por detrás del consumo de marihuana y tranquilizantes, se ubica el consumo de cocaína (3,25% prevalencia de vida) y posteriormente, en un porcentaje bastante menor, el de medicamentos para adelgazar (1,88%) (49). Esto se diferencia con los patrones de consumo de los encuestados en la Provincia de Córdoba, donde se registró en igual

porcentaje la prevalencia de vida de consumo de cocaína y la de medicamentos para adelgazar (2% para ambas).

Por otro lado, el inicio de consumo de tabaco e inhalables presentan a nivel de la Argentina una edad de inicio más temprana que el resto de las demás sustancias (promedio de 16 años de edad) (49) al igual que lo observado en la Provincia de Córdoba.

En la Provincia de Córdoba, las sustancias psicoactivas de menor consumo registrado han sido los inhalables, el éxtasis y la pasta base (0,1 % prevalencia de vida). En el resto de las Provincias de Argentina han sido la pasta base, los inhalables y los anestésicos, habiéndose registrado mayor consumo de éxtasis (0,87 %) que en la Provincia de Córdoba (0,1%).

Los datos arrojados en esta investigación coinciden con los estudios a nivel mundial ya que los jóvenes que tienen entre 16 a 24 años de edad son quienes mayor consumo de drogas han registrado. El porcentaje disminuye, siendo el grupo de individuos que tienen entre 50 a 65 años de edad, quienes menor consumo de drogas (excluyendo el alcohol y el tabaco) han registrado en la Provincia de Córdoba. Por otra parte, los entrevistados de 35 a 49 años registraron el mayor consumo de tranquilizantes en el último año, en comparación con los otros grupos etarios.

Se puede observar nuevamente como los factores económicos, culturales, organizativos, sociales y políticos determinan, en conjunto con otras variables, la complejidad del fenómeno (22). En esta misma línea se ha investigado en España, la relación existente entre el consumo de somníferos y ansiolíticos (tranquilizantes), la edad y las condiciones laborales, encontrándose en la población ocupada española una asociación entre consumo de hipnosedantes y estrés laboral. Se registró también una mayor prevalencia de consumo por parte de los adultos (promedio de 45 años de edad) y en las mujeres (80). Se torna necesario indagar y continuar investigando sobre los aspectos culturales y las exigencias sociales-laborales que se ponen en juego en los individuos que tienen entre 35 a 49 años de edad, que influyen en este patrón ascendente de consumo de psicofármacos, con el fin de diseñar políticas y programas preventivos específicos para este grupo etario que mayor consumo de tranquilizantes ha registrado también en la Provincia de Córdoba.

Por otro lado, al considerar las diferencias de género en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, un 59% de los entrevistados que consumieron sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba han sido varones y un 41% mujeres, algo que coincide con la tendencia a nivel mundial y nacional, ya que los varones registran mayor consumo. Sin embargo, la diferencia entre los porcentajes no es excesiva, ya que se observa un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres, una tendencia que ya ha sido investigada en varios países. Siguiendo esta línea, un estudio realizado en España con adolescentes de ambos sexos y distintos centros educativos, advierte un cambio en el patrón de consumo de tabaco y alcohol, ya que no encontraron diferencias estadísticamente significativas en este comportamiento en función del género (81). En concordancia con lo anteriormente planteado, en los países Europeos se ha registrado una homogeneización en los patrones juveniles de consumo de alcohol, con una disminución en las diferencias de género en el consumo del mismo (82). Por lo tanto asistimos a una época donde se observan patrones de consumo en hombres y mujeres que tienden a acercarse, es decir, a ser cada vez más similares (83) sobre todo en el consumo de tabaco, algo a su vez registrado en los adolescentes escolarizados de la Provincia de Córdoba (41). Continuando esta línea, según los datos arrojados por la encuesta realizada en esta investigación, en la Provincia de Córdoba las mujeres han registrado mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes y medicamentos para adelgazar que los hombres.

Por lo tanto, los nuevos patrones de consumo se encuentran ligados al contexto social y cultural, que determinan las características y especificidad que adquiere el consumo en varones y mujeres. Desde una perspectiva de género, diversos estudios registran en las mujeres una modificación en los roles sociales con altos niveles de exigencia y presión social, desempeñando varios roles sociales en simultáneo. Muchas mujeres actualmente se dedican al trabajo doméstico y cuidado de la familia, junto con el trabajo fuera del hogar, en búsqueda de autonomía e independencia económica, desde una equidad de género. Se han registrado, en varias investigaciones, algunas dificultades y presiones en la búsqueda de equilibrar la vida familiar y personal con la académica-laboral (84). Por otro lado, estos estudios advierten sobre el impacto de la publicidad, la preocupación por la imagen corporal, el control del peso y el afrontamiento del estrés como

factores psicológicos influyentes en el consumo de en las mujeres (85). Esta sobrecarga emocional y física que poseen las mujeres, parece guardar relación con los patrones de consumo de sustancias psicoactivas que han desarrollado las mismas (72). Se torna necesario continuar interrogando sobre estos determinantes en futuras encuestas destinadas a las mujeres de la Provincia de Córdoba, con el fin de diseñar programas de tratamiento y preventivos específicos a las características de esta población.

Por otro lado, con respecto a la situación laboral y educativa, los datos de esta investigación revelaron que el 80% de los que han consumido drogas en la Provincia de Córdoba (excluyendo alcohol y tabaco) se encontraban en una situación laboral activa, el 51% soltero y el 46% había realizado una educación universitaria.

Cabe destacar que existen sistemas de creencias basadas en estereotipos y mitos en relación a las drogas y a las características de los consumidores (86) (87) que suelen ser discriminatorios y estigmatizantes, como algunas generalizaciones basadas en la supuesta criminalidad de quienes consumen ("Todos los drogadictos son delincuentes) y en la descalificación ("Todos los consumidores de drogas son vagos e inútiles) (22), ubicando a los consumidores del lado de cierta clase social, educativa y laboral. En este sentido, Beck afirmó en 1999 que factores como la pobreza y la falta de una adecuada educación y oportunidades laborales juegan un papel muy importante en el abuso de drogas (88). Si bien existen factores de riesgo relacionados a la pobreza, la falta de trabajo y educación, que dificultan aún más el tratamiento y recuperación de los consumidores de drogas, no explican ni determinan por si solos el fenómeno de las adicciones.

En la población estudiada en esta investigación en la Provincia de Córdoba, la mayoría de los que habían consumido drogas ilegales se encuentran en una situación laboral activa y con estudios universitarios cursados o completados, por lo que los datos arrojados por este estudio no concuerdan con tales representaciones. Esto coincide con una investigación realizada con estudiantes colombianos (89) donde se registró el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida, sin encontrarse diferencias entre los estratos socioeconómicos. Siguiendo esta línea, en España no se registraron diferencias en la prevalencia de consumo de tranquilizantes según el nivel educativo, advirtiendo altas tasas de prevalencia de consumo de los mismos en la población ocupada (80).

Se observó, entonces, en los encuestados de la Provincia de Córdoba¹⁸ una asociación estadísticamente significativa entre nivel de instrucción y consumo de sustancias, algo que difiere de las creencias y representaciones socialmente establecidas y naturalizadas que muchas veces se reproducen y estigmatizan al consumidor de drogas bajo ciertas características.

Por lo tanto los modelos que han explicado el consumo de drogas han creado ciertos estereotipos y representaciones que deben ser analizadas críticamente, ya que muchos programas asistenciales y preventivos se han ubicado históricamente en estos supuestos y no han logrado explicar el fenómeno ni actuar efectivamente sobre las múltiples causas que lo determinan. Por el contrario, los mismos han generado y alimentado este tipo de representaciones erróneas y estigmatizantes, como por ejemplo las que han construido el modelo ético-jurídico (usuario de drogas visto como delincuente) y sociocultural (el entorno cultural y económico determina por sí mismo el consumo) (22).

Por otra parte, la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento es sumamente compleja ya que se encuentra determinada por múltiples variables que adquieren características propias según cada región y época. Por lo tanto, para comprenderla, deben considerarse los factores relacionados al tipo de consumo, relación que se establece con la sustancia, la edad del individuo, el género y el contexto (accesibilidad a los servicios de salud mental, redes de APS, servicios comunitarios)(1).

Mundialmente existen altas brechas de tratamientos (6), financieras y de información, (7), que alertan acerca de la accesibilidad a los servicios de salud y tratamientos por parte de la población. En el campo de las adicciones, estos factores influyen de igual manera y deben ser analizados.

El tratamiento de las adicciones no radica en la mera desintoxicación o abstinencia por parte del consumidor (8) , lo que era muy utilizado en otra época, sustentado bajo el modelo médico que consideraba los aspectos más biológicos. Actualmente, desde otra óptica, el tratamiento es definido como aquellas intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social de los sujetos (3). Este proceso comienza cuando los consumidores entran

¹⁸ Cabe destacar que el nivel de instrucción y laboral que asume la población estudiada guarda relación directa con los sectores donde se han tomado la muestra a través de las entrevistas.

en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario (en la encuesta realizada se ha llamado "demanda de tratamiento"), es decir, cuando se solicita a otro individuo capacitado, ayuda o asistencia en la problemática con el fin de alcanzar un nivel de bienestar más alto posible (2).

La demanda es una etapa crucial y fundamental, ya que se convierte en la primera fase de los tratamientos, es decir el primer encuentro con un profesional de la salud. Los agentes de salud que receptan este pedido cumplen un rol fundamental, ya que deben alojar y retener al individuo (90) a través de aspectos vinculados a la motivación, el reconocimiento y afrontamiento de estados de craving, a partir de identificar situaciones de riesgo (19) (51). Los trabajadores de la Salud que se encuentran en el primer nivel de atención son quienes principalmente debería realizar intervenciones que apunten a los aspectos de la conciencia y voluntad, identificando situaciones de riesgo con el consumidor, reforzando conductas positivas y fijando metas, a través de un abordaje interdisciplinario y personalizado que oriente a moderar (lo que se conoce como reducción de riesgo) o suprimir el consumo de sustancias por parte del individuo, con el objetivo de que mejore su salud física y mental, apuntando siempre a la reinserción social (51). De este modo, el tratamiento será variado según las características que adquiera la relación del sujeto con el tóxico, pasando de la sensibilización e información a la psicoeducación, acompañamiento familiar, reinserción social o internación en caso de ser necesario.

Las intervenciones y los tipos de tratamientos brindados se encuentran afectados por factores de índole político, religioso, económico y cultural, por lo que varían según la época y la región (3). Desde la óptica de la Salud Mental, sustentado en la nueva Ley, se busca promover los servicios de tratamiento y las redes presentes en la comunidad, a partir de la prevención y promoción de Salud integral, considerando el estigma social presente en las adicciones (3).

Los datos arrojados por la encuesta realizada en la Provincia de Córdoba indican que del total de los entrevistados, sólo un 2% buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas y del total de ellos casi la mitad (42%) demandó pero no comenzó el tratamiento. Con respecto a la demanda de tratamiento en la Argentina, (49) , del total de las personas que consumieron alguna sustancia psicoactiva (prevalencia de vida) el 3,0 % de los varones y el 1,7 % de las mujeres

buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, al igual que la tendencia presente en la Provincia de Córdoba, un poco menos de la mitad de quienes demandaron tratamiento (43,1%) nunca lo comenzaron.

Se pudo observar entonces, que existe un gran porcentaje de consumidores que demandan tratamiento, pero que no comienzan un tratamiento efectivo para tratar el consumo problemático. Esta tendencia se comprobó tanto a nivel nacional (Argentina) como en la Provincia de Córdoba, algo que se torna preocupante y merece ser analizado en su complejidad. La encuesta utilizada en esta investigación no interrogó sobre posibles causas o motivos por el cual se abandonó el tratamiento luego de realizada la demanda, aspecto que debería tenerse en cuenta al generar un futuro instrumento para continuar recabando información sobre la demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Este alto porcentaje de deserción de consumidores al tratamiento debe analizarse desde aspectos no meramente individuales-psicológicos sino también aquellos aspectos vinculados a la efectividad de un tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas que son variados y complejos. Por un lado, para poder hablar de recuperación es necesario que el individuo transcurra por un proceso de tratamiento a largo plazo, pero el mismo debe estar disponible fácilmente (accesibilidad) y diseñado teniendo en cuenta la singularidad del consumidor, ya que no existe un tratamiento único para todos los individuos (91). Por lo que es fundamental reflexionar: ¿Existen en la Provincia de Córdoba centros de tratamientos accesibles para toda la población? ¿Están los mismos conformados por equipos interdisciplinarios y en articulación con las redes de esa comunidad? ¿Se encuentran los tratamientos diseñados teniendo en cuenta las características regionales e individualidades de los consumidores? ¿Desde qué modelo se rigen los mismos? ¿Qué representaciones y concepciones teóricas poseen los trabajadores de la salud que los componen? ¿Se observa la implementación de la nueva ley de Salud mental? ¿Cómo se piensa la Prevención y su articulación con el ámbito educativo y de salud? Se torna necesario indagar sobre estos aspectos en futuras encuestas a la población y a los equipos de salud, para continuar comprendiendo la situación actual.

Cabe destacar que suele ser frecuente que los consumidores de sustancias psicoactivas se encuentren en una fase de pre-contemplación, es decir no tienen real conciencia del problema ya que para ellos los pros superan los contras de consumir, por el

que no existiría una intención clara de cambiar, es decir poca motivación (92), algo que puede explicarla dificultad persistente en sostener un tratamiento sobretodo en un comienzo. Estas "Creencias adictivas" que se muestran como pensamientos automáticos (expectativas de recompensa, de alivio o permisivas) (88) son las que se ponen en juego en los consumidores de sustancias psicoactivas y dificultan el tratamiento efectivo.

Por lo tanto, el objetivo principal frente a una demanda de tratamiento es analizar la demanda (motivación para el cambio, recursos con los que cuenta, apoyo del medio, tratamiento que desea, porque demanda, etc..) y retener el paciente en tratamiento (90). Sin embargo, en el análisis de los datos de la encuesta realizada en la Provincia de Córdoba, se observa una posible dificultad presente y persistente en los sistemas y estrategias de los profesionales de la salud que deben alojar a estos individuos y receptor sus demandas, para convertirlas en espacios de tratamiento, para que el individuo pueda comenzar a problematizar su consumo. Es necesario continuar analizando y estudiando las estrategias y tipos de tratamiento que los profesionales de la salud están utilizando que pueden no estar contribuyendo a un tratamiento efectivo. Cabe destacar que los tratamientos de asistencia y prevención basados en los modelos de abordaje que se articulan con los lineamientos del paradigma de la simplificación (modelo ético jurídico, médico sanitario, psicosocial, sociocultural y geo político) no permiten abordar la problemática desde una perspectiva amplia y crítica, por lo que es fundamental recurrir a los lineamientos propuestos por los modelos ético social, multidimensional y el modelo de promoción de salud.

Se torna fundamental, entonces, incorporar en futuras encuestas preguntas específicas sobre la demanda de tratamiento en todos sus aspectos como accesibilidad, tipo de tratamiento ofrecido y motivos que determinaron el abandono del mismo, con el objetivo de comprender las complejas variables que pueden estar determinando tanto la poca demanda de tratamiento frente al gran porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas así como la gran cantidad de individuos que demandan tratamiento y sin embargo lo abandonan o nunca lo comienzan.

Por otra parte, a nivel mundiale estima que el 20% de los consumidores problemáticos de drogas recibió tratamiento en el año 2010, siendo la heroína la principal droga que suscita la demanda de tratamiento en Asia y Europa, pero no así en América del

Sur, donde una de las principales es el cannabis. Por otra parte, la cocaína representa la mitad del total de la demanda de tratamiento de drogas ilícitas en América del Sur. (2).

Según datos arrojados por el Observatorio Argentino de Drogas-SEDRONAR, las drogas que motivaron el tratamiento en la población encuestada en la Provincia de Córdoba fueron en un primer lugar el consumo de alcohol, en un segundo lugar el consumo de marihuana y en un tercer lugar el consumo de cocaína (57). Por su parte según datos arrojados por el Estudio Nacional en pacientes en centros de tratamiento por consumo de sustancias en Argentina, se observó que el 46,8% de los pacientes habían consumido de forma simultánea dos o más sustancias en el transcurso de un mes, encontrándose que los individuos que tenían entre 20 y 24 años eran quienes involucraban la mayor cantidad de drogas en situaciones de policonsumo. Por su parte, las mayores sustancias involucradas en situaciones de policonsumo fueron el alcohol, la cocaína y la marihuana. El número de drogas consumidas se reducía a partir de los 35 años de edad. Se observó que los varones solicitaron tratamiento motivados por cocaína, marihuana y pasta base en mayor medida que las mujeres, quienes los superaron en las consultas motivadas por alcohol y tranquilizantes. Los pacientes mayores a 40 años demandaban tratamiento principalmente por consumo de alcohol y los menores de 14 años por consumo problemático de marihuana. A su vez, el mismo estudio revela que el tipo de tratamiento que predomina es el ambulatorio (68% de los encuestados) y que alrededor del 70% de los pacientes no supera los 7 meses en tratamiento (55).

Cabe destacar que en la encuesta utilizada en esta investigación, en la Provincia de Córdoba, no se interrogó sobre la sustancia que suscitó la demanda de tratamiento, algo que puede explicarse debido al policonsumo presente en la mayoría de los consumidores, como se ha observado en las investigaciones anteriormente citadas. Otros estudios realizados en diversas poblaciones y en consumidores que han ingresado a tratamiento, revelan esta tendencia al policonsumo (42), como por ejemplo entre los pacientes en tratamiento en Córdoba se observó que cerca del 80% había iniciado el tratamiento por policonsumo (57). Sin embargo, se puede inferir a partir de analizar la prevalencia de consumo de sustancias de quienes demandaron tratamiento, la misma tendencia que remarcan las investigaciones ya que casi el 90 % de quienes demandaron tratamiento en la Provincia de Córdoba habían consumido alcohol y tabaco. Luego de estas sustancias, se ubica el consumo de marihuana

(23%) casi siempre combinado con alcohol y tabaco y por último el consumo de cocaína (16%), combinado también en la gran mayoría de los casos con alcohol y tabaco..

Por otro lado, se observó que el principal lugar de demanda de tratamiento ha sido para los entrevistados de la Provincia de Córdoba los consultorios externos (35%), seguido por los grupos de autoayuda para problemas de tabaquismo (16%) y los hospitales generales (16%). Un gran porcentaje acudió a iglesias o grupos religiosos (10%). Por su parte, el menor porcentaje se registró en centros de alcoholismo (2%) y centros de salud mental (2%). Esto coincide con los datos arrojados a nivel nacional (Argentina) ya que el principal lugar donde acuden a demandar tratamiento han sido los consultorios externos, seguido por los hospitales generales. Cabe destacar que esta tendencia puede guardar relación con los datos arrojados por la encuesta con respecto a la cobertura de salud que poseen los entrevistados, ya que un 45% de los que demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas tenían obra social.

Tal como se pudo observar en los datos brindados por la encuesta utilizada en esta investigación, en la Provincia de Córdoba el segundo lugar donde acuden a demandar tratamiento los consumidores de sustancias psicoactivas han sido los hospitales generales. Por su parte, en otra investigación realizada por SENAF en Córdoba (Argentina) se analizaron los ingresos a las salas de emergencias de hospitales asociado al consumo de sustancias psicoactivas (56), encontrándose que el 17,3% de las consultas estaban relacionadas al consumo de alguna sustancia, como el alcohol en el 85% de los casos y la marihuana en un 26,7%. Aquí nuevamente se advierte la necesidad de implementar programas de asistencia y prevención que intercepten a los consumidores de sustancias que no demandan específicamente tratamiento pero que sin embargo demuestran la necesidad de ser abordados desde los equipos de salud debido a los efectos nocivos de su consumo que se evidencian en los ingresos a salas de emergencias de los hospitales. Se torna fundamental diseñar y desarrollar estrategias eficaces de asistencia y prevención a ser implementadas en los hospitales generales (primer nivel de atención), ya que es una institución donde los consumidores de sustancias psicoactivas acuden directamente en busca de ayuda profesional o indirectamente a partir de los efectos de su consumo problemático (accidentes, intoxicaciones, sobredosis, etc..). Aquí se debería poder alojar a los mismos, brindándoles un espacio concreto de tratamiento efectivo.

A nivel mundial se registran datos preocupantes. Por un lado la alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas que llevan a situaciones de discapacidad, morbilidad y mortalidad, y por el otro, las altas brechas de tratamientos (6) (7). Luego de analizar los datos arrojados por la encuesta realizada en la Provincia de Córdoba, se evidencia una compleja situación ya que se ha registrado poca demanda de tratamiento informada por los entrevistados en relación al consumo de sustancias registrado. Es decir, un gran porcentaje de entrevistados han desarrollado patrones de consumo de sustancias psicoactivas de riesgo (sobre todo consumo de alcohol realizado los fines de semana) y no han demandado tratamiento. Esta tendencia se visualizó sobre todo en el grupo de los jóvenes, quienes mayor consumo de sustancias psicoactivas han registrado y quienes menor demanda de tratamiento han realizado (sólo un 1% de los entrevistados que tienen entre 16 a 24 años de edad). Cabe destacar que el mayor porcentaje de demanda de tratamiento se encontró en el grupo de adultos que tienen entre 50 a 65 años de edad (5% ha demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas).

Este bajo porcentaje de demanda de tratamiento informada por población joven se relaciona con una característica propia de la edad evolutiva, ya que los primeros acercamientos y experimentación con la sustancia se establecen, en la gran mayoría de los casos, en la adolescencia (4) a partir de la utilización de la misma droga, frente a un mismo estímulo pero de manera no crónica o regular (30). Sin embargo el uso de la sustancia por sí sola no determina necesariamente su abuso, por lo que muchas veces se trata de una etapa de experimentación, es decir de consumo reciente, por lo que muchas adolescentes no han llegado a desarrollar una dependencia a la sustancia (46) ya que los efectos producidos por las conductas adictivas se generan habitualmente a mediano y largo plazo. Estas consecuencias se visualizan en la pérdida de control, desarrollo de enfermedades físicas (hiv, enfermedades hepáticas, entre otras), accidentes de tránsito, problemas legales, económicos y familiares-sociales (90), entre otros.

Por su parte, del total de los entrevistados en la Provincia de Córdoba que han abusado del consumo de vino, sólo un 4% ha demandado tratamiento, en tanto sólo un 2% de los entrevistados que han abusado del consumo de alcohol los fines de semana ha demandado tratamiento. A su vez, del total de los entrevistados que han consumido marihuana en el último año y han informado haber sentido un deseo tan grande de

consumirlo que no han podido resistirlo o pensar en nada más (craving) ninguno ha demandado tratamiento. Del mismo modo, del total de los entrevistados que han consumido cocaína en el último año y han informado haber sentido un deseo tan grande de consumirlo que no han podido resistirlo o pensar en nada más (craving) ninguno ha demandado tratamiento.

En muchos consumidores de sustancias existe una negación de la problemática, es decir una falta de conciencia de enfermedad, por lo que existe muchas veces la presencia de un familiar quién a través de su preocupación induce al individuo a demandar tratamiento (51). Es decir, existe en la gran mayoría una escasa percepción de la necesidad de tratamiento o falsas creencias, como la razón de no acudir en búsqueda de asistencia a partir de considerar que el problema mejorará con la voluntad propia (58), lo que genera resistencia a demandar tratamiento (o falta de motivación) y una negación de la problemática. Becoña (25) (90), siguiendo esta línea, afirma que la droga le promueve al consumidor placer al mismo tiempo que evita que desarrolle el síndrome de abstinencia, lo que genera que el individuo la mayoría de las veces no reconozca la adicción. Esta relación costo-beneficio (no consciente) que realizan los consumidores, los lleva a no tener autocontrol ni motivación ya que consideraran las consecuencias placenteras a corto plazo y no miden las de largo plazo por lo que esto se torna una de las mayores dificultades en el campo de las adicciones y su tratamiento (89).

En los encuestados en la Provincia de Córdoba se observa esta negación y resistencia a demandar tratamiento en quienes han desarrollado dependencia de consumo de Sustancias Psicoactivas y que poseen fuertes deseos o ansia de consumir la droga (19), provocado por los estímulos condicionados, recuerdos, situaciones estresantes, siendo algo que no lo pueden controlar.¹⁹ Se pudo observar que quienes abusan del consumo de sustancias psicoactivas, un mínimo o nulo porcentaje ha demandado tratamiento, por lo que se torna necesario implementar estrategias adecuadas de prevención y problematización del consumo en el ámbito educativo y sanitario, para lograr alojar esta población que se resiste a demandar tratamiento. Para esto, será fundamental realizar una intervención con la comunidad a partir de una articulación de redes, bajo el nuevo paradigma de la Salud Mental. A su vez, será necesario analizar las barreras de acceso a la atención de salud

20 lo que se conoce como craving

mental en esta población de consumidores problemáticos, lo que aumenta la brecha de tratamiento.

Con respecto a la auto-percepción de salud que poseen los entrevistados por la encuesta realizada en la Provincia de Córdoba se observa que el 35% del total de los entrevistados que han demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas considera su salud general como buena y el 32% como regular, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre demanda de tratamiento y auto percepción de salud. Es decir, la gran mayoría de quienes han demandado tratamiento (67%) posee una percepción de la propia salud como buena- regular y no como muy buena o excelente. Por lo tanto, es posible inferir que han podido percibir los efectos del consumo de sustancias como una problemática que ha afectado a su salud (conciencia de la enfermedad) por lo que han demandado tratamiento.

En relación al sexo, se ha comprobado a nivel mundial que uno de cada tres consumidores de drogas era una mujer. Sin embargo, solo uno de cada cinco consumidores de drogas que recibieron tratamiento eran mujeres. (48). Esto coincide con lo registrado en los encuestados en la Provincia de Córdoba en esta investigación, ya que del total de los entrevistados que han demandado tratamiento un %44 fueron mujeres. A pesar de ello no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo en la demanda de tratamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación permitió caracterizar y describir el consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba (distintos tipos de sustancias consumidas en los diversos grupos etarios), como así también la demanda de tratamiento y sus características. Se generaron así nuevas preguntas e interrogantes para nuevos estudios en el campo de las adicciones y la Salud Pública.

En la Provincia de Córdoba se registró alta prevalencia de consumo de alcohol, siendo el grupo de jóvenes de 16 a 24 años quienes mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas han registrado. Luego del consumo de alcohol, las sustancias con mayor prevalencia de consumo han sido el tabaco, seguida por la marihuana y en tercer lugar los tranquilizantes. Las mujeres registraron mayor consumo de tranquilizantes y medicamentos para adelgazar. Por otra parte, la menor percepción de riesgo de consumo ocasional fue para el consumo de alcohol y tranquilizantes. Se registró bajo porcentaje de demanda de tratamiento en relación a la prevalencia de consumo de sustancias. Se observó también un alto porcentaje de entrevistados que demandaron, pero no iniciaron tratamiento. El lugar de mayor demanda de tratamiento fueron los consultorios externos y el de menor los centros de salud mental.

Para abordar la problemática es necesario comprender su aspecto complejo a partir de la utilización de enfoques cada vez más inclusivos, que se aparten de los modelos explicativos que se han sostenido desde una mirada reduccionista y parcial. Estos modelos han generado ciertas representaciones sociales, estereotipos y estigmas sobre los consumidores de drogas que siguen vigentes (22) y no permiten explicar, tratar y prevenir la situación actual, ya que como se ha analizado a partir de los datos arrojados por la encuesta realizada en esta investigación, la mayor parte de los consumidores de drogas ilegales en la provincia de Córdoba se encontraban en una situación laboral activa y con estudios universitarios completos o en curso.

Los modelos ético-social, multidimensional y de promoción de la salud, evitan abordar la problemática desde los aspectos legales, médicos o psicológicos aislados y uni-

causales, ya que el escenario que consideran es el comunitario, buscando la construcción de respuestas institucionales coherentes, promocionando la salud, el cuidado del cuerpo y la construcción de proyectos de vida significativos por parte de la población. Bajo la lógica de estos modelos se debe apuntar no sólo al tratamiento, sino fundamentalmente a la prevención y a la construcción de espacios de salud, que eviten centrarse en la mera prohibición o la advertencia. Se focaliza en la necesidad de problematizar el significado social del consumo de drogas, como preocupación por la existencia desde una ética social, articulando redes en la comunidad a partir de generar la participación de todos los sectores de la misma, buscando la construcción de un proyecto grupal. Para esto es necesario una articulación con el ámbito educativo y el trabajo de los equipos de salud interdisciplinarios, buscando priorizar la importancia de la palabra y la pregunta.

Se torna fundamental evitar abordar la temática desde una mirada centrada en el objeto "droga". Para esto, es necesario continuar investigando sobre la complejidad de la relación entre sujeto-droga-contexto y los determinantes sociales implicados en la misma, así como también los modelos que subyacen a las intervenciones de los profesionales de la salud y los centros de tratamiento que alojan a los consumidores de sustancias. Es decir, tal como se observó en los datos registrados en la Provincia de Córdoba, existe una alta prevalencia de consumo de sustancias (sobre todo las sustancias legales) y poca demanda de tratamiento, lo que se traduce en altas brechas de tratamiento. Es necesario considerar en investigaciones futuras la utilización de un instrumento aún más complejo al utilizado en esta investigación que permita recabar mayores datos sobre los múltiples determinantes de la problemática, evitando que la encuesta se centre solo en preguntas acerca de las sustancias consumidas.

A su vez, en el ámbito de la prevención y el tratamiento es fundamental desarticular representaciones, prejuicios, preconceptos y estigmas que los profesionales de la salud deberían poder revisar, ya que por lo que se pudo observar, existen ciertos aspectos en la lógica presente en los centros de tratamiento que no permiten alojar a los consumidores. Esto se deduce de la poca demanda de tratamiento informada por los entrevistados en la Provincia de Córdoba como por la cantidad de consumidores que han demandado tratamiento pero que sin embargo no lo han iniciado. Es decir, frente a la poca demanda de

tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas informada, se debería problematizar el sistema de tratamiento que se está implementado, la pertinencia del mismo, las estrategias de los equipos de salud, los modelos bajo los cuales se está intentando comprender y tratar la problemática, con el objetivo de destinar recursos a la capacitación del personal de salud desde una óptica comunitaria, que se rija bajo la nueva ley de salud mental.

Es necesario destinar recursos a la prevención, ya que la misma no está siendo efectiva o implementada de modo correcto, dado que se ha registrado alta prevalencia de consumo de sustancia y poca demanda de tratamiento. Por esto, es fundamental comprender que la prevención es lo que debe priorizarse en un proyecto de Salud Pública, diseñando programas donde se consideren las particularidades de género y grupo etario, focalizando en los factores de riesgo y protectores para cada uno de ellos, ya que como se ha observado en esta investigación, en la Provincia de Córdoba las mujeres registraron mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes y medicamentos para adelgazar, siendo el grupo etario de 35 a 49 años quienes mayor consumo de psicofármacos han registrado.

Se debe continuar recabando información sobre los consumidores de sustancias psicoactivas en la Provincia de Córdoba, actualizada y focalizada en la demanda de tratamiento, incorporando preguntas específicas sobre accesibilidad, tipo de tratamiento ofrecido y motivos del abandono del mismo, con el objetivo de continuar comprendiendo las características regionales y locales, las dificultades en el acceso a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el alto porcentaje de abandono de tratamiento luego de la demanda del mismo. Se trata de arribar a posibles causas explicativas, que permitan generar estrategias concretas y sostenidas de implementación de programas preventivos y asistenciales destinados a disminuir los factores de riesgo de la población y aumentar los de protección, sobre todo en los grupos de jóvenes, quienes mayor consumo han registrado y sin embargo menos tratamiento han demandado. Para esto, se debe acompañar a los jóvenes, brindando en las escuelas espacios concretos donde circule la palabra, con el fin de que puedan desarrollar actitudes positivas y saludables en relación a su salud y su cuerpo, considerando que la etapa de la adolescencia es crítica.

Por otro lado, se torna fundamental continuar interrogando sobre las auto percepciones acerca de los riesgos del consumo de sustancias psicoactivos que los

individuos poseen, realizando un análisis centrado en los factores culturales implicados en las mismas, ya que como se pudo observar las sustancias mayormente consumidas por los encuestados en la Provincia de Córdoba han sido el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes, que casualmente registraron los más bajos porcentajes de auto percepción de riesgo. Debería entonces destinarse el espacio de la escuela como recurso posibilitador de trabajo con estas percepciones, a través de su problematización y promoción de salud.

Es fundamental continuar analizando las barreras de acceso a la atención de salud mental, que aumentan las brechas de tratamiento, considerando todas sus causas. Por un lado, con respecto a las barreras gubernamentales en la Provincia de Córdoba, Argentina, es necesario problematizar la legislación específica y los fondos destinados a la salud mental en el presupuesto sanitario y al tipo de cobertura de atención de salud ofrecida, la centralización de los servicios de salud mental en grandes centros urbanos, el peso de los hospitales psiquiátricos a pesar de lo dictado por la nueva ley de salud mental y el trato dispar que se le concede a las enfermedades mentales en relación a otros trastornos médicos. A su vez, muchas veces los consumidores no saben donde obtener ayuda o tratamiento, por lo que deberían destinarse recursos concretos a la difusión de información acerca de los centros de tratamiento disponibles. Por otro lado, deben investigarse las barreras de carácter individual que impiden el acceso a la atención, que son consecuencias de actitudes y falsas creencias acerca de las adicciones y del estigma que genera (58).

Por último, cabe destacar que desde el Estado debe destinarse recursos concretos para la investigación sobre esta temática con el objetivo de generar programas preventivos-asistenciales que surjan a partir del análisis de las características y necesidades específicas de la población de la Provincia de Córdoba. Estos programas deben surgir de una articulación con el ámbito educativo, donde se encuentra la mayor población consumidora, y con el ámbito de salud (sobre todo en los hospitales generales), donde los consumidores de sustancias psicoactivas acuden tanto en búsqueda de ayuda profesional como por los efectos de su consumo (accidentes, etc.). Por lo tanto, la problemática de las adicciones debe ser analizada y abordada desde una óptica de Salud Pública y no reducida a las características individuales y privadas de los sujetos. Se le debe brindar a los individuos espacios concretos de tratamiento bajo el nuevo paradigma de Salud mental que la ley

26657 establece, por lo que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental en tanto las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la misma con respecto a su relación con los servicios de salud (15). Por lo tanto, tal como el Art. 7° establece, las personas con padecimiento mental tienen el derecho a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. Es decir, al Estado le corresponde brindar espacios concretos de asistencia para estos sujetos y espacios de prevención destinados a toda la población. Sin embargo, la alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, las altas brechas de tratamiento y la poca demanda de tratamiento registrada en los centros de salud mental en la Provincia de Córdoba, alertan sobre la aplicación efectiva de la ley.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. 1st ed. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2004.
2. Naciones Unidas. Informe mundial sobre las Drogas. 1st ed. Nueva York: Naciones Unidas; 2012.
3. Organización de las Naciones Unidas. Abuso de Drogas. Tratamiento y rehabilitación. Guía Práctica de planificación y aplicación. Informe Final. Viena: Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito.; 2003. Report No.: ISBN 92-1348084-9.
4. Perez Pedrero EJ. Evaluación de la personalidad de sujetos drogadependientes que solicitan tratamiento mediante el big-five questionnaire. Adicciones:Revista de sociodrogalcohol. 2003; 15(3).
5. Gómez R, Pollet D, Shroeder R, Luque L. Abuso y consumo de Drogas. Estudio sobre los perfiles sociodemográficos y los patrones de consumo en Argentina. Un primer informe. In I Congreso Internacional de investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de investigación. Quinto encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología.; 2009; Universidad de Buenos Aires.
6. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental. Washington, DC: OPS; 2011.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre la Salud Mental. Washington: OPS; 2009.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe final. Suiza: Organización Mundial de la Salud, OMS; 2001. Report No.: ISBN 92 4 356201.
9. Galende E. La Salud de las Ciencias Sociales de la Salud. In Kornblit AL, editor. X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires: Tesea press; Agosto 2015.
10. Organización de los Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas. 2013th ed. Briones A, Cumsille F, Henao A, Pard B, editors. Washington : Organización de los Estados Americanos; 2013.
11. Galende E. Consideración de la Subjetividad en la Salud Mental. Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús. 2012 Diciembre; 2(2).
12. Augsburger AC, Gerlero SS. La Construcción interdisciplinaria: Potencialidades para la epidemiología en Salud Mental. Kairós. Revista de temas Sociales. Universidad Nacional de San Luis. 2005 Marzo; 9(15).
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020 Ginebra: OMS; 2013.
14. Dever A. La epidemiología en la administración de los servicios de salud. In Epidemiología y administración de servicios de salud.: OPS OMS; 1991. p. 51-75.

15. Ministerio de Salud. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 21. Available from: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>.
16. Naciones Unidas y Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías. Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas. Módulo 8. In Programa Mundial de evaluación del uso indebido de Drogas. Viena: Naciones Unidas; 2006. p. 1-45.
17. Pantoja L, Abejón JA. Los Medios de Comunicación y el Consumo de Drogas Bilbao España: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2004.
18. Slapak S, Grigoravicius M. Consumo de Droga: La construcción Social de un Problema Social. In Anuarios de Investigación. Vol.14.; 2006. p. 239-249.
19. Bobes J, Casas M, Gutierrez M. Manual de Trastornos Adictivos. 2nd ed. Madrid: Adamed; 2011.
20. Gómez R. Drogas Consumo y Época: Alcohol en atracón, Policonsumo y Adicciones sin Sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos. V Congreso Internacional de Práctica e Investigación en Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2013.
21. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo Barcelona: Gedisa; 2009.
22. Ministerio de Educación. Programa Nacional de educación y prevención del consumo indebido de Drogas. Prevención del Consumo Problemático de Drogas. Material de estudio. [Online].; 2011 [cited 2017 Junio 6. Available from: files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf.
23. Ministerio de Educación de la Nación. Prevención del consumo problemático de drogas : desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. [Online]. Argentina; 2009 [cited 2018 Mayo 2. Available from: <http://repositorio.educacion.gov.ar:8080/dspace/handle/123456789/55119>.
24. Graciela T. Prevención de Adicciones, un enfoque educativo: Troquel; 2005.
25. Becoña Iglesias E. Bases Científicas de la Prevención de las Drogadependencias Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas ; 2012.
26. Ministerio de Salud de la Nación. Material de Lectura Cenaresco. In Nuevo Paradigma en Salud Mental y Adicciones; 2014; Argentina.
27. World Health Organisation. Lexicon of Alcohol and Drugs Terms Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
28. American Psychiatric Association. DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: APA; 2000.
29. Musacchio de Zan A. Caracter y Drogadicción. In Musacchio de Zan A, Frágola A. Drogadicción. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 134-149.
30. Maccagno A. Aspectos Medicos-Legales. In Musacchio de Zan A, Frágola Ortiz A. Drogadicción. Buenos Aires: Paidos; 1996. p. 263-264.
31. Miller JA. Introducción al Método Psicoanalítico Buenos Aires: Paidós; 2001.
32. Miller JA. Para una investigación sobre el goce autoerótico. In Sinatra E. Sujeto, Goce y Modernidad I. Buenos Aires: Atuel T y A ; 1993. p. 13-21.
33. Sarmiento S. Consecuencias de la a-dicción: Una clínica del Acto Córdoba: T Y A Casa

- del Joven; 2003.
34. Laurent E. Tres Observaciones sobre la toxicomanía. In Laurent E. Sujeto, goce y modernidad II. Buenos Aires: Atuel TyA ; 1997. p. 15-21.
 35. Tarrab M. Algo peor que un Síntoma. In Las toxicomanías, un malestar de la Epoca que interroga al Psicoanálisis y las Instituciones; 2001; Cordoba. p. 59-76.
 36. Casarino E, Leonetti M. Factores Psicológicos tempranos en la estructuración de la Personalidad Adicta. In Musacchio de Zan A, Frágola A. Drogadicción. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 71.
 37. R C. Transitions in drug use: risk and protective factors. In Glantz M, Pickens R, editors. Vulnerability to drug abuse. Washington : APA; 1992. p. 15-51.
 38. Lipovetsky G, Serroy J. La Pantalla Global. Cultura mediática y cine en la era hipermoderna. 1st ed. Barcelona: Anagrama; 2009.
 39. Bauman Z. Amor liquido. Acerca de la Fragilidad de la vínculos Humanos. 1st ed. Madrid: S.L. Fondo de cultura económica de España; 2005.
 40. Pérez del Río F. Addictions without substances within the last 40 years. Revista Norte de Salud Mental. 2011 Junio; IX(4).
 41. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza media 2011. Informe final de resultados. Provincia de Córdoba: SEDRONAR Y Observatorio Argentino de Drogas, área de Investigaciones; 2012.
 42. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional en pacientes en Centros de Salud Argentina. [Online].; 2010 [cited 2017 Junio 2. Available from: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/IIZEstudioZNacionalZenZPacientesZenZCentrosZdeZTratamiento.ZAoZ2011.pdf>.
 43. Del Zoto P, Cortés M, Gómez RyLL. La realidad Intercultural del Consumo intensivo de Alcohol en jóvenes Españoles y Argentinos. In VI congreso Iberoamericano de Psicología; 2010; España.
 44. Malacari S. Consumo y Época. In Introducción al campo de las Drogadependencias. Córdoba: Brujas; 2012.
 45. López Acosta C. La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: Motivación propia e influencia de terceros. Terapia Psicológica. 2009 Julio; 27(1).
 46. Dragotto P. Aspectos generales del tratamiento del abuso de Drogas en Adolescentes. Optar. Asociación Uruguaya para la prevención del Alcoholismo y la farmacodependencia. 2001 Septiembre; 1(36).
 47. Peruga A, Rincón A, Selin H. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Adicciones OPS. 2002; XIV(2).
 48. Naciones Unidas. Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen Ejecutivo. UNODC; 2015.
 49. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas. [Online].; 2011 [cited 2017 Mayo 30. Available from: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-05_encuesta-nacional-sobre-prevalencias1.pdf.
 50. Minoletti A, Montenegro M. Trastornos por uso de Alcohol y Drogas. Manual de Salud Mental para trabajadores de atención Primaria Washington DC: Organización

- Panamericana de la Salud; 2013.
51. Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Capacitación. Salud mental en el Primer nivel de atención (TRAPS). 1st ed. Buenos Aires: Remediar; 2015.
 52. Mueser K. Tratamiento cognitivo Conductual de la Esquizofrenia. In Caballo V. Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos. Madrid : Siglo XXI; 1997. p. 611-632.
 53. Albiach C, Beltrán V, Belasco C, López F, Paulau C, Santos P. Tratamientos de las adicciones. [Online]. [cited 2017 Junio 01. Available from: http://mabeltran.com/Tratamiento_de_las_adicciones.pdf.
 54. Sillitti D, Sinatra E, Tarrab M. Más allá de las drogas. Estudios Psicoanalíticos Bolivia: Plural; 2000.
 55. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento Argentina 2010 Argentina; 2011.
 56. El uso indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia. Quinto estudio Nacional. Informe final de resultados. Córdoba: Observatorio Argentino de Drogas, Área de Investigaciones. SEDRONAR; 2012.
 57. Observatorio Argentino de Drogas. Segunda fase del registro continuo de pacientes en tratamiento. Argentina: SEDRONAR, Área de Investigaciones; 2005.
 58. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas. Documento técnico.. Washington DC:, Organización Panamericana de la Salud; 2013.
 59. Sampieri Hernandez R, Collado Fernandez C, Lucio Baptista P. Metodología de la investigación. 5th ed. México: Mc Graw-Hill; 2010.
 60. León GO, Montero I. A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007; VII(3).
 61. Ministerio de Salud de la Nación e INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de sustancias Psicoactivas 2011.Documento para la utilización de la base de datos de usuarios. Indec. Ministerio de Salud; 2011.
 62. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en Seres Humanos. [Online]. [cited 2016 Febrero 20. Available from: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.
 63. Grasso L. Introducción a la Estadística en las Ciencias Sociales y el Comportamiento Córdoba: Imprenta de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Univerisdad Nacional de Córdoba; 1994.
 64. Moreno Altamirano A. Principales medidas en Epidemiología. Salud Pública. México. 2000 Julio; 42(4).
 65. Gómez R, Serena F. Introducción al campo de las Drogodependencias. 1st ed. Córdoba: Brujas; 2012.
 66. Mendoza Sierra M, Carrasco González A, Sánchez García M. Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. Intervención Psicosocial. 2003; XII(1).
 67. Organización Mundial de la Salud. Problemas relacionados al consumo del Alcohol Ginebra: Serie de informes Técnicos OMS; 1980.

68. Glantz MD, Pickens RW. Vulnerability to drug abuse: Introduction and Overview. In Glantz MD, Pickens RW, editors. Vulnerability to drug abuse. Washington DC: APA; 1992. p. 1-14.
69. Kandel D, Yamaguchi K, Chen K. Stage of progression in drug involvement adolescent to adulthoods: Further evidences for the gateway. Journal on studies of alcohol and drugs. 1992 Septiembre; V(53).
70. Anthony J, Petronis K. Early onset drug use and risk of later drugs. Drugs Alcohol Depend. 1995 Nov; I(40).
71. Ferfusson D, Horwood L, Linskey M. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in The prevalence and. Addiction. 1995 Julio;(90).
72. Sánchez Pardo L. Xenero e Drogas. España: Santiago de Compostela, Xunta de Galicia; 2009.
73. Inhelder B, Piaget J. De la lógica del niño a la lógica del adolescente Buenos Aires: Paidós; 1985.
74. Blos P. Psicoanálisis de la adoelscencia México: Mortiz; 1971.
75. Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría infantil: Masson; 2002.
76. Blos P. La transición adolescente España: Amorrortu; 2004.
77. Spenlé A. El adolescente y su mundo Barcelona: Herder; 1984.
78. Guthrie B, Loveland Cherry C, Frey M, Dielman T. A theoretical approach to studying health behaviors in adolescents: an at risk population. Family and Community Health. 1994 Oct; III(17).
79. Mendoza Sierra M, Carrasco González A, Sánchez García M. Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. Intervención Psicosocial. 2003; 12(I).
80. Colell E, Sanchez A, Salvany A, Delclos J, Benavides F. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. Gaceta Sanitaria. 2014 Septiembre; XXVIII(5).
81. Delgado B, Bautista R, Inglés C. Diferencias de género en el Conumo de Alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. Salud y Drogas. 2005; V(2).
82. Salud CdSPdCIdSNd. Ganar Salud con la Juventud Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
83. Villatoro J, Medina-Mora M, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, et al. ¿Ha cambiado el consumo de Drogas de los estudiantes?Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 2002;(1).
84. Garcia Ojeda A. Los retos de la mujer del siglo XXI en materia de educación: impulsos para una perspectiva de género. Aloma. 2014; XXXII(1).
85. Delgado B, Bautista R, Inglés C, Espada J, Torregrosa M. Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. Salud y drogas. 2005; V(2).
86. González Zorrilla C. Drogas y Control Social. Revista Poder y Control. 1987;(2).
87. Gómez R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas? In Drogas y Control Social. Córdoba: Brujas; 2007.

88. Beck A, Wright F, Newman C&LB. Terapia Cognitiva de las Drogadependencias España: Paidós; 1999.
89. Torres Salazar I, Quinero Arrivillaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. Revista colombiana de Psicología. 2004; XIII.
90. Becoña Iglesias E, Oblitas Luis A. Adicciones y Salud. Psicología Científica. 2015 Febrero; 17(ISSN 2322-8644).
91. National Institute on Drug Abuse. Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. [Online].; 2001 [cited 2017 Junio 6. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>.
92. Prochaska JO, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1982; XIX(3).
93. Miller JA. Comentario del Seminario Inexistente Miller JA, editor. Buenos Aires: Manantial; 1992.
94. Caudevilla FG. Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del Consumo. [Online].; 2008 [cited 2016 Febrero 20. Available from: <http://bit.ly/1tHE5Ob>.

ANEXOS

Anexo 1 y Anexo 2

Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas 2011.

Documento para la utilización de la base de datos usuario. Aspectos metodológicos y aspectos conceptuales.

ENPreCoSP

Encuesta Nacional sobre
Prevalencias de Consumo de
Sustancias Psicoactivas 2011

DOCUMENTO PARA LA
UTILIZACIÓN DE LA
BASE DE DATOS USUARIO

Índice

Presentación	3
Objetivos de la ENPreCoSP-2011	4
Relevamiento.....	4
Instrumentos de captación y metodología de aplicación.....	4
Procesamiento de la información	4
Recomendaciones técnicas para la utilización de la Base de Datos Usuario	5
Tipos de variables presentadas.....	7
Otras consideraciones técnicas	7
DICCIONARIO DE REGISTRO DE LA BASE DE DATOS USUARIO	8
ANEXO 1: Aspectos metodológicos	49
ANEXO 2: Aspectos conceptuales	57

Presentación

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Salud Mental y Adicciones, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos y con la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística, llevaron a cabo la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP-2011).

Este documento tiene por finalidad ofrecer a los usuarios de la ENPreCoSP-2011 una guía para la utilización de la Base de Datos Usuario.

La Base de Datos Usuario cumple con lo estipulado en la Ley N°17.622 de Resguardo del Secreto Estadístico garantizando que la información que se presenta mantenga el carácter confidencial y reservado del informante.

Para consultas: Centro Estadístico de Servicios (CES)

Av. Julio A. Roca 609, PB, C1067ABB, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Horario de atención: de 9:30 a 16:30

Teléfono: 4349-9652/9646

Fax: 4349-9646

Correo electrónico: ces@indec.mecon.gov.ar / enprecosp2011@indec.mecon.gov.ar

Objetivos de la ENPreCoSP-2011

El objetivo general de esta Encuesta fue contribuir a actualizar el sistema de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y, de esa manera, al diseño de políticas públicas más eficaces, orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población.

Sus objetivos específicos fueron:

- estimar la cantidad de personas que declararon haber consumido sustancias psicoactivas en diferentes períodos de referencia (prevalencias) y su incidencia en relación con la población total. Se entiende por **sustancias psicoactivas** a las drogas legales o sociales (tabaco, bebidas alcohólicas), ilegales (marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, opiáceos y anestésicos, crack, alucinógenos, inhalables y otras drogas) y fármacos (estimulantes, tranquilizantes, anorexígenos).
- determinar las características sociodemográficas, socioeconómicas, educativas y del entorno familiar social de la población de 16 a 65 años de edad que consume sustancias psicoactivas.

Relevamiento

El relevamiento fue ejecutado a través de cada una de las Direcciones Provinciales de Estadística en función de lo establecido por la Ley N°17.622 que establece la centralización normativa y la descentralización operativa. Se desarrolló entre los meses de agosto y octubre de 2011.

Instrumentos de captación y metodología de aplicación

En los hogares que habitan las viviendas seleccionadas se aplicó un cuestionario formado por dos bloques:

- Un **Bloque del Hogar**: destinado a relevar datos sobre condiciones habitacionales, aspectos sociodemográficos, educativos y económicos de todas las personas que conforman el hogar.
- Un **Bloque Individual**: destinado a relevar datos sobre la situación laboral y de salud general, así como aspectos sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Este bloque se aplicó a un único componente seleccionado al azar entre los integrantes del hogar que tenían entre 16 y 65 años.

La selección del encuestado se hizo aleatoriamente aplicando una tabla de selección de Kish.

En el caso de la persona seleccionada, la entrevista fue personal, es decir, debía contestar por sí misma (autoinformante).

Procesamiento de la información

El sistema de ingreso está compuesto por una interfaz web desarrollada en PHP y JavaScript que se conecta con un servidor de base de datos Oracle. Este sistema permite ejecutar la consistencia en línea de los datos y los controles de validación muestral.

Recomendaciones técnicas para la utilización de la Base de Datos Usuario

Al trabajar la información recuerde que los datos son referidos a la población objetivo: población de 16 a 65 años.

En el caso de las variables referidas a vivienda, hogar y jefes del hogar, recuerde que sólo puede hacer inferencia sobre su relación con la población objetivo y no con el conjunto de las viviendas, hogares o jefes/as del hogar.

Se detalla a continuación el listado de información presentada:

- **Datos generales**

- Identificación de los registros

- Factor de expansión

- **Dominios de estimación geográfica**

- Región estadística

- Agrupamiento de poblaciones urbanas

- Jurisdicción del país

- Aglomerado urbano de 500.000 y más habitantes

- **Características de la vivienda donde reside la persona seleccionada**

- Tipo de vivienda

- Cantidad de habitaciones

- Material predominante de los pisos

- Material predominante de la cubierta exterior del techo

- Tenencia de cielorraso/revestimiento interior

- Combustible usado para cocinar

- Tenencia de agua

- Forma de obtención del agua

- Tenencia de baño

- Características del baño

- **Características del hogar al que pertenece la persona seleccionada**

- Tamaño del hogar

- Tipo de hogar

- Ingreso total mensual del hogar

- Indicadores de necesidades básicas insatisfechas del hogar

- **Características del jefe del hogar**
 - Sexo
 - Edad
 - Situación conyugal
 - Nivel de instrucción
 - Cobertura de salud
 - Situación laboral

- **Características de la persona seleccionada**
 - Relación de parentesco del seleccionado con el jefe
 - Sexo
 - Edad
 - Situación conyugal
 - Nivel de instrucción
 - Cobertura de salud
 - Situación laboral

- **Autopercepción de salud y entorno de la persona seleccionada**
 - Salud general
 - Acceso y entorno

- **Consumo de sustancias psicoactivas de la persona seleccionada**
 - Tabaco
 - Bebidas alcohólicas
 - Tranquilizantes
 - Estimulantes
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Pasta base
 - Éxtasis
 - Inhalables
 - Otras drogas

- **Impacto del consumo en las actividades habituales de la persona seleccionada**
 - Bebidas alcohólicas
 - Drogas y bebidas alcohólicas

- **Demanda de tratamiento de la persona seleccionada**

Tipos de variables presentadas

En la base se han utilizado dos tipos de variables, que se presentan más adelante en el “Diccionario de registro”.

Estos tipos de variables son:

- aquellas cuyo campo se identifica con el nombre de la pregunta del cuestionario;
- aquellas cuyo campo se identifica con un nombre especial, ya que fue construida a través de una secuencia de preguntas.

Los nombres del primer tipo de variables están formados por cuatro letras y números, las primeras dos letras determinan el bloque (Hogar **BH**, Individual **BI**), las otras dos corresponden al capítulo (en el cuestionario, cada uno tiene entre paréntesis las letras que lo identifican) y, por último, el número refiere al orden de la pregunta. Ejemplo: BISG01 esta pregunta se encuentra en el Bloque Individual, capítulo Salud General, es la primera pregunta.

La denominación de las variables construidas hace referencia al nombre de las mismas. Ejemplo, P1M_TA se refiere a “prevalencia del último mes de consumo de tabaco”.

Las variables que se refieren al jefe del hogar tienen la letra jota (**J**) al final del nombre.

Otras consideraciones técnicas

Para el uso de la Base Usuario, se sugiere la consulta del cuestionario (lo encontrará al final de este documento).

Se advierte que en caso de **campos en blanco**, en general, los mismos se corresponden con saltos en la secuencia de preguntas.

Los datos demográficos, de nivel de instrucción, de cobertura de salud y laborales se presentan tanto para el seleccionado como para el jefe del hogar. En caso de que el seleccionado fuera también el jefe de su hogar, los datos se encuentran en ambos campos.

Los códigos **9**, **99** y **999**, que en general son el valor máximo de cada escala, se corresponden con datos que el encuestado no sabía o no quería contestar.

El código cero (**0**) es un valor válido sólo para las siguientes variables:

- nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)
- último grado/año aprobado (BHCH11)
- cantidad de ambientes/habitaciones del hogar (BHCV03, BHCV04)
- rango de ingreso total mensual del hogar (RANGOING);
- cantidad de días que el encuestado tomó bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (BIBA07_01, BIBA07_02, BIBA07_03);
- cantidad de días que ha faltado o suspendido sus actividades habituales (BIBA10, BIBA11, BIIM01, BIIM02).

DICCIONARIO DE REGISTRO DE LA BASE DE DATOS USUARIO

DATOS GENERALES

IDENTIFICACIÓN

IDENTIFI	Identificación de los registros
W_PERS	Factor de expansión

DOMINIOS DE ESTIMACIÓN GEOGRÁFICA

REGIÓN

Región estadística

- 1 Gran Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Bs. As. y 24 Partidos del GBA)
- 2 Pampeana (Resto de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Santa Fe y Entre Ríos)
- 3 Noroeste (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán)
- 4 Noreste (Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones)
- 5 Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis)
- 6 Patagónica (Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur)

POB_URB

Agrupamiento de poblaciones urbanas

- 1 Más de 1.500.000 habitantes
- 2 De 500.001 a 1.500.000 habitantes
- 3 De 100.001 a 500.000 habitantes
- 4 De 5.000 a 100.000 habitantes

PRVNC

Jurisdicción del país

- 02 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- 06 Buenos Aires
- 10 Catamarca
- 14 Córdoba
- 18 Corrientes
- 22 Chaco
- 26 Chubut
- 30 Entre Ríos
- 34 Formosa
- 38 Jujuy
- 42 La Pampa
- 46 La Rioja
- 50 Mendoza
- 54 Misiones
- 58 Neuquén
- 62 Río Negro

- 66 Salta
- 70 San Juan
- 74 San Luis
- 78 Santa Cruz
- 82 Santa Fe
- 86 Santiago del Estero
- 94 Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur
- 90 Tucumán

AGL_URB

Aglomerado urbano de 500.000 y más habitantes

- 1 Gran Buenos Aires
- 2 Gran Córdoba
- 3 Gran Rosario
- 4 Gran Mendoza
- 5 Gran Tucumán – Tafí Viejo
- 6 Gran La Plata
- 7 Mar del Plata – Batán
- 8 Resto de los aglomerados

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DONDE RESIDE LA PERSONA SELECCIONADA

VIVIENDA

BHCV01

Tipo de vivienda

- 1 Casa
- 2 Casilla
- 3 Departamento
- 4 Pieza de inquilinato
- 5 Pieza en hotel o pensión
- 6 Local no construido para habitación
- 7 Otros

BHCV02

¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total?
(excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garage)
(Cantidad en cifras)

BHCV03

¿Cuál es el material predominante de los pisos?

- 1 Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra
- 2 Cemento o ladrillo fijo
- 3 Tierra o ladrillo suelto
- 4 Otros

- BHCV04 **¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?**
- 1 Cubierta asfáltica o membrana
 - 2 Baldosa o losa (sin cubierta)
 - 3 Pizarra o teja
 - 4 Chapa de metal (sin cubierta)
 - 5 Chapa de fibrocemento o plástico
 - 6 Chapa o cartón
 - 7 Caña, tabla o paja con barro, paja sola
 - 8 N/S depto. en propiedad horizontal
 - 9 Otros
- BHCV05 **En el techo ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BHCV06 **¿Para cocinar, utiliza principalmente...**
- 1 ...gas de red?
 - 2 ...gas de tubo/garrafa?
 - 3 ...kerosene/leña/carbón?
 - 4 ...otro?
- BHCV07 **¿Tiene agua...**
- 1 ...por cañería dentro de la vivienda?
 - 2 ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno?
 - 3 ...fuera del terreno?
- BHCV08 **¿Obtiene el agua a través de...**
- 1 ...red pública (agua corriente)?
 - 2 ...perforación con bomba a motor?
 - 3 ...perforación con bomba manual?
 - 4 ...aljibe o pozo?
 - 5 otras
- BHCV09 **¿Tiene baño/letrina?**
- 1 Sí
 - 2 No
- BHCV10 **¿El baño tiene...**
- 1 ...inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua?
 - 2 ...inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? (a balde)
 - 3 ...letrina? (sin arrastre de agua)

BHCV11

¿El desagüe del inodoro va...

- 1 ...a red pública?(cloaca)
- 2 ...a cámara séptica y pozo ciego?
- 3 ...sólo a pozo ciego?
- 4 ...a hoyo, excavación en tierra?

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR AL QUE PERTENECE LA PERSONA SELECCIONADA

BHHO01

El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?

- 1 Sí
- 2 No

BHHO02

¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo?
(excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garage)
(Cantidad en cifras)

BHHO03

De esos ¿cuántos usan habitualmente para dormir?
(Cantidad en cifras)

TAMAÑO DEL HOGAR

CNTDDCOMP

Cantidad de miembros del hogar

CNTDD1665

Cantidad de miembros de 16 a 65 años

TIPO DE HOGAR

TIPO_H

Tipo de hogar

- 1 Hogar unipersonal
- 2 Hogar multipersonal conyugal completo sin hijos ni otros miembros
- 3 Hogar multipersonal conyugal completo sin hijos y con otros miembros
- 4 Hogar multipersonal conyugal completo con hijos sin otros miembros
- 5 Hogar multipersonal conyugal completo con hijos y con otros miembros
- 6 Hogar multipersonal conyugal incompleto sin otros miembros
- 7 Hogar multipersonal conyugal incompleto con otros miembros
- 8 Hogar multipersonal no conyugal

INGRESOS DEL HOGAR

RANGOING

Rango del ingreso total mensual del hogar en pesos

0	Sin ingresos		
1	1	a	600
2	601	a	800
3	801	a	1.000
4	1.001	a	1.500
5	1.501	a	2.000
6	2.001	a	2.500

7	2.501	a	3.000
8	3.001	a	3.500
9	3.501	a	4.000
10	4.001	a	4.500
11	4.501	a	5.500
12	5.001	a	6.000
13	6.001	a	7.000
14	7.001	a	8.000
15	8.001	a	10.000
16	10.001	a	15.000
17	15.001	y más	
99	Ns/nc		

INDICADORES DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS DE HOGAR

NBI_TOTAL

NBI total

- 0 Ningún indicador de NBI
- 1 Al menos un indicador de NBI
- 2 Al menos dos indicadores de NBI
- 3 Al menos tres indicadores de NBI
- 4 Al menos cuatro indicadores de NBI

NBI_1

NBI 1 - Vivienda inadecuada

- 1 Sí
- 0 No

NBI_2

NBI 2 - Hacinamiento

- 1 Sí
- 0 No

NBI_3

NBI 3 - Hogares sin baño

- 1 Sí
- 0 No

NBI_4

NBI 4 - Educación

- 1 Sí
- 0 No

CARACTERÍSTICAS DEL JEFE DEL HOGAR

SEXO DEL JEFE/A

BHCH04J

Sexo

- 1 Varón
- 2 Mujer

EDAD DEL JEFE/A

BHCH05J

Edad

(En años cumplidos)

GRUPEDAD_J

Grupo de edad

- 1 0 a 15 años
- 2 16 a 24 años
- 3 25 a 34 años
- 4 35 a 49 años
- 5 50 a 65 años
- 6 66 años y más
- 9 Ns/nc

SITUACIÓN CONYUGAL DEL JEFE/A

BHCH07J

¿Actualmente está...

- 1 ...unido/a?
- 2 ...casado/a?
- 3 ...separado/a?
- 4 ...divorciado/a?
- 5 ...viudo/a?
- 6 ...soltero/a?

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE/A

NIVINSTR_J

Nivel de instrucción

- 1 Sin instrucción
- 2 Primario incompleto
- 3 Primario completo
- 4 Secundario incompleto
- 5 Secundario completo
- 6 Terciario o universitario incompleto
- 7 Terciario o universitario completo y más
- 8 Educación especial

COBERTURA DE SALUD DEL JEFE/A

COB_SALUD_J

Cobertura de salud

- 1 Sólo plan de salud privado
- 2 Plan de salud privado y otro
- 3 Sólo obra social
- 4 Obra social y otro no privado
- 5 Sólo servicio de emergencia
- 6 Sólo plan o seguro público
- 7 Plan o seguro público y servicio de emergencia
- 8 No está asociado a nada
- 9 Ns/nc

SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/A

(Datos de los jefes/as que **no** fueron seleccionados/as para responder el bloque individual)

CONDACT_J

Condición de actividad

- 1 Ocupado
- 2 Desocupado
- 3 Inactivo
- 9 Ns/ nc

CAT_OCUP_J

Categoría ocupacional

- 1 Patrón o empleador
- 2 Cuenta propia
- 3 Asalariado (excluye servicio doméstico)
- 4 Asalariado (sólo servicio doméstico)
- 5 Trabajador familiar

BHSL12

¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ ocupaciones?

- 1 Menos de 35 horas semanales
- 2 Entre 35 y 45 horas semanales
- 3 Más de 45 horas semanales
- 9 Ns/nc

BHSL13

¿Desearía trabajar más horas?

- 1 Sí
- 2 No

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA SELECCIONADA

RELACIÓN DE PARENTESCO DEL SELECCIONADO CON EL JEFE/A

BHCH03 **¿Cuál es la relación de parentesco con el jefe/a del hogar?**

- 1 Jefe/a
- 2 Cónyuge/pareja
- 3 Hijo/a hijastro/a
- 4 Padre/madre
- 5 Hermano/a
- 6 Suegro/a
- 7 Yerno/nuera
- 8 Nieto/a
- 9 Otro familiar
- 10 Otro no familiar

SEXO

BHCH04

Sexo

- 1 Varón
- 2 Mujer

EDAD

BHCH05

¿Cuál es su edad en años cumplidos?
(Edad en años cumplidos)

GRUPEDAD

Grupo de edad

- 2 16 a 24 años
- 3 25 a 34 años
- 4 35 a 49 años
- 5 50 a 65 años

SITUACIÓN CONYUGAL

BHCH07

¿Actualmente está...

- 1 ...unido/a?
- 2 ...casado/a?
- 3 ...separado/a?
- 4 ...divorciado/a?
- 5 ...viudo/a?
- 6 ...soltero/a?

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVINSTR

Nivel de instrucción

- 1 Sin instrucción
- 2 Primario incompleto
- 3 Primario completo

- 4 Secundario incompleto
- 5 Secundario completo
- 6 Terciario o universitario incompleto
- 7 Terciario o universitario completo y más
- 8 Educación especial

COBERTURA DE SALUD

COB_SALUD

Cobertura de salud

- 1 Sólo plan de salud privado
- 2 Plan de salud privado y otro
- 3 Sólo obra social
- 4 Obra social y otro no privado
- 5 Sólo servicio de emergencia
- 6 Sólo plan o seguro público
- 7 Plan o seguro público y servicio de emergencia
- 8 No está asociado a nada
- 9 Ns/nc

SITUACIÓN LABORAL

CONDACT

Condición de actividad

- 1 Ocupado
- 2 Desocupado
- 3 Inactivo

CAT_OCUP

Categoría ocupacional

- 1 Patrón o empleador
- 2 Cuenta propia
- 3 Asalariado (excluye servicio doméstico)
- 4 Asalariado (sólo servicio doméstico)
- 5 Trabajador familiar sin pago

BISL12

¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ ocupaciones?

- 1 Menos de 35 horas semanales
- 2 Entre 35 y 45 horas semanales
- 3 Más de 45 horas semanales
- 9 Ns/nc

BISL13

¿Desearía trabajar más horas?

- 1 Sí
- 2 No

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y ENTORNO

SALUD GENERAL

BISG01

En general, ¿usted diría que su salud es...

- 1 ...excelente?
- 2 ...muy buena?
- 3 ...buena?
- 4 ...regular?
- 5 ...mala?

BISG02

Durante los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente que le haya impedido realizar sus actividades habituales por uno o más días?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BISG03

Durante los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna enfermedad por la que haya debido guardar cama o reposo bajo consejo médico?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BISG04

Y durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

ACCESO Y ENTORNO

BIAC01

¿Conoce personas cercanas a usted que en la actualidad consuman alguna sustancia como marihuana, cocaína, éxtasis, etc.?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BIAC02

¿Cuántas personas conoce aproximadamente?

- 1 Una
- 2 Dos o más
- 9 Ns/nc

BIAC03

¿Alguna vez sintió curiosidad por probar alguna de estas drogas?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Puede ser
- 9 Ns/nc

BIAC04	<p>¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar algunas de estas drogas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC05	<p>¿Cuántas veces aproximadamente?</p> <p>1 Una</p> <p>2 Dos o más</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC06	<p>Si tuviera la ocasión, ¿probaría alguna?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>3 Puede ser</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC07_01	<p>¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir tranquilizantes sin indicación médica?</p> <p>1 Me sería fácil</p> <p>2 Me sería difícil</p> <p>3 No podría conseguir</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC07_02	<p>¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir estimulantes sin indicación médica?</p> <p>1 Me sería fácil</p> <p>2 Me sería difícil</p> <p>3 No podría conseguir</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC07_03	<p>¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir marihuana?</p> <p>1 Me sería fácil</p> <p>2 Me sería difícil</p> <p>3 No podría conseguir</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIAC07_04	<p>¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir cocaína?</p> <p>1 Me sería fácil</p> <p>2 Me sería difícil</p> <p>3 No podría conseguir</p> <p>9 Ns/nc</p>

BIAC07_05

¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir pasta base?

- 1 Me sería fácil
- 2 Me sería difícil
- 3 No podría conseguir
- 9 Ns/nc

BIAC07_06

¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir éxtasis?

- 1 Me sería fácil
- 2 Me sería difícil
- 3 No podría conseguir
- 9 Ns/nc

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

TABACO

BITA01

¿Ha fumado usted cigarrillos alguna vez en la vida?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BITA02

¿Cuándo fue la primera vez que fumó un cigarrillo?

- 1 Durante los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

BITA03

¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?
(Edad en años)

- 99 Ns/nc

BITA04

¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarrillo?

- 1 Durante los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

BITA05

¿Cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días?
(Cantidad de días)

- 99 Ns/nc

BITA06	<p>Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día? (Cantidad de cigarrillos)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BITA07	<p>¿En toda su vida ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?</p> <p>1 Sí 2 No 9 Ns/nc</p>
BITA08	<p>En toda su vida ¿por cuántos años ha fumado a diario? (Cantidad de años)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BITA09_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que fuma cigarrillos de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo 2 Riesgo leve o moderado 3 Gran riesgo 9 No sé qué riesgo corre</p>
BITA09_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que fuma cigarrillos frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo 2 Riesgo leve o moderado 3 Gran riesgo 9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_TA	<p>Prevalencia de vida de consumo de tabaco</p> <p>1 Sí 2 No</p>
P1A_TA	<p>Prevalencia del último año de consumo de tabaco</p> <p>1 Sí 2 No</p>
P1M_TA	<p>Prevalencia del último mes de consumo de tabaco</p> <p>1 Sí 2 No</p>

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- BIBA01 **¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o similares, alguna vez en la vida?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIBA02 **¿Cuándo fue la primera vez que consumió alguna de estas bebidas alcohólicas?**
- 1 Durante los últimos 30 días
 - 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
 - 3 Hace más de un año
 - 9 Ns/nc
- BIBA03 **¿Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez?**
(Edad en años)
- 99 Ns/nc
- BIBA04 **¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?**
- 1 Durante los últimos 30 días
 - 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
 - 3 Hace más de un año
 - 9 Ns/nc
- BIBA05 **¿Se ha emborrachado alguna vez en los últimos 30 días?**
- 1 Sí
 - 2 No
- BIBA06 **¿Cuántas veces aproximadamente?**
(Cantidad de veces)
- 99 Ns/nc
- BIBA07_01 **En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó cerveza?**
(Cantidad de días por mes)
- 99 Ns/nc
- BIBA07_02 **En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó vino?**
(Cantidad de días por mes)
- 99 Ns/nc
- BIBA07_03 **En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó bebida fuerte?**
(Cantidad de días por mes)
- 99 Ns/nc

BIBA08_01	<p>Entre semana (de lunes a jueves), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de cerveza? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA08_02	<p>Entre semana (de lunes a jueves), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de vino? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA08_03	<p>Entre semana (de lunes a jueves), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de bebida fuerte? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA08_04	<p>¿Toma otras bebidas alcohólicas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIBA09_01	<p>En el fin de semana (viernes, sábado y domingo), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de cerveza? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA09_02	<p>En el fin de semana (viernes, sábado y domingo), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de vino? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA09_03	<p>En el fin de semana (viernes, sábado y domingo), ¿aproximadamente, qué cantidad consume en un día de bebida fuerte? (Cantidad de tragos)</p> <p>888 No toma</p>
BIBA09_04	<p>¿Toma otras bebidas alcohólicas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIBA14_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que toma bebidas alcohólicas de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>

BIBA14_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que toma bebidas alcohólicas frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_BA	<p>Prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1A_BA	<p>Prevalencia del último año de consumo de bebidas alcohólicas</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1M_BA	<p>Prevalencia del último mes de consumo de bebidas alcohólicas</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
ABU_C	<p>Abuso de cerveza</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
ABU_V	<p>Abuso de vino</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
ABU_W	<p>Abuso de bebida fuerte</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
AB_ES	<p>Abuso de bebidas alcohólicas entre semana</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
AB_FS	<p>Abuso de bebidas alcohólicas en fin de semana</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
AB_TC	<p>Abuso total combinado de bebidas alcohólicas</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

CE_EXC_C	Consumo episódico excesivo de cerveza
	1 Sí
	2 No
CE_EXC_V	Consumo episódico excesivo de vino
	1 Sí
	2 No
CE_EXC_W	Consumo episódico excesivo de bebida fuerte
	1 Sí
	2 No
CE_EXC_ES	Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas entre semana
	1 Sí
	2 No
CE_EXC_FS	Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas en fin de semana
	1 Sí
	2 No
CE_EXC_TC	Consumo episódico excesivo de total combinado de bebidas alcohólicas
	1 Sí
	2 No
TRANQUILIZANTES	
BITR01	¿Alguna vez tomó algún tranquilizante o sedante para calmar los nervios o para poder dormir, como Valium, Lexotamil, Alplax o similares?
	1 Sí
	2 No
	9 Ns/nc
BITR02	¿Los tranquilizantes los tomó...
	1 ... con indicación médica?
	2 ... por su cuenta?
	3 ... primero con indicación médica y luego en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le habían indicado?
	9 Ns/nc
BITR03	¿Quién se los recetó?
	1 Médico clínico
	2 Psiquiatra
	3 Otras especialidades
	9 Ns/nc

BITR04	<p>¿Cuándo fue la primera vez que probó tranquilizantes sin indicación médica?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BITR05	<p>¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez? (Edad en años)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BITR06	<p>¿Cuándo fue la última vez que tomó tranquilizantes sin indicación médica?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BITR07_01	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? De un médico</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BITR07_02	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? De un familiar</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BITR07_03	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? De un amigo</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BITR07_04	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? De un farmacéutico</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BITR07_05	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? Otro</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BITR07_09	<p>¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días? Ns/nc</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

BITR08	<p>¿Con que frecuencia consumió tranquilizantes sin indicación médica en los últimos 30 días? (Días por mes)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BITR09_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume tranquilizantes sin indicación médica de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo 2 Riesgo leve o moderado 3 Gran riesgo 9 No sé qué riesgo corre</p>
BITR09_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume tranquilizantes sin indicación médica frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo 2 Riesgo leve o moderado 3 Gran riesgo 9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_TR	<p>Prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes</p> <p>1 Sí 2 No</p>
P1A_TR	<p>Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes</p> <p>1 Sí 2 No</p>
P1M_TR	<p>Prevalencia del último mes de consumo de tranquilizantes</p> <p>1 Sí 2 No</p>
ESTIMULANTES	
BIES01	<p>¿Alguna vez tomó algún estimulante como por ejemplo Anfetaminas, Tamián, Rubifén o Ritalina?</p> <p>1 Sí 2 No 9 Ns/nc</p>
BIES02	<p>¿Los estimulantes los tomó...</p> <p>1 ... con indicación médica? 2 ... por su cuenta? 3 ... primero con indicación médica y luego en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le habían indicado? 9 Ns/nc</p>

BIES03	<p>¿Quién se los recetó?</p> <p>1 Médico clínico</p> <p>2 Psiquiatra</p> <p>3 Otras Especialidades</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIES04	<p>¿Cuándo fue la primera vez que probó estimulantes sin indicación médica?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIES05	<p>¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez? (Edad en años)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BIES06	<p>¿Cuándo fue la última vez que tomó estimulantes sin indicación médica?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIES07_01	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? De un médico</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIES07_02	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? De un familiar</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIES07_03	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? De un amigo</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIES07_04	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? De un farmacéutico</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

BIES07_05	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? Otro</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIES07_09	<p>¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días? Ns/nc</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIES08	<p>¿Con que frecuencia consumió estimulantes sin indicación médica en los últimos 30 días? (Días por mes)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BIES09_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume estimulantes sin indicación médica de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
BIES09_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume estimulantes sin indicación médica frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_ES	<p>Prevalencia de vida de consumo de estimulantes</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1A_ES	<p>Prevalencia del último año de consumo de estimulantes</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1M_ES	<p>Prevalencia del último mes de consumo de estimulantes</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

MARIHUANA

- BIMA01 **¿Alguna vez probó marihuana?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIMA02 **¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?**
- 1 Durante los últimos 30 días
 - 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
 - 3 Hace más de un año
 - 9 Ns/nc
- BIMA03 **¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?**
(Edad en años)
- 99 Ns/nc
- BIMA04 **En el período que usted consumía marihuana con mayor frecuencia ¿cada cuánto consumía?**
- 1 Casi todos los días
 - 2 3 o 4 días a la semana
 - 3 1 o 2 días a la semana
 - 4 De 1 a 3 días al mes
 - 5 Menos de una vez al mes
 - 6 Una sola vez
 - 9 Ns/nc
- BIMA05 **¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?**
- 1 Durante los últimos 30 días
 - 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
 - 3 Hace más de un año
 - 9 Ns/nc
- BIMA06 **¿Ha sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIMA07 **¿Ha consumido marihuana a pesar de que no tenía intención de hacerlo?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc

BIMA08	<p>¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que usted pensó?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA09	<p>¿Alguna vez usó marihuana para eliminar problemas como éstos (tarjeta 2) o para evitar que se presentaran?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA10	<p>¿Y ha presentado problemas como éstos (tarjeta 2) cuando suspendía o disminuía el consumo de marihuana?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA11	<p>¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con marihuana, ha consumido mayor cantidad que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA12	<p>¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efectos en usted que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA13	<p>¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de marihuana?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA14	<p>¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de marihuana?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>

BIMA15	<p>¿El uso de marihuana le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA16	<p>¿Continuó consumiendo aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIMA17_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume marihuana de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
BIMA17_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume marihuana frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_MA	<p>Prevalencia de vida de consumo de marihuana</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1A_MA	<p>Prevalencia del último año de consumo de marihuana</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1M_MA	<p>Prevalencia del último mes de consumo de marihuana</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
COCAÍNA	
BICO01	<p>¿Alguna vez probó cocaína?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>

BICO09	<p>¿Alguna vez usó cocaína para eliminar problemas como éstos (tarjeta 2) o para evitar que se presentaran?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO10	<p>¿Y ha presentado problemas como éstos (tarjeta 2) cuando suspendía o disminuía el consumo de cocaína?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO11	<p>¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con cocaína, ha consumido mayor cantidad que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO12	<p>¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efectos en usted que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO13	<p>¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de cocaína?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO14	<p>¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de cocaína?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO15	<p>¿El uso de cocaína le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BICO16	<p>¿Continuó consumiendo aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>

BICO17_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume cocaína de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
BICO17_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume cocaína frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_CO	<p>Prevalencia de vida de consumo de cocaína</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1A_CO	<p>Prevalencia del último año de consumo de cocaína</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1M_CO	<p>Prevalencia del último mes de consumo de cocaína</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
PASTA BASE	
BIPB01	<p>¿Alguna vez probó pasta base?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB02	<p>¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB03	<p>¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez? (Edad en años)</p> <p>99 Ns/nc</p>

- BIPB04 **En el período que usted consumía pasta base con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?**
- 1 Casi todos los días
 - 2 3 o 4 días a la semana
 - 3 1 o 2 días a la semana
 - 4 De 1 a 3 días al mes
 - 5 Menos de una vez al mes
 - 6 Una sola vez
 - 9 Ns/nc
- BIPB05 **¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?**
- 1 Durante los últimos 30 días
 - 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
 - 3 Hace más de un año
 - 9 Ns/nc
- BIPB06 **¿Ha sentido un deseo tan grande de usar pasta base que no pudo resistir o pensar en nada más?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIPB07 **¿Ha consumido pasta base a pesar de que no tenía intención de hacerlo?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIPB08 **¿Ha terminado consumiendo pasta base en mayores cantidades de lo que usted pensó?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIPB09 **¿Alguna vez usó pasta base para eliminar problemas como éstos (tarjeta 2) o para evitar que se presentaran?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc
- BIPB10 **¿Y ha presentado problemas como éstos (tarjeta 2) cuando suspendía o disminuía el consumo de pasta base?**
- 1 Sí
 - 2 No
 - 9 Ns/nc

BIPB11	<p>¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con pasta base, ha consumido mayor cantidad que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB12	<p>¿Ha notado que la misma cantidad de pasta base tiene menos efectos en usted que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB13	<p>¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de pasta base?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB14	<p>¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de pasta base?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB15	<p>¿El uso de pasta base le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB16	<p>¿Continuó consumiendo pasta base aún después de saber que le causa problemas de salud, emocionales o psicológicos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIPB17_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume pasta base de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>

BIPB17_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume pasta base frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_PB	<p>Prevalencia de vida de consumo de pasta base</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1A_PB	<p>Prevalencia del último año de consumo de pasta base</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
P1M_PB	<p>Prevalencia del último mes de consumo de pasta base</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
ÉXTASIS	
BIEX01	<p>¿Alguna vez probó éxtasis?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX02	<p>¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX03	<p>¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez? (Edad en años)</p> <p>99 Ns/nc</p>
BIEX04	<p>En el período que usted consumía éxtasis con mayor frecuencia ¿cada cuánto consumía?</p> <p>1 Casi todos los días</p> <p>2 3 o 4 días a la semana</p> <p>3 1 o 2 días a la semana</p> <p>4 De 1 a 3 días al mes</p> <p>5 Menos de una vez al mes</p> <p>6 Una sola vez</p> <p>9 Ns/nc</p>

BIEX05	<p>¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?</p> <p>1 Durante los últimos 30 días</p> <p>2 Hace más de un mes, pero menos de un año</p> <p>3 Hace más de un año</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX06	<p>¿Ha sentido un deseo tan grande de usar éxtasis que no pudo resistir o pensar en nada más?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX07	<p>¿Ha consumido éxtasis a pesar de que no tenía intención de hacerlo?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX08	<p>¿Ha terminado consumiendo éxtasis en mayores cantidades de lo que usted pensó?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX09	<p>¿Alguna vez usó éxtasis para eliminar problemas como éstos (tarjeta 2) o para evitar que se presentaran?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX10	<p>¿Y ha presentado problemas como éstos (tarjeta 2) cuando suspendía o disminuía el consumo de éxtasis?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX11	<p>¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con éxtasis, ha consumido mayor cantidad que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>

BIEX12	<p>¿Ha notado que la misma cantidad de éxtasis tiene menos efectos en usted que antes?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX13	<p>¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de éxtasis?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX14	<p>¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de éxtasis?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX15	<p>¿El uso de éxtasis le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX16	<p>¿Continuó consumiendo éxtasis aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIEX17_01	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume éxtasis de vez en cuando?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
BIEX17_02	<p>En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume éxtasis frecuentemente?</p> <p>1 Ningún riesgo</p> <p>2 Riesgo leve o moderado</p> <p>3 Gran riesgo</p> <p>9 No sé qué riesgo corre</p>
PV_EX	<p>Prevalencia de vida de consumo de éxtasis</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

P1A_EX

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis

- 1 Sí
- 2 No

P1M_EX

Prevalencia del último mes de consumo de éxtasis

- 1 Sí
- 2 No

INHALABLES

BIIN01

¿Alguna vez probó sustancias como Pegamento, Poxi-rán o similares para inhalar o aspirar?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BIIN02

¿Cuándo fue la primera vez que probó inhalables?

- 1 Durante los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

BIIN03

¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

(Edad en años)

- 99 Ns/nc

BIIN04

En el período que usted consumía inhalables con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

- 1 Casi todos los días
- 2 3 o 4 días a la semana
- 3 1 o 2 días a la semana
- 4 De 1 a 3 días al mes
- 5 Menos de una vez al mes
- 6 Una sola vez
- 9 Ns/nc

BIIN05

¿Cuándo fue la última vez que consumió inhalables?

- 1 Durante los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

PV_IN **Prevalencia de vida de consumo de inhalables**

- 1 Sí
- 2 No

P1A_IN **Prevalencia del último año de consumo de inhalables**

- 1 Sí
- 2 No

P1M_IN **Prevalencia del último mes de consumo de inhalables**

- 1 Sí
- 2 No

OTRAS DROGAS

MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR SIN INDICACIÓN MÉDICA

BIOD01_01 **¿Consumió alguna vez medicamentos para adelgazar sin indicación médica?**

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BIOD01_02 **¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez medicamentos para adelgazar sin indicación médica?**

- (Edad en años)
- 99 Ns/nc

BIOD01_03 **¿Cuándo fue la última vez que consumió medicamentos para adelgazar sin indicación médica?**

- 1 En los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

PV_ANX **Prevalencia de vida de consumo de medicamentos para adelgazar**

- 1 Sí
- 2 No

P1A_ANX **Prevalencia del último año de consumo de medicamentos para adelgazar**

- 1 Sí
- 2 No

P1M_ANX **Prevalencia del último mes de consumo de medicamentos para adelgazar**

- 1 Sí
- 2 No

OPIÁCEOS Y ANESTÉSICOS

BIOD02_01	¿Consumió alguna vez opiáceos y anestésicos? 1 Sí 2 No 9 Ns/nc
BIOD02_02	¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez opiáceos y anestésicos? (Edad en años) 99 Ns/nc
BIOD02_03	¿Cuándo fue la última vez que consumió opiáceos y anestésicos? 1 En los últimos 30 días 2 Hace más de un mes, pero menos de un año 3 Hace más de un año 9 Ns/nc
PV_OA	Prevalencia de vida de consumo de opiáceos y anestésicos 1 Sí 2 No
P1A_OA	Prevalencia del último año de consumo de opiáceos y anestésicos 1 Sí 2 No
P1M_OA	Prevalencia del último mes de consumo de opiáceos y anestésicos 1 Sí 2 No
CRACK	
BIOD03_01	¿Consumió alguna vez crack? 1 Sí 2 No 9 Ns/nc
BIOD03_02	¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez crack? (Edad en años) 99 Ns/nc
BIOD03_03	¿Cuándo fue la última vez que consumió crack? 1 En los últimos 30 días 2 Hace más de un mes, pero menos de un año 3 Hace más de un año 9 Ns/nc

PV_CK	Prevalencia de vida de consumo de crack
	1 Sí
	2 No
P1A_CK	Prevalencia del último año de consumo de crack
	1 Sí
	2 No
P1M_CK	Prevalencia del último mes de consumo de crack
	1 Sí
	2 No
ALUCINÓGENOS	
BIOD04_01	¿Consumió alguna vez alucinógenos?
	1 Sí
	2 No
	9 Ns/nc
BIOD04_02	¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez alucinógenos? (Edad en años)
	99 Ns/nc
BIOD04_03	¿Cuándo fue la última vez que consumió alucinógenos?
	1 En los últimos 30 días
	2 Hace más de un mes, pero menos de un año
	3 Hace más de un año
	9 Ns/nc
PV_AL	Prevalencia de vida de consumo de alucinógenos
	1 Sí
	2 No
P1A_AL	Prevalencia del último año de consumo de alucinógenos
	1 Sí
	2 No
P1M_AL	Prevalencia del último mes de consumo de alucinógenos
	1 Sí
	2 No

OTRAS DROGAS

BIOD05_01

¿Consumió alguna vez otras drogas?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BIOD05_02

¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez otras drogas?

(Edad en años)

- 99 Ns/nc

BIOD05_03

¿Cuándo fue la última vez que consumió otras drogas?

- 1 En los últimos 30 días
- 2 Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3 Hace más de un año
- 9 Ns/nc

IMPACTO DEL CONSUMO EN LAS ACTIVIDADES HABITUALES

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

BIBA10

¿Cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales (trabajo, estudio, etc.)?

(Cantidad de días)

- 999 Ns/nc
- 0 Ningún día

BIBA11

En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso de alcohol?

(Cantidad de días)

- 999 Ns/nc

BIBA12

¿Ha tenido algún accidente laboral que pudo estar relacionado con el uso de alcohol?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

BIBA13

¿Ha tenido algún accidente de tránsito que pudo estar relacionado con el uso de alcohol?

- 1 Sí
- 2 No
- 9 Ns/nc

DROGAS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS

BIIM01	<p>En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado al trabajo o ha suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso de drogas?</p> <p>(Cantidad de días)</p> <p>888 No consumió</p> <p>999 Ns/nc</p>
BIIM02	<p>En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado al trabajo o ha suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso conjunto de alcohol y droga</p> <p>(Cantidad de días)</p> <p>888 No consumió</p> <p>999 Ns/nc</p>
BIIM03	<p>¿Ha tenido algún accidente laboral que pudo estar relacionado con el uso de drogas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIIM04	<p>¿Ha tenido algún accidente de tránsito que pudo estar relacionado con el uso de drogas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
<h2>DEMANDA DE TRATAMIENTO</h2>	
BIDT01	<p>¿Alguna vez buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>9 Ns/nc</p>
BIDT02_01	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Alcohólicos Anónimos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_02	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Narcóticos Anónimos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

BIDT02_03	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Grupos de autoayuda para problemas de tabaquismo?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_04	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Comunidades terapéuticas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_05	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Centros de alcoholismo?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_06	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Consultorios externos?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_07	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Clínicas psiquiátricas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_08	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Centros de desintoxicación?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_09	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Hospitales generales?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_10	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Centros de salud mental?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>
BIDT02_11	<p>¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Servicios gratuitos de líneas telefónicas?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p>

BIDT02_12

¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en Iglesias o grupos religiosos?

- 1 Sí
- 2 No

BIDT02_13

¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en otro lugar?

- 1 Sí
- 2 No

BIDT03

¿Está o estuvo en tratamiento por consumo de sustancias?

- 1 Sí, está actualmente
- 2 Sí, estuvo alguna vez
- 3 Nunca estuvo

ANEXO 1: Aspectos metodológicos

1. Diseño muestral

El diseño muestral de la ENPreCoSP-2011 es probabilístico multietápico, contemplando la selección de personas a través de cuatro etapas.

Las tres primeras -departamento, área y vivienda- corresponden al Marco de Muestreo Nacional de Viviendas (MMNV), una muestra probabilística maestra de áreas, cuyo dominio es el total urbano-rural del país. La cuarta, que atañe a la selección de la persona a entrevistar, surgió a partir de la utilización en campo de la tabla de Kish.

La selección de las viviendas (tercera etapa) fue realizada mediante muestreo estratificado. El listado de las mismas en las áreas seleccionadas del marco se encuentra ingresado en soporte informático: esto permite seleccionar luego muestras de viviendas según diferentes criterios en lo que hace a tamaño y dominios de estimación.

1.1 Primera etapa de muestreo: departamentos o partidos

Del universo muestreado, el total de unidades primarias que componen el MMNV es de 167 departamentos o partidos, de las cuales 73 han sido incorporadas de facto. Este grupo incluye a los departamentos donde están ubicadas las ciudades de 100.000 o más habitantes, así como aquellos que contienen ciudades de tamaño intermedio de algunas regiones con menor concentración de población. Los restantes 94 departamentos han sido seleccionados de un total de 439. La fracción de muestreo en esta etapa es 167 sobre 512.

Para la estratificación aplicada en esta etapa de selección se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Provincia; Tamaño de la localidad con mayor población del departamento o partido; Proporción de población rural; Ubicación geográfica dentro de la provincia y distancia entre la localidad más importante y la capital de la provincia. Las probabilidades de selección asignadas a los departamentos fueron proporcionales a las cantidades de viviendas particulares, ocupadas o en construcción, registradas en el Censo 2001.

Dado que toda información estadística debe ser asignada a una unidad territorial, el país se divide en divisiones políticas (provincias, departamento o partidos) y en divisiones censales (la fracción y el radio).

1.2 Segunda etapa de muestreo: áreas

La segunda etapa de selección de la muestra corresponde a las áreas. Estas son unidades definidas para la asignación de las cargas de trabajo de los censistas (radios censales o conjuntos de radios censales contiguos); generalmente están conformadas por un conjunto de manzanas o sectores de alrededor de 350 viviendas.

El tamaño mínimo de viviendas dentro de cada radio censal es de 90 viviendas en áreas urbanas y de 50 en áreas rurales. Se ha controlado que su superficie total no exceda 45.000 has. Cuando la superficie de los radios censales que configuran un área es muy extensa, ésta se ha delimitado excluyendo las zonas más inaccesibles y donde se espera una menor cantidad de viviendas.

En total se seleccionaron 3.593 áreas de un total de 28.846 existentes en el universo.

Para la estratificación aplicada en esta etapa de selección se tuvieron en cuenta las siguientes variables: porcentajes de viviendas con agua por cañería de fuente pública o bomba a motor; porcentaje de viviendas sin piso de tierra; porcentaje de hogares con baño con descarga de agua de uso exclusivo; porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años con primaria completa y porcentaje de jóvenes de 20 a 34 años con secundaria completa. Las probabilidades de selección asignadas a los departamentos fueron proporcionales a las cantidades de viviendas particulares, ocupadas o en construcción, registradas en el Censo 2001. Las áreas de los departamentos incluidos con probabilidad 1 fueron estratificadas por nivel educativo del jefe de hogar.

Solo las áreas seleccionadas son incluidas en el MMNV, conformando la muestra maestra de áreas.

1.3 Tercera etapa de muestreo: viviendas

Luego de la selección de áreas, en el marco quedan 1.382.769 viviendas de un total de 12.841.450 existentes en el universo. La tercera y última etapa antes de salir a campo, es la selección de viviendas dentro de las áreas seleccionadas e incluidas en el marco.

Dentro de cada área seleccionada en la etapa anterior, las viviendas son listadas exhaustivamente y se procede a realizar la tercera selección mediante un muestreo sistemático. Cabe aclarar que el listado de viviendas se mantiene actualizado de manera permanente.

En esta etapa se seleccionaron 51.043 viviendas ubicadas en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de la República Argentina para la muestra de ENPreCoSP-2011.

1.4 Cuarta etapa de selección: individuos

Dentro de cada vivienda se relevaron todos los hogares particulares encontrados. Dentro de cada hogar se introduce la última etapa de selección: el individuo a entrevistar. Esta etapa se lleva a cabo durante el operativo de campo mediante la implementación de la tabla de Kish, la cual nos permite seleccionar aleatoriamente una persona entre aquellas que están en condiciones de ser entrevistadas. Cabe aclarar que este individuo debe tener entre 16 y 65 años de edad.

A partir del diseño muestral se desprende que la unidad estadística es la vivienda, la unidad de relevamiento el hogar, y la unidad de análisis el individuo.

2. Población objetivo y dominios de estimación

La población objetivo para esta encuesta comprende las personas con edades entre 16 y 65 años que habitan en viviendas particulares ubicadas en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de la República Argentina.

La encuesta permite considerar los siguientes dominios de estimación:

- total del país
- 6 regiones estadísticas:
 - o GBA
 - o Pampeana
 - o NOA
 - o NEA
 - o Cuyo
 - o Patagónica
- 4 agrupamientos de poblaciones urbanas:
 - o más de 1.500.000 habitantes
 - o de 500.001 a 1.500.000 habitantes
 - o de 100.001 a 500.000 habitantes
 - o de 5.000 a 100.000 habitantes
- División política:
 - o 23 provincias
 - o Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- 7 aglomerados urbanos de 500.000 y más habitantes:
 - o Gran Buenos Aires
 - o Gran Córdoba
 - o Gran Rosario
 - o Gran Mendoza
 - o Gran Tucumán-Tafí Viejo
 - o Gran La Plata
 - o Mar del Plata-Batán

3. Análisis de la muestra

3.1 Características de la muestra

A partir de estudios previos y sobre la base de estimaciones de prevalencias para diversas sustancias, el tamaño muestral para cada jurisdicción del país resultó el siguiente:

Cuadro 1: Viviendas seleccionadas para ENPreCoSP-2011 por jurisdicción

Provincia	Frecuencia
Total país	51.043
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.435
24 Partidos del Conurbano	4.250
Pcia. de Bs. As. (sin 24 Ptdos.)	3.362
Catamarca	1.801
Córdoba	2.602
Corrientes	1.799
Chaco	1.795
Chubut	1.833
Entre Ríos	1.826
Formosa	1.801
Jujuy	1.819
La Pampa	1.792
La Rioja	1.794
Mendoza	1.818
Misiones	1.794
Neuquén	1.794
Río Negro	1.816
Salta	1.797
San Juan	1.801
San Luis	1.804
Santa Cruz	1.798
Santa Fe	2.417
Santiago del Estero	1.801
Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	1.802
Tucumán	1.692

Fuente: INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP-2011).

Teniendo en cuenta mediciones de No Respuesta en encuestas anteriores, el diseño de la ENPreCoSP-2011 prevé un tamaño muestral final no menor a 1.200 viviendas respuesta por jurisdicción.

En cada vivienda se encuesta a todos los hogares que la habitan, considerándose que un hogar lo conforman aquellas personas, parientes o no, que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación y/u otros gastos esenciales para vivir.

Cada vivienda seleccionada en la muestra puede ser encuestable o no encuestable. Se considera encuestable a aquella vivienda en la cual existe al menos un hogar, y no encuestable, a aquella en la cual no habita ningún hogar en forma permanente al momento de la entrevista, por ejemplo, vivienda deshabitada, usada como establecimiento o negocio, en construcción, etc.

3.2 Rendimiento de la muestra

Si bien la ENPreCoSP se mide en individuos que habitan hogares particulares, el rendimiento de la muestra se mide en términos de viviendas, ya que la muestra obtenida a partir del marco muestral, es de viviendas. Recordemos que del marco muestral se obtienen las tres primeras etapas de muestreo (departamento, área y vivienda).

3.2.1. Rendimiento efectivo

De las 51.043 viviendas en la muestra, resultaron encuestables 45.828, representando el 89,8% del total de viviendas seleccionadas. A partir de este conjunto, se obtuvo respuesta en 38.912 viviendas. Por lo tanto, el rendimiento efectivo de la muestra, medido en viviendas, fue de 84,9%.

Cuadro 2: Rendimiento efectivo de la muestra por jurisdicción

Jurisdicción	Rendimiento efectivo de la muestra
Total	84,91%
Salta	98,38%
La Rioja	95,56%
Formosa	95,17%
Misiones	94,76%
Tucumán	94,32%
Entre Ríos	93,74%
San Luis	92,31%
Santiago del Estero	92,21%
Jujuy	91,39%
Corrientes	91,07%
Catamarca	90,03%
Santa Cruz	89,49%
Río Negro	89,36%
Chaco	88,90%
Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	87,60%
Chubut	86,08%
La Pampa	85,95%
Pcia. de Bs. As. (sin 24 Ptdos.)	84,64%
San Juan	84,28%
Mendoza	83,38%
Córdoba	82,85%
Neuquén	80,23%
Santa Fe	77,67%
Ciudad Autónoma de Bs. As.	69,69%
24 Partidos del Conurbano	55,10%

Fuente: INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP-2011).

En esas viviendas se encontraron 40.227 hogares, recordando que en una misma vivienda pueden alojarse uno o más hogares.

3.2.2. Rendimiento específico

Para responder el bloque individual del cuestionario, se seleccionó en cada hogar, de manera aleatoria, una persona de las que tenían entre 16 y 65 años de edad. Se obtuvo respuesta en 33.373 viviendas. De esta manera, del total de viviendas encuestables de la muestra de origen (45.828), se logró información para la unidad de análisis, en un 72,8%, que llamamos rendimiento específico de la muestra de viviendas.

Cuadro 3: Rendimiento específico de la muestra por provincia

Jurisdicción	Rendimiento efectivo de la muestra
Total	72,82%
Salta	89,58%
Formosa	87,63%
La Rioja	86,43%
Misiones	85,67%
Tucumán	85,56%
Jujuy	82,78%
Santiago del Estero	82,46%
Catamarca	82,04%
Santa Cruz	81,83%
Corrientes	81,29%
Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	81,28%
San Luis	79,70%
Entre Ríos	79,57%
Chaco	78,09%
Río Negro	77,37%
Chubut	75,31%
Neuquén	70,59%
La Pampa	70,40%
San Juan	70,07%
Córdoba	69,81%
Mendoza	68,23%
Pcia. de Bs. As. (sin 24 Ptdos.)	66,25%
Santa Fe	60,20%
Ciudad Autónoma de Bs. As.	53,63%
24 Partidos del Conurbano	39,40%

Fuente: INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP-2011).

3.3. Medición de la No respuesta

A diferencia del rendimiento de la muestra (tanto el efectivo como el específico), donde la unidad de análisis es la vivienda, cuando hablamos de medición de la No Respuesta, hablamos en términos de hogares. De esta manera pasamos a tener 52.598 viviendas seleccionadas/hogares detectados (casos) en vez de las 51.043 viviendas de la muestra de origen.

En términos de resultados, en ENPreCoSP-2011 la respuesta fue del 76,48% de las viviendas seleccionadas/hogares detectados.

La jurisdicción que presentó el mayor nivel de Respuesta fue la Provincia de Salta con un 87,98%; mientras que la más baja Respuesta se ubicó en los 24 partidos del conurbano bonaerense, con tan solo el 50,62% y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el 62,47%. Cabe aclarar que exceptuando estas dos jurisdicciones el resto han presentado valores mayores al 70%.

La No Respuesta fue del 23,52%, compuesta por un 10,05% de No Respuesta No Efectiva⁽¹⁾ y un 13,47% de No Respuesta Efectiva⁽²⁾.

⁽¹⁾ La No Respuesta es No Efectiva cuando no se puede obtener el dato buscado por alguna de las siguientes causas: la vivienda estaba deshabitada, demolida, estaba siendo utilizada como fin de semana, estaba en construcción, era una vivienda utilizada como establecimiento o presentaba variaciones en el listado. Todas estas causas implican que en la vivienda seleccionada no había un hogar residiendo en la semana de referencia del operativo.

⁽²⁾ La No Respuesta Efectiva se produce cuando se detecta la presencia de un hogar residiendo en dicha dirección y no se puede obtener el dato debido a que los habitantes estaban ausentes, rechazaron ser encuestados u otras causas, como ser duelo, alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero, problemas de seguridad o por problemas de accesibilidad, climáticos u otros.

Las jurisdicciones con mayores niveles de No Respuesta No Efectiva fueron Resto de la provincia de Buenos Aires y La Pampa, con 16,10% y 14,15% respectivamente; mientras que los valores más bajos se encontraron en Santa Cruz y Chaco, con 6,21% y 7,62% respectivamente⁽²⁾.

En cuanto a la No Respuesta Efectiva, los porcentajes más altos se encontraron en los 24 partidos del conurbano bonaerense (41,38%) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (27,04%); mientras que los valores más bajos fueron para Salta (1,45%) y La Rioja (3,92%).

A continuación se presentan los datos correspondientes a las distintas jurisdicciones del país según las distintas causas de No Respuesta.

Cuadro 4: Porcentaje de hogares Respuesta y No Respuesta sobre el total de viviendas/hogares.

Jurisdicción	% hogares Respuesta	% de hogares No Respuesta		
		% Subtotal No Respuesta	% Efectiva	% No Efectiva
Total	76,48	23,52	13,47	10,05
Salta	87,98	12,02	1,45	10,57
Tucumán	85,84	14,16	4,99	9,18
La Rioja	85,43	14,57	3,92	10,66
Formosa	84,54	15,46	4,18	11,28
Misiones	83,97	16,03	4,58	11,45
Corrientes	83,88	16,12	7,96	8,17
Santiago del Estero	83,80	16,20	6,93	9,26
Entre Ríos	83,74	16,26	5,51	10,75
Santa Cruz	83,71	16,29	10,08	6,21
San Luis	83,54	16,46	6,85	9,61
Jujuy	83,00	17,00	7,55	9,46
Chaco	82,17	17,83	10,21	7,62
Catamarca	80,93	19,07	8,91	10,16
Río Negro	80,84	19,16	9,39	9,77
Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur	80,74	19,26	11,46	7,80
Chubut	79,30	20,70	12,51	8,18
Córdoba	75,67	24,33	15,45	8,89
San Juan	75,65	24,35	13,63	10,72
Mendoza	75,45	24,55	14,79	9,76
La Pampa	73,89	26,11	11,96	14,15
Neuquén	71,26	28,74	17,68	11,06
Pcia. de Bs. As. (sin 24 Ptdos.)	71,07	28,93	12,83	16,10
Santa Fe	70,27	29,73	19,78	9,95
Ciudad Autónoma de Bs. As.	62,47	37,53	27,04	10,49
24 Partidos del Conurbano	50,62	49,38	41,38	7,99

Fuente: INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011 (ENPreCoSP-2011).

4. Expansión de la muestra y calibración de los factores de expansión

Una etapa crítica en toda encuesta con un diseño muestral complejo, como es el de la ENPreCoSP-2011, es la expansión de la información relevada para la muestra al universo de referencia o población objetivo. La metodología de ponderación de los datos muestrales debe atender simultáneamente varios requerimientos a saber: eficiencia, flexibilidad y atenuación de otro tipo de errores. Las distintas temáticas estudiadas y la necesidad de lograr estimaciones para cada una de ellas a distintos niveles de desagregación obliga a que dicha metodología sea la más eficiente posible en términos de precisión, cuidando no privilegiar a algunas en perjuicio de otras. Su implementación tiene que ser simple y única a causa del gran volumen de datos involucrados. Por otro lado, debe ser flexible para facilitar el uso de los datos por distintos investigadores

y económica en los tiempos de ejecución y cálculo. Por último, deberá atenuar posibles sesgos por no-respuesta, imputación y otros errores no muestrales siempre presentes en investigaciones de esta magnitud.

4.1. Cálculo de los pesos iniciales para la ENPreCoSP-2011

Los valores muestrales se expandieron aplicando los factores de expansión correspondientes a cada etapa de selección: departamento, área en cada departamento y vivienda dentro de cada área.

Finalmente se corrigió la no respuesta dentro de cada estrato, considerando que aquellas viviendas que no respondieron tienen el mismo comportamiento que las del estrato al cual pertenecen.

El factor de corrección por no respuesta fue definido como el cociente entre las viviendas que responden, más las que no responden teniendo al menos un hogar, dividido por las viviendas respondidas.

4.2. Calibración de los factores de expansión

Uno de los problemas más comunes en las encuestas complejas de gran envergadura, es la introducción de sesgos en la etapa de estimación. A este problema se le agregan los originados por desactualización del marco muestral empleado para la selección, el no relevamiento total o parcial de algunas unidades de muestreo, errores que se introducen en la etapa de la recolección de datos, ingreso o codificación, y la imputación de valores faltantes en ciertas variables de interés.

Todas estas dificultades y dependiendo de la magnitud de los errores llevan a que los sesgos puedan ser pronunciados, impidiendo una interpretación correcta de las estimaciones o imposibilitando la comparación de los resultados con fuentes alternativas.

Como consecuencia de ellos en la práctica es habitual corregir o calibrar los pesos o factores de expansión iniciales (las inversas de las probabilidades de inclusión) con ayuda de información auxiliar conocida o preestablecida a partir de registros o fuentes externas.

Naturalmente la corrección se debe valer de argumentos estadísticos sólidos que determinen pesos óptimos en algún sentido. Es decir, es importante que en las estimaciones no se introduzcan sesgos a causa de la metodología a emplear (con una magnitud tal que lleven a producir importantes crecimientos en el Error Cuadrático Medio del estimador, la habitual medida de precisión en estas circunstancias).

Para la ENPreCoSP-2011 se optó por trabajar con una adaptación del Programa de Calibración de la EPH [INDEC (2010) Ponderamiento de la muestra y tratamiento de valores faltantes en las variables de ingreso en la Encuesta Permanente de Hogares, Metodología N°15], una macro programada en STATA 9.0 empleando una modificación del método de Huang-Fuller [ver Singh, Avi , Mohl, Chris (1996). Understanding Calibration Estimators in Survey Sampling. Survey Methodology, vol. 22 no. 2].

A continuación se presenta un cuadro comparativo de las dispersiones de los factores de ajuste de la calibración para el tercer trimestre de 2011 de la Encuesta Permanente de Hogares y los resultados obtenidos en la calibración de la ENPreCoSP, donde Ajuste es el cociente entre peso -el factor de expansión resultante del proceso de calibración- y pondevie -el factor de expansión de diseño corregido por no respuesta-:

Ajuste=peso/pondevie		
Indicador	EPH-3 tr. 2011	ENPRECOSP
Media	1.15	1.04
DesvEst	0.24	0.21
p5	0.82	0.73
p10	0.90	0.81
p25	1.01	0.90
p50	1.12	1.03
p75	1.26	1.15
p90	1.43	1.29
p95	1.58	1.41

Con respecto a la información auxiliar empleada para la calibración, se recurrió a proyecciones de población calculadas por el INDEC para el período de referencia de la Encuesta (a nivel provincial y a nivel de aglomerado según la Encuesta Permanente de Hogares), a las cuales se les aplicó la estructura interna de la muestra para las variables sexo (varón-mujer), grupo de edad (0 a 15 años, 16 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 65 años y mayor de 65 años).

Para salvar posibles inconsistencias en los cuadros a publicar, los pesos calibrados fueron tratados por un algoritmo de redondeo para eliminar la componente decimal con la que salen del proceso iterativo, sin destruir las concordancias alcanzadas.

Es oportuno aclarar que la calibración se efectuó en forma independiente para las viviendas de cada dominio de estimación.

4.3. Control de estructuras de población

Con el fin de evaluar la muestra obtenida, se comparó la estructura de edad de población expandida sin calibrar de la ENPreCoSP-2011 con las proyecciones de población elaboradas por el INDEC correspondientes al 30 de junio de 2011.

La comparación no arrojó diferencias por lo que se deduce que la muestra es representativa de la población, y al momento de la calibración ésta se realizó con respecto a la estructura por edad y sexo de la propia encuesta.

Bibliografía

Deville, J. y Särndal, C.E. (1992). Calibration Estimators in Survey Sampling. *JASA*, 87, 376-382.

Deville, J., Särndal, C.E., Sautory O. (1993). Generalized Raking Procedures in Survey Sampling. *JASA*, 88, 1013-1020.

Särndal, C.E, Swesson, B y Wretman, J.H. (1992). *Model Assisted Survey Sampling*. New York: Springer-Verlag.

SAS/STAT User's Guide Release 8.2 Edition. SAS Institute Inc., Cary, NC, USA Sautory, O. (1993).

ANEXO 2: Aspectos conceptuales

Definiciones de variables construidas

En este anexo se presentan definiciones básicas de las variables construidas a partir de una o varias preguntas del cuestionario.

La construcción de estas variables obedeció a diferentes objetivos. En algunos casos, como la variable “grupo de edad”, sirvió para reagrupar las modalidades de respuesta para facilitar el análisis. En otros casos, como “nivel de instrucción”, permitió obtener una variable resumen a partir de un conjunto de dos o más preguntas. Finalmente, existen otras variables en las que se construyó un indicador completo utilizado internacionalmente a partir de un conjunto de preguntas del cuestionario.

Estas variables son: tipo de hogar, rango de ingreso, necesidades básicas insatisfechas, grupo de edad, nivel de instrucción, cobertura de salud, condición de actividad, categoría ocupacional, prevalencia de vida, prevalencia del último año, prevalencia del último mes, consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas y abuso de bebidas alcohólicas

• Tipo de hogar

La variable “tipo de hogar” fue construida a partir de las diferentes combinaciones de respuesta a la pregunta 3 del capítulo 5 del Bloque del Hogar (“¿Cuál es la relación de parentesco con el jefe/a?”), y permite categorizar a los hogares según su composición.

Se denomina hogar conyugal al hogar integrado por un núcleo conyugal primario con o sin la presencia de otros miembros.

Núcleo conyugal es una familia exclusivamente formada en alguna de las siguientes formas: a) Una pareja sola, es decir sin hijos, b) una pareja con hijos, c) un progenitor (padre o madre) con hijos.

Se denomina hogar no conyugal a aquél que no está constituido por un núcleo conyugal primario. Puede estar constituido por a) sólo parientes no nucleares, b) sólo no parientes o c) parientes no nucleares y no parientes.

Se presentan a continuación los diferentes tipos de hogar y sus definiciones:

1. Hogar unipersonal: en el hogar hay sólo un jefe y ningún otro miembro.
2. Hogar multipersonal conyugal completo sin hijos ni otros miembros: en el hogar hay un jefe y su cónyuge y no hay hijos ni otros miembros (parientes o no parientes).
3. Hogar multipersonal conyugal completo sin hijos y con otros miembros: en el hogar hay un jefe y su cónyuge, no hay hijos y hay otros miembros (parientes o no parientes).
4. Hogar multipersonal conyugal completo con hijos sin otros miembros: en el hogar hay un jefe, su cónyuge y hay al menos un hijo. No hay otros miembros (parientes o no parientes).
5. Hogar multipersonal conyugal completo con hijos y con otros miembros: en el hogar hay un jefe, su cónyuge, hay al menos un hijo y hay otros miembros.
6. Hogar multipersonal conyugal incompleto sin otros miembros: en el hogar hay un jefe y al menos un hijo, sin la presencia del cónyuge ni de otros miembros (parientes o no parientes).
7. Hogar multipersonal conyugal incompleto con otros miembros: en el hogar hay un jefe y al menos un hijo, sin la presencia del cónyuge. Hay otros miembros (parientes o no parientes).
8. Hogar multipersonal no conyugal: en el hogar hay un jefe, no hay cónyuge, no hay hijos y hay al menos un miembro pariente o no pariente.

• Rango de ingreso

La variable “rango de ingreso” se construyó a partir de las respuestas a las preguntas del capítulo 8 del Bloque del Hogar. El monto declarado en la pregunta 1 se llevó a los rangos de ingreso de la pregunta 2, unificándose así las respuestas declaradas en la pregunta 1 y 2 en los siguientes tramos de ingreso:

0. Sin ingresos
1. 1 a 600
2. 601 a 800
3. 801 a 1.000
4. 1.001 a 1.500
5. 1.501 a 2.000
6. 2.001 a 2.500
7. 2.501 a 3.000
8. 3.001 a 3.500
9. 3.501 a 4.000
10. 4.001 a 5.000
11. 4.500 a 5.000
12. 5.001 a 6.000
13. 6.001 a 7.000
14. 7.001 a 4.000
15. 8.001 a 10.000
16. 10.001 a 15.000
17. 15.001 y más
99. Ns/nc

• Necesidades básicas insatisfechas

Los hogares con necesidades básicas insatisfechas son aquellos que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación:

- Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.
- Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

En esta encuesta se presentan cuatro de los cinco indicadores de NBI. El indicador de capacidad de subsistencia no fue construido, ya que para ello es necesario contar con la condición de actividad de todos los miembros del hogar, información no captada en esta encuesta.

Se presenta también, a modo de indicador resumen, el NBI total, que da cuenta de la cantidad de indicadores de NBI que tiene cada hogar.

• Grupo de edad

La variable “grupo de edad” se construyó mediante el reagrupamiento de las edades simples (pregunta 5 del capítulo componentes del hogar). Estos rangos permiten categorizar a todos los componentes del hogar en tanto adolescentes o jóvenes, adultos menores, adultos, adultos mayores y mayores.

Los grupos de edad presentados son:

1. 0 a 15 años
2. 16 a 24 años
3. 25 a 34 años
4. 35 a 49 años
5. 50 a 65 años
6. 66 años y más

• Nivel de instrucción

La variable “nivel de instrucción” fue construida con las variables 8, 9, 10 y 11 del capítulo 5 del Bloque del Hogar y permite categorizar el nivel de instrucción de cada uno de los componentes del hogar.

Durante la década de los 90 se estableció una nueva ley educativa (la Ley Federal de Educación), implementada de manera parcial en el ámbito nacional, de manera que, actualmente, conviven ambos sistemas. Para homologar a la población que asiste/asistió a la escuela formal bajo una y otra estructura, se utilizó el siguiente procedimiento: la población que declaró que asiste/asistió a niveles educativos y/o grados o años pertenecientes a la nueva estructura educativa ha sido asignada al año equivalente de la estructura anterior a la Ley Federal de Educación. En este sentido, 1°, 2° y 3° grados del nivel primario equivalen al ciclo EGB1; 4°, 5° y 6° grados del nivel primario equivalen a EGB2; 7° grado del nivel primario equivale al primer año de EGB3 y los dos siguientes de este nivel, a 1° y 2° años del secundario. Por último, 3°, 4° y 5° años del nivel secundario equivalen al nivel polimodal.

Adicionalmente se consideran otras cuatro categorías: una para aquellos que no han ingresado nunca al sistema educativo formal o que alcanzaron el nivel de jardín o preescolar (sin instrucción), otra para aquellos que están en un régimen especial (educación especial) y dos categorías para aquellos que asisten/asistieron a instituciones terciarias o universitarias según hayan finalizado o no esos niveles (terciario o universitario completo y terciario o universitario incompleto).

En resumen, los niveles de instrucción presentados son los siguientes:

1. Sin instrucción
2. Primario incompleto
3. Primario completo
4. Secundario incompleto
5. Secundario completo
6. Terciario o universitario incompleto
7. Terciario o universitario completo
8. Educación especial

• Cobertura de salud

La variable “cobertura de salud” fue construida a partir de las combinaciones posibles de respuesta de los miembros de cada hogar a la pregunta 12 del capítulo 5 del Bloque del Hogar, que es una pregunta con respuesta múltiple.

Las combinaciones de respuesta fueron reagrupadas, conformando las siguientes categorías:

1. Sólo plan de salud privado
2. Plan de salud privado y otro
3. Sólo obra social
4. Obra social y otro no privado
5. Sólo servicio de emergencia
6. Sólo plan o seguro público
7. Plan o seguro público y servicio de emergencia
8. No está asociado a nada
9. Ns/nc

• Condición de actividad

La "condición de actividad"⁽³⁾ fue calculada tanto para el jefe del hogar como para el seleccionado, con las preguntas 1 a 7 de los capítulos Situación Laboral.

Las categorías de esta variable son:

1. Ocupados: conjunto de personas 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). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.
2. Desocupados: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, los desocupados que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, los ocupados en puestos por debajo de la remuneración mínima o en puestos por debajo de su calificación, etc.
3. Inactivos: conjunto de personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente. Puede subdividirse en inactivos marginales e inactivos típicos según estén dispuestos o no a trabajar.

• Categoría ocupacional

La "categoría ocupacional" fue calculada tanto para el jefe del hogar como para el seleccionado, con las preguntas 8 y 9 de los capítulos Situación Laboral.

Las categorías de esta variable son:

1. Patrón o empleador: trabaja para su propio negocio/empresa/actividad y emplea al menos una persona asalariada.
2. Cuenta propia: trabaja para su propio negocio/empresa/actividad y no emplea ninguna persona asalariada.
3. Asalariado (excluye servicio doméstico): trabaja como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución (incluye agencia de empleo).
4. Asalariado (sólo servicio doméstico): trabaja como servicio doméstico.
5. Trabajador familiar sin pago: trabaja como trabajador familiar sin pago.
9. Ns/nc

• Consumo de sustancias psicoactivas

Para todas las sustancias relevadas, se construyeron los siguientes indicadores:

- Prevalencia de vida: proporción de personas que consumieron la sustancia alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas.
- Prevalencia del último año: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.
- Prevalencia del último mes: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.

Se construyeron los siguientes indicadores de consumo de bebidas alcohólicas:

- Consumo episódico excesivo de cerveza
- Consumo episódico excesivo de vino
- Consumo episódico excesivo de bebidas fuertes
- Consumo episódico excesivo entre semana
- Consumo episódico excesivo en fin de semana
- Consumo episódico excesivo total y combinado
- Abuso de cerveza

⁽³⁾ Definiciones extraídas de Mercado de trabajo: principales indicadores. Resultados trimestrales y semestrales, Encuesta Permanente de Hogares, 13.03.06.

- Abuso de vino
- Abuso de bebidas fuertes
- Abuso entre semana
- Abuso en fin de semana
- Abuso total combinado de bebidas alcohólicas

Los indicadores de consumo episódico excesivo fueron construidos de acuerdo con los criterios sugeridos por el CDC⁽⁴⁾, la OPS y otros y su elaboración se detalla más adelante.

Los indicadores de abuso fueron construidos con el mismo criterio utilizado en el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004 (ENCoSP-2004) a los efectos de comparar resultados respecto del abuso de bebidas alcohólicas.

Ambos indicadores apuntan a caracterizar el consumo excesivo de alcohol y están definidos por diferentes cantidades de tragos de bebida alcohólica; el consumo excesivo está definido por el consumo de una cantidad de tragos única (cinco), mientras que el abuso considera pesos diferenciales según el tipo de bebida: 8 tragos para cerveza, 5 tragos para vino y 3 tragos para bebida fuerte.

Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas: resulta de que el encuestado haya consumido 5 o más tragos de cerveza, vino o bebidas fuertes, al menos una vez en los últimos 30 días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o en el fin de semana.

Abuso de bebidas alcohólicas total combinado: resulta de que el encuestado haya consumido, al menos una vez en los últimos 30 días, 8 o más tragos de cerveza y/o 5 tragos de vino y/o 3 tragos bebidas fuertes, ya sea entre semana o en el fin de semana.

Los indicadores sobre consumo episódico excesivo y sobre abuso se presentan en forma diferenciada según el tipo de bebida (sin discriminar el momento de la semana en el que se produjo el consumo) y según de si se trata de consumo entre semana o de fin de semana (sin diferenciar el tipo de bebida consumida).

⁽⁴⁾ Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for chronic disease surveillance. MMWR 2004.

Anexo 3

Construcción de Indicadores y Variables

-Prevalencia:

Prevalencia de vida: proporción de personas que consumieron la sustancia alguna vez en la vida sobre el total de las personas estudiadas.

Prevalencia del último año: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 12 meses sobre el total de las personas estudiadas.

Prevalencia del último mes: proporción de personas que consumieron la sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas.

-Abuso de Sustancias:. Los indicadores de abuso fueron contruidos con el mismo criterio utilizado en el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004 (ENCoSP-2004) a los efectos de comparar resultados respecto del abuso de bebidas alcohólicas. Se apunta a caracterizar el consumo excesivo de alcohol y está definidos por diferentes cantidades de tragos de bebida alcohólica, considerando pesos diferenciales según el tipo de bebida: 8 tragos para cerveza, 5 tragos para vino y 3 tragos para bebida fuerte.

-Grupo de edad: se construyó mediante el reagrupamiento de las edades simples (pregunta 5 del capítulo componentes del hogar). Estos rangos permiten categorizar a todos los componentes del hogar en tanto adolescentes o jóvenes, adultos menores, adultos, adultos mayores y mayores. Los grupos de edad presentados son:

1. 0 a 15 años
2. 16 a 24 años
3. 25 a 34 años
4. 35 a 49 años
5. 50 a 65 años

-Nivel de instrucción: La variable “nivel de instrucción” fue construida con las variables 8, 9, 10 y 11 del capítulo 5 del Bloque del Hogar y permite categorizar el nivel de instrucción de cada uno de los componentes del hogar.

En resumen, los niveles de instrucción presentados son los siguientes:

1. Sin instrucción
2. Primario incompleto
3. Primario completo
4. Secundario incompleto
5. Secundario completo
6. Terciario o universitario incompleto
7. Terciario o universitario completo
8. Educación especial

-Cobertura de salud: Fue construida a partir de las combinaciones posibles de respuesta de los miembros de cada hogar a la pregunta 12 del capítulo 5 del Bloque del Hogar, que es una pregunta con respuesta múltiple. Las combinaciones de respuesta fueron reagrupadas, conformando las siguientes categorías:

1. Sólo plan de salud privado
2. Plan de salud privado y otro
3. Sólo obra social
4. Obra social y otro no privado
5. Sólo servicio de emergencia
6. Sólo plan o seguro público
7. Plan o seguro público y servicio de emergencia
8. No está asociado a nada
9. Ns/nc

-Condición de actividad:(3) fue calculada tanto para el jefe del hogar como para el seleccionado, con las preguntas 1 a 7 de los capítulos Situación Laboral. Las categorías de esta variable son:

1. Ocupados: conjunto de personas 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). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.

2. Desocupados: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, los desocupados que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, los ocupados en puestos por debajo de la remuneración mínima o en puestos por debajo de su calificación, etc.

3. Inactivos: conjunto de personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente. Puede subdividirse en inactivos marginales e inactivos típicos según estén dispuestos o no a trabajar.

-Policonsumo: Se calculó considerando la Prevalencia de consumo en el último año de cada Sustancia Psicoactiva, analizando la combinación de consumo (alternado o simultáneo) de Alcohol, tabaco y demás Sustancias Psicoactivas consumidas de manera combinada en el último año. Se presentan en una tabla para cada Sustancia.

-Craving: Se calculó considerando la Prevalencia de consumo en el último año para cada sustancia psicoactiva, a partir de interrogar sobre el deseo de usar la sustancia, la cantidad consumida, la interrupción de actividades de diversión debido al consumo. (En la encuesta se consideró sólo para marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis).

Anexo 4

Operacionalización de las variables

Consumo de Sustancias Psicoactivas:

-Prevalencia del consumo de vida, año y mes de las Sustancias Psicoactivas: Se le preguntó si había consumido la Sustancia Psicoactiva alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes (para cada Sustancia Psicoactiva estudiada).

-Edad de inicio de consumo: Se le preguntó qué edad tenía cuando consumió por primera vez la Sustancia Psicoactiva.

-Prevalencia del consumo de año según grupo etario: Se analizó la Prevalencia de consumo en el último año según cada grupo etario.

-Percepción del riesgo del consumo ocasional: Se le preguntó para cada Sustancia Psicoactiva cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume la Sustancia Psicoactiva de vez en cuando.

-Abuso de Alcohol en el último mes: Se le preguntó entre semana y en el fin de semana, aproximadamente qué cantidad de bebida Alcohólica consume en un día (considerando vino, cerveza y bebidas fuertes por separado).

-Consumo de sustancias psicoactivas combinadas en el último año: Se analizó la Prevalencia de consumo para cada Sustancias Psicoactiva en el último año, en combinación con otras Sustancias Psicoactivas, arribando a las frecuencias relativas correspondientes para cada combinación de Sustancia en relación al total de consumidores.

-Situación laboral, educativa, conyugal, edad y sexo: Se tomaron las respuestas al Bloque Individual según prevalencia de Consumo de Sustancia Psicoactiva en relación al sexo, edad, situación conyugal (¿Actualmente está unido, casado, separado, divorciado, viudo o soltero?), situación laboral (preguntas referentes al número 4: Ocupado, desocupado o inactivo), educativa (Nivel de instrucción: ¿Asiste o asistió a un establecimiento educativo? ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? ¿Finalizó ese nivel?).

Demanda de Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas:

- Demanda de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas: Se le preguntó si alguna vez buscó ayuda para tratar de disminuir el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

-Lugar donde demanda Tratamiento: ¿Buscó asistencia por consumo de Sustancias Psicoactivas en...?

-Inicio de tratamiento: ¿Está o estuvo en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas? (actualmente, alguna vez o nunca estuvo).

-Demanda de Tratamiento según grupo etario: Se analizó el porcentaje de entrevistados que ha demandado tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en cada grupo etario.

-Auto percepción de Salud y Demanda de Tratamiento: Se analizó la percepción de salud de quienes han demandado tratamiento por consumo de Sustancias Psicoactivas, con la pregunta del bloque individual 5 (Salud general) ¿En general usted diría que su salud es...?

-Abuso de consumo de alcohol en el último año/mes y Demanda de Tratamiento: Se analizaron los entrevistados que abusan del consumo de Sustancias Psicoactivas que han demandado y no han demandado tratamiento.

-Craving y demanda de tratamiento: Se le preguntó ¿Ha sentido un deseo tan grande en el último año de consumir la sustancia que no pudo resistir o pensar en nada más?. Se analizó la demanda de tratamiento de estos entrevistados.

-Situación laboral, conyugal, educativa, sexo y cobertura de Salud de quienes demandaron tratamiento: Se tomaron las respuestas al Bloque Individual de quienes demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en relación al sexo, edad, situación conyugal (¿Actualmente está unido, casado, separado, divorciado, viudo o soltero?), situación laboral (preguntas referentes al número 4: Ocupado, desocupado o inactivo), educativa (Nivel de instrucción: ¿Asiste o asistió a un establecimiento educativo? ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? ¿Finalizó ese nivel?) y cobertura de salud (¿Está asociado a Obra Social, plan privado, seguro público, servicio de emergencia médica o no está asociado a nada?)