



Magnitud del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Encuesta Nacional de Consumos y
Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)

Observatorio Argentino de Drogas

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaria de Estado

Lic. Gabriela Torres

Director Observatorio Argentino de Drogas

Mg. Diego Ruiz

Coordinadora de Análisis y Vinculación Territorial

Lic. Romina Natalia Barrientos

Coordinación General de la Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidados

Lic. Leandro Sabatini

Diseño conceptual, Análisis, Procesamiento y Escritura

Lic. Nora Cadenas

Tabla de contenido

Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico

Introducción	3
Objetivos	4
Dimensiones e indicadores	5
Marco conceptual y normativo	10
Alcance de los informes e Indicadores utilizados	14
Metodología de la ENCoPraC y Características generales del operativo	18
Cuestionario y administración de la encuesta	19
Diseño conceptual	19
Programación del cuestionario digital.....	20
Administración del cuestionario	21
Organización y estructura del operativo Estructura del operativo	21
Sensibilización	22
Procesamiento y consistencia de los datos.....	23
Diseño muestral de la encuesta	25
Ponderación y calibración de la muestra.....	27
Observaciones acerca de la calidad de las estimaciones.....	28

Capítulo 2. Magnitud del consumo

2.1 Prevalencia de vida	31
2.2 Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas	37
2.3 Prevalencia de Año de consumo de sustancias psicoactivas	43
2.3.1 Continuidad en el consumo	49
2.4 Prevalencia de Mes de consumo de sustancias psicoactivas	52
2.5 Tasas de incidencia anual	57
Principales resultados	60

Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico

Introducción

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), lleva a cabo en 2022 la séptima edición de la Encuesta Nacional de Consumo de sustancias y Prácticas de Cuidados en población general (ENCoPraC), continuando una línea estratégica de investigaciones con antecedentes desde el año 1999 en el país.

En el marco del plan de trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), en la realización de esta encuesta participaron el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de la Sedronar, responsable de la coordinación general y el diseño de contenido del Estudio; la Dirección de Estudios de Ingreso y Gastos de los Hogares y la Dirección de la Encuesta Permanente de Hogares de la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida, dependientes del INDEC, organismos responsables del diseño de la muestra y el relevamiento en campo; y las direcciones provinciales de estadística.

La realización de un nuevo estudio en la población general del país permite conocer cuál es la situación actual en relación con los consumos de drogas en una variedad de aspectos que los conforman.

Esto presenta una gran relevancia en muchos aspectos. En primer lugar, aporta información oportuna al diseño e implementación de políticas y estrategias de prevención y asistencia, permite reconocer -conocer su tamaño, distribución geográfica, contexto social, entre otras características- a la población objetivo de dichas políticas e identificar grupos específicos. Además, permite tener una aproximación estadísticamente relevante sobre algunas representaciones sociales generales en la población y con las cuales las acciones y estrategias estatales dialogan, así como conocer cuál es la magnitud y características de la demanda de tratamiento, entre otras utilidades para el fortalecimiento de las políticas integrales sobre drogas.

Por otro lado, cada edición de este estudio es una oportunidad para que el Estado participe de la discusión en el campo de la salud mental y los consumos de drogas sobre cómo se comprende, aborda y estudia el fenómeno en el país. En esta instancia, el OAD asume el desafío de hacer un proceso de revisión del estudio y de ampliar el mapa de dimensiones e indicadores que releva, incorporando algunas no incluidas en las encuestas previas y cuya indagación se torna relevante tanto por el encuadre de las políticas de drogas actual como por la normativa vigente. Este desafío implica una ingeniería precisa en el trabajo de identificar aquellos aspectos cuyo estudio demanda

el contexto social e institucional actual y que no eran relevados en los estudios anteriores y traducirlos en indicadores válidos que permitan obtener datos relevantes y confiables, así como supone también garantizar la continuidad y comparabilidad de aquellos indicadores que tradicionalmente se analizan y cuya riqueza estriba en cada relevamiento pero también -y centralmente- en las tendencias que pueden observarse a lo largo de los años dada la utilización de metodologías similares y homologadas internacionalmente para su estudio.

Objetivos

En línea con el encuadre normativo, institucional y conceptual presentado, la edición 2022 del estudio en población general presenta algunas modificaciones respecto de sus antecedentes. Dos de ellas implican tanto la definición de nuevos objetivos específicos acordes a las dimensiones de análisis incorporadas, como una nueva definición poblacional según criterios etarios y de tamaño de las localidades.

La ENCoPraC tiene como **objetivo general**:

Obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la población urbana de 16 a 75 años de Argentina, los diferentes patrones de uso y el perfil sociodemográfico de los usuarios, como así también indagar sobre la percepción del riesgo vinculado a diferentes sustancias, su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas y las prácticas de cuidado asociadas.

Y sus **objetivos específicos** son:

- Determinar la prevalencia de vida, año y mes del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Estimar la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Determinar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Estimar la problemática de los consumos de sustancias psicoactivas.
- Conocer los factores asociados, de protección y riesgo, a los consumos de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Indagar sobre las prácticas de cuidado de sí, de otros y la demanda a servicios de atención y tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas existente.

Dichos objetivos se indagan en la **población de estudio** comprendida por las personas de entre 16 y 75 años residentes en viviendas particulares en localidades de 2.000 habitantes o más de todo el territorio nacional. Así, la ENCoPraC establece una innovación tanto en el criterio etario de la población de estudio, cuya delimitación años anteriores estaba pautada entre los 12 y los 65 años, como en el tamaño de las localidades que conforman la población, que en los antecedentes más recientes se ubicaba en un mínimo de 80.000 habitantes.

Estos cambios responden a una serie de razones. En primer lugar, la posibilidad de hacer estimaciones para la población residente en localidades desde los 2.000 habitantes

permite producir conocimiento sobre las características que asumen los consumos y cuidados en contextos locales de todo el territorio nacional, fortaleciendo así el carácter federal de los estudios del OAD. En segundo lugar, el nuevo criterio etario de la población de estudio (cuyo límite superior es ahora de 75 años) busca responder a interrogantes sobre la magnitud, modalidad y otros aspectos que asumen los consumos de sustancias psicoactivas en la población de mayor edad. Estos interrogantes surgen de constatar las modificaciones en la dinámica social en este grupo poblacional, habida cuenta del llamado envejecimiento de la población en la Argentina a partir del cual, por ejemplo, las personas de 60 años y más representan -según los datos del censo nacional de población y viviendas de 2010- al 14,3% de la población total, lo que implica un crecimiento relativo de más del 60% con respecto a 1960 -contexto en el que representaban al 8,9% de la población- (INDEC, 2021). Dentro de las personas mayores de 60 años, las de 60 a 74 años representan a más del 68% de dicho grupo, y si bien este rango etario ha permanecido hasta ahora ciertamente invisibilizado en este tipo de estudios y en lo que implica su utilización para la formulación de políticas específicas, hay indicios que permiten conjeturar que conocer sus prácticas de consumos de drogas -especialmente las de medicamentos psicofármacos aunque no solamente- así como sus prácticas de cuidados y opiniones sobre el fenómeno implica una innovación virtuosa (ONU/UNODC, 2022). Por todo ello, su inclusión en la población de interés en este estudio reviste así de gran relevancia, así como no está exenta de desafíos que no obstante se retomarán para su mejora en vistas a las ediciones futuras.

Dimensiones e indicadores

La construcción del cuestionario, cuya definición de contenido estuvo a cargo del equipo técnico del OAD y cuyo cierre se realizó en articulación con INDEC, implicó un trabajo de varias fases, desde la revisión de antecedentes e identificación de dimensiones a incluir en esta edición, hasta la ejecución de una prueba piloto previa al cierre del instrumento y del posterior trabajo de campo.

Como las anteriores encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas en el país desde su primer antecedente en 1999, esta séptima edición mantiene la matriz metodológica para el estudio de indicadores sobre magnitud, incidencia, frecuencia, intensidad y otros, que están consensuados y solicitados internacionalmente. El mantener estos indicadores y su construcción de modo constante entre las ediciones del estudio a lo largo del tiempo permite conocer las tendencias sobre el fenómeno en el país, la región y el mundo. El estudio de las tendencias es quizás uno de los productos más relevantes de estos estudios, por lo que se torna imprescindible garantizar la comparabilidad entre los datos.

Así, hay una serie de indicadores estandarizados y que permiten responder a preguntas centrales: ¿Cuál es el nivel de consumo de sustancias en el país? ¿Cuáles son las drogas más consumidas? ¿Cómo percibe la comunidad los riesgos asociados al uso de drogas? ¿Cuánta demanda de tratamiento hay? Este grupo de indicadores proporciona

estimaciones de la prevalencia y la incidencia del consumo de drogas en la población general, entre otros aspectos, lo que es una tarea esencial para la mayoría de los sistemas de información sobre drogas (OEA/CICAD/OID, 2019a).

A estos indicadores principales se suman otros que también son relevados a nivel nacional e internacional con metodologías homologadas. Estos se asocian con la percepción del riesgo en relación con los consumos, la percepción de facilidad de acceso a drogas, la oferta de drogas recibida en el último mes y último año, la demanda de tratamiento y algunos factores asociados a la práctica del consumo -como haber sufrido siniestros viales, accidentes laborales, problemas con las fuerzas de seguridad, problemas en contextos laborales, educativos o vinculares que puedan haber estado relacionados con el consumo de drogas-.

En coherencia con el encuadre normativo y conceptual detallado, en la edición 2022 del estudio se procuró incluir nuevas dimensiones de análisis que complementen a los indicadores clásicos y que buscan sumar complejidad y multidimensionalidad al análisis, y garantizando no obstante la permanencia de los indicadores homologados presentados anteriormente. Así, se introdujo una serie de modificaciones relativas al contenido:

- Se incluyeron nuevas dimensiones de análisis centradas en la persona que consume, sus motivaciones, recaudos y contextos de consumo.
- Se reformuló la indagación acerca de la identidad de género.
- Se diseñaron indicadores que buscan dar cuenta de las prácticas de cuidado propios y hacia otros/as que se desarrollan en los distintos territorios del país, como complemento de la tradicional indagación sobre demanda de tratamiento.
- Se desdobló el conjunto de preguntas sobre consumos de psicofármacos en dos bloques, según su uso bajo receta médica o autoadministrado.

Así, poniendo en el centro de la indagación a la persona que consume, el trabajo con el cuestionario realizado por el equipo del OAD derivó en la **incorporación de dimensiones de análisis nuevas**, y en la construcción de indicadores válidos y parsimoniosos y su traducción en preguntas claras y accesibles en el cuestionario. En modo sintético, se incluyen indicadores sobre los motivos de consumo -que se pregunta para quienes han consumido alcohol, tabaco, marihuana y/o cocaína-, las prácticas de cuidado -o recaudos que toman las personas para cuidarse de los posibles efectos no deseados del consumo de alcohol, tabaco, marihuana y/o cocaína- y los motivos para no cuidarse en caso de que no lo hagan, y factores que hacen a la situación de los consumos de alcohol, marihuana y/o cocaína -los lugares donde las personas consumen y las compañías con las que comparten la práctica-.

Por otro lado, **se reformuló el modo en el que se indaga la identidad de género** de las personas, de modo de construir un indicador coherente con la normativa vigente. Según la Ley 26.743 del año 2012, la identidad de género es aquella vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo

asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (Sedronar/OAD, 2022b). Por ello, y en línea con los desafíos metodológicos actuales en la materia (INDEC, 2019), en esta edición se decidió revisar el sistema de categorías de esta variable, de modo de construir un indicador sensible a las múltiples identidades presentes en la población, y habida cuenta de que las identidades de género se articulan con los consumos de drogas y el acceso a los cuidados y la atención de modo no homogéneo sino como clivaje social que condiciona las experiencias, prácticas y el acceso a derechos. Cabe aclarar que, si bien estas modificaciones fueron realizadas en el cuestionario, en el procesamiento de la información se optó por mostrar los resultados utilizando la categoría sexo, debido a los pocos casos muestrales que tenían otros géneros, lo que comprometía la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos.

Así, de forma articulada con los indicadores sociodemográficos de la Encuesta Permanente de Hogares de la INDEC (EPH) junto con la cual se aplica esta encuesta, en la edición 2022 del estudio se obtendrán datos tanto sobre el sexo de las personas (entendido dicotómicamente, y que permitirá analizar la información comparativamente con los estudios anteriores) como sobre su identidad de género (cuyo sistema de categorías comprende a las identidades cis, las trans, las no binarias, y otras posibles).

Otra novedad del cuestionario es el **diseño de indicadores sobre los cuidados comunitarios, propios o hacia otros/as**. Este conjunto de indicadores se orienta a producir conocimiento sobre aquellas acciones emprendidas por las personas en la búsqueda por atender un padecimiento producido como efecto del consumo de drogas, y que se articula con -pero no queda subsumido a- la demanda de tratamiento en la red de atención y asistencia institucional. De esta manera, la apuesta es por visibilizar las prácticas de cuidado y de autocuidado que se dan a nivel de las personas y comunidades, que involucran diferentes actores sociales y valoraciones, y que forman parte de todo itinerario terapéutico que articula modelos y niveles hacia la atención de un malestar (Pasarin, 2011; Menéndez, 2003).

Por último, considerando los emergentes relativos al consumo recetado de psicofármacos surgidos de diferentes estudios (Sedronar/OAD, 2021; ONU/UNODC, 2022), se incorpora un bloque específico para profundizar sobre la temática, **agregando preguntas por el modo en que se utilizan los psicofármacos recetados**. De esta manera, se desdobló el bloque de indicadores sobre consumo de psicofármacos, aportando mayor detalle a los datos sobre consumos de estos medicamentos diferenciados según se realicen en el marco de una prescripción médica o de forma autoadministrada.

Tabla A1. Bloques del cuestionario de la ENCoPraC y características de los mismos.

Bloque	Descripción
--------	-------------

Sedronar

1. Salud general	En este bloque se hace referencia a algunas condiciones de salud del/la encuestado/a en el último año, así como a su identidad de género.
2. Consumo de alcohol	Indaga acerca de los consumos de alcohol en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.).
3. Consumo de tabaco	Indaga acerca de los consumos de tabaco en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.).
4. Consumo de psicofármacos tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica	Indaga acerca de los consumos de psicofármacos tranquilizantes en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). En este bloque solo se pregunta sobre los tranquilizantes consumidos bajo receta o prescripción médica.
5. Consumo de psicofármacos tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos tranquilizantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). En este bloque solo se pregunta sobre los tranquilizantes consumidos sin receta prescripción médica.
6. Consumo de psicofármacos estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos estimulantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc). En este bloque solo se pregunta sobre los estimulantes consumidos bajo receta o prescripción médica.
7. Consumo de psicofármacos estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos estimulantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc). En este bloque solo se pregunta sobre los estimulantes consumidos sin prescripción médica.
8. Consumo de medicamentos opioides sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de medicamentos opioides sin prescripción médica. Algunos ejemplos son: Morfina, Tramadol, Oxidodona, Codeína, Fentanilo u otros. No se deben considerar analgésicos no opioides de venta libre como Ibuprofeno, Paracetamol, etc.
9. Marihuana, usos recreativos y usos medicinales	Se indaga acerca de los consumos de marihuana en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). Se pregunta de forma diferenciada según el uso sea con fines recreativos o de tipo medicinal, terapéutico o paliativo.

Sedronar

10. Consumos de cocaína	Se indaga acerca de los consumos de cocaína en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc).
11. Consumos de alucinógenos	Se indaga acerca de los consumos de alucinógenos en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia y tipo de alucinógeno).
12. Consumo de éxtasis	Se indaga acerca de los consumos de éxtasis en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
13. Consumo de pasta base y/o paco	Se indaga acerca de los consumos de pasta base y/o paco en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
14. Consumo de inhalables y/o solventes	Se indaga acerca de los consumos de inhalables y/o solventes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
15. Consumo de inyectables	Se indaga acerca de los consumos de sustancias por vía inyectable: momento del último consumo, tipo de sustancia inyectada y prácticas riesgosas asociadas a estos consumos.
16. Consumo de otras drogas	Se indaga acerca de los consumos de otras drogas en la vida, último año y último mes. Algunos ejemplos son: Metanfetamina, Anfetamina, Ketamina, GHB y Crack.
17. Factores asociados al consumo de drogas	En este bloque se indaga sobre los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas. Los aspectos indagados son la ocurrencia de situaciones problemáticas bajo los efectos de alcohol u otras drogas.
18. Cuidados propios, hacia otros y demanda de tratamiento	Se indagán los cuidados que las personas han tenido para sí mismas y para su entorno, y si buscaron algún tipo de ayuda y/o tratamiento para tratar de disminuir el consumo, propio o de personas de dicho entorno.
19. Percepción de riesgo	En este bloque se indaga sobre la percepción de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas. Algunos aspectos indagados son: la percepción de riesgo sobre el consumo de sustancias de modo ocasional y de modo frecuente, la propensión de probar alguna sustancia psicoactiva y la dificultad de obtención, entre otros.
20. Información sobre drogas	Se indaga sobre las opiniones en relación con el consumo de sustancias en su barrio, en el país y como preocupación de las autoridades, así como el grado de acuerdo o desacuerdo con

	determinadas frases y el conocimiento de espacios de atención o programas de prevención.
--	--

Marco conceptual y normativo

Los objetivos de investigación de la ENCoPraC se construyen a partir de un andamiaje teórico tanto a nivel paradigmático como a nivel de orientaciones conceptuales específicas, que implica una toma de posición en el campo y un encuadre general de todas las decisiones de diseño.

La edición del año 2022 de este estudio tiene lugar en el seno de ciertas condiciones históricas, normativas e institucionales que demandan la revisión, actualización y coherencia de las iniciativas investigativas con dicho encuadre al tiempo que proveen algunos de sus lineamientos generales. Así, en la última década se aprecia en las políticas de drogas del país una tendencia a adoptar una perspectiva basada en los derechos humanos, alejada de paradigmas de corte ético-jurídico o médico sanitario, tanto a nivel de la legislación como de las acciones de políticas públicas.

En primer lugar, el marco normativo vigente en la Argentina establece ciertas consideraciones en la materia. Sancionadas en los años 2010 y 2014 respectivamente, la ley de Salud Mental N° 26.657 y la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) N° 26.914 pautan una perspectiva general de derechos humanos en lo relativo a la salud mental en general y de consumos de drogas en particular. Dichas legislaciones establecen la centralidad de comprender a los sujetos desde su autonomía y capacidad de decisión, promoviendo modificaciones en los servicios de atención y tratamiento así como también en las prácticas de producción de conocimiento (Sedronar/OAD, 2022c). En este sentido, este paradigma prevalencia, incidencia y patrones de consumo con otras dimensiones de estudio, jerarquizando la consideración por las condiciones sociales de vida y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, los escenarios variables de las prácticas de consumo de drogas, y la concepción de la salud pública como un amplio campo de saberes y prácticas sobre el bienestar colectivo, entre otros aspectos. De esta manera, las personas que consumen drogas son comprendidas desde su capacidad de agencia y de forma respetuosa con los significados que producen sobre sus prácticas; discursos que entran en diálogo con los producidos por otros actores -del sector salud, del campo seguridad, etc.- generándose así complejos modelos de atención en dinámica articulación (Menéndez, 2003).

Tomar como punto de partida esta mirada a la hora de comprender los consumos de drogas determina en gran medida las respuestas político-asistenciales y las estrategias de prevención y acompañamiento que se construyan y consideren válidas, así como las formas de construir conocimiento en la materia (Sedronar/ OAD, 2022a).

En segundo lugar, a nivel institucional la Sedronar prioriza el **modelo multidimensional de abordaje integral y comunitario** para la prevención y la asistencia de los consumos

problemáticos. De esta manera, y en línea con la legislación vigente, se abordan los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva basada en los derechos humanos. Este modelo de abordaje sobre el que se apoyan las estrategias y políticas de esta Secretaría -incluidas las iniciativas de investigación, evaluación y monitoreo del OAD entre las cuales este estudio tiene lugar- concibe a las personas que consumen como sujetos de derechos, íntimamente vinculadas a sus contextos, y las pone en el centro de las políticas. Este modelo de abordaje integral y comunitario implica, así, una jerarquización de los contextos, las prácticas y los saberes que conforman la salud pública, que se traduce en investigaciones situadas e inclusivas de una multiplicidad de dimensiones que permitan caracterizar -y poder observar en sus matices- a las situaciones y sentidos de los consumos y las prácticas de cuidado, en disputa con encuadres que excluyen los sistemas valorativos y culturales de las personas que consumen y que por ende presentan ciertas dificultades para distinguir entre diferentes modos de consumo, y para finalmente pensar estrategias de cuidado adecuadas (Tirado-Otálvaro, 2016).

Así, la adopción de una perspectiva integral en el abordaje de los consumos de sustancias en el marco de la Ley de Salud Mental, el Plan IACOP y la orientación general de la Sedronar coloca en el centro de las políticas de drogas a las personas que consumen sustancias en tanto sujetos de derechos y activos productores de sentidos y prácticas, y desafía a pensar nuevas dimensiones de análisis y construir nuevos indicadores en las iniciativas de investigación.

Apoiado en estos lineamientos paradigmáticos, el encuadre del estudio contempla orientaciones conceptuales específicas relativas a las grandes dimensiones de análisis comprendidas en los objetivos de investigación: las prácticas de consumo de drogas y factores asociados, las prácticas de cuidado -para sí, para otros y como demanda de tratamiento- y las opiniones sobre los consumos.

En *primer lugar*, se parte de considerar a **las prácticas de consumo** como un fenómeno extensivo a todos los grupos sociales, multidimensional, heterogéneo y complejo que se asienta sobre procesos históricos, económicos, sociales y culturales, de forma tal que los modos de dichas prácticas y sus significados se inscriben en lo singular de las historias de vida de las personas y están a la vez fuertemente condicionados por el contexto comunitario y sociocultural más amplio. De hecho, las drogas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso sino que, por el contrario, estos usos se producen en contextos concretos, generando una gran variabilidad de situaciones, formas de consumo y actividades desarrolladas en torno al mismo, dando como resultado un gran abanico de prácticas y de posibles vínculos con aquello que se consume (Martínez Oró y Pallarés Gómez, 2013).

Esta importancia dada a las personas y sus contextos remite a la consideración por los contextos: las condiciones de vida, los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, y los escenarios o situaciones en los que se desenvuelven las prácticas de consumo (Sedronar/OAD, 2022c). A su vez, demanda la comprensión de los consumos de drogas como acciones significadas por las personas,

por lo que adquiere importancia la indagación acerca de los sentidos que los motivan y el supuesto de que estos son heterogéneos y que constituyen a las prácticas en sus matices. Así, el fenómeno del consumo de drogas se presenta ya no como una conducta unívoca e individual, legible desde una óptica biomédica, se seguridad y/o desde perspectivas de la desviación, sino como los consumos de drogas: una variedad de prácticas contextualizadas, extendidas y cargadas de significados, articuladas tanto con otras dimensiones de la vida de las personas como con niveles comunitarios y macrosociales en los que se enmarcan.

En este mismo marco, pensar la problematización de los consumos de drogas implica atender a los posibles modos de afectación negativa que pueden conllevar tanto en las áreas individuales de las personas -su salud física o mental- como en sus relaciones sociales primarias o secundarias -vínculos afectivos, laborales, de estudio u otros-, así como en sus relaciones con la ley (Touzé, 2010). Es decir, se considera a la problematización de los consumos desde una perspectiva amplia, comprensiva de la dimensión social que los caracteriza como práctica.

En *segundo lugar*, este estudio indaga especialmente sobre los cuidados colectivos en relación con los consumos de drogas. Las personas y grupos llevan a cabo, de forma enlazada con dicho consumo, **prácticas de cuidados** que son además significadas -dado que en torno a ellas se producen y articulan sentidos y saberes- y situadas -ya que suceden en entornos físicos y sociales particulares-.

El punto de vista de los cuidados, si bien no es estrictamente novedoso, se presenta como un área de vacancia en gran parte de los estudios sobre consumos de drogas, especialmente en aquellos diseñados como encuesta. La infrecuente incorporación de esta dimensión de análisis en los estudios parece vincularse con la perspectiva de equiparar el cuidado a aquel de tipo médico e institucional, relegando a un segundo plano las prácticas y saberes del autocuidado y el cuidado colectivo pese a su preeminencia en la vida cotidiana de las personas y grupos (Güelman y Sustas, 2018). La inclusión de los cuidados colectivos en las investigaciones sobre consumos de drogas -y por lo tanto su visibilización en las políticas públicas- supone la consideración por los saberes y representaciones que, sin provenir necesariamente del campo biomédico -aunque articulados prácticamente con aquel (Menéndez, 2003)- constituyen también la complejidad de las prácticas de consumos. Estas incorporaciones aluden además a evitar comprender a la persona que consume como objeto pasivo, al margen de la sociedad y de la cultura en que vive (Martínez Oró y Pallarés Gómez, 2013) otorgando, en oposición, un lugar central a su capacidad de agencia.

Esta gran dimensión de análisis busca conocer aquellas acciones, estrategias y decisiones tomadas por las personas o grupos para controlar, reducir o evitar las consecuencias potencialmente negativas -en lo físico, emocional y/o social- que pueda acarrear el consumo de drogas en los ámbitos personal, familiar o comunitario, y tendientes por ello a maximizar el bienestar y minimizar el riesgo. Estas prácticas de cuidados pueden ocurrir antes del consumo, en acciones como la búsqueda de información sobre componentes, efectos y otros aspectos de las drogas y sus usos, la

Sedronar

planificación, preparación e higiene del consumo, la evaluación de la potencia o toxicidad de las drogas elegidas, alimentación previa, entre otras; pueden ocurrir durante el consumo, como la ingesta de agua, el evitar la mezcla de sustancias, la espera del tiempo recomendado antes de una nueva dosis, acciones de cuidado de la salud sexual y reproductiva, entre otras; o bien, pueden ocurrir luego del consumo con cuidados posteriores ante señales de preocupación.

En la indagación de los cuidados colectivos, así como en la de las prácticas de consumos, es insoslayable la preeminencia de los contextos; se trata de tramas construidas en los contextos cotidianos de las personas en determinadas coordenadas temporo-espaciales, con determinadas compañías y con ciertas expectativas y sentidos. Así, la consideración teórica del entorno da lugar a la incorporación en los instrumentos de investigación tanto de los escenarios como de las redes sociales que conforman la situación de los consumos y los cuidados.

En este sentido, la pregunta por los cuidados colectivos amplía la comprensión de las estrategias, actores y prácticas de búsqueda de atención de la salud. La centralidad del cuidado, así, se nos ofrece como un espacio para lo común. Por lo tanto, para dar cuenta de los cuidados es un desafío visibilizar y potenciar prácticas que se vienen realizando en los territorios. Conocer los cuidados-descuidos que se producen entre las estrategias de autoatención y de atención entre pares permitirá contar con insumos para la promoción, la prevención y la asistencia. Se trata de investigar una dimensión cuidadora que no empieza ni termina en los dispositivos de salud, sino que transcurre en las múltiples trayectorias que las personas realizan en su cotidianeidad y que se pueden generar en cualquiera de los encuentros que se dan en su vida (Sedronar/OAD, 2022a). “Es una dimensión no capturada por el saber disciplinar y [que] se erige como un territorio común, tanto de los y las profesionales, como [para quienes] acuden a los servicios” (Benet, Merhy y Pla, 2016, p. 230).

En *tercer lugar*, este estudio propone indagar, a modo de aproximación y considerando los límites del diseño metodológico, algunos aspectos de las representaciones en relación con los consumos de drogas. Conocer a nivel poblacional algunas de las **opiniones generales sobre los consumos de drogas en el país** -como por ejemplo las opiniones sobre su problematicidad social, la percepción de riesgo que asumiría una persona al consumir, la percepción de disponibilidad de drogas o sobre la situación del fenómeno en el contexto más próximo, las opiniones al respecto de la legislación o del abordaje de los consumos problemáticos, entre otras- reviste relevancia en varios niveles.

Por un lado, aporta información sustantiva para la definición de políticas públicas de atención y de prevención, acciones que no se ejecutan sobre un terreno vacío sino sobre comunidades y grupos que construyen representaciones y significados en torno de los consumos y con los cuales las iniciativas estatales deben articular de forma no exenta de complejidades.

Por otro lado, implica un conocimiento de interesante articulación con otros indicadores tales como la magnitud, incidencia, edad de primer consumo, motivos del consumo y del no cuidado, etc., dado que provee una aproximación al marco de significaciones generales que la población argentina tiene sobre la temática. Esto último, no obstante, a sabiendas de la complejidad que reviste la relación que se establece entre las prácticas de consumos y cuidados y las representaciones sociales. Estas no son sólo imaginación o mero reflejo de la realidad, sino que existen y tienen determinados efectos sobre el orden social, impactando sobre las mentalidades y los comportamientos colectivos. En este sentido, cabe señalar, que existe una relación dialéctica entre las prácticas y las representaciones sociales, así en el caso del consumo de sustancias las representaciones influyen en las prácticas cotidianas de las personas, y al mismo tiempo estas prácticas van modificando a lo largo de la historia el contenido de las representaciones (Baczko, 1999).

Por último, cabe mencionar el supuesto de que este entramado de representaciones y opiniones no es un todo homogéneo sino lo atraviesan diferentes sentidos que conviven en la sociedad, habida cuenta de la heterogeneidad de espacios en los que se significan y resignifican las prácticas (Carballeda, 2014), y de las relaciones de poder que estructuran a la sociedad. Las distintas concepciones que se tiene del uso de drogas, de las personas que las consumen, la construcción social del problema y las posibles soluciones, entre otras nociones, son objeto de disputa de los distintos grupos sociales que intentan imponer sus propios sentidos.

Las opiniones y representaciones sociales, ese “magma de actitudes, opiniones, creencias, posturas, motivaciones y fantasías que fijan la postura de las poblaciones frente a las drogas, los consumos y los problemas, [y que] marca la dimensión de los conflictos, define los problemas a tratar, orienta las demandas y condiciona las estrategias de respuesta” (Rodríguez San Julián et. al, 2014: 5), implica un eje de análisis fundamental para entender la configuración particular que adquiere el fenómeno de los consumos de drogas en el país y en cada una de sus provincias, permitiendo abordajes integrales y adecuados.

Alcance de los informes e Indicadores utilizados

Se presenta información correspondiente a los 31 aglomerados urbanos del país para un conjunto de indicadores seleccionados, la cual se encuentra dividida en cinco informes.

EnCoPraC. Magnitud del consumo de sustancias a nivel Nacional.	Se describen la prevalencias de vida de consumo de todas las sustancias indagadas por género y grupo de edad; la edad de inicio del consumo de sustancias, el consumo de sustancias en el último año por género y grupo de edad; el perfil de los usuarios del último año (sustancias más
--	---

	consumidas); el consumo de sustancias en el último mes (las prevalencias de mes de consumo por género y grupo de edad y el perfil de los usuarios del último mes (sustancias más consumidas); y las tasas de incidencia anual.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de bebidas alcohólicas y sus prácticas de cuidados.	Se presentan los indicadores de consumo de bebidas alcohólicas: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo; los indicadores de intensidad del consumo: frecuencia y cantidad; e Indicadores de consumo problemático y perjudicial. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de psicofármacos y sus prácticas de cuidados.	Se puntualizan los indicadores de consumo de tranquilizantes y estimulantes: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto. Se profundiza el análisis sobre el consumo de tranquilizantes con prescripción médica o receta.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de marihuana y sus prácticas de cuidados.	Se detallan los indicadores de consumo de marihuana, ya sea en su uso terapéutico o no terapéutico: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto.
EnCoPraC. Prácticas de cuidado, preocupación por el consumo e itinerarios en la búsqueda de atención.	Se describen las prácticas de cuidados (recaudos que se toman y motivos por los que no se toman) de las personas que consumen las sustancias de mayor prevalencia. Se analiza la preocupación por el consumo propio y de otras personas. Y se caracterizan los itinerarios que se dan en la búsqueda de atención.

Para abordar las prácticas de consumo de las distintas sustancias que se presentan en este informe se utilizan los siguientes indicadores, en orden de aparición:

Prevalencia de vida (o global): porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia al menos una vez en su vida. Incluye a todas las personas usuarias, sin distinción de quienes consumieron para experimentar, quienes son dependientes, o quienes lo fueron, pero ya no consumen.

Sedronar

Prevalencia anual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último año (o en los últimos 12 meses).

Prevalencia mensual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último mes (o en los últimos 30 días).

Tanto la prevalencia anual como la prevalencia mensual pueden asociarse al consumo reciente o frecuente.

La **incidencia** del uso de drogas permite estimar la cantidad de nuevas personas consumidoras que iniciaron su consumo en un período determinado. Se expresa en forma de tasa y su cálculo resulta de la división del número de personas que empezaron a consumir una determinada sustancia en un período específico de tiempo (un año o un mes), por el número de personas que podrían consumir esa sustancia por primera vez. La población que podría consumir por primera vez es la población total bajo estudio menos aquellas personas que ya han utilizado sustancias psicoactivas antes del período de tiempo especificado.

La **edad del primer consumo** (o edad de inicio) se expresa en los años que tenía la persona cuando consumió una determinada sustancia por primera vez.

El conjunto de indicadores aplicado sobre la población que en los últimos doce meses manifestó consumir la sustancia observada, declarada o registrada, se presenta en categorías de acuerdo con el contexto de los consumos:

Las categorías sobre **lugar o situación más frecuente** son: en su casa; en la casa de sus amigos/as o pareja; en un lugar público (calle, esquina, plaza, parque); en un evento público (deportivo, musical, cultural, manifestación); en un boliche, bar o restaurante (en la entrada, en el patio, en el baño); en una fiesta (cumpleaños, casamiento, etc.); en el trabajo o en otro lugar. Las personas encuestadas podían elegir una única opción.

Las categorías **con quién o con quiénes consumieron más frecuentemente** son: so- lo/a; con amigos/as; con familiares; con su pareja; con compañeros/as de trabajo o estudio; con otros/as conocidos/as; con desconocidos. Las personas encuestadas podían elegir una única opción.

Las categorías que describen los **motivos por los que consumió una determinada sustancia** son: por placer, curiosidad, búsqueda de nuevas experiencias; para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos); para desinhibirse o socializar; para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales); para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar). Las personas encuestadas podían elegir más de una opción.

Los **recaudos que se toman al consumir una sustancia**, que indican formas de cuidado de los posibles efectos negativos de su consumo, son: mantenerse hidratado/a o alimentarse antes de consumir; buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra; consumir en

un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido); planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.); regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.); intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados; evitar la mezcla de sustancias y otros recaudos. Las personas encuestadas podían elegir más de una opción.

Las **prácticas de cuidado**, es decir, aquellas acciones, estrategias y decisiones tomadas por las personas para controlar, reducir o evitar las consecuencias potencialmente negativas –en lo físico, emocional o social– que pueda acarrear el consumo de sustancias en los ámbitos personal, familiar o comunitario, y tendientes, por ello, a maximizar el bienestar y minimizar el riesgo. Este conjunto de indicadores se aplicó sobre la población que manifestó haber consumido alguna sustancia durante los últimos doce meses. En esta publicación se incluyen las siguientes preguntas

- si le preocupa su forma de consumo;
- por cuál de las sustancias siente preocupación en caso de que así sea;
- el intento de alguna acción al respecto de esa preocupación;
- si lo hizo, qué tipo de acciones llevó adelante.

La **percepción de riesgo** es la apreciación que manifestaron las personas entrevistadas sobre la posibilidad de consumir alguna sustancia que no hubieran consumido hasta ese momento (considera marihuana, cocaína, pasta base o paco, éxtasis u otras drogas).

La **información sobre drogas** es el conjunto de preguntas que se realizó a todas las personas entrevistadas, hayan consumido o no. Indaga acerca de las opiniones de las personas encuestadas en relación con el consumo y venta de sustancias psicoactivas en su barrio. Incluye el conocimiento de espacios de atención o prevención del consumo de sustancias psicoactivas existentes en el barrio o municipio de la persona encuestada.

El **clima educativo del hogar** es el promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más. Es un indicador que se aproxima al nivel socioeconómico de los hogares y, por ende, a su nivel de vida e ingresos.

La **intensidad de consumo** refiere a la frecuencia o número de días de consumo de sustancia y la cantidad de la misma.

Para caracterizar el consumo problemático y perjudicial de alcohol, se utilizaron dos indicadores. Para analizar consumo abusivo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días: el **Consumo de Alcohol Regular de Riesgo –CRR–** definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días y el **Consumo de Alcohol Episódico Excesivo –CEEA–**, definido como el consumo de 5 tragos o más al menos una vez en los últimos 30 días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o en el fin de semana.

También se utilizó el **Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol –AUDIT–** para quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, para identificar personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol:

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día de consumo normal de alcohol?

¿Qué tan seguido toma usted 5 o más tragos en un solo día?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?

¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

Metodología de la ENCoPraC y Características generales del operativo

La Encuesta de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC) se realizó entre julio y octubre de 2022 a personas de entre 16 y 75 años de edad residentes de las localidades urbanas de 2.000 y más habitantes. El estudio se aplicó sobre la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del tercer trimestre de 2022.

Cuestionario y administración de la encuesta

El desarrollo del instrumento de recolección de datos involucró dos procesos interrelacionados. Por un lado, el diseño conceptual, que contempló la operacionalización de las variables y categorías que permitan captar los fenómenos bajo estudio y su secuencia lógica; y por otro, la programación del cuestionario en soporte digital para su administración. A continuación, se detallan ambos aspectos.

Diseño conceptual

El diseño conceptual del cuestionario se realizó en conjunto con el equipo de la Sedronar.

Está estructurado en tres secciones:

1. Planilla de sensibilización y selección de participantes: incluye nombre y edad de todas las personas participantes de 16 a 75 años del hogar para aplicar la tabla de Kish y hacer la selección de las personas que deben responder la encuesta. En la planilla se identifica a la persona seleccionada y se registran los datos de contacto y de disponibilidad horaria.
2. Registro de visitas: sección operativa para el registro de la fecha, la hora, las coordenadas de GPS y el resultado de las visitas de la persona encuestadora al hogar.
3. Bloques temáticos: 20 bloques que agrupan las preguntas acerca de cada una de las sustancias sobre las que se indagó y los aspectos vinculados al consumo, al cuidado y a los riesgos, así como también información sobre la temática.
 - Salud general
 - Consumo de alcohol
 - Consumo de tabaco
 - Consumo de psicofármacos: tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica
 - Consumo de medicamentos opioides sin receta o sin prescripción médica
 - Marihuana: usos recreativos y usos medicinales
 - Consumo de cocaína
 - Consumo de alucinógenos
 - Consumo de éxtasis
 - Consumo de pasta base o paco
 - Inhalantes y/o solventes
 - Consumo de inyectables
 - Otras drogas

- Factores asociados al consumo de drogas
- Cuidados propios, hacia otros y demanda de tratamiento
- Percepción de riesgo
- Información sobre drogas
- Las principales dimensiones relevadas brindan información sobre:
 - Prevalencias de vida, anual y mensual en el consumo.
 - Aspectos sobre las prácticas de consumo como cantidad, intensidad, frecuencia, contextos, motivos y recaudos.
- Factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Prácticas de cuidados, para sí mismos y para su entorno, al momento del consumo.
- Búsqueda de ayuda o tratamiento.
- Percepción de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Opiniones y creencias sobre consumo de sustancias y prácticas relacionadas.

Adicionalmente, se elaboraron las tarjetas para acompañar el cuestionario con referencias de medidas (imágenes y escalas) que sirven tanto para mostrar a la persona encuestada y facilitar su respuesta como para auxiliar a la persona encuestadora en la administración y el registro de datos:

- Tarjeta 1 (cantidad de tragos de alcohol para quien encuesta)
- Tarjeta 1B (cantidad de tragos de alcohol para quien entrevista)
- Tarjeta 2 (motivos por los cuales consume)
- Tarjeta 3 (recaudos para cuidarse de posibles efectos no deseados)
- Tarjeta 4 (motivos por los que no consumió)
- Tarjeta 5 (cantidad de gramos de marihuana)
- Tarjeta 6 (niveles de acuerdo)

Programación del cuestionario digital

Para la ENCoPraC se utilizó un cuestionario en soporte digital, desarrollado con el programa Survey Solutions6 (versión 22.02.7). Entre las principales características y ventajas que este formato ofrece encontramos:

- Flujo automático (pases y filtros de secciones, subsecciones y preguntas)
- Filtros de categorías
- Validaciones/consistencias de error y advertencia
- Tablas asociadas para control de datos ingresados
- Sistema de referencias de color
- Panel de navegación por las secciones y subsecciones
- Indicaciones para quien encuesta
- Referencias internas
- Comentarios para quien encuesta (y la persona que recepciona)
- Georreferenciamiento

El flujo del cuestionario está guiado de manera automática y se visualizan solo las opciones de respuesta disponibles para cada caso, lo cual facilita y agiliza la tarea de la persona encuestadora, además de evitar campos incompletos y registro de datos en secciones, preguntas o categorías que no corresponden.

Al mismo tiempo, gracias al sistema de consistencias internas programadas en conjunto con las tablas de datos de referencia, es posible detectar en tiempo real cualquier inconsistencia en las respuestas que se van registrando. Se cuenta con mensajes personalizados, de acuerdo con la respuesta ingresada, que permiten distinguir el nivel de inconsistencia detectado y su motivo.

Adicionalmente, este programa tiene un sistema de colores que facilita la administración del cuestionario, ya que cada color está asociado a un estado de completitud y validez de las respuestas.

La navegación, referencias e indicaciones son herramientas muy valiosas para quien encuesta al momento de la entrevista. Además, los comentarios que pueden ir dejando las distintas personas usuarias que intervienen en la captación y/o el control de la encuesta resultan un medio muy eficaz para mejorar la calidad de los datos recolectados.

Finalmente, a través de una pregunta en el cuestionario es posible captar las coordenadas de las viviendas visitadas, lo cual sirve no solo para poder hacer un monitoreo de la tarea de quien encuesta, sino para obtener datos georreferenciados del operativo.

Administración del cuestionario

La encuesta se relevó con un dispositivo digital (tableta), a través de la aplicación Interviewer de Survey Solutions. Adicionalmente, se utilizó la plataforma web de Survey Solutions (instalada en servidores del INDEC) para la carga de la planilla de sensibilización y selección de miembro y para la recepción de las encuestas. Solo en situaciones específicas se aplicó un cuestionario en papel.

La aplicación funciona de manera offline con sincronizaciones de información, es decir que el encuestador puede conectarse a una red de internet para vincularse al servidor y así recibir carga de trabajo y enviar las encuestas realizadas y los avances en el trabajo de campo. Las personas encuestadoras realizaron sincronizaciones diarias, que permitían contar con información actualizada en el servidor central y hacer el seguimiento del trabajo de campo.

Organización y estructura del operativo Estructura del operativo

La estructura organizacional del trabajo de campo contó con articulación de dos equipos centrales de coordinación de relevamiento que sistematizaron las acciones del operativo con las direcciones provinciales de estadística (DPE) integrantes del Sistema Estadístico Nacional (SEN), la EPH y ENCoPraC.

La coordinación entre ambos equipos fue uno de los principales desafíos a nivel metodológico y para ello se desarrollaron distintos materiales de apoyo, capacitación y gestión. Su mecanismo de articulación en dos etapas fue testeado en una serie de pruebas de roles y de cuestionario.

La primera etapa del operativo de campo estuvo a cargo del equipo de coordinación nacional de relevamiento de la EPH, responsable de las personas coordinadoras, supervisoras y encuestadoras abocadas a la tarea de sensibilizar los hogares y seleccionar la persona respondente de esta encuesta. Al completar su entrevista tradicional, la persona encuestadora explicó los objetivos del estudio al hogar, y luego de que prestaran consentimiento, procedió a seleccionar, a través de un mecanismo aleatorio (tabla de Kish), la persona que respondería el cuestionario. Después, la persona encuestadora obtuvo y registró la información de contexto necesaria para concertar la entrevista con el equipo de ENCoPraC, como el contacto y los días y los horarios convenientes. Además, proporcionó al hogar referencias sobre las personas encuestadoras que visitarían la vivienda.

Con los datos suministrados por el equipo de la EPH, la coordinación central de ENCoPraC llevó a cabo la encuesta de manera efectiva. Para la ejecución y monitoreo de la segunda etapa del operativo, se designó una persona responsable provincial de ENCoPraC en cada jurisdicción. Esta tuvo la tarea de gestionar el intercambio frecuente de información directamente con el equipo central y de garantizar la calidad de los datos recopilados durante el trabajo de campo. Bajo su responsabilidad se encontraba la unidad técnica de gabinete, establecida para brindar la asistencia técnico-operativa y administrativa requerida en la jurisdicción, y las personas encuestadoras de salud que aplicaron el cuestionario.

La magnitud del operativo requirió la organización de una estructura amplia de aproximadamente 524 personas para el trabajo en campo.

Sensibilización

La campaña de sensibilización para el desarrollo de Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado se propuso brindar información a los hogares sobre la relevancia del estudio y de sus objetivos. El eje conceptual del diseño, adoptado por la Dirección de Comunicación y la Coordinación de Producción Gráfica y Editorial que dependen de la Dirección Nacional de Difusión y Comunicación del Instituto, fue caracterizar las conductas habituales de las personas de entre 16 y 75 años en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos y otras sustancias que inciden en la salud de la población.

El requerimiento a las personas entrevistadas se basó en la necesidad de contar con información sustantiva y de calidad sobre el consumo de sustancias en el país para el diseño de políticas públicas que puedan abordar estas problemáticas sanitarias y

proponer acciones de prevención, atención, acompañamiento y cuidado frente al consumo excesivo.

Se trabajó con especial atención para que las personas respondientes de los hogares pudieran constatar la identidad de los encuestadores al momento de la visita. Además de la exhibición perfectamente visible de credenciales e indumentaria identificatoria, se contó con un sistema de verificación de la información a través del sitio web del INDEC y mediante un número de teléfono directo de la DPE. Como es de rigor en las operaciones estadísticas del Instituto, se destaca el carácter confidencial de la información brindada, protegida por el secreto estadístico establecido en la Ley 17.622.

Uno de los enfoques de la estrategia de sensibilización apuntó a instalar la encuesta en el público en general. Para ello, el INDEC elaboró y difundió, a través de sus canales de comunicación, una cápsula digital que dio a conocer las características de la encuesta, su relevancia y su fecha de realización.

Por otra parte, y desde un abordaje estratégico orientado, los miembros del hogar seleccionados para ser entrevistados recibieron una carta de presentación y un folleto en papel que resumía los bloques temáticos de abordaje de la encuesta cuyo diseño, además, sirvió de guía para la narrativa de las personas encuestadoras.

El propósito de esta estrategia fue comprometer la respuesta de las personas encuestadas, para así contar con información actualizada sobre la salud de la población y su conducta habitual respecto del consumo de estas sustancias.

Procesamiento y consistencia de los datos

El procesamiento de los datos estuvo compuesto de dos procesos encadenados complementarios entre sí:

1. Control de calidad y consistencia de la información relevada.
2. Transformación de la información recolectada en los indicadores a analizar.

A continuación, se detallan cada uno de estos procesos, y se describe en qué etapa del operativo se llevaron a cabo y quiénes fueron responsables de cada tarea.

Control de calidad y consistencia

Las pautas de consistencia de datos fueron definidas en la etapa de diseño conceptual del cuestionario e incluidas dentro de la programación del cuestionario digital. Esto implicó que la primera instancia de consistencia se llevara a cabo en tiempo real durante la administración de la encuesta.

Los equipos de INDEC y de Sedronar trabajaron en la definición de las reglas lógicas que permitieran identificar datos no admitidos e información contradictoria o poco frecuente.

Estas consistencias incluyeron:

- Rangos de respuesta permitidos.
- Cotejo entre respuestas de preguntas de control sobre un mismo fenómeno.
- Revisión transversal entre las distintas secciones temáticas para garantizar la coherencia interna.

Al incluirla en el cuestionario, se disparaba una alerta automática a la persona encuestadora, permitiendo la corrección al momento de entrevista, de forma tal de mejorar la calidad del dato y facilitar la tarea.

Se contemplaron dos niveles de alerta: “Error” para las respuestas inaceptables; y “Advertencia” para los datos que requiriesen el control de quien encuestaba, quien a su vez podía corregir la respuesta ingresada o bien validarla con quien respondía y dejar un comentario para ser tenido en cuenta al momento de la recepción. Asimismo, se incluyeron controles automáticos para indicar la incompletitud de las secciones temáticas.

La siguiente instancia de control de calidad ocurría en la recepción de las encuestas. Allí, mediante el sistema de gestión de Survey Solutions, el equipo de gabinete provincial revisaba tanto los errores y las advertencias como la completitud de cada encuesta y, si lo consideraba necesario, devolvía la persona encuestadora para su corrección. Este segundo momento resultó clave, ya que en este intercambio se podían subsanar errores en la captación de datos de casos particulares y de futuras encuestas.

Una vez que las encuestas atravesaban la recepción y eran aprobadas en dicha instancia, se pasaba a la tercera y última etapa de control de calidad, llevada a cabo por el equipo central de INDEC. Para esta instancia se trabajó con las bases de datos a nivel nacional almacenadas en un esquema que permitía efectuar controles y cambios a fin de obtener una base consistida de la ENCoPraC, conservando una base de datos con la información relevada sin los ajustes efectuados.

En el final del proceso de control de calidad se procuró detectar y corregir los errores de captación de las personas encuestadoras que no fueron registrados por la aplicación móvil ni en la instancia de recepción, mediante dos vías:

Revisión de microdatos: su objetivo fue detectar y corregir errores no subsanados en la etapa de campo y recepción. El equipo se valió de la información volcada por la persona encuestadora en comentarios y observaciones que respaldaban y complementaban los datos registrados.

Evaluación a nivel agregado: se revisó la base de datos de las encuestas a fin de identificar errores sistemáticos o adulteraciones que siguieran patrones por persona encuestadora, área o jurisdicción; se trabajó con grandes volúmenes de datos en comparaciones con datos externos (provenientes de encuestas especiales en la temática de años anteriores, llevadas a cabo por el INDEC o el organismo rector); se analizaron patrones de respuesta para ciertas preguntas o secciones temáticas que requirieran de correcciones generales.

Para ello, el sistema generaba una base de datos de inconsistencias por encuesta y por pauta de consistencia que incluía toda la información de referencia necesaria para la evaluación. Las correcciones individuales y las reglas generales de corrección definidas, se aplicaron también a través del sistema.

Transformación

El objetivo primordial de esta encuesta y de las encuestas especiales y de hogares en general es brindar información oportuna y de calidad para el análisis de fenómenos particulares, y el diseño, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas. Por eso, la planificación del análisis y la transformación de los datos relevados resultan un eslabón clave en la generación de esta información.

El primer paso es la definición del plan de tabulados, en el cual se incluyen las variables y los indicadores de interés para analizar el fenómeno en estudio. El equipo de diseño conceptual del INDEC, junto con el de la Sedronar, trabajó en la elaboración de este plan, contemplando las diversas dimensiones de análisis.

El siguiente paso consiste en la operacionalización y construcción de las variables que permitan cumplir con dicho plan de tabulados. Las preguntas relevadas en el cuestionario constituyen, en algunos casos, variables de análisis, mientras que en otros son un insumo para la construcción de un segundo tipo de variables que permiten medir los conceptos complejos que hacen al objeto de estudio de la encuesta. Para llevar a cabo este proceso se realizó la recodificación de las categorías de captación, la agregación de valores cuantitativos o categorías de respuesta, la generación de nuevas variables a partir dos o más variables captadas en campo y la conversión de tipos de datos.

El procesamiento de datos de la encuesta permite obtener:

- Un conjunto básico de variables de caracterización de la población bajo estudio para analizar comportamientos diferenciales.
- Una base de datos como herramienta analítica disponible para las diversas personas usuarias

En el marco del procesamiento, se realizaron también los procesos de apareamiento entre las bases de datos de la ENCoPraC y la Encuesta Permanente de Hogares.

Diseño muestral de la encuesta

El diseño muestral de la ENCoPraC se basa en el de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) total urbano, el cual a su vez se apoya en el diseño de la Muestra Maestra Urbana de Viviendas de la República Argentina (MMUVRA) ajustado a los requerimientos de la encuesta.

La MMUVRA es de alcance nacional y urbano y permite seleccionar muestras para las encuestas que tienen como principales dominios de estimación las provincias y los

aglomerados que participan en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que lleva a cabo el Instituto.

La estructura probabilística de la EPH hereda la de la MMUVRA, que consiste en 3 etapas de selección probabilística bajo un diseño complejo. En la primera etapa se realiza una selección aleatoria de aglomerados o localidades simples, o “unidades de primera etapa de muestreo” (UPM). Los que son dominios de estimación de la EPH están auto-representados o seleccionados con probabilidad igual a 1 en la MMUVRA. El resto de las UPM de la MMUVRA son seleccionadas bajo un diseño proporcional al tamaño.

Para la segunda etapa, en las UPM seleccionadas para la MMUVRA se definieron las “unidades de segunda etapa de muestreo” (USM) o “Áreas MMUVRA” o con base en los radios censales y en la cartografía del CNPHyV 2010. En cada UPM, todas las USM que la conforman cubren territorialmente y determinan la envolvente o el área de cobertura asociada a dicha unidad; de este modo, se conforma el marco de muestreo para la selección de segunda etapa.

La muestra probabilística de USM para la MMUVRA emplea un diseño estratificado definido a partir del nivel educativo alcanzado de la persona jefa del hogar. La selección involucra un muestreo sistemático proporcional a la cantidad total de viviendas particulares ocupadas según el CNPHyV 2010 en cada estrato.

Finalmente, para la ENCoPraC se suma una cuarta etapa al seleccionar al azar un individuo perteneciente a la población objetivo, constituida por el conjunto de personas de 16 a 75 años, en cada uno de los hogares que respondieron a la EPH.

El tamaño de la muestra inicial de viviendas coincide con el previsto para la Encuesta Permanente de Hogares total urbano, que contempla la distribución que se observa en la tabla A2:

Tabla A2. Distribución del tamaño de muestra de viviendas, por jurisdicción. Total país. Aglomerados urbanos y resto urbano.

Jurisdicción	Viviendas seleccionadas		
	Total	Aglomerados urbanos	Resto urbano
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.812	1.812	-
Buenos Aires	8.127	7.457	670
Catamarca	1.186	601	585
Córdoba	2.436	1.595	841
Corrientes	1.133	603	530
Chaco	1.235	684	551
Chubut	1.782	1.252	530
Entre Ríos	2.087	1.462	625
Formosa	1.347	664	683

Jujuy	1.190	600	590
La Pampa	1.325	644	681
La Rioja	1.241	631	610
Mendoza	1.621	981	640
Misiones	1.211	601	610
Neuquén	1.243	598	645
Río Negro	1.767	481	1.286
Salta	1.506	865	641
San Juan	1.385	800	585
San Luis	1.274	613	661
Santa Cruz	1.010	460	550
Santa Fe	2.488	1.898	590
Santiago del Estero	1.259	659	600
Tucumán	1.422	862	560
Tierra del Fuego	601	601	-
Total	41.688	27.424	14.264

Todos los resultados presentados en este informe corresponden a la población de 16 a 75 años que reside en el conjunto de los 31 aglomerados urbanos de la EPH.

Ponderación y calibración de la muestra

Para generalizar los resultados de la encuesta a partir de los datos por muestra es necesario ponderar cada hogar y persona efectivamente encuestados, empleando factores de expansión. El proceso de cálculo de los factores definitivos involucra varias correcciones sobre los factores teóricos (o de diseño) que surgen de la multiplicación de las inversas de las probabilidades correspondientes a cada una de las etapas de selección señaladas en los párrafos anteriores. En particular, el cálculo de los factores de expansión de la ENCoPraC toma como punto de partida los factores de expansión finales de la EPH (habitualmente conocidos como “pondera” en las bases usuarias de la encuesta). Estos factores toman como base los factores de diseño y se incorporan ajustes por no respuesta a nivel de áreas y viviendas por estrato junto a un ajuste final de calibración de los pesos.

El cálculo de los factores de expansión para la ENCoPraC requiere llevar a cabo ajustes adicionales sobre los factores de expansión de EPH, ya que la selección de las personas que respondieron a la ENCoPraC se realiza sobre los hogares que respondieron a la EPH sumando una nueva etapa de selección, la que a su vez también está afectada por la eventual no respuesta de las personas seleccionadas en esta última etapa.

La magnitud de la respuesta obtenida en esta última etapa de selección es baja, alcanza de forma global un 51,4% de las personas con una distribución dispar a lo largo del país. Así, la tasa de respuesta obtenida se ubicó entre el 31,2% y el 74,0%. Este fenómeno de

baja respuesta no solo disminuye drásticamente los tamaños de muestra efectivos para la encuesta, lo que incrementa el error por muestra, sino que aumenta el potencial sesgo en los estimadores que se acentúa en cualquier intento de desagregación de la información de los resultados de la encuesta.

Ante la necesidad de dar una respuesta metodológica al problema de estimación bajo un contexto de no respuesta elevada, se llevó a cabo un procedimiento de ajuste bajo un enfoque experimental, y se debió incorporar un modelo de propensión de respuesta para los individuos seleccionados para generar un factor de ajuste por no respuesta en los factores de expansión de la encuesta.

El modelo asume como válido el supuesto de que el mecanismo de no respuesta desconocido asociado a la etapa de selección adicional impuesta por la ENCoPraC es aleatorio, y atribuye una probabilidad de respuesta fija a cada individuo seleccionado, y por lo tanto puede modelarse a partir de variables observadas. Esto significa que la propensión a responder de un individuo seleccionado en la cuarta etapa de selección, habiendo sido seleccionado previamente para participar de la EPH, depende de variables que son conocidas (y, por ende, observables) tanto para quienes respondieron como a quienes no lo hicieron. Estas variables corresponden a atributos de los individuos seleccionados, a características del hogar en el que habitan y a indicadores vinculados a los esfuerzos realizados por el equipo de relevamiento para intentar contactarlos.

En la práctica, la estimación de la propensión a responder de los individuos seleccionados para la ENCoPraC se llevó a cabo a partir de ajustar a los datos un modelo de regresión logit con base en un conjunto de variables disponibles de la encuesta. Este permite utilizar los valores estimados que surgen del ajuste para introducir la corrección por no respuesta en el factor de expansión inicial. Por último, se realizó un ajuste final de calibración de los pesos con base en estructuras poblacionales estimadas a partir de la EPH para la población objetivo de la ENCoPraC. Los fundamentos conceptuales de esta metodología junto a los detalles de su implementación práctica podrán consultarse en la Nota Metodológica que se publicará próximamente a través de la página del Instituto.

Observaciones acerca de la calidad de las estimaciones

Debido a la magnitud de la no respuesta y en virtud de los ajustes adicionales que debieron llevarse a cabo para obtener los factores de expansión finales de la ENCoPraC no es posible implementar la metodología habitual del Instituto para el cálculo de errores muestrales mediante réplicas. En su lugar, se utilizó un conjunto de criterios prácticos para orientar la interpretación de los resultados presentados y evaluar la pertinencia de su difusión en este informe, los que a su vez se ponen a disposición de las personas usuarias que deseen realizar sus propios cálculos a partir de la base usuaria de la encuesta.

El siguiente punteo resume un conjunto de criterios que deberán verificarse para considerar que un resultado publicado es aceptable desde el punto de vista de su solvencia estadística. Estos criterios están basados en la magnitud del fenómeno que se

desea medir y la cantidad de casos muestrales involucrados en los cálculos de interés. Los criterios de INDEC utilizados para el procesamiento se encuentran descriptos en el “Anexo I. Metodología de la ENCoPraC 2022” que se encuentra en el informe realizado en conjunto entre ambos organismos. Allí establece que para que un resultado de la ENCoPraC pueda considerarse aceptable se debe verificar:

1. En el caso de resultados asociados al cálculo de prevalencias, razones o proporciones, su resultado numérico debe ser superior a 0,05 (o de forma equivalente, al 5%).
2. La cantidad total de casos involucrados en el cálculo debe ser superior a 200 individuos.
3. En el caso de razones o proporciones, el atributo de interés deberá estar presente en más de 150 individuos. Si el atributo de interés está presente en más de 50 individuos pero en menos de 150 se considerará que el resultado es de aceptabilidad dudosa.

En los siguientes informes, el OAD señala con un * aquellos valores que deben ser analizados con precaución por no verificar el criterio 1 o presentar “entre 50 y 150 casos” en relación al criterio 3. A sí mismo, también se optó por describir, frente a categorías muy específicas, valores que responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos debido a su valor analítico, aunque la calidad de la estimación y la solvencia estadística de ese dato pueda ser cuestionable. Esos casos están señalados con dos **.

Tabla A3. Cantidad de viviendas elegibles iniciales, hogares con personas elegibles visitados por la ENCoPraC, personas respondientes a la ENCoPraC y tasa de respuesta global. Resultados para el conjunto de los 31 aglomerados urbanos, según jurisdicción.

Jurisdicción	Viviendas elegibles iniciales ⁽¹⁾	Personas respondientes ENCoPraC	Tasa de respuesta global ENCoPraC ⁽²⁾
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.541	481	31,2%
Buenos Aires	6.388	2.581	40,4%
Catamarca	500	358	71,6%
Córdoba	1.363	917	67,3%
Corrientes	517	263	50,9%
Chaco	625	340	54,4%
Chubut	1.043	587	56,3%
Entre Ríos	1.154	537	46,5%
Formosa	580	314	54,1%
Jujuy	521	410	78,7%
La Pampa	569	246	43,2%
La Rioja	521	390	74,9%
Mendoza	810	516	63,7%

Sedronar

Misiones	528	329	62,3%
Neuquén	514	227	44,2%
Río Negro	398	190	47,7%
Salta	763	467	61,2%
San Juan	677	379	56,0%
San Luis	542	331	61,1%
Santa Cruz	369	181	45,7%
Santa Fe	1.664	976	58,7%
Santiago del Estero	575	301	52,3%
Tucumán	757	513	67,8%
Tierra del Fuego	520	228	43,8%
Total	23.466	12.062	51,4%

(¹) Dentro del conjunto de viviendas inicialmente elegibles para este relevamiento hay un conjunto de ninguna persona y, por lo tanto, no es posible determinar si allí habitaba alguna persona de 16 a 75 de respuesta podría estar levemente subestimada.

(²) La tasa de respuesta global para la ENCoPraC se calcula como cociente entre la cantidad de personas que respondieron la ENCoPraC con respecto a la cantidad de viviendas elegibles.

Capítulo 2: Magnitud del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

2.1 Prevalencia de vida

La prevalencia de vida es una tasa que expresa la proporción de personas que alguna vez en su vida, hicieron uso de las sustancias indagadas. Es una tasa global que indica en un territorio determinado, qué porcentaje de personas tuvieron contacto y probaron alguna de las sustancias. En el cuadro siguiente se informan las tasas de prevalencia por sustancia para el total de los 31 aglomerados indagados en este estudio.

Cuadro 2.1.1: Prevalencia de vida de sustancias psicoactivas. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

Sustancias	Población	%
Alcohol	17.610.847	84,7
Tabaco	10.220.158	49,2
Tranquilizantes	2.931.033	14,1
Tranquilizantes c/pm	2.589.500	12,5
Tranquilizantes s/pm	424.207	2,0
Estimulantes	687.612	3,3
Estimulantes c/pm	647.652	3,1
Estimulantes s/pm	44.857	0,2*
Medicamentos opioides s/pm	653.002	3,1
Marihuana con uso terapéutico y no terapéutico	5.463.537	26,3
Marihuana de uso terapéutico	1.941.241	9,3
Marihuana de uso no terapéutico	4.373.463	21,0
Cocaína (todas las edades)	806.895	3,9
Alucinógenos	672.460	3,2
Éxtasis	320.833	1,5
Pasta base/paco	46.244	0,2*
Inhalables y/o solventes	90.135	0,4*
Metanfetaminas	44.393	0,2*
Anfetaminas	93.047	0,4*
Ketaminas	68.628	0,3*
Ghb	9.074*	-
Crack	9.049*	-
Otro tipo de sustancia	862*	-

Alguna sustancia ilícita	4.990.108	24,0
--------------------------	-----------	------

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022..

Entre la población de 16 a 75 años del país, las sustancias que presentan mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida son alcohol (84,7%) y tabaco (49,2%), ambas de uso legal.

La marihuana, tanto de uso no terapéutico como de uso terapéutico, se ubica en tercer lugar, con una tasa de consumo del 26,3%. En tanto, su uso no terapéutico alcanza una tasa del 21% mientras que el uso terapéutico un 9,3%.

Le sigue el consumo de alguna vez en la vida de tranquilizantes con y sin prescripción médica¹, cuya tasa de consumo resulta de 14,1%. Al respecto, el 2% de los usuarios alude haber consumido, alguna vez en la vida, tranquilizantes s/pm.

La tasa de consumo de cocaína es de 3,9% y un 3,2% la de consumo de alucinógenos.

En cuanto al consumo alguna vez en la vida de medicamentos opioides s/pm, el 3,1 % ha hecho uso de esta sustancia e igual tasa de consumo presentan los estimulantes c/pm. Mientras que un porcentaje bastante menor, el 1.5 %, ha usado alguna vez éxtasis.

Tasas menores al 1% refieren al consumo alguna vez en la vida de: solventes o sustancias inhalables y anfetaminas (0,4%), ketamina (0,3%); estimulantes s/pm, pasta base-paco² y metanfetaminas (0,2%).

Finalmente, el 24 % de la población ha consumido alguna droga ilícita alguna vez en la vida. Esto significa que usaron al menos una vez en su vida, una o más de las siguientes sustancias³: medicamentos opioides s/pm, marihuana de uso no terapéutico, cocaína, alucinógenos, éxtasis pasta base/paco, inhalables y/o solventes, metanfetaminas, anfetaminas, ketaminas, ghb, crack u otro tipo de sustancia.

Al analizar el consumo de alguna vez en la vida por género⁴ se observa que los varones presentan por un lado, una mayor tasa en el consumo de alcohol (en el caso de los varones, es casi 11 p.p. mayor que en mujeres) y en el de tabaco en cuyo caso la diferencia por sexo es de 6,8 p.p (gráfico 2.1.1).

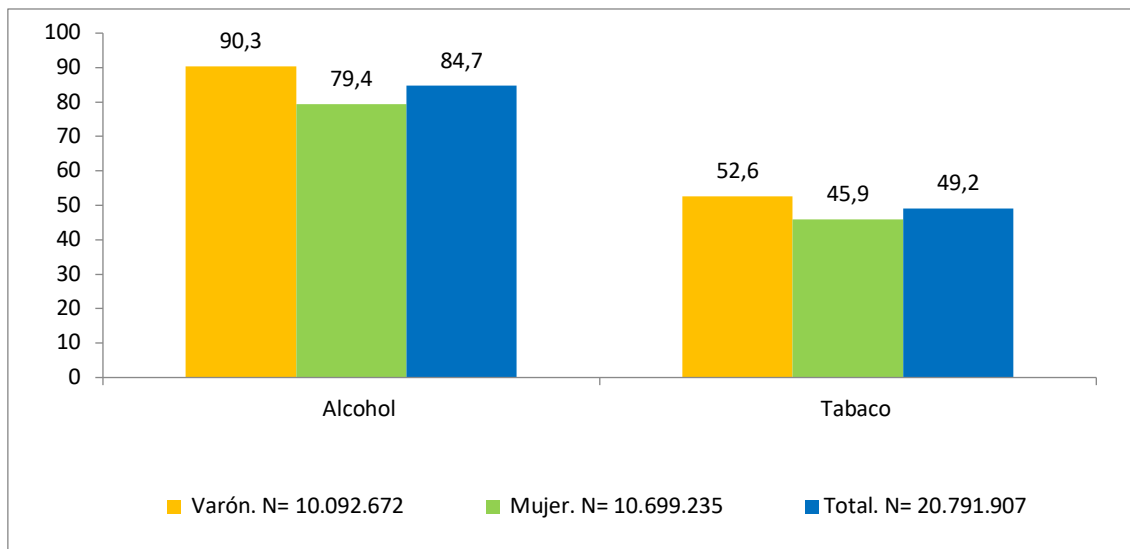
¹ La expresión “sin prescripción médica” (en adelante s/pm) se refiere a que la sustancia fue adquirida sin la presentación de la correspondiente receta médica.

² Cabe aclarar que la metodología de este estudio no es la adecuada para evaluar la magnitud del consumo de pasta base debido a que la población consumidora de dicha sustancia en general, reside en zonas que no formaron parte del marco de selección utilizado (hogares).

³ La lista de sustancias que integran el indicador resumen de alguna droga ilícita varía según la prevalencia se refiera a vida, año o mes.

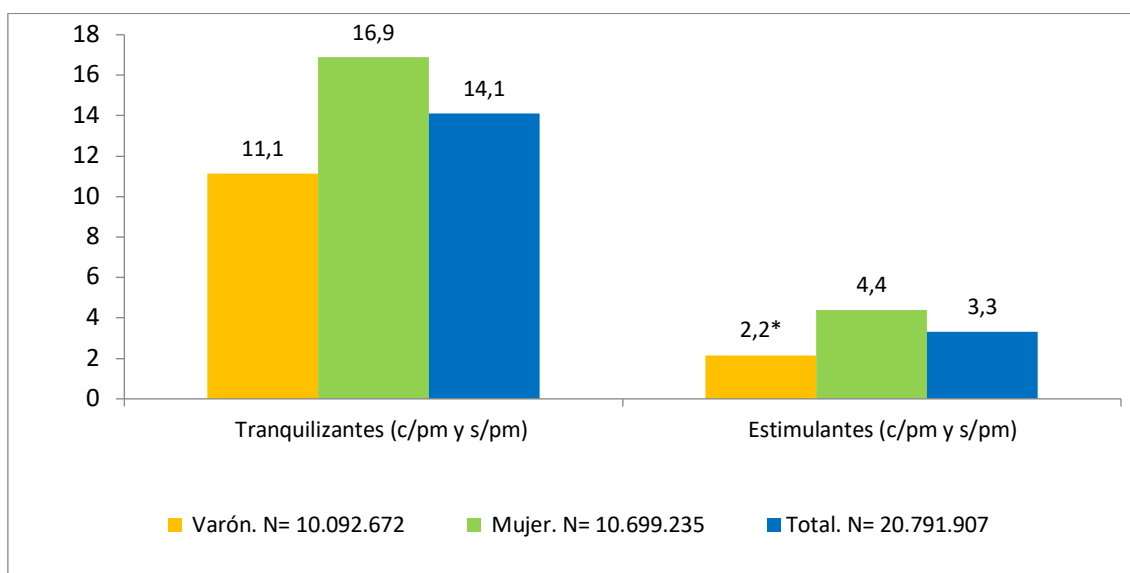
⁴ Se presentan sólo las sustancias que registran el mayor número de respuesta por género.

Gráfico 2.1.1: Prevalencia (%) de vida de consumo de alcohol y tabaco según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



Con respecto al uso de alguna vez en la vida de psicofármacos, las mujeres superan a los varones en la tasa de consumo tranquilizantes c/pm y s/pm (casi 6 p.p. mayor que en varones) y en la prevalencia de consumo de estimulantes, en cuyo caso la prevalencia duplica a la de los varones (gráfico 2.1.2).

Gráfico 2.1.2: Prevalencia (%) de vida de consumo de psicofármacos según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



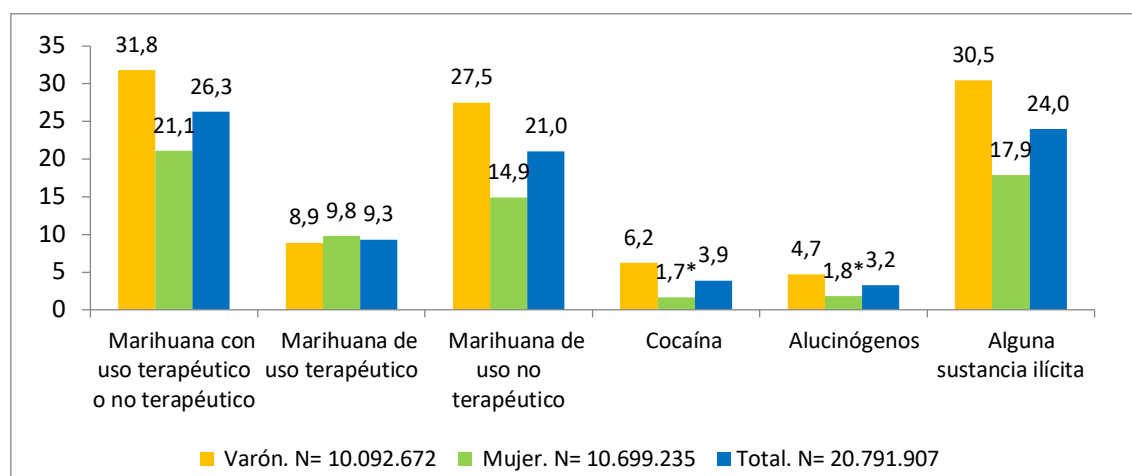
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

Por otra parte, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de marihuana resulta superior entre los varones, ya sea, considerando de manera conjunta su uso terapéutico

y no terapéutico, o bien contemplando su uso no terapéutico. En este último caso, supera en más de 12 p.p a la tasa de consumo de las mujeres. En cambio, el uso terapéutico de esta sustancia, es levemente superior entre las mujeres (9,8% vs 8,9%).

Para el caso de cocaína y alucinógenos, nuevamente la tasa es superior entre los varones como así también, la tasa de consumo de alguna droga ilícita, la cual presenta una diferencia por sexo de 12,6p.p (gráfico 2.1.3).

Gráfico 2.1.3: Prevalencia de vida de consumo de marihuana, cocaína, alucinógenos y alguna droga ilícita según género. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



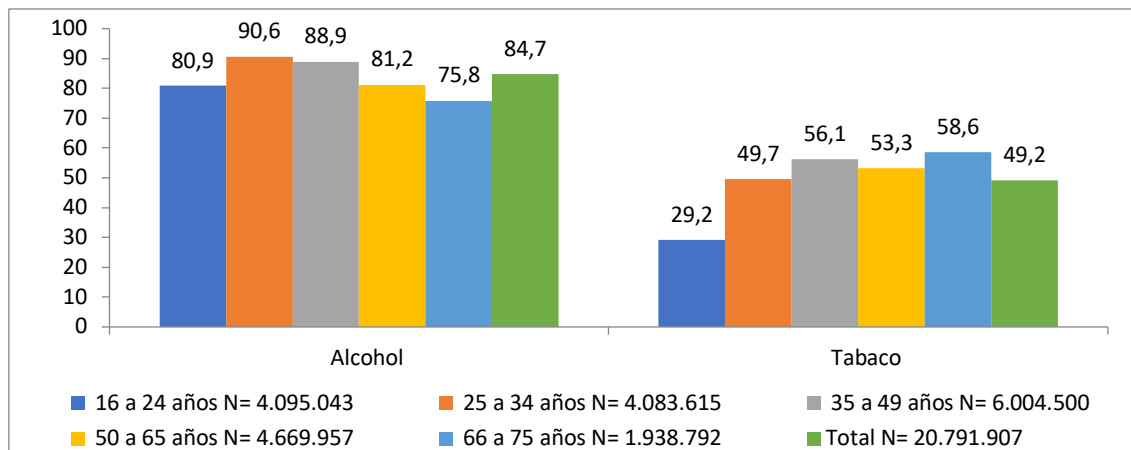
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver C Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPrac 2022.

El análisis del consumo de alguna vez en la vida por grupo de edad⁵, revela que entre las personas más adultas (66 a 75 años) se observan las menores tasas de consumo de alcohol referidas a alguna vez en la vida. Entre los 16 y 65 años, las tasas superan el 80% y aumentan a más del 90% entre las personas con edades de 25 a 34 años, siendo algo menor entre las del grupo etario de 35 a 49 años (88,9%) y a partir de allí y hasta los 65 años, la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida resulta algo más de 81%.

De modo contrario, la mayor tasa de consumo de alguna vez en la vida de tabaco se presenta entre los adultos mayores (66 a 75 años) con un valor de 58,6% y con una diferencia porcentual de 29,4 p.p con las personas más jóvenes (16 a 24 años) quienes presentan una prevalencia de consumo de vida de algo más del 29%. En tanto, los adultos jóvenes (25 a 34 años) presentan una tasa de consumo cercana a la tasa total (49,7%). Mientras que entre la población con edades comprendidas entre los 35 y 65 años la tasa promedio resulta de 54,7% (gráfico 2.1.4).

⁵ Se presentan sólo las sustancias que registran el mayor número de respuesta por grupo de edad.

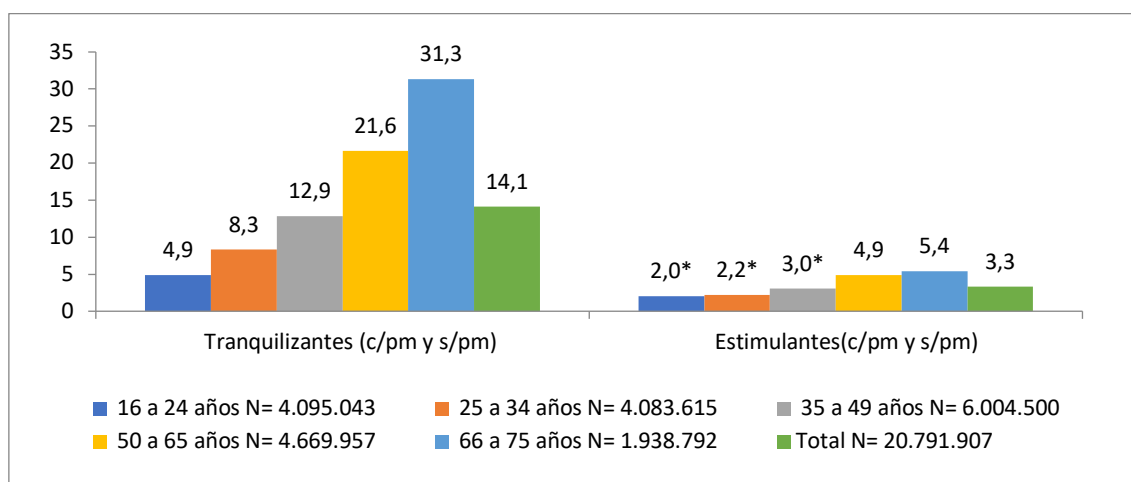
Gráfico 2.1.4: Prevalencia de vida de consumo de tabaco y alcohol según grupos de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



El consumo de alguna vez en la vida de tranquilizantes (ya sea recetados o adquiridos s/pm) presenta una tasa notablemente superior entre adultos mayores 66 a 75 años (31,3%) si se la compara con el valor total de 14,1%. Se observa además, que disminuye según disminuye la edad. Así, en un tramo anterior (50 a 65 años), la prevalencia de vida de esta sustancia se reduce en casi 10p.p (21,6%) alcanzando un valor de menos del 5% entre los jóvenes de 16 a 24 años.

Por su parte, el consumo de estimulantes (c /pm y s/pm) presenta una tasa apenas mayor a un 3% la cual es superada por una tasa promedio de 5% entre personas de 50 años y más (gráfico 2.1.5).

Gráfico 2.1.5: Prevalencia de vida de consumo de psicofármacos según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 2, Metodología de la ENCoPrac 2022.

En cuanto al consumo de marihuana, cualquiera sea su modalidad de uso, su prevalencia de vida promedia en un valor de 26,3% mientras que las tasas mayores se observan entre la población de 25 a 34 años superando en más de 13 p.p a dicha tasa. Este mismo grupo de edad presenta el mayor valor del indicador (36,4%) para el caso de marihuana de uso no terapéutico seguido por las personas más jóvenes (16 a 24 años) entre quienes la tasa de consumo asciende a 28,5% mientras que se reduce a 22,3% entre el grupo de edad de 35 a 49 años. Continuando con el uso no terapéutico de marihuana, la prevalencia de vida se reduce abruptamente entre las edades de 50 a 65 años (6,6 %) hasta alcanzar un valor cercano al 4% para las personas de 66 a 75 años.

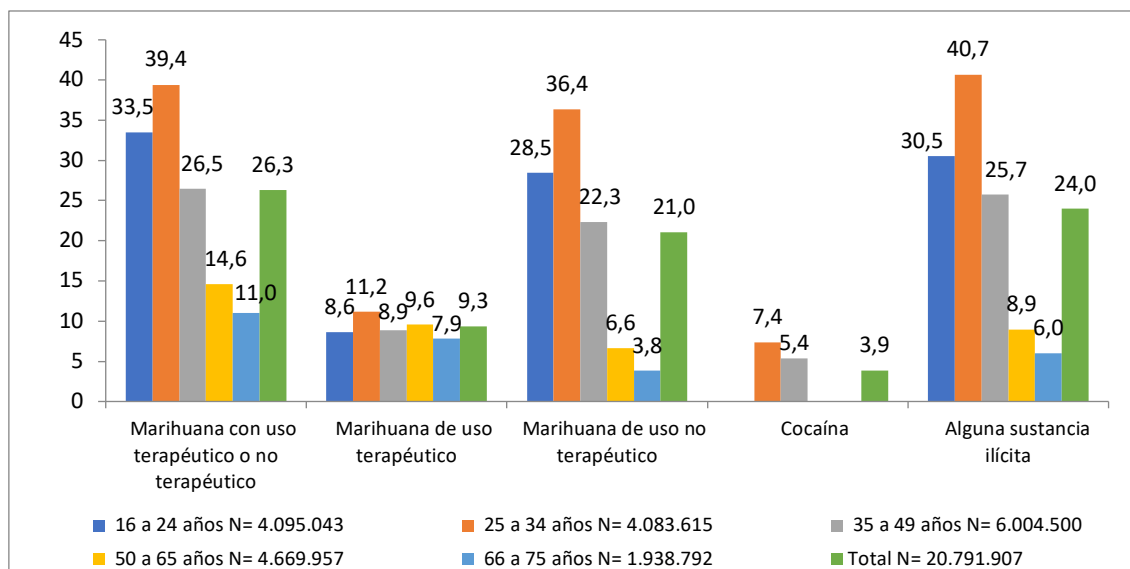
Si bien los valores de la tasa de consumo de marihuana son superiores, su distribución con respecto a los grupos de edad, es similar a lo relatado en el párrafo anterior considerando conjuntamente al uso terapéutico y no terapéutico. Es decir, el mayor porcentaje de uso se encuentra entre los adultos jóvenes de 25 a 34 años, seguido por los más jóvenes (16 a 24 años) para luego descender a partir de los 35 años.

En cuanto al uso no terapéutico de esta sustancia, no se observan diferencias significativas por grupo de edad si bien sigue siendo superior entre el tramo de edad de 25 a 34 años (11,2%). Por otra parte, cabe destacar que en todos los casos, la tasa de consumo con fines medicinales es muy inferior a las mencionadas anteriormente, teniendo en cuenta que en este caso, el promedio general es de 9,3%.

Respecto del consumo de cocaína, sólo se presentan en el gráfico los grupos de edad que registran mayor número de respuestas y se observa nuevamente entre la población de 25 a 34 años, la tasa de mayor consumo (7,4%). La misma resulta algo menor en el grupo de edad de 35 a 49 años (5,4%).

Finalmente y de manera esperable, el porcentaje de personas que probaron alguna droga ilícita es marcadamente superior en la población de 25 a 34 años, con un valor de 40,7% (la tasa en promedio alcanza el 24 %) con respecto a los adultos de 50 a 75 años. El segundo grupo de edad con mayor consumo de alguna droga ilícita alguna vez en la vida, resulta ser el de los más jóvenes (30,5%) seguidos por personas con edades de 35 a 49 años, cuya tasa de consumo asciende a 25,7 % (gráfico 2.1.6).

Gráfico 2.1.6: Prevalencia de vida de consumo de marihuana, cocaína y alguna droga ilícita según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



2.2 Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas

La edad de inicio es una variable que habitualmente se indaga en los estudios poblacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas ya que describe patrones de uso de las sustancias, identifica población en riesgo y condiciones de vulnerabilidad y por lo tanto permite pensar en la eficacia de programas de prevención.

En este apartado se presentan las medidas estadísticas (promedio, mediana, modo y desvío estándar) de la edad de inicio en el consumo de sustancias mayormente consumidas alguna vez en la vida por la población. Se realiza el análisis diferenciado por género y tramos de edad.

Cuadro 2.2.1: Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de Tabaco y Alcohol según género. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

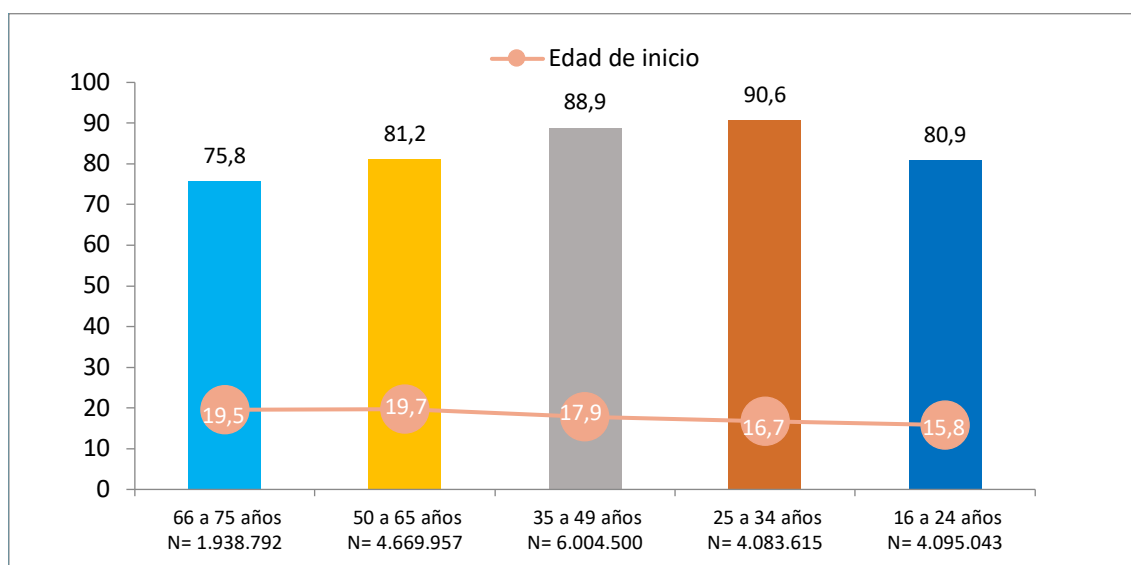
			Media	Mediana	Moda	Desvío Estándar
Alcohol						
Total	N=	16.769.878	17,7	17,0	18,0	4,5
Varones	N=	8.736.654	17,1	17,0	18,0	3,2
Mujeres	N=	8.033.224	18,5	17,0	18,0	5,5
Tabaco						
Total	N=	10.027.256	17,4	17,0	18,0	4,2
Varones	N=	5.211.991	17,0	17,0	18,0	3,6
Mujeres	N=	4.815.265	17,9	17,0	16,0	4,7

Sedronar

Los datos del estudio revelan que cerca del 77% de la población antes de llegar a los 18 años ya había consumido alguna bebida alcohólica y que el 76 % ya había fumado tabaco al menos una vez. La edad de inicio promedio en el consumo de alcohol se aproxima a los 18 años, mientras que la del tabaco es más cercana a los 17 años. En ambas sustancias la edad más frecuente es 18 años (Moda) y en ambos casos, la edad de inicio es inferior en los varones.

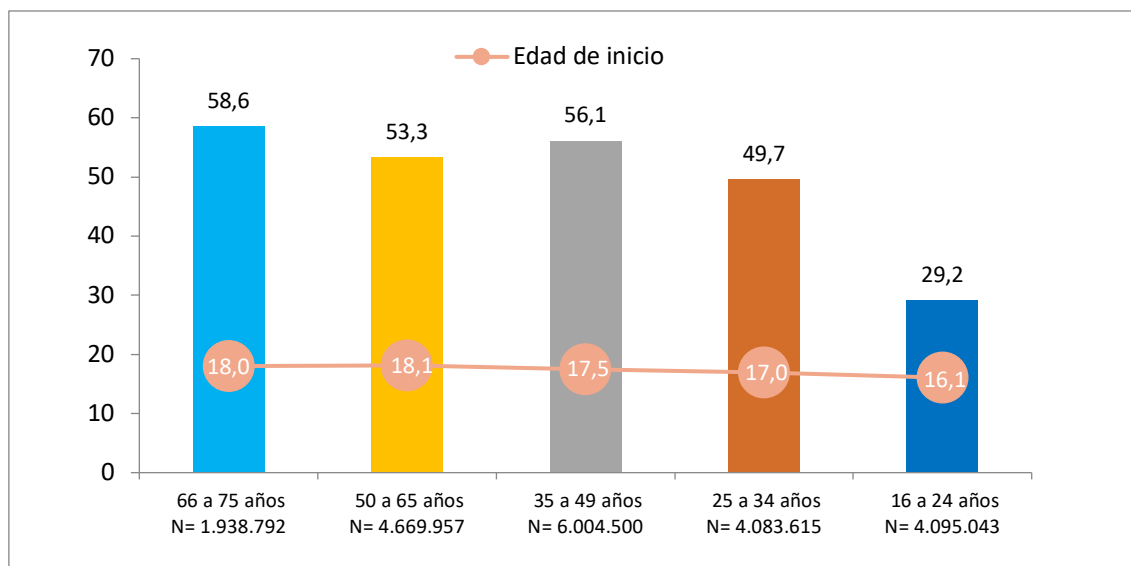
Al considerar separadamente el inicio del consumo según los distintos tramos de edad, se puede observar claramente en los dos gráficos siguientes, cómo disminuye la edad del primer consumo a medida que las generaciones son más jóvenes. Esto ocurre tanto en el caso del alcohol como en el del tabaco. Puede leerse por ejemplo que cerca del 76% de los adultos mayores consumió alcohol alguna vez en su vida y lo hizo por primera vez pasados los 19 años (19,5). Mientras que casi el 81 % de los más jóvenes bebió alcohol alguna vez y en promedio lo hizo a los 16 años (gráfico 2.2.1).

Gráfico 2.2.1: Prevalencia de vida de Alcohol y promedio de edad de inicio según tramo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



En cuanto al consumo de tabaco, más del 29% de los adolescentes ha fumado tabaco alguna vez y en promedio lo hizo apenas pasados los 16 años. En el otro extremo del rango etario, cerca del 59% de las generaciones mayores consumió alcohol alguna vez y declararon en promedio, una edad de inicio los 18 años (gráfico 2.2.2).

Gráfico 2.2.2: Prevalencia de vida de Tabaco y promedio de edad de inicio según tramo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



El cuadro 2.2.2 resume las medidas estadísticas para la edad del primer uso que declararon las personas que consumieron alguna vez tranquilizantes, estimulantes c/pm o bien medicamentos opioides.

La primera vez de uso de tranquilizantes c/pm promedia los 40 años de edad; en tanto la edad de inicio más mencionada es 50 años. En cuanto a las mujeres, al primer contacto con esta sustancia se produjo entre los 40 y 41 años.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes s/pm, los datos resultan bastante heterogéneos y esto hace que la edad media "29,4" pierda representatividad respecto al total de personas que hayan usado alguna vez tranquilizantes s/pm. En este caso, el valor "25" de la mediana es más representativo e indica que la mitad de la población bajo estudio que consumió tranquilizantes s/pm lo hizo antes de los 25 años y la otra mitad después de esa edad.

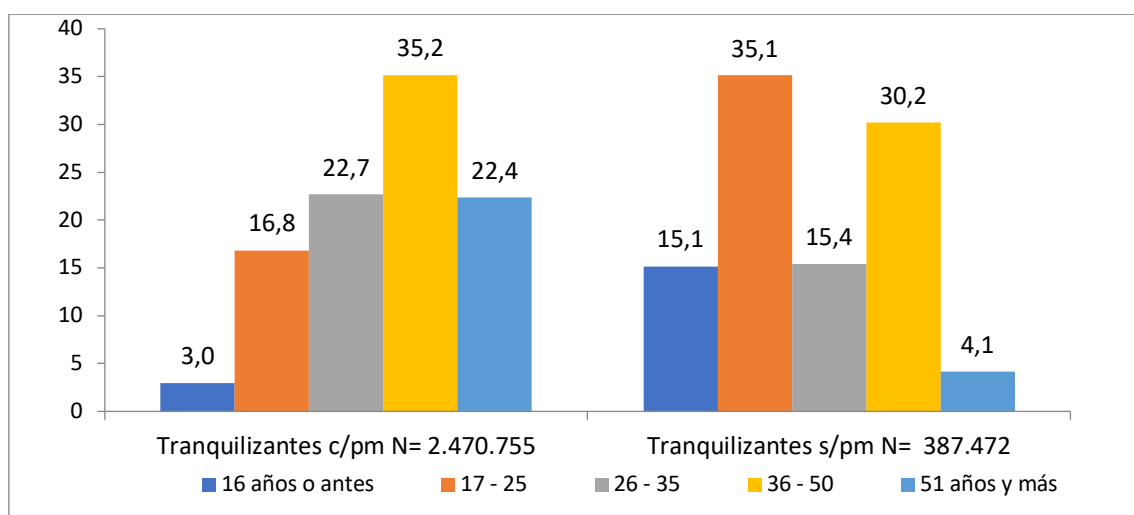
Por otra parte dicho valor se ubica alrededor de los 27 años entre los varones mientras que entre las mujeres se ubica a los 31 años.

Puede verse en el siguiente gráfico, que la mayoría de las personas que consumieron tranquilizantes c/pm (35,2%), lo hicieron por primera vez entre los 36 y 50 años, observándose que una proporción muy pequeña (3,0%) los usó tempranamente a los 16 años o antes.

Más del 22% de usuarios comenzaron a usar tranquilizantes c/pm a los 51 años o más tarde, mientras que cerca del 17% comenzó a usarlos entre los 17 y 25 años.

Contrariamente, la edad de inicio más frecuente de consumo de tranquilizantes s/pm se encuentra entre los 17 y 25 años. Aproximadamente un tercio de quienes usaron esta sustancia lo hizo entre los 36 y 50 años y apenas un 4,1% tuvo contacto con ella por primera vez a partir de los 51 años (gráfico 2.2.3).

Gráfico 2.2.3: Distribución de la población que consumió tranquilizantes alguna vez, según edad a la que consumió por primera vez. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



En cuanto a la edad promedio de inicio del consumo de estimulantes c/pm, se observa que se ubica entre los 37 y 38 años (las mujeres más tarde que los varones), sin embargo se destaca que la mitad de las personas inició dicho consumo a los 35 años o antes (valor de la mediana).

La mayoría (valor de la moda) de quienes consumieron alguna vez medicamentos opioides, lo hizo por primera vez a los 17 años, tanto varones como mujeres. Dicho valor, coincidente con el valor de la mediana, resulta más que el valor promedio de 20,6 años, respecto a la generalidad de la población que consumió alguna vez estos medicamentos (cuadro 2.2.2).

Cuadro 2.2.2: Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de tranquilizantes, estimulantes c/pm y medicamentos opioides. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

			Media	Mediana	Moda	Desvío Estándar
Tranquilizantes c/pm						
Total	N=	2.470.755	40,0	40,0	50,0	14,4
Varones	N=	927.837	38,6	39,0	35,0	14,1
Mujeres	N=	1.542.918	40,8	40,0	50,0	14,5
Tranquilizantes s/pm						
Total	N=	387.472	29,4	25,0	14,0	12,8
Varones	N=	172.717	27,3	22,0	18,0	11,9
Mujeres	N=	214.755	31,1	29,0	14,0	13,2
Estimulantes c/pm						
Total	N=	624.129	37,8	35,0	35,0	15,3
Varones	N=	204.266	37,0	35,0	35,0	15,6
Mujeres	N=	419.863	38,2	37,0	30,0	15,1

Medicamentos opioides s/pm						
Total	N=	653.002	20,6	17,0	17,0	9,7
Varones	N=	349.286	20,6	18,0	17,0	9,8
Mujeres	N=	303.716	20,6	17,0	17,0	9,6

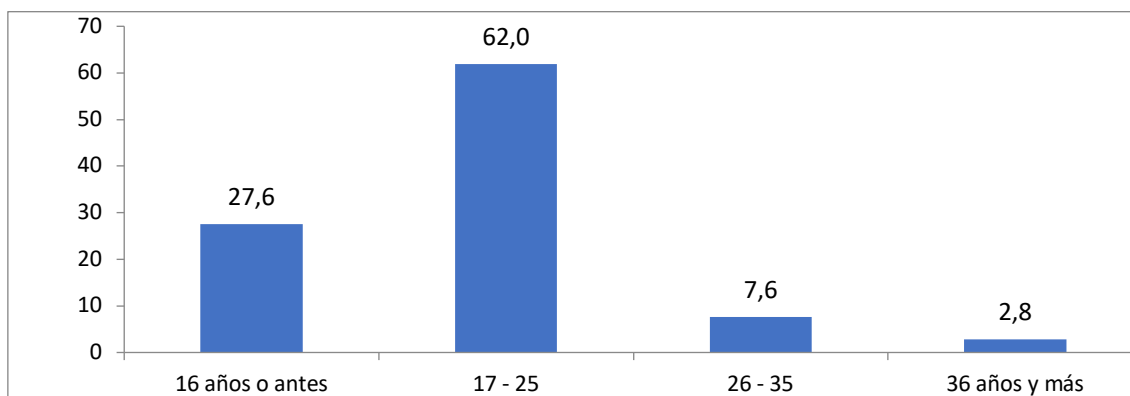
En cuanto a la edad del primer consumo de marihuana de uso no terapéutico, sus medidas estadísticas se presentan en el cuadro siguiente y como se puede observar, tiene una edad promedio de inicio entre los 18 y 19 años y en el caso de las mujeres es un año después que los varones.

Cuadro 2.2.3: Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de Marihuana de uso no terapéutico según género. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

		Media	Mediana	Moda	Desvío Estándar
Total	N= 4.294.771	19,8	18,0	18,0	6,3
Varones	N= 2.724.084	19,2	18,0	18,0	5,1
Mujeres	N= 1.570.687	20,9	19,0	20,0	7,7

Por otra parte, si se analiza cómo se distribuye la población de acuerdo a la edad a la que consumió marihuana de uso no terapéutico por primera vez, se observa que el 62% lo hizo entre los 17 y 25 años. Mientras que, casi el 27% lo hizo a los 16 años o antes y menos del 3% probó la sustancia recién después de los 35 años (gráfico 2.2.4).

Gráfico 2.2.4: Distribución de la población que consumió marihuana de uso no terapéutico alguna vez, según edad a la que consumió por primera vez. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N=4.294.771

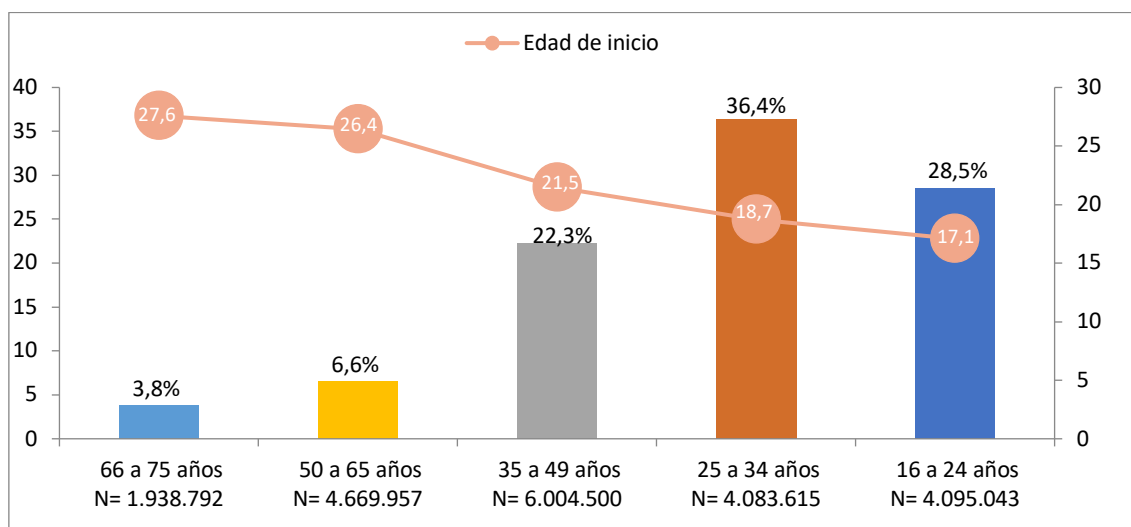


También es posible ver, como ocurre con tabaco y alcohol, que las personas más jóvenes resultan más precoces en el inicio del consumo de marihuana de uso no terapéutico si se compara con los más adultos (66 a 75 años). El 28,5% de la población con edades de

16 a 24 años que consumió alguna vez, lo hizo en promedio a los 17 años. Mientras que cerca del 4% de adultos mayores que usaron esta sustancia lo hicieron en promedio entre los 27 y 28 años.

Es decir: a medida que desciende el rango etario también es más precoz la primera vez de contacto con la marihuana de uso no terapéutico (Gráfico 2.2.5).

Gráfico 2.2.5: Prevalencia de vida de marihuana y promedio de edad de inicio según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



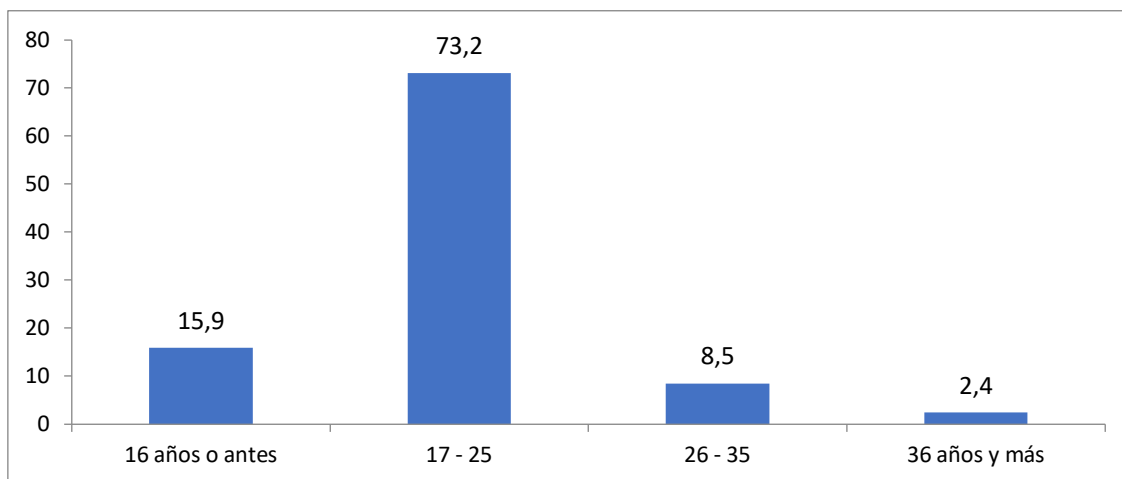
En cuanto al inicio en el consumo de cocaína, el 3,9 % de la población bajo estudio consumió alguna vez en su vida y en promedio la primera vez fue a los 20 años y este dato coincide también con la edad de inicio declarada por la mayoría (moda) de los encuestados. En tanto, el valor de la mediana señala que la mitad comenzó a consumir a los 19 años o antes (Cuadro 2.2.4).

Cuadro 2.2.4: Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de Cocaína según género. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

		Media	Mediana	Moda	Desvío Estándar
Total	N= 755070	20,1	20,0	20,0	5,3
Varones	N= 577197	21,2	20,0	20,0	5,1
Mujeres	N= 177873	20,1	20,0	14,0	5,7

Desagregando con más detalle la distribución de la población según la edad del primer consumo de cocaína, resulta que muy pocos (2,4%), iniciaron el consumo a partir de los 35 años. Es decir, cerca del 98 % de quienes al menos probaron cocaína una vez, lo hicieron antes de esa edad y entre ellos casi un 16% lo hizo a los 16 años o antes (gráfico 2.2.6).

Gráfico 2.2.6: Distribución de la población que consumió cocaína alguna vez, según edad de la primera vez. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N=755.070



En cuanto a la edad promedio de inicio del consumo de éxtasis, se observa que es entre los 23 y 24 años, sin embargo se destaca que la mitad de las personas inició dicho consumo a los 22 años o antes según indica el valor de la mediana. Dada la heterogeneidad de los datos respecto a la edad de inicio de esta sustancia, resulta conveniente considerar el valor de este indicador como representativo de la edad de inicio (cuadro 2.2.5).

Cuadro 2.2.5: Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo de Éxtasis según género. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

			Media	Mediana	Moda	Desvío Estándar
Total	N=	299.008	23,6	22,0	18,0	6,3
Varones	N=	204.580	23,9	22,0	18,0	6,5
Mujeres	N=	94.428	22,9	22,0	20,0	5,7

2.3 Prevalencia de Año de consumo de sustancias psicoactivas

La prevalencia de año indica el porcentaje de personas que consumieron una sustancia en los últimos 12 meses anteriores al momento de la encuesta. Este consumo puede ser entendido como consumo reciente y es el indicador más utilizado para analizar el consumo de sustancias ilegales y de uso indebido.

Cuadro 2.3.1: Prevalencia de año de sustancias psicoactivas. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

Sustancia	Población	%
Alcohol	13.768.485	66,2
Tabaco	5.330.177	25,6
Tranquilizantes (c/pm y s/pm)	1.428.850	6,9
Tranquilizantes c/pm	1.311.092	6,3
Tranquilizantes s/pm	132.365*	0,6*
Estimulantes (c/pm y s/pm)	360.111	1,7
Estimulantes c/pm	359.164	1,7
Estimulantes s/pm	947**	0,0
Marihuana con uso terapéutico o no terapéutico	2.872.092	13,8
Marihuana de uso no terapéutico	2.147.437	10,3
Marihuana de uso terapéutico	1.130.069	5,4
Cocaína	191.198*	0,9*
Alucinógenos	179.890*	0,9*
Éxtasis	105.716**	0,5**
Pasta base/paco	9.628**	0,0**
Inhalables y/o solventes	16.239**	0,1**
Metanfetaminas	8.396**	0,0**
Anfetaminas	7.902**	0,0**
Ketaminas	4.995**	0,0**
Ghb	-	-
Crack	3.673**	0,0**
Otro tipo de sustancia	-	-
Alguna sustancia ilícita	2.206.028	10,6

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

El consumo reciente de sustancias psicoactivas indica que 13.768.485 personas, esto es el 66,2% de la población objetivo (personas de 16 a 75 años de 31 aglomerados urbanos), consumieron alguna bebida alcohólica. En tanto que el 25,6% manifestó haber fumado tabaco.

Consumió marihuana con fines terapéuticos o no, en el último año, el 13,8% de la población, es decir unas 2.872.092 personas. En tanto el consumo reciente de marihuana de uso no terapéutico asciende a 10,3% de las personas y el uso terapéutico de marihuana a 5,4%. En cuanto al uso de cocaína, menos del 1% declaró haberlo hecho

en los últimos 12 meses, mientras que el uso de psicofármacos c/pm y s/pm, fue del 6,9% de la población en el uso de tranquilizantes y del 1,7% en el uso de estimulantes. Por último, el 10,6% de la población, equivalente a 2.206.028 de personas entre 16 y 75 años, consumió alguna sustancia ilegal durante el último año. En el cuadro siguiente se describen las tasas de consumo reciente de sustancias psicoactivas diferenciadas por sexo.

Cuadro 2.3.2: Prevalencia de año de sustancias psicoactivas según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

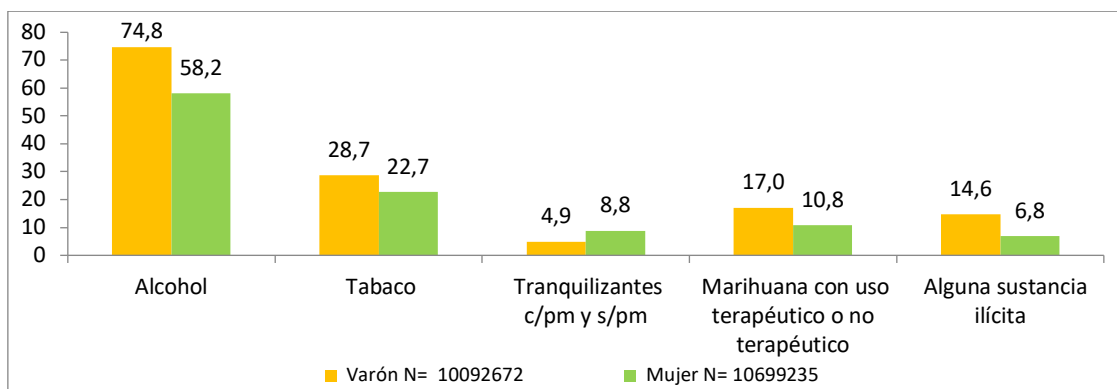
Sustancia	Varón N= 10092672		Mujer N= 10699235	
	Población	%	Población	%
Alcohol	7.545.743	74,8	6.222.742	58,2
Tabaco	2.897.873	28,7	2.432.304	22,7
Tranquilizantes (c/pm y s/pm)	490.917	4,9	937.933	8,8
Tranquilizantes c/pm	453.243	4,5	857.849	8,0
Estimulantes (c/pm y s/pm)	107.522*	1,1*	252.589	2,4*
Estimulantes c/pm	107.207*	1,1*	251.957	2,4
Marihuana con uso terapéutico o no terapéutico	1.719.397	17,0	1.152.695	10,8
Marihuana de uso terapéutico	500.856	5,0	629.213	5,9
Marihuana de uso no terapéutico	1.427.874	14,1	719.563	6,7
Cocaína	132.753*	1,3*	58445*	0,5*
Alguna sustancia ilícita	1.475.410	14,6	730.618	6,8

Nota: En el cuadro 2.3.2 se presentan solo las sustancias que registran el mayor número de respuesta.

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPrac 2022.

El consumo reciente de alcohol, tabaco, marihuana, y alguna droga ilícita es mayor entre los varones. Particularmente, en el caso de alcohol, la diferencia de tasas entre ambos sexos es de 16 p.p aproximadamente y en el caso de alguna droga ilícita, la tasa de consumo entre los varones es más del doble de la prevalencia entre las mujeres. Contrariamente a lo que sucede con las demás sustancias indagadas, la tasa de uso reciente de tranquilizantes entre las mujeres, supera a la de varones con un valor de 8,8% versus un 4,9% respectivamente (gráfico 2.3.1).

Gráfico 2.3.1: Prevalencia de año de consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes (c/pm y s/pm), marihuana y alguna sustancia ilícita según género. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

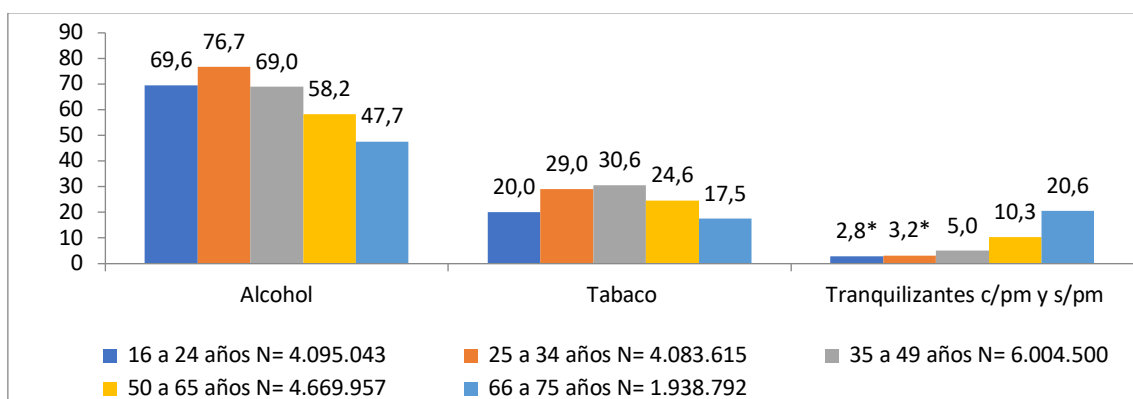


Analizando las prevalencias de consumo del último año según grupo de edad, se observa que el mayor consumo de alcohol se registra entre las personas de 25 a 34 años: el 76,7% ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses. Entre las personas jóvenes y las adultas de 35 a 49 años el consumo reciente promedia el 69%. A partir de los 50 años la tasa disminuye en 10 p.p y alcanza su menor valor (47,7%) en el extremo superior del rango de edad.

En cuanto al consumo de tabaco, la tasa más alta se encuentra en la población que tiene entre 35 y 49 años, con un valor cercano al 31%. Mientras que dicho consumo es menor entre la población de 16 a 24 años (20,0 %) y de 66 años y más (17,5%).

El 20,6 % usó recientemente tranquilizantes (c/pm y c/pm) en el grupo etario mayor y se reduce a la mitad (10,3%) entre los adultos de 50 a 65 años. Menor al 3,0% es la tasa de consumo entre las personas más jóvenes y dicho valor aumenta en los grupos de edad siguientes hasta llegar a una tasa de consumo del 5,0% entre las personas de 35 a 49 años (gráfico 2.3.2).

Gráfico 2.3.2: Prevalencia de año de consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



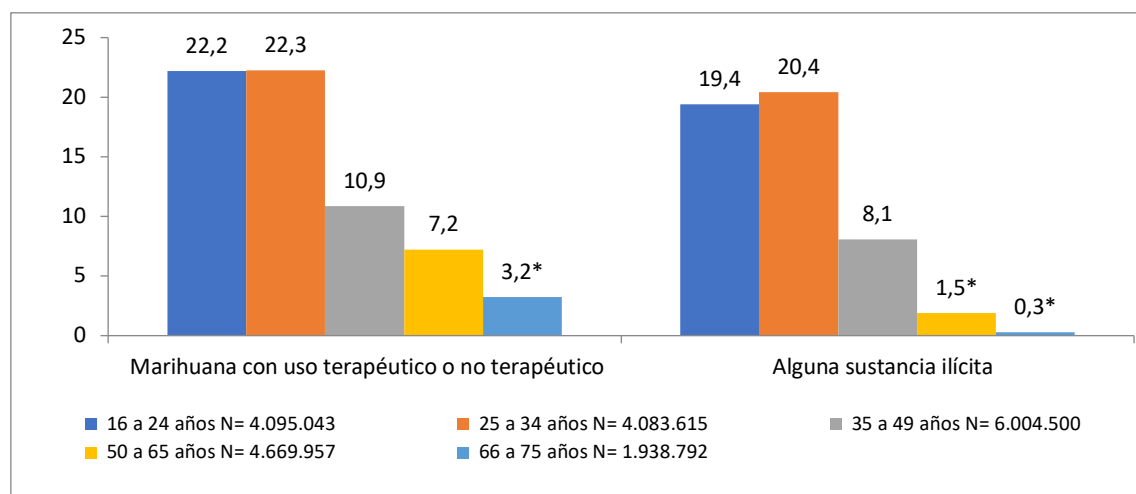
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

El consumo reciente de marihuana ya sea de uso terapéutico o no, ocurre principalmente entre las edades de 16 a 34 años, con tasas que superan el 22%, marcando una diferencia en el consumo con los adultos de 66 a 75 años, entre los cuales la tasa es mucho menor promediando el 3,2%. Entre las personas adultas de 35 a 49 años el porcentaje de personas que consumieron recientemente marihuana triplica o más dicho valor (10,9%), mientras que la tasa de consumo resulta de 7,2% entre los adultos de 50 a 65 años.

Por último, más del 20% de la población adulta joven (25 a 34 años) ha usado alguna droga ilícita en los últimos 12 meses superando apenas, la tasa de consumo entre las personas más jóvenes, entre quienes la prevalencia de uso reciente de marihuana asciende a 19,4%.

En tanto, entre los grupos de edad de 35 a 75 años, el porcentaje de personas que usaron algún tipo de droga ilícita recientemente, oscila entre el 8,1% y el 0,3% (gráfico 2.3.3).

Gráfico 2.3.3: Prevalencia de uso de consumo de marihuana y alguna droga ilícita según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



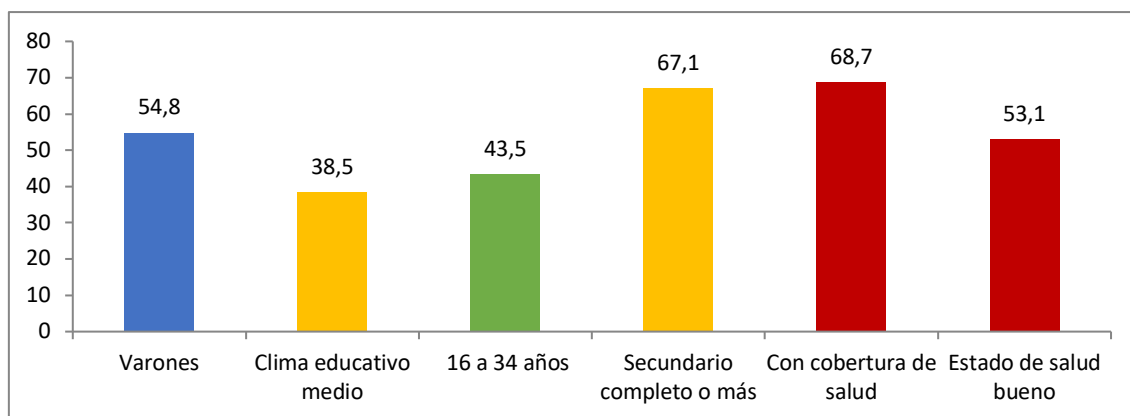
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

En los gráficos siguientes se describen algunas de las características de la población consumidora de alcohol, tabaco, marihuana, tranquilizantes en los últimos 12 meses.

En cuanto al perfil de las personas que han bebido alcohol en los últimos 12 meses, el número de varones supera apenas al de mujeres (54,8% vs 45,2%). Un 43,5% de esta población es menor de 35 años y algo más del 67% tiene estudios secundarios completos o más. En tanto, el 38,5% pertenece a un hogar con un clima educativo⁶ medio. Cerca del 69% posee algún tipo de cobertura médica que incluye mutual y/o emergencias, y el 53,1% percibe como bueno su estado de salud (gráfico 2.3.4).

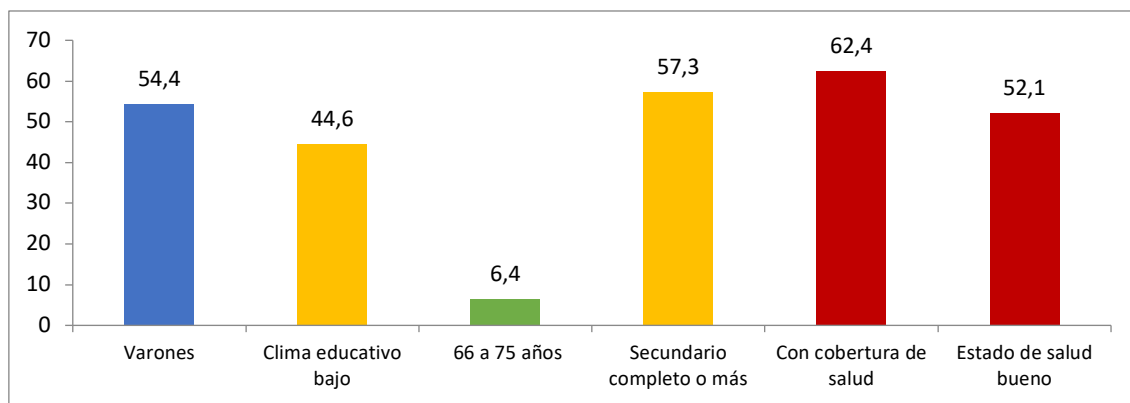
⁶ El clima educativo del hogar es el promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más. Es un indicador que se aproxima al nivel socioeconómico de los hogares y, por ende, a su nivel de vida e ingresos

Gráfico 2.3.5: Perfil de los prevalentes de año de tabaco. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 5.330.177



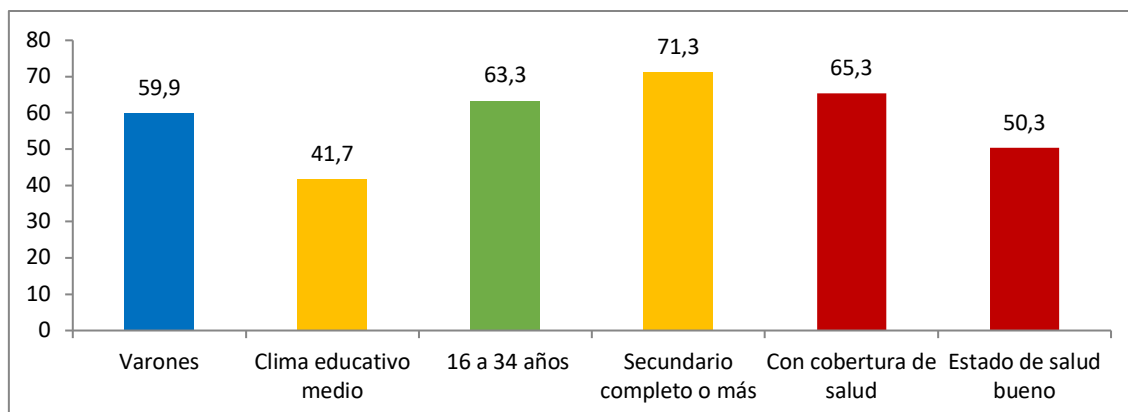
Respecto al perfil de los consumidores de tabaco en el último año, se encuentra que más del 54% es varón y apenas un 6,4% corresponde a personas adultas mayores. El 57,3% de usuarios recientes completó el nivel secundario de educación o lo superó y cerca del 45% reside en un hogar con clima educativo bajo. Más de la mitad percibe su estado de salud como bueno y el 62,4% cuenta con algún tipo de cobertura médica (gráfico 2.3.5).

Gráfico 2.3.5: Perfil de los prevalentes de año de tabaco. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 5.330.177



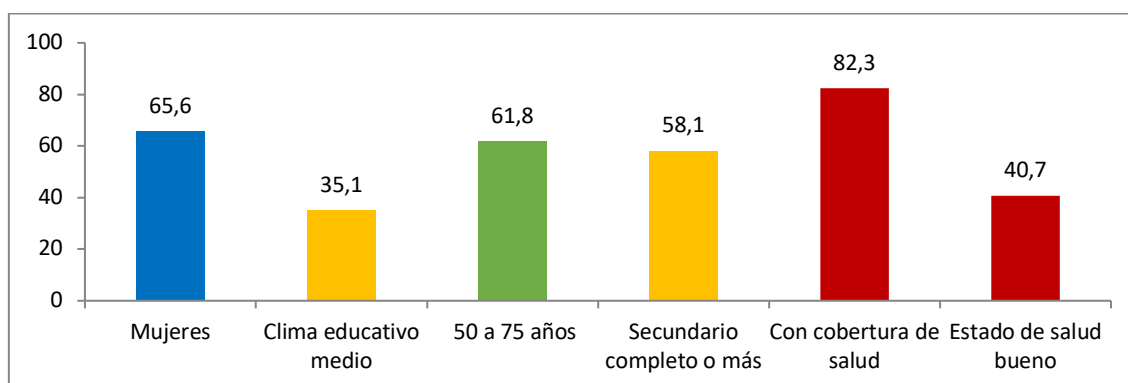
Con respecto a quienes consumieron recientemente marihuana, ya sea con fines terapéuticos o no, son mayoritariamente varones (59,9) y el 63,3% son menores de 35 años. En cuanto a su nivel de instrucción, el 71,3% alcanzó o superó el nivel secundario completo y el 41,7% reside en hogares con clima educativo medio. Algo más de la mitad de las personas usuarias de marihuana en el último año, considera que su estado de salud es bueno y el 65,3% posee cobertura médica incluyendo mutual y/o emergencias (gráfico 2.3.6).

Gráfico 2.3.6: Perfil de los prevalentes de año de marihuana. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 2.872.092



En el caso de las personas usuarias del último año de tranquilizantes c/pm y s/pm, mayoritariamente son mujeres (65,6%). Cerca del 62% de ellas tiene edades entre los 50 y 75 años y más del 58% alcanzó o superó el nivel secundario de sus estudios. El 35,1% de esta población reside en hogares con clima educativo medio. En tanto, alrededor del 41,0 % percibe su estado de salud como bueno y más del 82% cuenta con algún tipo de cobertura médica en la que se incluye alguna mutual y/o emergencias (gráfico 2.3.5).

Gráfico 2.3.7: Perfil de los prevalentes de año de tranquilizantes. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.428.850



2.3.1 Continuidad en el consumo⁷

Un último aspecto para analizar en este apartado, es el número de personas que habiendo consumido “alguna vez en la vida” alcohol, tabaco o marihuana, continuaron dicho consumo en el último año o si sólo tuvieron un consumo experimental y por lo tanto puede decirse que ya no consumen⁸.

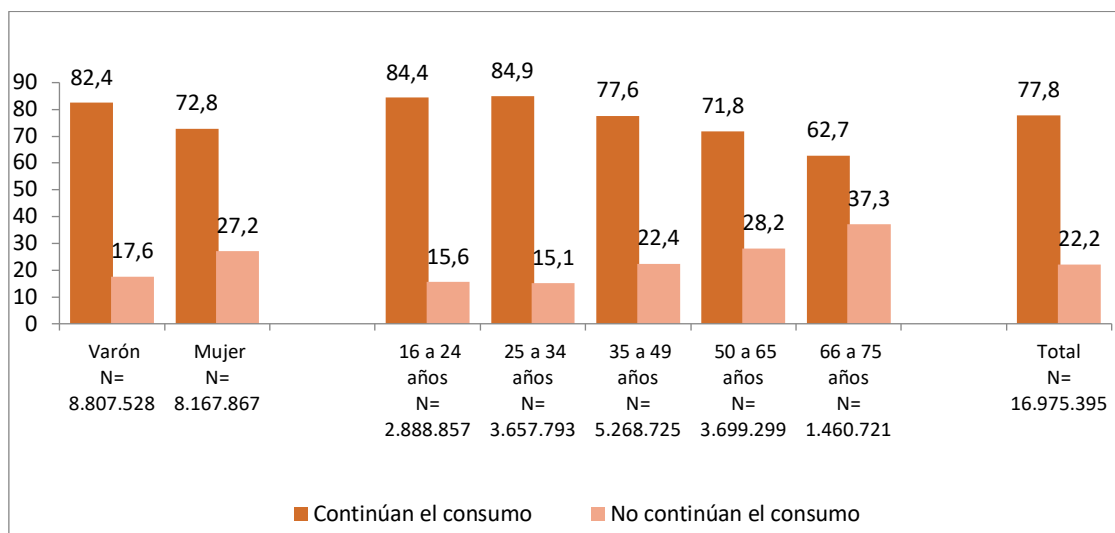
⁷ Refiere a la proporción de personas consumidoras de los últimos 12 meses sobre el total de quienes consumieron alguna vez en la vida (excepto los que iniciaron este año)

⁸ En el apartado 2.1 se hizo referencia a que la *prevalencia de vida* es un porcentaje calculado sobre la población total estudiada y que incluye a *todos* los usuarios sin distinción.

En cuanto al uso de alcohol, entre aquellas personas que consumieron alguna vez en la vida, descontadas las que iniciaron dicho consumo en los últimos 12 meses, cerca del 78% mantuvo su uso durante el último año. En consecuencia, en el 22 % restante se incluye a quienes sólo experimentaron con la sustancia y ya no consumen. De la lectura del gráfico siguiente se destaca que el peso de personas que ya no consumen es mayor entre las mujeres en comparación con los hombres (27,2% vs 17,6%) y entre la población adulta de 66 años y más; en cuyo caso, cerca del 63% mantuvo el uso en los últimos 12 meses.

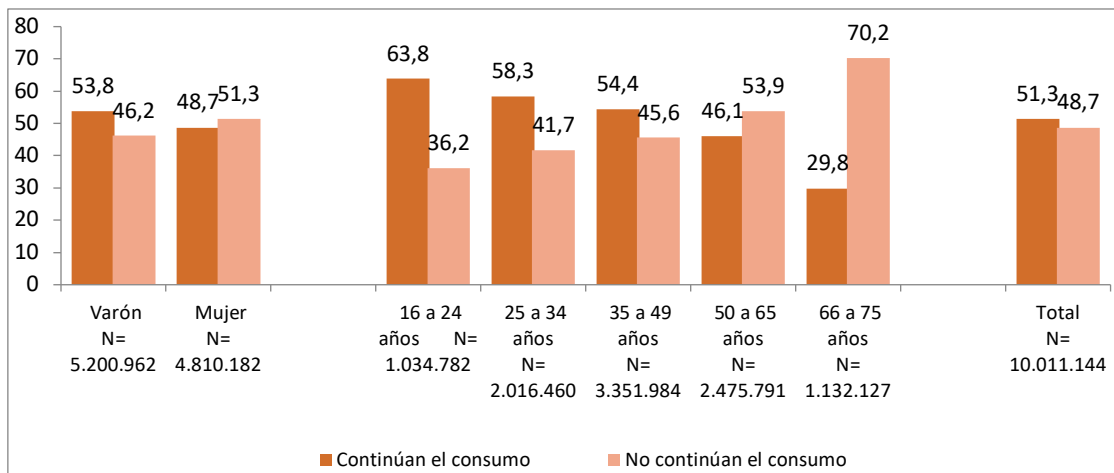
Por otra parte, del total de personas jóvenes de 16 a 24 años que comenzaron a usar alcohol ya sea para probar o experimentar, más del 84% de ellos siguió siendo usuario en el último año (gráfico 2.3.1.1).

Gráfico 2.3.1.1: Continuidad en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses según género y grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



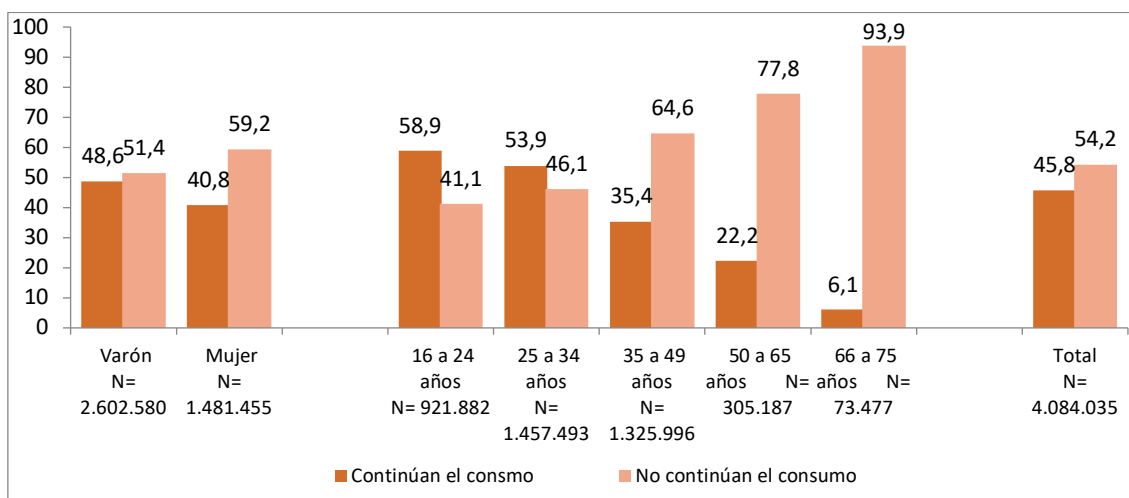
En lo que respecta al consumo de tabaco, entre quienes declararon haber fumado alguna vez en la vida, pero habiendo comenzado antes del último año, aproximadamente el 51,3% mantuvo dicho uso en los últimos 12 meses. Dicho porcentaje asciende a casi 54% entre los varones, en tanto el mayor porcentaje de las personas que ya no consumen se observa en el extremo superior del rango etario, donde menos del 30% mantuvo el uso de tabaco en el último año. Contrariamente la continuidad en el uso de tabaco aumenta en el rango etario inferior: del total de la población joven que ya había fumado tabaco en algún momento de su vida, casi el 64% de ellos siguió haciéndolo en el último año (gráfico 2.3.1.2).

Gráfico 2.3.1.2: Continuidad en el consumo de tabaco en los últimos 12 meses según género y grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



Considerando el consumo de marihuana de uso no terapéutico, entre aquellas personas que declararon haber consumido alguna vez en la vida, pero habiendo comenzado antes del último año, aproximadamente el 46% mantuvo dicho uso en los últimos 12 meses. Se advierten diferencias entre género en cuanto a quienes continúan actualmente consumiendo, con tasas más altas entre los varones (48,6%) en comparación con las mujeres (40,8%). El menor porcentaje de quienes mantienen el uso de marihuana en el último año se observa en los extremos del rango etario. En tanto, solamente el 6,1% de los adultos de 66 años y más continuó el consumo en los últimos 12 meses (gráfico 2.3.1.3).

Gráfico 2.3.1.3: Continuidad en el consumo de marihuana en los últimos 12 meses según género y grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



2.4 Prevalencia de Mes de consumo de sustancias psicoactivas⁹

La prevalencia de mes o consumo actual, indica el porcentaje de personas que consumieron determinada sustancia en los últimos 30 días sobre el total de las personas estudiadas. Este consumo puede ser entendido como consumo actual y es el indicador más utilizado para el análisis del consumo de las sustancias de mayor prevalencia (tabaco y alcohol).

Más de la mitad de la población de 16 a 75 años toma actualmente alguna bebida alcohólica y alrededor del 23% fuma tabaco.

El consumo actual (últimos 30 días) de tranquilizantes c/pm y s/pm es declarado por menos del 5% de la personas (4,8%) y se registró un consumo actual bastante menor de estimulantes recetados por un médico (1,3%) y más bajo aún es el consumo actual de cocaína cuya tasa resulta apenas el 0,5% las personas representadas en este estudio.

En tanto, cerca de un millón cuatrocientos mil de personas consumieron marihuana de uso no terapéutico en los últimos 30 días (6,7%) mientras que un 2,2% de la población bajo estudio la usó con fines terapéuticos. Finalmente, el consumo actual de alguna sustancia ilícita alcanza a unas 1.438.715 personas (6,9%).

Cuadro 2.4.1: Prevalencia (%) de mes de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

Sustancia	Población	%
Alcohol	10.652.020	51,2
Tabaco	4.851.284	23,3
Tranquilizantes (c/pm y s/pm)	1.001.717	4,8
Estimulantes (c/pm y s/pm)	267.543	1,3
Marihuana con uso terapéutico o no terapéutico	1.674.206	8,1
Marihuana de uso terapéutico	457.259	2,2
Marihuana de uso no terapéutico	1.387.809	6,7
Cocaína	101.963	0,5*
Alguna sustancia ilícita	1.438.715	6,9

Nota: En el cuadro 24.1 se presentan solo las sustancias que registran el mayor número de respuestas.

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver C Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

El análisis por sexo del consumo actual de sustancias psicoactivas señala que los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres, salvo en el caso de tranquilizantes, en cuyo caso la prevalencia del último mes casi duplica a la de los varones (cuadro 2.4.2).

⁹ Se presentan solo las sustancias que registran el mayor número de respuestas

Cuadro 2.4.2: Prevalencia de mes de consumo de sustancias psicoactivas según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

Sustancia	Varón N= 10092672		Mujer N= 10699235	
	Población	%	Población	%
Alcohol	6266738	62,1	4385282	41,0
Tabaco	2628983	26,0	2222301	20,8
Tranquilizantes (c/pm y s/pm)	348229	3,5	653488	6,1
Marihuana con uso terapéutico o no terapéutico	1061902	10,5	612304	5,7
Marihuana de uso no terapéutico	942495	9,3	445314	4,2
Alguna sustancia ilícita	991934	9,8	446781	4,2

Nota: En el cuadro 24.2 se presentan solo las sustancias que registran el mayor número de respuestas.

En los gráficos siguientes puede apreciarse con más detalle cómo los varones superan en 20 pp a las mujeres en cuanto a la tasa de consumo actual de alcohol y duplican o más, el valor de la prevalencia para el caso de marihuana y de alguna sustancia ilícita. De modo contrario la tasa de consumo actual de tranquilizantes c/pm y s/pm entre las mujeres resulta 2,6 pp mayor a la de los varones (6,1% vs 3,5%).

Gráfico 2.4.1: Prevalencia de mes de alcohol y tabaco según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

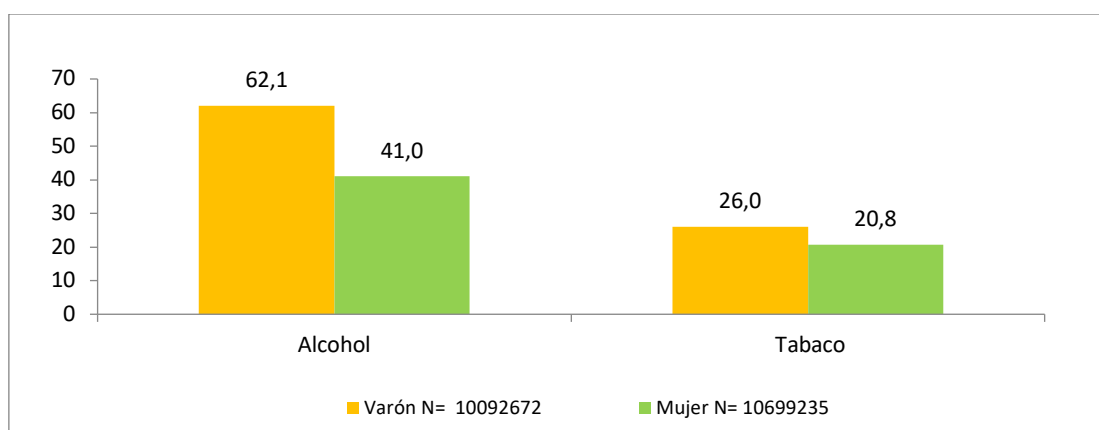
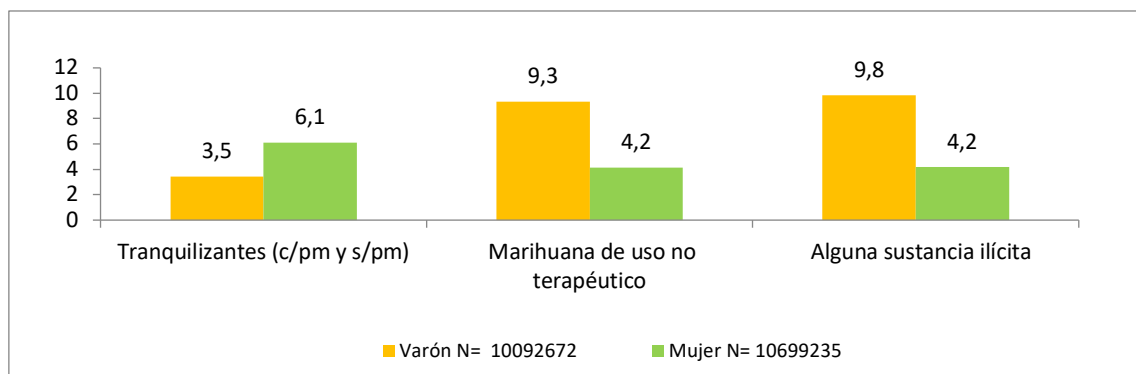


Gráfico 2.4.2: Prevalencia de mes de tranquilizantes, marihuana y alguna sustancia ilícita, según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

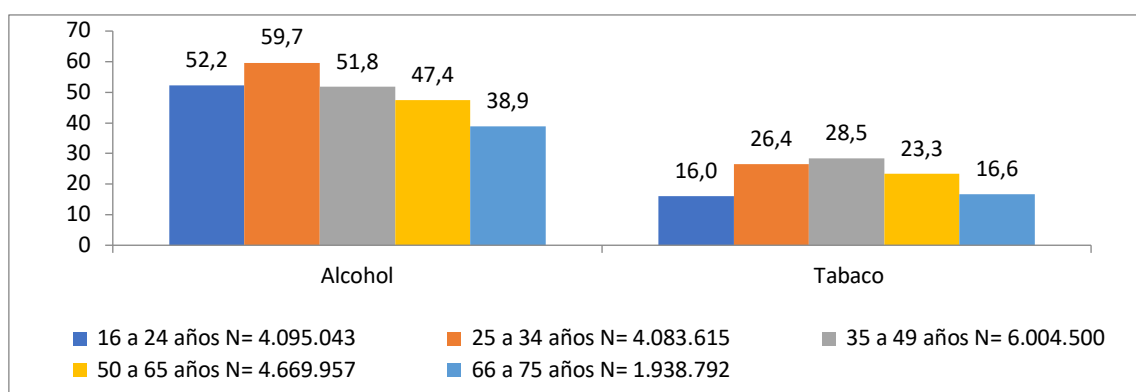


A continuación se presentan las prevalencias de consumo del último mes según grupo de edad¹⁰:

Casi el 60% de las personas de 25 a 34 años, consume actualmente alguna bebida alcohólica y esta tasa de consumo es significativamente mayor con respecto a la ingesta de alcohol entre la población adulta mayor (38,9%) y en menor medida lo es con respecto al consumo actual de las personas adultas con edades entre 50 y 65 mayores de 50 años. En tanto supera en aproximadamente 7,5 p.p a la prevalencia de consumo actual de alcohol entre los más jóvenes.

En cuanto al consumo actual de tabaco, la mayor tasa se encuentra entre las personas de 35 a 49 años, con un valor que supera el 28%. El consumo disminuye entre la población mayor de 65 años y más aún entre las personas más jóvenes, entre quienes cerca del 16%, fuma actualmente (gráfico 2.4.3).

Gráfico 2.4.3: Prevalencia de mes de consumo de alcohol y tabaco, según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.



** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

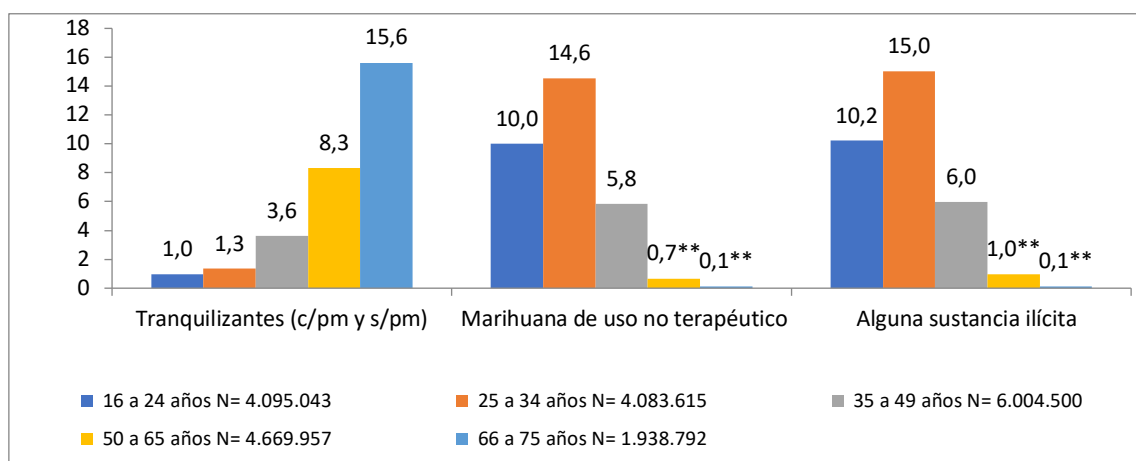
¹⁰ Se presentan solo las sustancias que registran el mayor número de respuestas por grupo de edad.

Al discriminar por edad la prevalencia de los últimos 30 días de tranquilizantes c/pm y s/pm, se observa que la población con más edad, presenta mayores niveles de consumo con un valor de 15,6%, el cual desciende según desciende la edad, hasta alcanzar un mínimo valor de 1% entre la población de 16 a 24 años

En cuanto a la tasa de consumo de marihuana de uso no terapéutico, ésta es mayor entre las personas de 25 a 34 años (alrededor del 14,6%) y luego desciende hasta alcanzar una tasa del 0,1% en el grupo de mayor edad. En el caso de los más jóvenes, el 10,0% fuma marihuana con fines no terapéuticos, actualmente.

Por último, la tasa de consumo de alguna sustancia ilícita resulta mayor también entre la población de 25 a 34 años (15,0%) seguida por la población de 16 a 24 años (10,2%) y el nivel de consumo desciende a partir de los 35 años alcanzado un valor de prevalencia de 0,1% entre los adultos mayores.

Gráfico 2.4.4: Prevalencia de mes de consumo de marihuana, tranquilizantes c/pm y s/pm y alguna droga ilícita, según grupo de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

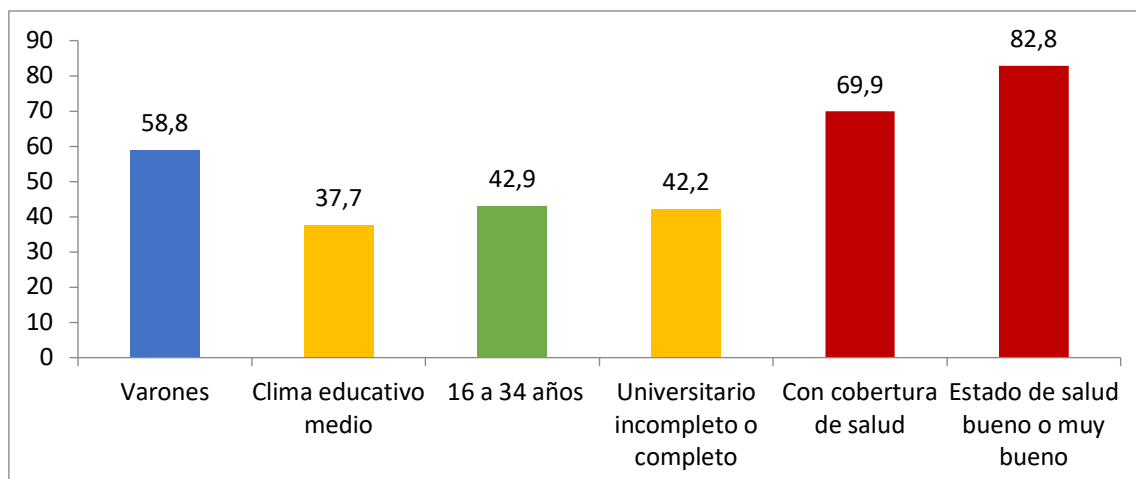


** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

Se describen ahora, algunas de las características de los consumidores de los últimos 30 días de las sustancias de mayores prevalencias.

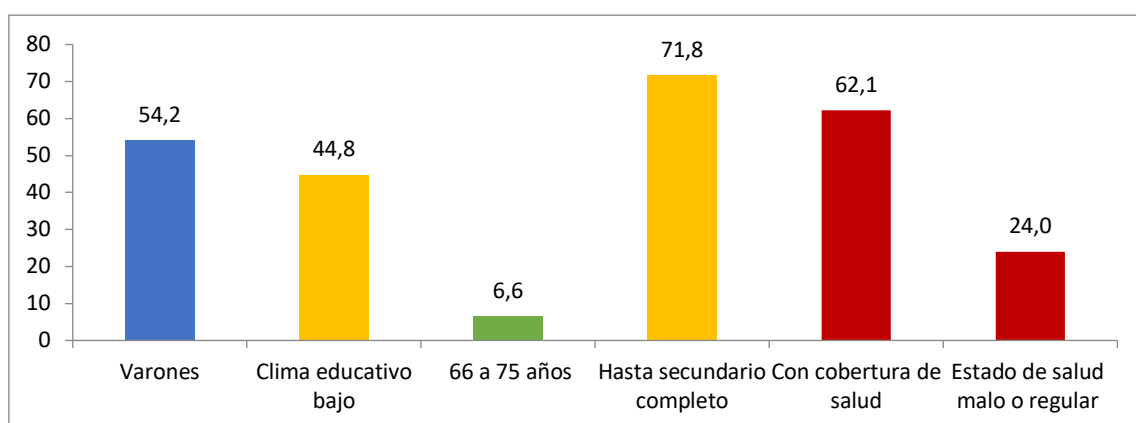
En cuanto al perfil de las personas que han bebido alcohol en el último mes, casi el 59% son varones y alrededor del 43% son menores de 35 años. Aproximadamente un 34% de las personas ha terminado o cursó estudios terciarios. En tanto, el 37,7% reside en hogares con clima educativo medio. Un alto porcentaje (69,9%) posee cobertura médica y cerca del 83% considera que su estado de salud es bueno o muy bueno (gráfico 2.4.5).

Gráfico 2.4.5: Perfil de los prevalentes de mes de alcohol. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 10.652.020



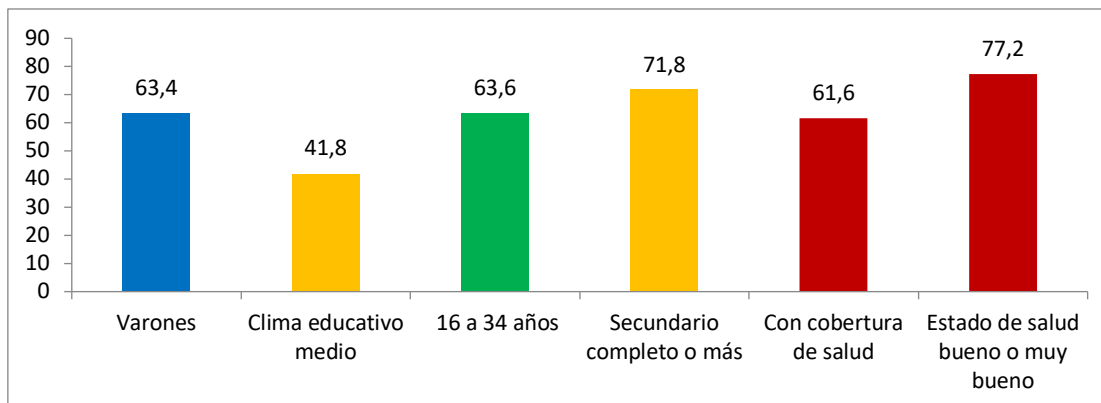
Entre las personas actuales que consumen tabaco, nuevamente son más varones que mujeres (54,2%) y en un bajo porcentaje son personas mayores de 65 años (6,6%). Su nivel educativo es hasta secundario completo en el 71,8% de los casos y cerca del 45% reside en un hogar cuyo clima educativo es bajo. Uno de cada cuatro fumador actual de tabaco percibe su estado de salud como malo o regular y en cuanto a la cobertura de salud, más del 62% la posee (gráfico 2.4.6)

Gráfico 2.4.6: Perfil de los prevalentes de mes de tabaco. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 4.851.284



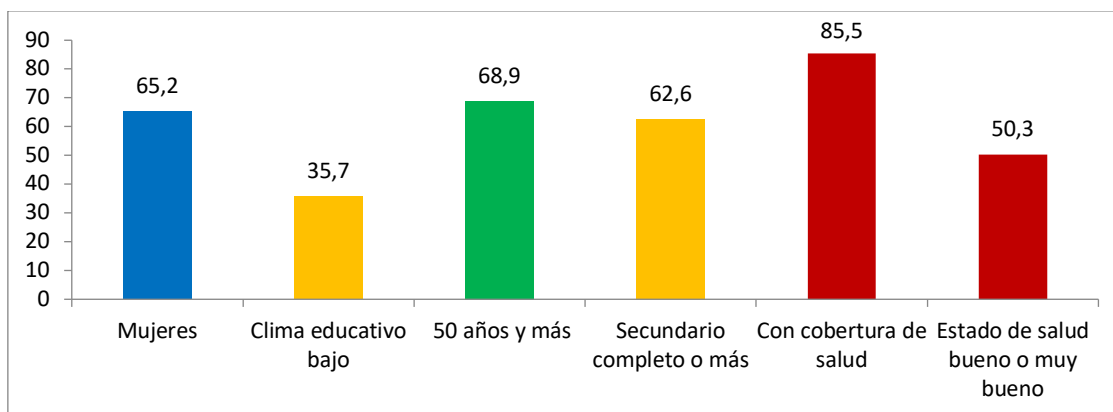
En cuanto a las personas que consumieron actualmente marihuana, los varones representan el 63,4% de dicha población. Cerca del 64% tiene entre 16 y 34 años y el 71,8% ha completado el secundario o bien ha superado ese nivel de instrucción. El porcentaje de residentes en hogares con clima educativo medio se acerca al 42%. Por otra parte, el 77,2% considera tener un estado de salud bueno o muy bueno y una gran mayoría (61,6%), cuenta con algún tipo de cobertura médica (gráfico 2.4.7).

Gráfico 2.4.7: Perfil de los prevalentes de mes de marihuana. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.674.206



Finalmente, en el caso de los usuarios durante el último mes de tranquilizantes c/pm y s/pm, en su mayoría son mujeres (65,2%) y cerca del 69% tienen 50 años o más. En cuanto al nivel de instrucción el 62,6% completó o superó el nivel secundario. Más de la 72% mitad percibe como bueno o muy bueno su estado de salud y una enorme mayoría posee alguna cobertura médica (gráfico 2.4.8).

Gráfico 2.4.8: Perfil de los prevalentes de mes de tranquilizantes. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.001.717



2.5 Tasas de incidencia anual

Se define como el porcentaje de nuevos consumidores en el último año sobre el total de la población que no había consumido esa sustancia psicoactiva en su vida. Calculado como la división del número de personas que empezaron a usar la sustancia durante el último año y el número de personas que podían usar la sustancia por primera vez, determina la tasa de incidencia anual de esa sustancia. Esta medida indica un aspecto importante del problema al identificar la celeridad que presenta el consumo en una población determinada.

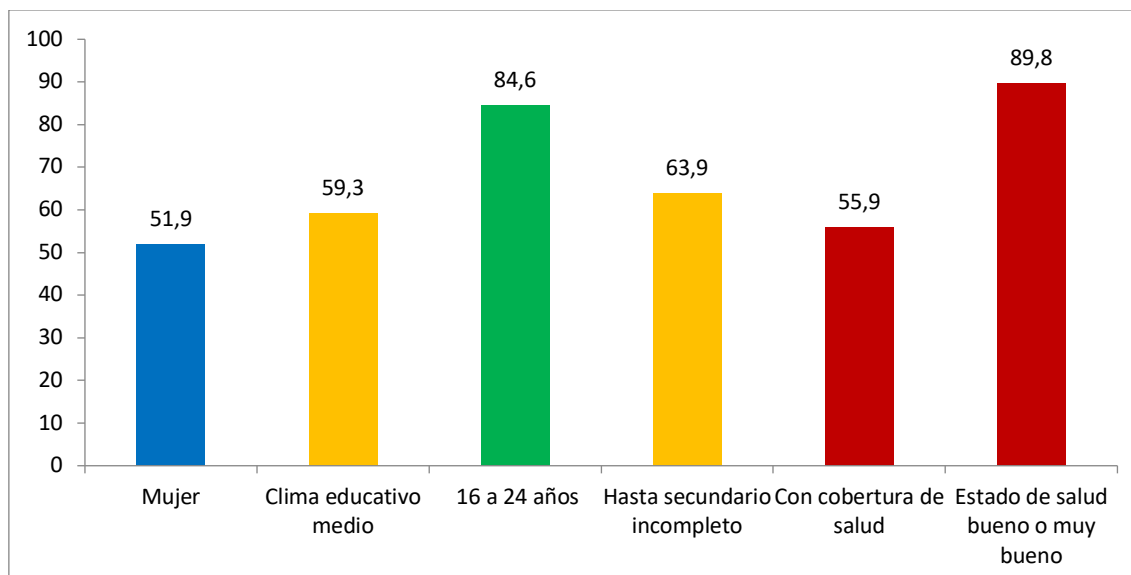
Cuadro 2.5.1: Incidencia de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

Sustancia	Población en riesgo	Nuevos usuarios (%)
Alcohol	3.663.044	13,2
Tabaco	10.740.797	1,6*
Tranquilizantes c/pm y s/ pm	18.182.274	1,8
Estimulantes c/ pm	20.257.767	0,6*
Marihuana	16.689.298	1,6*

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico, ENCoPraC 2022.

La mayor tasa de incidencia es la de alcohol: el 13,2% de la población que no había bebido anteriormente (481.984 personas), iniciaron el consumo en el último año. Estas nuevas personas usuarias son mayormente mujeres (51,9%) y cerca del 85% son menores de 25 años. Un 59,3% reside en hogares con clima educativo medio y el nivel de instrucción alcanzado por casi el 64% es hasta secundario incompleto. Aproximadamente el 90% percibe su estado de salud como bueno y el 55,9% posee algún tipo de cobertura médica (gráfico 2.5.1).

Gráfico 2.5.1: Perfil de nuevos consumidores de alcohol en los últimos 12 meses. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 481984



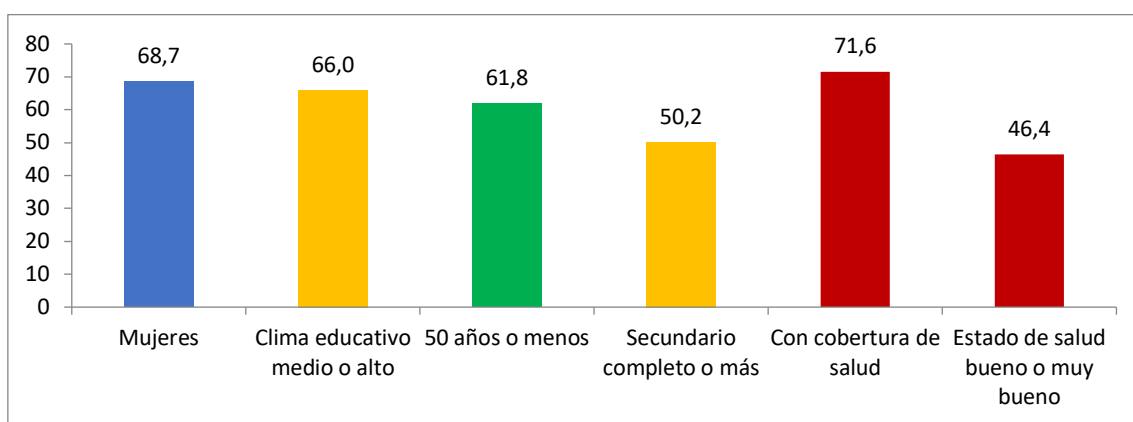
Con respecto a las personas que empezaron a consumir tabaco en el último año, suman en total 169.048 nuevos fumadores, lo que representa el 1,6 % del total de la población que no había fumado anteriormente. Estas personas son mayoritariamente varones y menores de 35 años.

Sedronar

Unas 321.400 personas comenzaron a usar tranquilizantes c/p y s/pm en los últimos 12 meses, esto implica una tasa incidencia anual del 1,8%. Del total, cerca del 69% son mujeres. En tanto, el 61,8% tiene 50 años o menos y más de la mitad completó el nivel secundario de sus estudios o lo superó. En tanto, el 66% pertenece a hogares con clima educativo medio o alto.

Una gran mayoría cuenta con cobertura médica y el 46,4% percibe su estado de salud como bueno o muy bueno (gráfico 2.5.2).

Gráfico 2.5.2: Perfil de nuevos consumidores de tranquilizantes en los últimos 12 meses. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 321.400



Finalmente, respecto a la incidencia de marihuana, se observa que unas 270.854 personas han iniciado el consumo en el último año, lo que representa el 1,6 % del total de la población que no había usado marihuana anteriormente. La mayoría de estas nuevas personas son varones y cerca del 88% son menores de 25 años.

Resumen Ejecutivo

Principales resultados

El consumo de alcohol y tabaco presentan las prevalencias más altas, ya sea de vida, año y mes, seguida por el consumo de marihuana.

El consumo reciente de alguna droga ilícita asciende al 10,6 % y representan unas 2.206.028 personas.

Los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres para todas las sustancias excepto en el caso de tranquilizantes, estimulantes y marihuana con fines terapéuticos.

Alcohol

El 84,7% de las personas tomaron alguna bebida alcohólica en su vida, y unas 481.984 personas comenzaron a beber en el último año, de las cuales unas 250.298 son mujeres.

El 81 % de los más jóvenes bebió alcohol alguna vez y en promedio lo hizo a los 16 años.

El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 51,2% de la población, y en mayor medida en los varones. Entre los 25 y los 34 años se observa la tasa más elevada del 59,7 % y entre personas adultas mayores, la menor, del 38,9%.

El 13,2% de la población que no había bebido anteriormente iniciaron el consumo en el último año. Estos nuevos usuarios son mayormente varones (19,2%) y el 34,2% tiene entre 16 a 24 años.

Tabaco

Algo menos de la mitad de la población que tiene entre 16 y 75 años fumó cigarrillos alguna vez en su vida y unas 4.851.284 personas, es decir casi 23 personas de cada cien fuman actualmente. Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (26,0% y 20,8 % respectivamente) y son las personas con edades de 35 a 49 años quienes tienen niveles de consumo más elevados.

Psicofármacos

El estudio nacional estima que 14 de cada cien, unas 2.931.033 personas, ha consumido tranquilizantes bajo tratamiento médico o bien por su cuenta, siendo algo superior entre las mujeres y entre las personas adultas de 50 años y más. La mitad de la población bajo estudio que consumió tranquilizantes s/pm, lo hizo antes de los 25 años con una tasa de consumo reciente del 0,6 %.

El consumo de alguna vez en la vida de estimulantes alcanza al 3,3% de la población siendo algo superior entre las mujeres. En tanto, la tasa de usuarios actuales se reduce al 1,3%*.

Marihuana

Es la droga ilícita de mayor consumo en el país. El 13,8% de la población declaró su uso en el último año con fines terapéuticos o no terapéuticos. Unas 2.147.437 personas usaron recientemente marihuana con fines no terapéuticos y en mayor magnitud los varones y las personas de edades entre los 24 y 35 años. En tanto el 10,9% de personas jóvenes de 16 a 24 años consumió marihuana en el último mes.

Cocaína

El 3,9 % de la población entre 16 y 75 años consumió cocaína alguna vez en su vida y las mayores tasas se presentan en la población cuyas edades se encuentran entre los 25 y 49 años.

Menos del 1% la consumió en el último año y prácticamente no se registra uso de la sustancia entre los adultos de 50 años y más.

Otras sustancias

El 3,2% de la población bajo estudio consumió alguna vez en su vida alucinógenos, esto representa aproximadamente unas 672.460 personas, y en mayor medida entre los varones y entre las personas con edades entre 25 y 49 años.

En menor medida, el 1,5 % declaró consumo de éxtasis al menos una vez, con mayores tasas entre los hombres y adultos de 25 a 34 años*.

Prácticas de cuidados

Las personas que consumen bebidas alcohólicas, tabaco y/o marihuana UNT realizan prácticas de cuidado para evitar efectos no deseados del consumo, tomando al menos un recaudo al consumir. Esto sucede en mayor proporción en el caso de quienes consumen bebidas alcohólicas (88,4%) y entre quienes consumen marihuana UNT (79,9%). Por su parte, poco más de la mitad de la población que consume tabaco toma algún recaudo para evitar efectos no deseados (52,4%).

La proporción de personas que no toman recaudos al consumir bebidas alcohólicas aumenta en los tramos de mayor edad: es del 6,6% entre los más jóvenes y llega al 23,9% en el grupo de mayor edad. También varía la cantidad de recaudos tomados para evitar efectos no deseados del alcohol, dado que a menor edad son más los recaudos mencionados (el 47,6% de los/as jóvenes de 16 a 24 años toma tres o más recaudos al

consumir), y a mayor edad (66 a 75 años) es más frecuente tomar solo un recaudo (59,4%), o ninguno (23,9%).

De las personas que declararon haber consumido alguna sustancia en el último año (alcohol, tabaco u otra), el 5,9% manifestó haber sentido preocupación por su forma de consumo. Esta inquietud aparece con mayor frecuencia entre varones (6,7%) y en las personas jóvenes de 25 a 34 años (7,5%).

El 68,3% de la población que declaró preocupación por su consumo señaló que el tabaco es la principal inquietud. En menor medida, le sigue el consumo de alcohol (32,7%).

Otra información

Al analizar las prevalencias de mes de distintos consumos (alcohol, tranquilizantes cpm, marihuana, cocaína) de acuerdo al clima educativo del hogar, se observa que las personas con clima educativo alto suelen consumir más que las de clima educativo bajo. A excepción del tabaco que presenta prevalencias de mes más altas en clima educativo bajo.

El total de personas que declaró haber sentido curiosidad por probar alguna droga que no hubiera consumido previamente representa casi el 12% del total de la población. Cuando se analiza según el clima educativo del hogar al que pertenecen, el porcentaje es mayor en los hogares con clima educativo alto (16,6%) y disminuye al 9% en los hogares con clima educativo bajo.

El 32,0% de la población definió el consumo de drogas en su barrio como "grave". Cuando se tiene en cuenta el clima educativo del hogar al cual pertenecen las personas: el % aumenta al 43,5% entre quienes se encuentran en hogares con clima educativo bajo mientras que entre las personas en hogares con clima educativo alto baja al 13,8%.

Referencias

- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Sanders, J. y Monteiro, M (2001). "AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria". OMS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
- Baczko, B. (1999). Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Carballeda, A.J.M. (2014). Algunos aspectos históricos y geopolíticos que hacen a la construcción discursiva del consumo problemático de drogas. *Estrategias Psicoanálisis y Salud Mental*, 1 (2), 36-38. Recuperado de: <https://www.revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1490/1439>
- Elizalde, S. L., Romero, G. (2019). Cuerpos, emocionalidades y sentidos disruptivos en rituales juveniles de celebración escolar. *Textura*, v.21, n.47, p.132-154.
- Güelman, M. (2015). "Entre nosotros nos cuidamos siempre": consumos de drogas y prácticas de cuidado en espacios recreativos nocturnos. En Di Leo, P. F., Camarotti, A. C. (Eds.). *Individuación y reconocimiento. Experiencias de jóvenes en la sociedad actual*. Buenos Aires: Teseo, 2015. p. 143-170.
- Güelman, M. y Sustas, S.E. (2018). Hacer bien una fecha. Entre el cuidado y la maximización del placer en consumidores de drogas sintéticas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28 (3). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280314>
- INDEC. (2021). Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dossier_personas_edad.pdf
- Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (2013). Riesgos, daños y placeres. A modo de introducción de un manual para entender las drogas. En Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (eds). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lleida: Editorial Milenio.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 185-207. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- OEA/CICAD/OID (2019a). Indicadores estandarizados para redes nacionales de información sobre drogas en América Latina 2019. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de: <https://www.cicad.oas.org/oid/pubs/IndicadoresEstandarizados.pdf>
- OEA/CICAD/OID (2019b). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de: <https://www.cicad.oas.org/oid/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en

- Atención Primaria.
https://www.paho.org/es/file/22056/download?token=o2paLY9_
ONU/UNODC, (2022). World Drug Report. Viena: Autor. Recuperado de:
https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf
- Pasarin, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Rodríguez San Julián, E., Megías Valenzuela, E., Megías Quirós, I., Rodríguez Felipe, M.A., Rubio Castillo, A. (2014). Percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD.
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (eds). De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida: Editorial Milenio.
- Sedronar/OAD. (2004). Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina 2004. Recuperado de:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2004._estudio_nacional_en_poblacion_de_12_a_65_anos_sobre_consumo_de_sustancias_psi_coactivas_informe_final.pdf
- Sedronar/OAD (2017). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de Resultados N°1. Recuperado de:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psi_coactivas_magnitud_del_consumo_de_sustancias_0.pdf
- Sedronar/OAD. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psi_coactivas_resultado_s_sobre_demanda_de_tratamiento.pdf
- Sedronar/OAD. (2021). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Eje 2: Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. Informe general de resultados principales. Recuperado de:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/oad_2021_modificaciones_de_las_practicas_de_consumo_de_sustancias_en_poblacion_general._informe_general_de_resultados.pdf
- Sedronar/OAD. (2022a). Sistema Nacional de Información sobre Consumos de sustancias. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/documentos-guia>

- Sedronar/OAD. (2022b). Cartilla 6: Recomendaciones para investigar con perspectiva de género. Caja de herramientas. Cartillas OPD. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/cartillas-opd>
- Sedronar/OAD. (2022c). Cartilla 8: Enfoque para investigaciones respetuosas. Derechos humanos y salud mental. Caja de herramientas. Cartillas OPD. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/cartillas-opd>
- Sedronar/OAD. (2023). Estadísticas de la Línea de Atención 141. Información poblacional y tipos de consultas recibidas. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTNmOTc2ZDMtMTk4NS00ZDNjLTIhNTltOGZmNmM0MDJmY2E0IiwidCI6ImY5ZmEyNWZlTFIZDItNDNmMS1iINDEsLWZjNTc0N2JlY2NjMyJ9>
- Tirado-Otálvaro, A.F. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (7). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00177215.pdf>