

Ventanas Epidemiológicas en Centros de Atención Primaria de la Salud

**Coronel Dorrego, Provincia de
Buenos Aires. Año 2017.**

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

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

Secretario de Estado
Mg. Roberto Moro

Subsecretario de Estrategias de Tratamiento y Prevención
Dr. Roberto Canay

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

Coordinadora Área de Epidemiología
Dra. Ernestina Rosendo

Procesamiento, análisis y redacción de informe
Lic. María Laura Bottazzi

Octubre 2018.

Agradecimientos

El estudio llevado adelante en el Municipio de Coronel Dorrego de la Provincia de Buenos Aires ha requerido del apoyo y del empeño de los directivos y trabajadores que a diario se encuentran en las Unidades Sanitarias donde se realizaron las encuestas. Agradecemos el interés y el compromiso mostrado por todos ellos en el estudio, y a todos los encuestadores que destinaron su tiempo para permanecer en la Unidades Sanitarias a la espera de usuarios para encuestar.

Asimismo, queremos extender el agradecimiento al Intendente Municipal, Contador Raúl Germán Reyes, al Director de Salud, Dr. Fabián Andrés Zorzano, y a todas las personas que aceptaron contestar el cuestionario en las Unidades Sanitarias.

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

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

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico y diseño metodológico.....	5
3. Objetivos y metodología	8
4. Resultados	11
Caracterización de la población encuestada	11
Características de la consulta actual.....	16
Consumo de sustancia psicoactivas.....	17
Consumo de alcohol.....	18
Consumo de tabaco	20
Consumo de psicofármacos	21
Consumo de otras sustancias psicoactivas	23
Consumo en el entorno.....	24
Percepción del consumo y accesibilidad a recursos	25
Opiniones y creencias.....	28
Acceso a sustancias psicoactivas.....	31
Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis.....	32
Relación con el juego.....	33
5. Conclusiones.....	36
6. Bibliografía	40

1. Introducción

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

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

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

2. Marco teórico y diseño metodológico

Marco conceptual

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

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

El uso de la estrategia de Ventanas Epidemiológicas en nuestro país se remonta a mediados de los años '80. Desde el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET se implementaron los Centros de Estudios Locales (CEL)¹, que relevaban información relativa al consumo de sustancias legales e ilegales, en comunidades, municipios

¹SED RONAR apoyó la creación de 50 CEL distribuidos en todo el territorio argentino, entre los años 1998 y 1999.

y otros aglomerados, mediante modelos de vigilancia epidemiológica de inserción comunitaria. Esta forma de implementar las Ventanas Epidemiológicas significó la incorporación e involucramiento de los agentes responsables de las acciones de prevención y asistencia, tales como profesionales de la salud, de la educación y voluntarios (Míguez, 1998). La construcción de ventanas epidemiológicas constituye entonces una **alternativa metodológica de producción de información en el tema de consumo de sustancias**, que incluye la capacitación de los recursos institucionales existentes en los territorios, en tanto productores de información confiable y oportuna.

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

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

Desde este enfoque, el OAD-SEDRONAR ha realizado numerosas Ventanas Epidemiológicas en Centros de Salud durante el período 2010-2017, y durante los años 2014 y 2015 se llevaron adelante Estudios Locales sobre consumo y accesibilidad, basados en los mismos principios de participación y fortalecimiento de los recursos locales. En la actualidad, el OAD continúa con el desarrollo de esta

estrategia metodológica, buscando ampliar a todo el territorio nacional la construcción de diagnósticos locales tanto a nivel nacional como municipal. Por tal razón se fomenta la implementación de ventanas epidemiológicas no sólo en el área de salud, sino también en el sector educativo y otras áreas programáticas donde se busque aplicar -o se esté aplicando- un programa de prevención o reducción del consumo de sustancias.

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

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

3. Objetivos y metodología

Objetivo:

- Establecer la **magnitud** y **características** de las problemáticas vinculadas al consumo y abuso de sustancias psicoactivas en población que accede al primer nivel de atención del municipio de Coronel Dorrego.

Objetivos específicos:

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

Diseño de investigación

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

Población:

La población objetivo en el presente estudio fue toda aquella persona mayor de 12 años que concurriera a las Unidades Sanitarias del municipio de Coronel Dorrego y que voluntariamente aceptara realizar la encuesta, entre agosto y octubre de 2017.

Muestra:

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

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

Instrumento:

Se elaboró un cuestionario estructurado con 71 preguntas. Para la construcción del instrumento se tomó como antecedente a los cuestionarios aplicados por el OAD durante años anteriores en Ventanas Epidemiológicas locales y en Estudios Locales de Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Se garantizó la confidencialidad de la información brindada por los encuestados y el carácter voluntario de la participación. La duración promedio de la encuesta fue aproximadamente 40 minutos.

Dimensiones del cuestionario:

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

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

Trabajo de campo:

El trabajo de campo se realizó entre los meses de agosto y octubre de 2017. El equipo técnico del OAD-Sedronar se ocupó de capacitar a los encuestadores para la realización del relevamiento. La Secretaría de Salud del Municipio de Coronel Dorrego definió las Unidades Sanitarias que integrarían la muestra y aportó el recurso económico para la impresión de los cuestionarios. Asimismo, el cuestionario fue aplicado por trabajadores de la salud de las mismas Unidades Sanitarias y de la Dirección de Salud municipal, trabajadores del Centro Provincial de Atención en Adicciones (CPA), integrantes del Centro de Orientación Familiar (COF) y docentes de la Escuela de Educación Especial N° 502.

Carga y procesamiento de datos:

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

4. Resultados

Caracterización de la población encuestada

Se realizaron un total de 187 encuestas en cuatro Unidades Sanitarias (U.S.) del municipio de Coronel Dorrego (Tabla 1). El promedio de encuesta por unidad fue de 47, el mínimo 29 y el máximo 61.

Tabla 1. Encuestas realizadas por Unidad Sanitaria. Coronel Dorrego, 2017. N=187

Unidad Sanitaria	Encuestados	%
Dr. Juan Carlos Conti	39	20,9
Dr. Santiago Raúl Loydi	61	32,6
El perdido	29	15,5
Oriente	58	31,0
Total	187	100

Distribución por edad y género

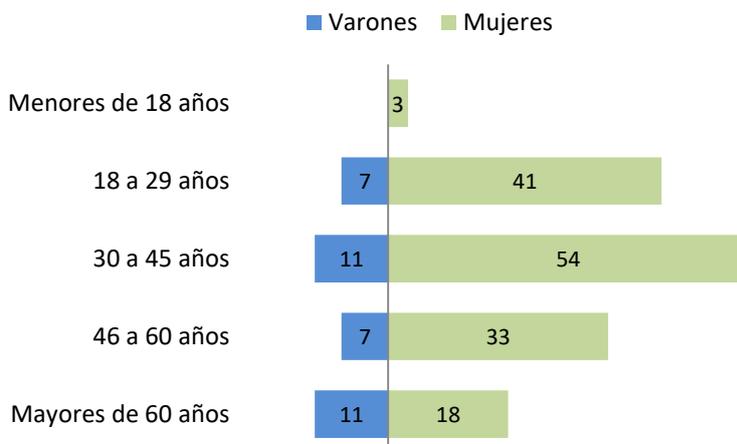
La población encuestada fue mayormente femenina, 19,4% de los encuestados fueron varones mientras que un 80,6% fueron mujeres. En cuanto a la distribución de la edad, la población consultada fue principalmente adulta; el promedio de edad fue alrededor de 42 años mientras que la moda -edad que se repitió con mayor frecuencia- fue de 28 años. La edad mínima fue de 16 años y la máxima de 88 años.

A los fines de simplificar el análisis según edad se agrupó en tres grandes franjas etarias: menores de 30 años (27,3% de la población encuestada), entre 30 a 45 años (35,3%) y mayores de 45 años (36,9%) (Tabla 2). En el Gráfico 1 se puede observar la distribución de la edad según género con mayor detalle, desagregando los menores de 18 años y los mayores de 60 años.

Tabla 2. Distribución de la población encuestada según grupo de edad. Coronel Dorrego, 2017. N=187

Grupos de Edad	Encuestados	%
Menores de 30 años	51	27,3
30 a 45 años	66	35,3
Mayores de 45 años	69	36,9
Sin datos	1	0,5
Total	187	100

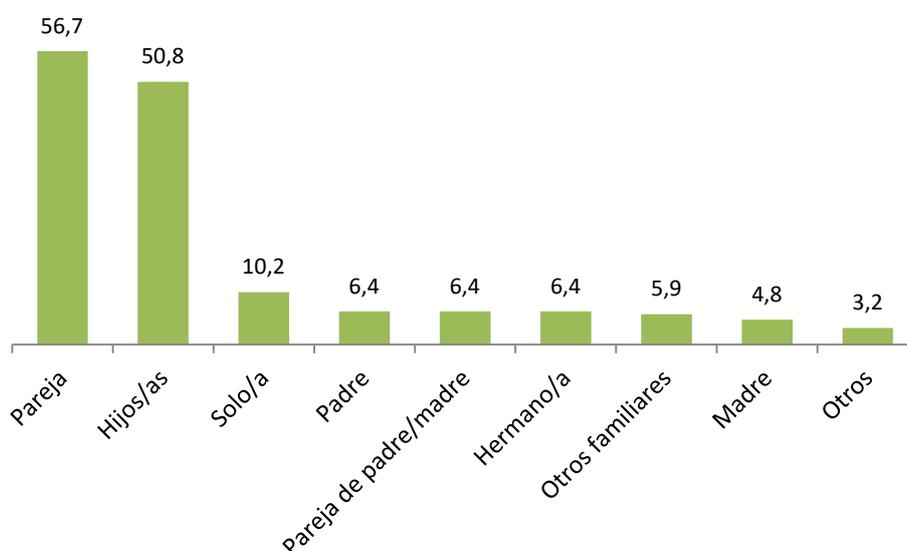
Gráfico 1. Distribución poblacional de encuestados según género y edad. Coronel Dorrego, 2017. N=185



Red vincular

La mayoría de los encuestados manifestó estar en pareja al momento de la entrevista (74,3%) y alrededor del 57% vive con ésta. Así también, gran parte de los entrevistados vive con sus hijos (50,8%) y sólo un 10,2% lo hace solo/a (Gráfico 2). Por otro lado, al analizar estos datos según la cantidad de opciones seleccionadas por los encuestados que viven acompañados, la mayoría lo hacen junto a dos personas o más (53,6%).

Gráfico 2. Encuestados según vínculo con convivientes (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187

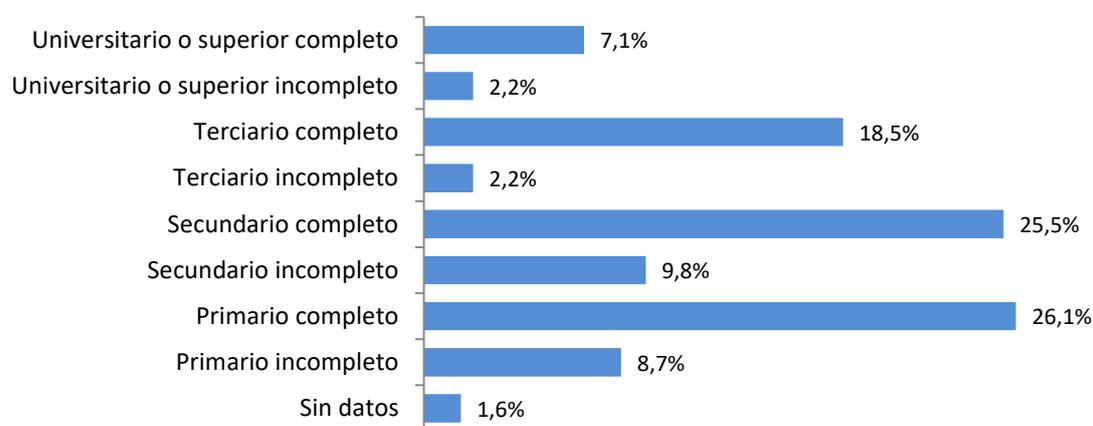


Nivel educativo

Del total de los encuestados, el 19,3% (36 personas) refirió asistir actualmente a algún establecimiento educativo; de ellos, la mitad tiene entre 30 y 45 años.

En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado, la mayor parte de los encuestados tiene secundario completo o más (55,4%). Para todos los niveles, fue superior el porcentaje de aquellos que lo completaron que los que no (Gráfico 3). Es de destacar que un cuarto de la población encuestada completó el nivel terciario o superior, y que sólo un 8,7% no terminó la escuela primaria.

Gráfico 3. Encuestados según nivel de educación alcanzado. Coronel Dorrego, 2017. N=187



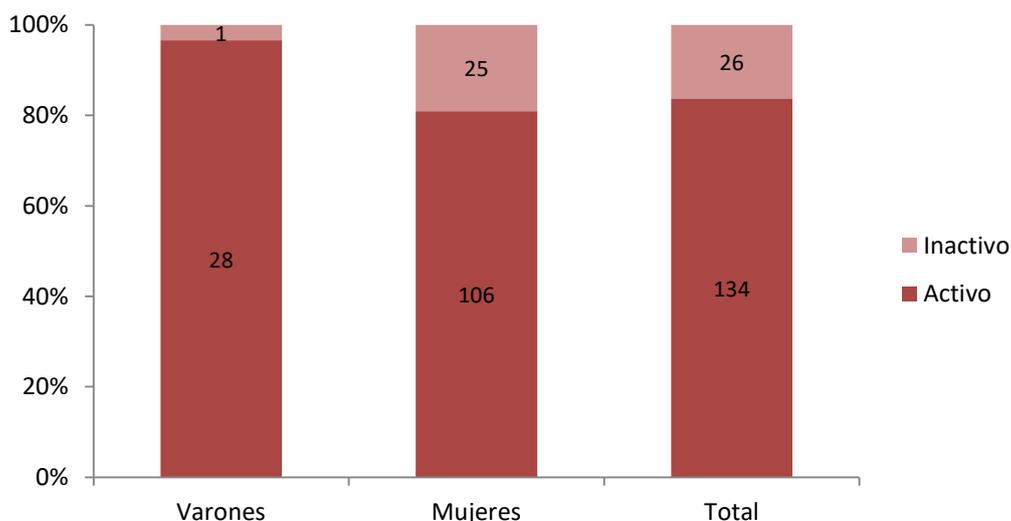
Condición de actividad

Tomando como referencia las definiciones del INDEC, se calculó la condición de actividad para los encuestados que están en edad de trabajar, es decir, entre 16 y 65 años. Así de las 169 personas de 16 a 65 años, el 79,9% es económicamente activa², de éstos el 88,4% declaró estar ocupado y el 16,6% desocupado. Mientras que el 15,4% de la población encuestada de 16 a 65 es inactiva³ y un 4,1% refirió que su situación laboral no era ninguna de las mencionadas. Según se observa en el gráfico siguiente, la participación en la actividad económica resultó ser superior en los varones (cercana al 100%) en relación con las mujeres.

² La población económicamente activa refiere a las personas que trabajan -cualquiera sea su modo de hacerlo- y aquellos que sin trabajar buscan activamente un trabajo (desocupados).

³ La población económicamente no activa (inactiva), refiere a las personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente: amas de casa, estudiantes, rentistas, jubilados y personas que por alguna razón están impedidos de trabajar.

Gráfico 4. Encuestados de 16 a 65 años según condición de actividad y género. Coronel Dorrego, 2017. N=160



De las 114 personas que refirieron trabajar, más de la mitad (55,3%) declaró trabajar como empleado/a u obrero/a en el sector público y el 14% en el sector privado. Luego, un 10,5% trabaja como servicio doméstico y, en menor proporción, manifestaron ser cuentapropistas sin personal a cargo (7,9%).

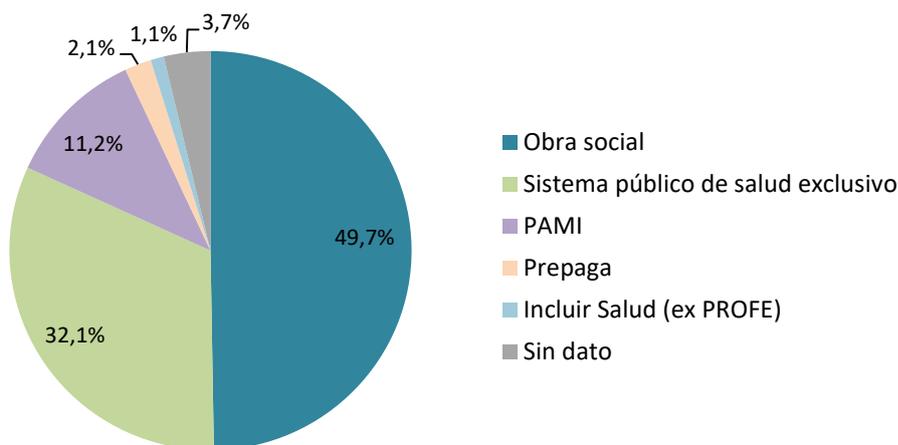
Tabla 3. Encuestados de 16 a 65 años que trabajan según categoría de trabajo actual. Coronel Dorrego, 2017. N=114

Categoría de trabajo	Encuestados	%
Empleado/a u obrero/a del sector público	63	55,3
Empleado/a u obrero/a del sector privado	16	14
Servicio doméstico	12	10,5
Patrón/empleador/cuentapropista sin personal	9	7,9
Trabajos esporádicos - Changas	6	5,3
Trabajador/a para un plan / programa de trabajo del municipio, la provincia o la nación	6	5,3
Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo	1	0,9
Trabajador/a familiar	1	0,9
Total	114	100

Cobertura de salud y programas sociales

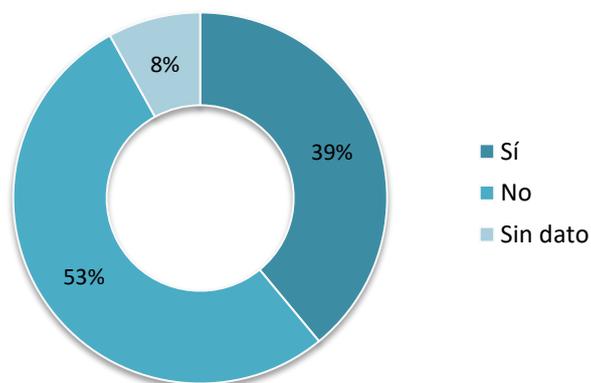
Casi la mitad de las personas encuestadas (49,7%) refirieron tener obra social y un 32,1% afirmó tener como cobertura de salud exclusiva al sistema público. En tanto que el 11,2% de los encuestados tienen PAMI como cobertura de salud.

Gráfico 5. Encuestados según cobertura de salud. Coronel Dorrego, 2017. N=187



El 39% del total de encuestados refirió ser beneficiario de algún plan social, programa o incentivo del Estado nacional, provincial o municipal (Gráfico 6). Cabe destacar que sólo un 3,2% de los encuestados mencionó recibir más de un plan o beneficio social.

Gráfico 6. Encuestados según percepción de beneficio, programa o incentivo del Estado. Coronel Dorrego, 2017. N=187



De las 73 personas que refirieron recibir algún beneficio, programa o incentivo del Estado, más de la mitad percibía la Asignación Universal por Hijo (AUH); mientras que 21 personas mencionaron recibir jubilación.

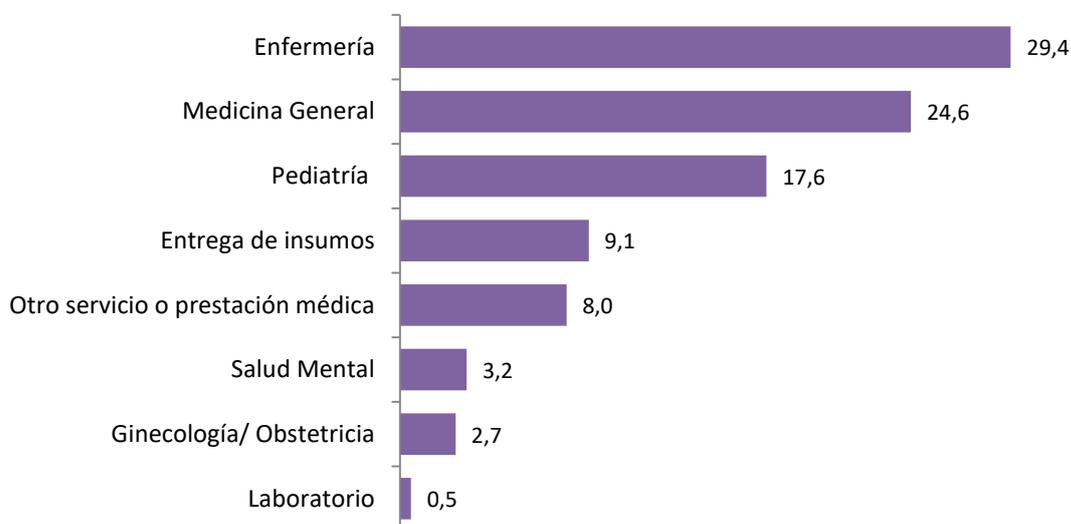
Gráfico 7. Encuestados que perciben beneficio, programa o incentivo del Estado según tipo de beneficio. Coronel Dorrego, 2017. N=73



Características de la consulta actual

Se preguntó a los encuestados por el servicio al que concurrían en la consulta o la prestación que iban a recibir, ya sea para sí mismos o para un tercero al que acompañaran (Gráfico 8). Los servicios o prestaciones más consultadas fueron enfermería (29,4%) y medicina general (24,6%), en menor medida pediatría (17,6%) y entrega de insumos -leche, medicamentos, anticonceptivos- (9,1%). Asimismo, un 8% refirió consultar a otros servicios o prestaciones y, entre ellas, las más mencionadas fueron pedicuría /podología y fonoaudiología.

Gráfico 8. Encuestados según prestación o servicio al que concurre (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187



En el 65,2% de los casos, el destinatario de la consulta al centro de salud fue el mismo encuestado/a, mientras que en el 25,1% de los casos la consulta estaba destinada a un tercero al que acompañaban.

Tabla 4. Encuestados según destinatario de la consulta. Coronel Dorrego, 2017. N=187

Destinatario	Encuestados	%
Consulta personal	122	65,2
Consulta de un tercero (acompaña a familiar o amigo)	47	25,1
Sin dato	18	9,6
Total	187	100

Consumo de sustancia psicoactivas

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

Los indicadores utilizados para el análisis fueron los siguientes:

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

Antes de presentar los resultados que siguen a continuación, es necesario aclarar que la lectura de los datos sobre consumo de sustancias resultantes de la comparación entre ambos géneros debe ser realizada con precaución debido a la diferencia de la muestra en el tamaño de los grupos de mujeres (n=150) y varones (n=36). Asimismo, también deben tomarse con precaución las comparaciones entre las unidades sanitarias.

Consumo de alcohol

El alcohol es la sustancia que presentó las mayores prevalencias de consumo entre la población encuestada. En este sentido, el 46,5% declaró consumir alcohol durante el último mes y el 75,9% de los encuestados consumió alcohol alguna vez en su vida.

Al analizar por género, si bien las mujeres presentaron una prevalencia de consumo de vida levemente superior que los varones, estos últimos registran tasas superiores de consumo de mes y año. Por otro lado, se evidencia que las tasas de consumo de alcohol decrecen conforme aumenta la edad, excepto la prevalencia de mes (ya que las personas menores de 30 años y las que tienen entre 30 y 45 años presentaron prácticamente igual prevalencia en el consumo del último mes). Así, el 90,2% de los encuestados menores de 30 años declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, mientras que en el grupo de 30 a 45 años este valor fue del 80,3% y para el grupo de mayores de 45 años fue del 60,9%. Por su parte, al analizar el consumo de alcohol por unidad sanitaria en la que fue encuestada la persona, se evidencia que las tasas de consumo de mes, año y vida, fueron superiores en la U.S. Oriente y la U.S. El perdido (Tabla 5).

Asimismo, el alcohol es una de las sustancias que los encuestados declararon consumir más tempranamente, el promedio de edad de inicio fue 17,1 años.

Tabla 5. Prevalencias de mes, año y vida de consumo de alcohol según género, edad y Unidad Sanitaria. Coronel Dorrego, 2017. N=187

ALCOHOL		Mes		Año		Vida	
		Personas	%	Personas	%	Personas	%
Género	Varones	22	61,1	24	66,7	27	75,0
	Mujeres	65	43,3	91	60,7	115	76,7
Grupos de edad	Menos de 30 años	27	52,9	38	74,5	46	90,2
	30 a 45 años	35	53,0	46	69,7	53	80,3
	Más de 45 años	24	34,8	30	43,5	42	60,9
U.S.	Dr. Juan Carlos Conti	14	35,9	17	43,6	25	64,1
	Dr. Santiago Raúl Loydi	22	36,1	32	52,5	42	68,9
	El perdido	15	51,7	23	79,3	24	82,8
	Oriente	36	62,1	43	74,1	51	87,9
Total		87	46,5	115	61,5	142	75,9

Consumo problemático de bebidas alcohólicas

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

La primer pregunta refiere al consumo excesivo de alcohol, entendiéndose por éste a la ingesta de alcohol en una misma ocasión de 2 litros de cerveza o más, 1 litro de vino o más, y/o 6 medidas o más de bebidas fuertes/ tragos combinados. El consumo excesivo es el indicador de mayor peso en el espectro del consumo problemático de la población encuestada. El 26,1% de los encuestados que declararon haber bebido alcohol durante el último año, presentó esta modalidad de consumo (30 personas en total). Al desagregar por frecuencia se observa que el 13% lo hizo menos de una vez al mes, el 10,4% consumió esa cantidad algunas veces al mes y el 2,6% lo hizo algunas veces por semana.

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

- El 4,3% de los consumidores anuales perdió el control sobre su consumo durante el último año (5 encuestados).
- El 3,5% de los encuestados que consumieron durante el último año dejó de hacer lo que se esperaba de él o de ella por haber bebido (4 encuestados).
- El 3,5% de los consumidores recientes no recordó lo sucedido la noche anterior (4 encuestados).
- El 3,5% de los encuestados con consumo anual declaró que otros se preocuparon por su consumo durante el último año (4 encuestados). Cabe destacar que una persona contestó que todos los días o casi todos los días alguien de su entorno ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol.

Consumo de tabaco

El tabaco fue la segunda sustancia más consumida entre la población encuestada en las unidades sanitarias, donde un 24,6% reportó consumo actual de tabaco y el 51,9% consumió alguna vez en la vida. En relación con el género, mujeres y varones presentan tasas similares de consumo de mes, de año y de vida; aunque cabe señalar que los valores absolutos son pequeños para los varones, como así también al desagregar por unidad sanitaria. Al desagregar por grupo de edad, se observa que el consumo de vida aumenta conforme se incrementa la edad; pero en relación con el consumo actual y reciente son mayores las tasas de consumo entre las personas de 30 a 45 años, y luego en los menores de 30 años. Por su parte, al analizar el consumo de tabaco por unidad sanitaria en la que fue encuestada la persona, se evidencia que las tasas de consumo más altas se hallaron en la U.S. Dr. Juan Carlos Conti y las más bajas en la U.S. El perdido (Tabla 6).

Por otro lado, el promedio de edad de inicio fue de 16,9 años, siendo la sustancia que los encuestados refirieron probar más tempranamente.

Tabla 6. Prevalencias de mes, año y vida de consumo de tabaco según género, edad y Unidad Sanitaria. Coronel Dorrego, 2017. N=187

TABACO		Mes		Año		Vida	
		Personas	%	Personas	%	Personas	%
Género	Varones	9	25,0	9	25,0	19	52,8
	Mujeres	37	24,7	41	27,3	78	52,0
Grupos de edad	Menos de 30 años	13	25,5	13	25,5	21	41,2
	30 a 45 años	18	27,3	22	33,3	34	51,5
	Más de 45 años	14	20,3	14	20,3	41	59,4
U.S.	Dr. Juan Carlos Conti	12	30,8	13	33,3	25	64,1
	Dr. Santiago Raúl Loydi	15	24,6	15	24,6	28	45,9
	El perdido	5	17,2	6	20,7	11	37,9
	Oriente	14	24,1	16	27,6	33	56,9
Total		46	24,6	50	26,7	97	51,9

Consumo de psicofármacos

Los psicofármacos fueron la tercera sustancia más consumida por la población encuestada. El 34,2% de los encuestados refirió haber consumido alguna vez en la vida, el 26,7% consumió al menos una vez durante el último año y el 21,9% declaró que usó psicofármacos en el último mes (refiere a 41 personas). Si comparamos el consumo entre varones y mujeres, se observa que las tasas son prácticamente iguales en ambos géneros. Al desagregar por grupo de edad, se evidencia que el consumo de psicofármacos aumenta conforme se incrementa la edad, destacándose que casi el 40% de los mayores de 45 años refirieron haber consumido durante el último mes. En cuanto al consumo según unidad sanitaria, se observa que las personas encuestadas en la U.S. Dr. Juan Carlos Conti y en la U.S. El perdido presentaron las tasas más altas de consumo de vida y de mes (Tabla 7). Cabe recordar que la lectura de estos datos debe hacerse con precaución debido a los pequeños valores absolutos que se obtienen al desagregar el análisis por grupos de comparación.

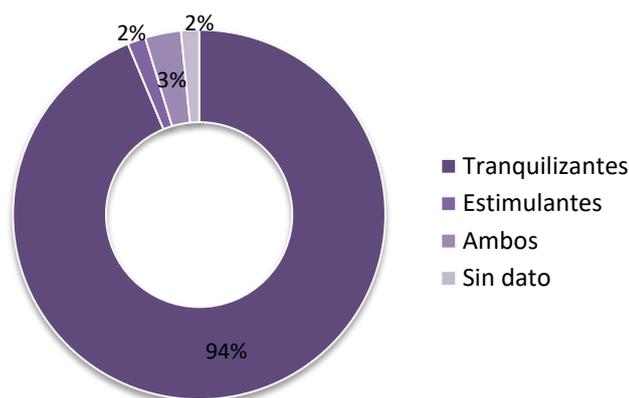
Por último, el promedio de edad de inicio fue de 40,2 años, mucho más elevado que para las sustancias anteriores.

Tabla 7. Prevalencias de mes, año y vida de consumo de psicofármacos según género, edad y Unidad Sanitaria. Coronel Dorrego, 2017. N=187

PSICOFÁRMACOS		Mes		Año		Vida	
		Personas	%	Personas	%	Personas	%
Género	Varones	8	22,2	10	27,8	12	33,3
	Mujeres	33	22,0	40	26,7	52	34,7
Grupos de edad	Menos de 30 años	2	3,9	3	5,9	4	7,8
	30 a 45 años	12	18,2	19	28,8	26	39,4
	Más de 45 años	27	39,1	28	40,6	34	49,3
U.S.	Dr. Juan Carlos Conti	10	25,6	12	30,8	18	46,2
	Dr. Santiago Raúl Loydi	9	14,8	10	16,4	13	21,3
	El perdido	8	27,6	9	31,0	12	41,4
	Oriente	14	24,1	19	32,8	21	36,2
Total		41	21,9	50	26,7	64	34,2

De los 64 encuestados que declararon consumir psicofármacos alguna vez en la vida, 60 dijeron que consumieron tranquilizantes, 1 estimulantes y 2 ambos psicofármacos (Gráfico 9). El 82,8% de los encuestados refirió tomarlos por receta o indicación médica (53 personas), el 10,9% dijo consumirlos por su cuenta (7 personas) y, finalmente, 3 personas declararon que primero se los recetaron y luego los ingirieron por cuenta propia (4,7%).

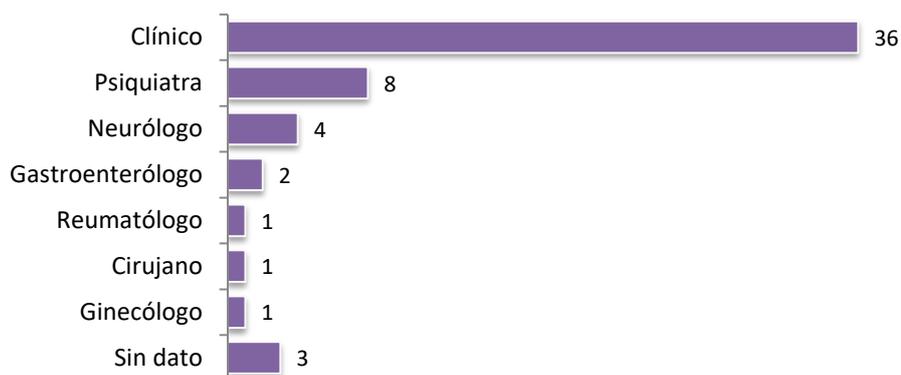
Gráfico 9. Encuestados que consumieron psicofármacos alguna vez según tipo de psicofármaco consumido. Coronel Dorrego, 2017. N=64



Entre los 56 encuestados que consumieron psicofármacos por prescripción médica, a la gran mayoría (64,3%) se los recetó un médico clínico, al 14,3% un psiquiatra y al 7,1% un neurólogo (Gráfico 10). Finalmente, de las 10 personas que consumieron psicofármacos sin prescripción médica (ya sea porque los consumieron inicialmente con

receta y luego por su cuenta, o porque los consumieron siempre por cuenta propia), 5 los obtuvieron por medio de un familiar, 4 refirieron que los consiguieron en la farmacia sin receta y 1 por medio de un amigo.

Gráfico 10. Cantidad de encuestados que consumieron alguna vez psicofármacos por indicación médica según especialidad del médico que se los recetó. Coronel Dorrego, 2017. N=56



Consumo de otras sustancias psicoactivas

Como se observa en la Tabla 8, las demás sustancias psicoactivas presentaron prevalencias de consumo muy bajas o inexistentes. Así, sólo 9 personas declararon haber consumido marihuana alguna vez en la vida y sólo 1 persona refirió haber consumido solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, poppers). Ninguno de los encuestados refirió consumo de cocaína, LSD, éxtasis o pasta base/ paco.

Tabla 8. Prevalencias de vida, año y mes de consumo según tipo de sustancia psicoactiva. Coronel Dorrego, 2017. N=187

Sustancia Psicoactiva	Mes		Año		Vida	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Marihuana	1	0,5	2	1,1	9	4,8
Solventes / Inhalantes	1	0,5	1	0,5	1	0,5

De las 9 personas que refirieron consumo de marihuana alguna vez en la vida, 6 eran mujeres y 3 varones. Con respecto a la edad de los consumidores, 4 tenían menos de 30 años, 3 eran mayores de 45 años y 2 tenían entre 30 y 45 años. En cuanto a la unidad sanitaria, 4 de los 9 fueron encuestados en la U.S. Oriente, 3 en la U.S. Dr. Santiago Raúl Loydi, 1 en la U.S. Dr. Juan Carlos Conti y 1 en la U.S. El perdido. Por último, el promedio de edad de inicio fue de 30,4 años.

En relación con la única persona que refirió consumo de solventes e inhalantes durante el último mes, se trató de un hombre de entre 30 y 45 años, encuestado en la U.S. El perdido. No refirió edad de inicio de consumo.

Consumo en el entorno

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

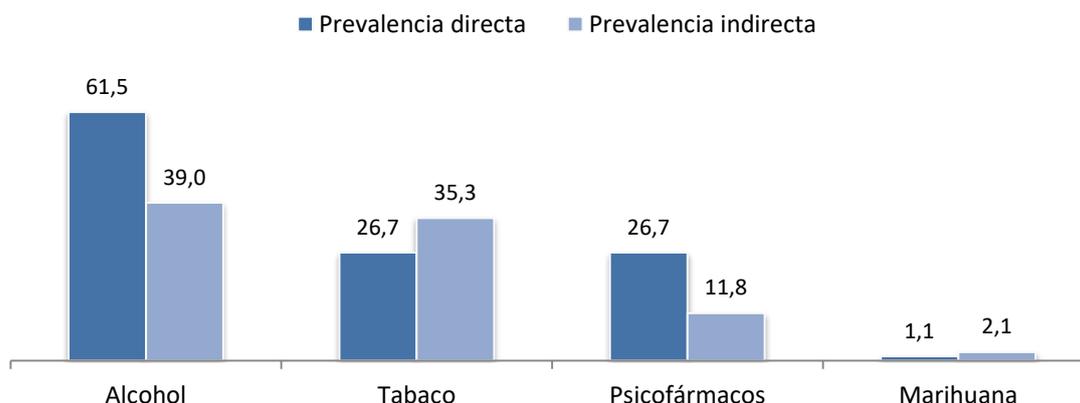
Las sustancias referidas por los encuestados como las más consumidas durante el último año por algún conviviente fueron las bebidas con alcohol (39%) y el tabaco (35,3%). En menor medida, el 11,8% refirió que algún conviviente consumió psicofármacos en los últimos 12 meses y el 2,1% marihuana (Tabla 9). Cabe destacar que las demás sustancias (cocaína, LSD, éxtasis, pasta base/ paco, solventes e inhalables) no tuvieron menciones.

Tabla 9. Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas durante los últimos 12 meses en convivientes según tipo de sustancia. Coronel Dorrego, 2017. N=187

Sustancia	Frecuencia	%
Alcohol	73	39,0
Tabaco	66	35,3
Psicofármacos	22	11,8
Marihuana	4	2,1

Si bien en términos relativos la mayor diferencia entre la prevalencia directa y la indirecta la presentó la marihuana, cabe señalar que se trata de valores absolutos ínfimos (4 encuestados manifestaron consumo de convivientes en el último año, mientras que sólo 2 refirieron consumo propio en dicho periodo), que exigen ser muy cautos al momento de realizar una conjetura o análisis al respecto. La prevalencia indirecta del tabaco también fue superior a la directa (66 convivientes vs. 50 encuestados); mientras que en el caso del alcohol y de los psicofármacos fue mayor el consumo personal que el de los convivientes.

Gráfico 11. Prevalencia indirecta y directa de consumo durante el último año según sustancia (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187



Percepción del consumo y accesibilidad a recursos

Percepciones de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

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

En términos generales, a medida que se incrementa la frecuencia de uso, disminuye la opinión sobre su inocuidad. En este sentido, el 70% o más de los encuestados perciben el uso frecuente de todas las sustancias como un gran riesgo. Es de destacar que dicho porcentaje supera al 80% de los encuestados al tratarse del consumo frecuente de cocaína, pasta base, éxtasis y marihuana (Tabla 10).

Las mayores percepciones de “ningún o bajo riesgo” fueron atribuidas al consumo esporádico de bebidas alcohólicas (36,4%), el consumo esporádico de cigarrillos (24,6%) y el consumo esporádico de psicofármacos (22,5%).

Asimismo, los usos que presentaron mayor porcentaje de respuestas indicando no saber qué daño producen fueron los consumos – esporádicos y frecuentes– de todas las sustancias ilícitas y los psicofármacos (superior al 8% de los encuestados).

Tabla 10. Percepción de riesgo de consumo esporádico y frecuente según sustancia psicoactiva (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187

Sustancia	Frecuencia	Poco riesgoso	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sé	Sin dato
Cigarrillos	Esporádico	24,6	32,6	35,8	5,3	1,6
	Frecuente	1,6	13,4	78,6	5,9	0,5
Bebidas alcohólicas	Esporádico	36,4	30,5	25,7	4,8	2,7
	Frecuente	1,1	13,9	76,5	5,9	2,7
Psicofármacos	Esporádico	22,5	26,7	36,9	11,2	2,7
	Frecuente	4,8	11,2	69,5	12,8	1,6
Marihuana	Esporádico	4,3	26,2	55,6	11,2	2,7
	Frecuente	2,1	1,6	82,4	11,2	2,7
Cocaína	Esporádico	2,1	18,7	66,8	10,2	2,1
	Frecuente	0,5	1,1	88,2	8,6	1,6
Pasta base / paco	Esporádico	1,1	10,2	77,0	10,2	1,6
	Frecuente	0,5	0,5	86,6	10,7	1,6
Éxtasis	Esporádico	1,1	10,2	75,9	11,2	1,6
	Frecuente	1,1	0,5	85,6	11,2	1,6

Percepciones sobre el consumo propio

En el marco del relevamiento, 13 personas manifestaron haberse sentido preocupadas alguna vez por su forma de consumir alguna sustancia (representa a un 7% del total de los encuestados). Entre éstas, la mayoría (11 personas) refirió que el tabaco fue la sustancia causante de preocupación, en tanto que 2 encuestados manifestaron preocupación por su consumo de psicofármacos.

De los 13 encuestados que refirieron experimentar preocupación por su consumo, sólo 6 de ellos respondieron haber buscado ayuda; manifestando la mitad de ellos haber recurrido a profesionales particulares, uno fue a un centro especializado para dejar de fumar y otro refirió recurrir a un familiar. Por otro lado, la razón por la cual los encuestados no solicitaron ayuda fue porque no quisieron pedirla (n=4) o porque lo resolvieron solos/as (n=3).

Percepción sobre el consumo de otros significativos

Es destacable que al preguntar acerca de la preocupación por el consumo de un familiar o amigo, las respuestas afirmativas aumentaron, siendo del 36,4% de la población encuestada (68 personas) (Gráfico 12). La sustancia que más menciones tuvo en tanto causante de preocupación fue el alcohol (42,6%, n=29), luego el tabaco (29,4%, n=20) y la marihuana (14,7%, n=10) (Gráfico 13).

Gráfico 12. Encuestados que se preocuparon por el consumo de un otro significativo (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187

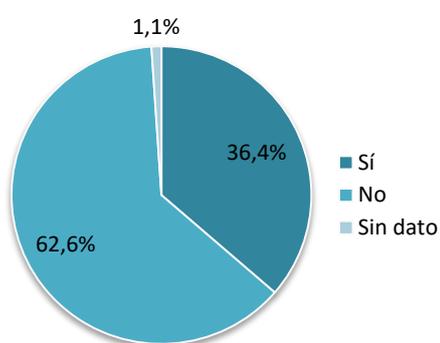
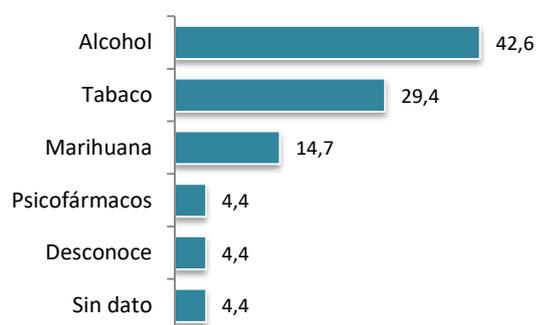


Gráfico 13. Sustancias que generaron preocupación por consumo de un otro significativo (%). Coronel Dorrego, 2017. N=68



Entre los 68 encuestados que se preocuparon por el consumo de alguna persona cercana, el 45,6% buscó ayuda, tratamiento o asistencia ante esta preocupación (representa a 31 personas); principalmente pidiendo ayuda a un profesional particular (29%) o en un hospital (25,8%). En menor medida, el 16,1% refirió acudir a un CPA y un 9,7% a un Centro de salud (Tabla 11). Por otro lado, entre las 35 personas que no buscaron ayuda, un tercio manifestó que no lo hizo porque no quiso y 10 personas refirieron no hacerlo por otros motivos -que no fueron explicitados-. Cabe señalar que 6 personas mencionaron que no buscaron ayuda porque no supieron dónde ir o porque consideran que no hay en el barrio un lugar adonde recurrir.

Tabla 11. Lugares donde buscaron ayuda, tratamiento o asistencia los encuestados que se sintieron preocupados por el consumo de otro significativo. Coronel Dorrego, 2017. N=31

Lugares y/o personas a las que pidieron ayuda	Frecuencia	%
Profesional (psicólogo/psiquiatra u otro) particular	9	29,0
Hospital (guardia o consultorio externo)	8	25,8
Centro especializado (CPA)	5	16,1
Centro de salud	3	9,7
Iglesia (sacerdote, pastor, grupo religioso u otros)	2	6,5
Otro	2	6,4
Curandero (u otras terapias populares)	1	3,2
Comunidad Terapéutica	1	3,2
Alcohólicos o Narcóticos Anónimos	1	3,2

Identificación de recursos para la prevención o asistencia

A los fines de conocer los recursos con los que cuentan los encuestados frente a situaciones de consumo problemático, se les preguntó acerca de la existencia de algún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas, tanto en el barrio como en la ciudad. Sólo un 26,7% contestó de forma positiva (50 personas), y el recurso referido con mayor frecuencia fue el CPA con el 82% de las menciones. Además 3 personas mencionaron el Programa Envión; el resto de las instituciones sólo tuvieron una mención.

Tabla 12. Programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en el barrio entre los encuestados que refirieron conocer alguno. Coronel Dorrego, 2017. N=50

Institución	Frecuencia	%
CPA	41	82
Envión	3	6
Servicio local	1	2
Unidad sanitaria	1	2
Otros	2	4
Sin dato	2	4

Opiniones y creencias

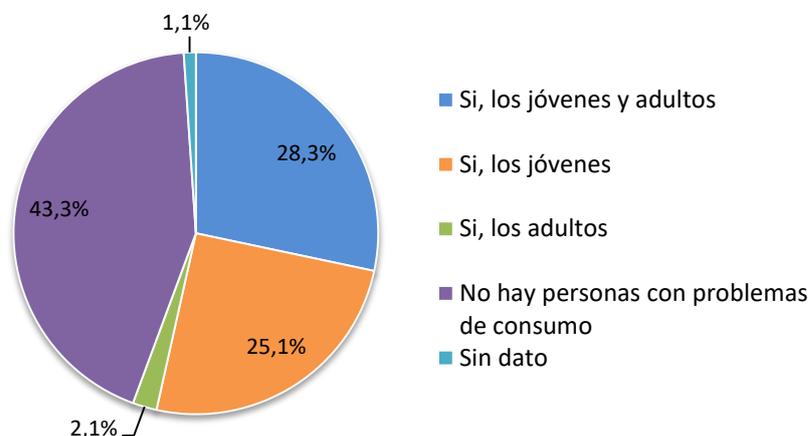
En este apartado se aborda la percepción que tiene la población encuestada en relación con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el barrio y a nivel general.

Como se puede observar en el Gráfico 14, el 28,3% de los encuestados consideró que la problemática del consumo de sustancias en el barrio

afecta tanto a los jóvenes como a los adultos. El 25,1% ubicó el problema principalmente en la población joven, mientras que sólo el 2,1% percibió que el problema se presentaba principalmente en adultos. Es destacable que el 43,3% de los encuestados considera que no hay problemas de consumo en su barrio.

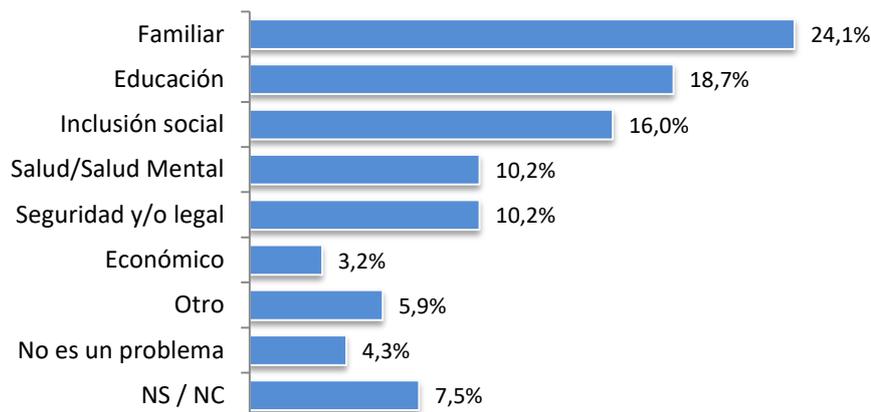
De los 104 encuestados que refirieron que en su barrio hay personas con problemas de consumo de sustancias, la gran mayoría (76%) consideró que se trata de un problema muy o bastante grave, mientras que el 11,5% opinó que se trata de un problema poco grave, y el resto dijo no saber cómo evaluar el problema (12,5%).

Gráfico 14. Percepción de la existencia de personas que viven en el barrio y que tienen problemas con el consumo de sustancias psicoactivas. Coronel Dorrego, 2017. N=187



En relación con la problemática a nivel general, la mayoría considera que el consumo de drogas se debe a un problema familiar (24,1%); en menor medida, un 18,7%, cree que es un problema de educación y un 16% opina que es un problema de inclusión social. De esta manera, se puede deducir que la mayoría de la población entiende que el consumo problemático de drogas forma parte de las esferas vinculares-afectivas y sociales. En menor medida, se lo entiende como un problema de salud/salud mental o como un problema de seguridad y/o legal (ambos con 10,2% de las respuestas) (Gráfico 15). Es de destacar que 8 de las 11 personas que eligieron la opción “otro” hicieron referencia a que se trata de una problemática multicausal.

Gráfico 15. Principal tipo de problema causante del consumo de sustancias. Coronel Dorrego, 2017. N=187



Por otra parte, al preguntarles a los encuestados acerca de cuál es el mejor abordaje o intervención para el consumo problemático de sustancias, se observa que la mayor cantidad de respuestas refiere a tratamientos tales como ingresar a una comunidad terapéutica o internarse (ambos con 20,9% de las respuestas). En menor medida, un 13,9% cree que la mejor solución es ir al psicólogo o psiquiatra, un 11,8% tener educación y trabajo, y un 11,2% estar con la familia (Tabla 14). Cabe señalar que estos datos parecerían reflejar cierta tensión con los antes presentados, en tanto se plantea un problema de origen social-vincular pero se le da una respuesta principalmente de encierro y relativo aislamiento, como la internación o el ingreso a una comunidad terapéutica (juntas superan el 40% de las respuestas).

Tabla 13. Encuestados según percepción de mejor método terapéutico para tratar a las personas que consumen sustancias. Coronel Dorrego, 2017. N=187

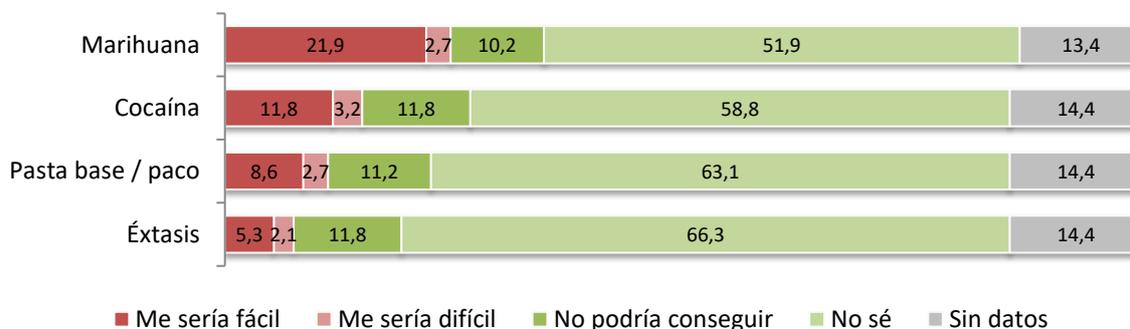
Método terapéutico	Encuestados	%
Entrar en una comunidad terapéutica	39	20,9
Internarse	39	20,9
Ir al psicólogo o psiquiatra	26	13,9
Tener educación y trabajo	22	11,8
Estar con la familia	21	11,2
Ir al médico	13	7,0
Atenderse en el hospital público/salita	6	3,2
Ir a la iglesia	5	2,7
Alejarse del barrio	3	1,6
Participar en la comunidad	1	0,5
Otros	5	2,7
Ninguno	2	1,1
NS / NC	5	2,7

Acceso a sustancias psicoactivas

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

En este sentido, la marihuana registró los valores más altos de facilidad de acceso entre las personas encuestadas en relación con las demás sustancias. Así, el 21,9% de los encuestados afirmó que le sería fácil conseguir marihuana, en menor medida el 11,8% considera que puede acceder fácilmente a la cocaína, luego a pasta base/paco (8,6%) y, por último, al éxtasis (5,3%). En cuanto a la dificultad e imposibilidad de acceso, las cuatro sustancias registraron valores similares (Gráfico 16). Es de destacar que entre el 52% y el 66% de los encuestados – dependiendo de la sustancia- respondieron que no sabían cuán fácil o difícil les resultaría conseguir dichas drogas.

Gráfico 16. Percepción de facilidad de acceso en el barrio por tipo de sustancia (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187



También se preguntó cuándo fue la última vez que les ofrecieron drogas, ya sea para comprar o probar alguna sustancia. Este indicador permite tener una medida más objetiva sobre la circulación de drogas en el entorno barrial y municipal. En este sentido, se observa que la marihuana fue la sustancia que más les han ofrecido a los encuestados, con el 10,8% de respuestas afirmativas (8,6% hace más de un año). Cabe señalar que al menos el 70% de los encuestados refirió que nunca les han ofrecido dichas sustancias y alrededor del 20% no contestó la pregunta, para cada una de las sustancias.

Tabla 14. Encuestados según última vez que recibieron ofertas de sustancias por sustancia psicoactiva (%). Coronel Dorrego, 2017. N=187

Sustancia	Últimos 30 días	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	Hace más de 1 año	Nunca	Sin dato
Marihuana	1,1	1,1	8,6	70,6	18,7
Cocaína	1,1	0,5	2,7	75,4	20,3
Pasta base / paco	1,1	1,1	2,1	75,4	20,3
Éxtasis	0,5	0	2,7	76,5	20,3

Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis

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

En términos generales, en la población encuestada está más generalizado realizarse exámenes de VIH/SIDA que de Hepatitis y Tuberculosis. En este sentido, un 60,4% de los encuestados se ha realizado alguna vez un estudio de VIH/SIDA; mientras que un 46,5% se ha realizado algún estudio para Hepatitis B y/o C y sólo un 26,7% para Tuberculosis (Tabla 13). Es destacable que de las 87 personas que se realizaron alguna vez un estudio para hepatitis B y/o C, 14 tuvieron un resultado positivo y sólo 2 se encontraba en tratamiento al momento de la encuesta. Mientras que de los 113 encuestados que se realizaron un estudio para VIH/SIDA, sólo 1 tuvo un resultado positivo y actualmente está en tratamiento. Finalmente, de las 50 personas que se realizaron alguna vez un estudio para Tuberculosis, 1 sólo tuvo un resultado positivo y no se encontraba en tratamiento al momento de realizarse la encuesta.

Tabla 15. Encuestados que se realizaron estudios, con resultado positivo y en tratamiento según enfermedad transmisible. Coronel Dorrego, 2017. N=187

	Hepatitis B y C		VIH/SIDA		Tuberculosis	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Se realizaron estudio alguna vez	87	46,5	113	60,4	50	26,7
Con resultado positivo	14	16,1	1	0,9	1	2,0
En tratamiento	2	14,3	1	100,0	0	0

Relación con el juego

En el último apartado se indagó respecto de la relación de los encuestados con los juegos de azar. Específicamente se les consultó si suelen jugar o si jugaron alguna vez a la quiniela, loto, quini-6 o similares, o en casinos, bingos, máquinas tragamonedas, hipódromos y/o apuestas por internet. Casi un tercio de las personas encuestadas (32,6%) refirieron haber realizado esta actividad alguna vez en la vida, el 25,8% dijo haberlo hecho en el último año y un 19,7% jugó durante el último mes (37 personas). Si comparamos las respuestas entre varones y mujeres, se observa que la prevalencia de vida de juego es superior en las mujeres. Al desagregar por grupo de edad, se evidencia que las tasas de prevalencia de juego aumentan conforme se incrementa la edad. En cuanto al lugar donde se tomó la encuesta, se observa que las personas encuestadas en la U.S. El perdido y en la U.S. Oriente presentaron las tasas más altas de juego (Tabla 16).

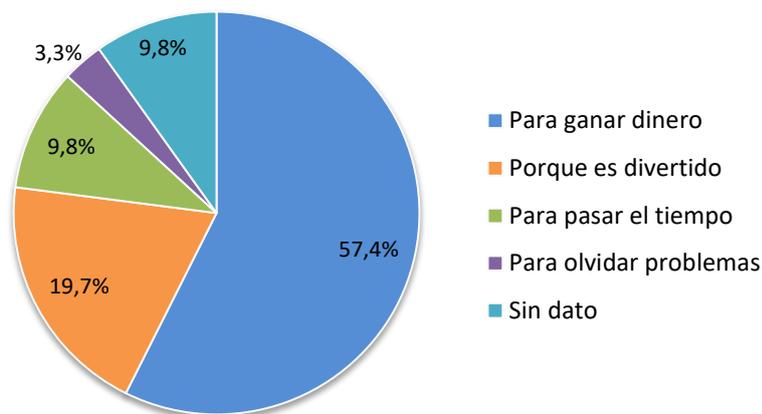
Por último, el promedio de edad de inicio fue de 25,2 años (con una mediana de 21 años), y más de la mitad refirió iniciarse en el juego con la quiniela.

Tabla 16. Prevalencias de mes, año y vida en juegos de azar según género, edad y Unidad Sanitaria. Coronel Dorrego, 2017. N=187

JUEGOS DE AZAR		Mes		Año		Vida	
		Personas	%	Personas	%	Personas	%
Género	Varones	7	19,4	10	27,8	10	27,8
	Mujeres	30	20,0	38	25,3	51	34,0
Grupos de edad	Menos de 30 años	6	11,8	9	17,6	13	25,5
	30 a 45 años	13	19,7	17	25,8	20	30,3
	Más de 45 años	18	26,1	22	31,9	28	40,6
U.S.	Dr. Juan Carlos Conti	7	17,9	7	17,9	12	30,8
	Dr. Santiago Raúl Loydi	8	13,1	12	19,7	18	29,5
	El perdido	8	27,6	11	37,9	11	37,9
	Oriente	14	24,1	18	31,0	20	34,5
Total		37	19,8	48	25,7	61	32,6

De los 61 encuestados que refirieron haber jugado alguna vez en la vida, el 57,4% manifestó que juega para ganar dinero; mientras que, en segundo lugar, el 19,7% sostuvo que lo hace porque es divertido, y el 9,8% para pasar el tiempo.

Gráfico 17. Razones que motivaron el juego alguna vez en la vida. Coronel Dorrego, 2017. N=61



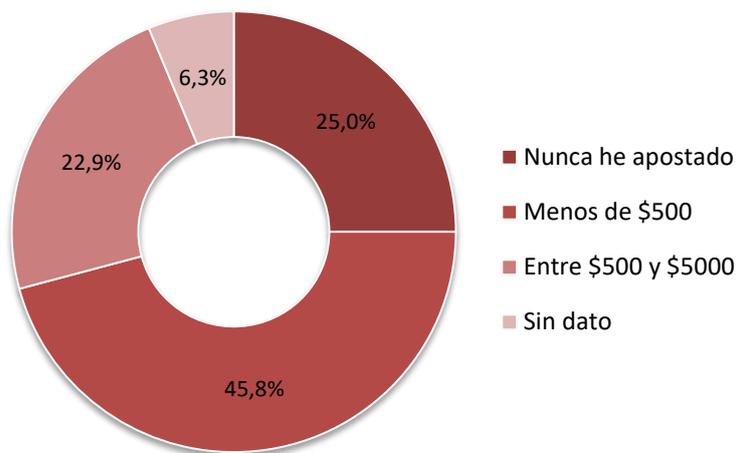
En relación con la frecuencia de juego entre quienes jugaron durante el último año, más de la mitad refirió haber comprado boletas de lotería, quiniela, quini-6, brinco, loto, telekino o similares, al menos algunas veces por mes (52,1%, n=25). En segundo lugar se ubicó el bingo, dado que el 18,8% manifestó haber jugado al menos algunas veces por mes (9 personas) y, en tercer lugar, el casino (14,6%, n=7). Como puede observarse en la Tabla 17, más del 87% de las personas que jugaron en el último año manifestaron no haber apostado en ámbitos privados, en carreras de caballos o similares, ni por internet.

Tabla 17. Encuestados que jugaron durante el último año según frecuencia de juego por actividad (%). Coronel Dorrego, 2017. N=48

Actividad	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Algunas veces por mes	Algunas veces por semana	Sin dato
Comprar boletas de quiniela, quini-6, loto o similares	16,7	31,3	35,4	16,7	0
Jugar bingo	45,8	29,2	14,6	4,2	6,3
Ir a jugar al casino	60,4	20,8	12,5	2,1	4,2
Jugar máquinas tragamonedas	68,8	16,7	8,3	2,1	4,2
Apostar en ámbitos privados (con amigos, otros)	87,5	0	6,3	2,1	4,2
Apostar a carrera de caballos o similares	93,8	0	2,1	0	4,2
Apostar por internet	93,8	0	2,1	0	4,2

Por último, la mayoría de los encuestados que jugaron en el último año refirieron que la mayor cantidad de dinero que apostaron no superó los 500 pesos (45,8%, n=22) y un 22,9% dijo que fue entre 500 y 5.000 pesos (11 personas); en tanto que el 25% manifestó no haber apostado en el último año (12 personas).

Gráfico 18. Encuestados que jugaron en el último año según la mayor cantidad de dinero que apostaron. Coronel Dorrego, 2017. N=48



5. Conclusiones

El estudio realizado en las Unidades Sanitarias Juan Carlos Conti, Dr. Santiago Raúl Loydi, El perdido y Oriente del municipio de Coronel Dorrego, mostró que la población que concurre es en mayor medida femenina, principalmente compuesta por mujeres en edad reproductiva. Es importante tener presente, para la lectura de los datos del estudio, que la estructura de la población que concurre a las Unidades Sanitarias difiere de la estructura de la población general del municipio, que podría presentar un perfil de consumo diferente.

La mayor parte de los encuestados se encuentra en pareja y, de éstos, la mayoría convive con ésta y con sus hijos. En cuanto al **nivel educativo**, más de la mitad de las personas encuestadas tienen secundario completo o más. Mientras que el 80% de las personas entre 16 a 65 años son económicamente activas y, de ellas, el 88,4% tiene **trabajo**, mayormente en el sector público. Además, el 39% de los encuestados recibe algún **beneficio, plan o incentivo del Estado**, principalmente la Asignación Universal por Hijo. Por otro lado, respecto de la **cobertura de salud**, la mitad de la población encuestada tiene obra social y un tercio se atiende exclusivamente en el sistema público.

En relación con la **consulta actual**, el destinatario de la misma fue principalmente el propio encuestado y los servicios más consultados fueron enfermería, medicina general y, en menor medida, pediatría.

En cuanto a los datos obtenidos sobre el **consumo de sustancias**, en términos de magnitud las personas encuestadas presentaron principalmente consumo de **alcohol** y, en menor medida, de **tabaco** y **psicofármacos**, tanto para el consumo alguna vez en la vida, durante el último año y el último mes.

Al desagregar por **género**, tanto varones como mujeres registraron valores similares de consumo de tabaco y psicofármacos. Mientras que, en relación al alcohol, los varones presentaron tasas de consumo del último mes y último año superiores en comparación a las mujeres. No obstante, es importante recordar que estas afirmaciones deben ser

tomadas con precaución debido a la diferencia en la cantidad de mujeres respecto de los varones en la conformación de la muestra.

En cuanto al consumo según **grupos de edad**, en líneas generales se evidencia que el consumo de tabaco y psicofármacos aumenta conforme se incrementa la edad. Por el contrario, las tasas de consumo de alcohol fueron más elevadas en los grupos de menor edad.

Al analizar según **unidad sanitaria** encuestada, en términos generales las tasas de consumo de psicofármacos fueron superiores en la U.S. El Perdido y la U.S. Dr. Juan Carlos Conti. Además esta última U.S. también registró las mayores prevalencias de consumo de tabaco. En cuanto al alcohol, las mayores tasas de consumo se registraron en la U.S. Oriente y la U.S. El perdido.

En relación con el **consumo de alcohol**, el 61,5% de los encuestados consumió alcohol durante el último año. De éstos, 1 de cada 4 consumió de modo excesivo al menos alguna vez en el último año.

Se estimó que el 34,2% de la población encuestada consumió **psicofármacos** alguna vez en la vida, casi exclusivamente tranquilizantes. Sólo el 15,6% refirió haber consumido psicofármacos sin prescripción médica en el mismo periodo.

Por otro lado, en cuanto a la **edad de inicio**, el tabaco es la sustancia que los encuestados manifestaron consumir más tempranamente (promedio de edad de inicio 16,9 años), seguida muy de cerca por el alcohol (promedio 17,1 años). En cambio, los psicofármacos son la sustancia que los entrevistados manifestaron consumir más tardíamente, con un promedio de edad de inicio de 40,2 años.

En relación con la **preocupación por el consumo**, sólo el 7% de los encuestados manifestó que alguna vez se sintió preocupado por su forma de consumir alguna sustancia, y la sustancia que generó mayor preocupación fue el tabaco. Mientras que al preguntar acerca de la preocupación por el consumo de un familiar o amigo, las respuestas afirmativas aumentaron considerablemente, representando al 36,4% de la población encuestada. Pero, en este caso, la sustancia que generó mayor preocupación fue el alcohol y, en segundo lugar, el tabaco.

En cuanto a la identificación de **recursos asistenciales-preventivos**, menos del 27% de los encuestados refirió conocer algún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de sustancia en su barrio o ciudad, siendo mencionado mayoritariamente el CPA.

Al analizar las percepciones sobre las prácticas de consumo, se observa que entre los encuestados las menores **percepciones de riesgo** se presentan ante el consumo esporádico de bebidas con alcohol y, luego, de tabaco y psicofármacos. Por lo tanto, se deduce una mayor permisividad social ante estos consumos. Mientras que, en relación al consumo frecuente de todas las sustancias psicoactivas, el 70% o más de los encuestados lo consideraron de gran riesgo, siendo este porcentaje superior en el caso de las sustancias ilícitas.

Gran parte de la población encuestada consideró que el **consumo de sustancias psicoactivas en su barrio** es un problema de gran gravedad, y mayoritariamente manifestaron que es un problema que afecta tanto a jóvenes como a adultos.

Es de destacar que la mayoría considera al consumo de sustancias como un **problema de origen social-vincular**, sin embargo manifiestan que la mejor solución ante esta problemática es de forma individual y en instituciones de tipo residencial o con internación.

En relación con las sustancias ilícitas, la **marihuana** es la sustancia percibida como de **mayor facilidad de acceso** y la **más ofrecida** -ya se para probar o comprar- a los encuestados. Cabe señalar que menos del 5% de la población encuestada refirió haber consumido marihuana alguna vez en su vida (9 personas). Mientras que para el resto de las sustancias ilícitas (cocaína, LSD, éxtasis o pasta base/paco) el consumo referido por los encuestados fue nulo, a excepción de los solventes/inhalantes cuyo consumo fue manifestado por una persona.

Por otro lado, respecto de las **enfermedades transmisibles históricamente asociadas con el consumo problemático de sustancias**, se manifiesta que entre la población encuestada está más generalizado realizarse exámenes de VIH/SIDA que de Hepatitis y Tuberculosis. En tanto que el mayor porcentaje de resultados positivos se obtuvo para Hepatitis B y C.

Por último, en relación con el **juego**, casi un tercio de la población refirió haber jugado alguna vez en la vida a la quiniela, loto, quini-6 o similares, o en casinos, bingos, máquinas tragamonedas, hipódromos y/o apuestas por internet; mientras que un cuarto de la población lo hizo durante el último año. El promedio de edad de inicio fue 25,2 años. Se evidencia que las tasas de prevalencia de juego aumentan conforme se incrementa la edad, y las mujeres presentaron mayor prevalencia de vida en relación a los varones. Mayoritariamente los encuestados manifestaron comprar boletas de lotería, quiniela, quini-6, brinco, loto, telekino o similares. Asimismo, más de la mitad de las personas que juegan refirieron hacerlo para ganar plata y, en menor medida, por diversión o para pasar el tiempo.

6. Bibliografía

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

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

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