

3ra.

Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas

2001

Informe de Investigación



Secretaría Nacional
de Drogas



Junta Nacional
de Drogas



Programa de Naciones
Unidas para el Desarrollo

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Coordinación General

Dr. Leonardo Costa
Prosecretario de la Presidencia de la República y
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Dra. Raquel Magri.
Secretaria General de la Secretaría Nacional de Drogas

Informe de Investigación

Dra. Raquel Magri.
Lic. Héctor Suárez.

Análisis Estadístico

Lic. Héctor Suárez

Muestra, trabajo de campo e ingreso de datos

Instituto Nacional de Estadística

Diagramación y diseño

Sr. Eduardo Cannizzo

INDICE

1. Introducción

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Marco Internacional
- 1.3. Justificación del Estudio
- 1.4. Consideraciones metodológicas previas

2. Aspectos técnicos y metodológicos del estudio

- 2.1. Objetivos del estudio
- 2.2. Abordaje metodológico
 - 2.2.1. Características generales
 - 2.2.2. Diseño de la muestra
 - 2.2.3. Capacitación
 - 2.2.4. Recolección de Datos
 - 2.2.5. Representatividad y factores de expansión
 - 2.2.6. Formulario
 - 2.2.7. Codificación y captura electrónica de datos
 - 2.2.8. Análisis de la información
- 2.3. Definición de indicadores
 - 2.3.1. Dimensiones de análisis
 - 2.3.2. Indicadores utilizados
- 2.4. Plan de análisis

3. Análisis descriptivo del consumo

- 3.1. Alcohol
 - 3.1.1. Descripción del consumo
 - 3.1.2. Dinámica del consumo
- 3.2. Tabaco
 - 3.2.1. Descripción del consumo
 - 3.2.2. Dinámica del consumo

3.3. Tranquilizantes, hipnóticos, antidepresivos

- 3.3.1. Descripción del consumo
- 3.3.2. Dinámica del consumo
- 3.4. Marihuana
 - 3.4.1. Descripción del consumo
 - 3.4.2. Dinámica del consumo

3.5. Cocaína

- 3.5.1. Descripción del consumo
- 3.5.2. Dinámica del consumo
- 3.6. Consumo de otras drogas ilegales
 - 3.6.1. Descripción del consumo

4. Uso problemático

- 4.1. Alcohol
- 4.2. Tabaco
- 4.3. Tranquilizantes
- 4.4. Drogas ilegales

5. Representaciones sociales sobre las drogas

- 5.1. Principales emergentes

1. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes

A partir del Decreto del Poder Ejecutivo 463/988 por el que fuera creada, la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República (JND) se preocupó por impulsar estudios que precisaran el consumo de drogas en la población de la República Oriental del Uruguay, a los efectos de elaborar las políticas pertinentes para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.

En ese sentido, La JND, a través de su Observatorio Nacional de Drogas tiene como objetivos generar, recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información relacionada con las drogas, para la aplicación de los resultados en la formulación de estrategias de acuerdo a los objetivos que el país se ha trazado en el Plan Nacional.

Los primeros estudios se orientaron al desarrollo de un Sistema de Vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas, presentándose en 1991 el Informe de "Encuestas en Areas Claves"¹ y en 1993 se presentan los elementos para el desarrollo de un sistema de información regular y sistemático.²

La primera vez que se realizó una investigación sobre una muestra representativa de población a nivel nacional (2000 jóvenes de 15-29 años), fue en 1993, publicándose el Primer Estudio Exploratorio sobre Drogas Legales e Ilegales en la Población Económicamente Activa³ de 15 a 29 años. La Primera Encuesta Nacional de Prevalencia⁴ del uso indebido de alcohol y drogas en la población general de la República Oriental del Uruguay fue realizada en 1994 en una muestra de hogares, en áreas urbanas a nivel nacional. Se seleccionaron 2.500 casos entre los 15 y los 65 años, residentes en áreas urbanas de más de 5000 habitantes.

En 1998 se lleva a cabo la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas⁵, aplicándose a una muestra representativa de nivel nacional de las personas de 12 a 64 años residentes en ciudades mayores a 5000 habitantes.

Conjuntamente a estos estudios, se integraron al **Sistema de Vigilancia Epidemiológica** otros estudios cuantitativos que permitieran aproximaciones diversas a la realidad. En este sentido, a los ya descriptos, se han agregado diversos estudios:

- **Ventanas Epidemiológicas** en emergencias hospitalarias, cuyos primeros antecedentes se remontan a 1991 y 1993⁶ y las últimas se realizaron en setiembre de 1999, siempre en el marco de la JND⁷.
- **Registro de casos de Centros de Tratamiento**, iniciado parcialmente en 1996, consolidado en 1997 mediante la incorporación del país al Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo.

¹ Magri R. Encuestas en áreas claves. Montevideo. 1991.

² Miguez H. Sistema de monitoreo epidemiológico. PNUFID. 1993/4.

³ Junta Nacional de Drogas -1993 "Primer Estudio exploratorio sobre Drogas Legales e Ilegales en población económicamente activa".

⁴ Junta Nacional de Drogas – 1994 – Primer encuesta Nacional de Prevalencia de sustancias psicoactivas. Publicado en Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina.1995 - Vol.41 - N°1. –Hugo Míguez-Raquel Magri

⁵ Junta Nacional de Drogas – 1998 –Segunda encuesta Nacional de Prevalencia de consumo de drogas.

⁶ Miguez H. Sistema de Información estadística para la Vigilancia Epidemiológica del UISP desde la emergencia hospitalaria. JND. Nov.1993.

⁷ Programa Lucha Contra las Drogas. Ventanas Epidemiológicas en Emergencias. JND.FAS-Salud/OPP/BID. Dic.1999

Siendo los jóvenes un segmento clave para las tareas de prevención, el Observatorio Nacional de Drogas ha realizado varias investigaciones enfocadas al estudio de ésta población objetivo. Como primer antecedente, se cuenta con la investigación de tipo cualitativo realizada por la Junta Nacional de Drogas sobre el abuso de alcohol y el uso de drogas ilícitas, estudiado en grupos de jóvenes de clase social alta.⁸ Se aplicó una metodología antropológica, para lo cual se capacitaron jóvenes en técnicas de observación y registro sistemático. El estudio se llevó a cabo durante la época veraniega en el área balnearia de Punta del Este en Uruguay. Los resultados indican dos patrones socioculturales definidos en torno al uso de marihuana y cocaína. Ambos transcurren en un ambiente social tolerante del consumo y en fuerte asociación con formas de interacción entre jóvenes.

En 1998 se realizó un estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados a una muestra no representativa de jóvenes usuarios (14 a 29 años) de los servicios del INJU⁹ de Montevideo y Young. El cuestionario utilizado fue una adaptación del - DUSI (Drug Use Screening Inventory) elaborado por el Dr. R. Tarter y colaboradores (1990) en EE.UU.

Una adaptación de este formulario también fue utilizado para un estudio a una muestra no representativa a estudiantes universitarios de primer año realizado en 1999¹⁰.

Como últimas referencias, se cuenta con la reciente Primera Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, Proyecto GYTS (Global Youth Tobacco Survey del cual Uruguay participó. Se trata de un proyecto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los CDC (Centres for Disease Control and prevention) sobre consumo de tabaco en escuelas y que toma como población objetivo a los alumnos de entre 13 y 15 años. La encuesta de referencia se aplicó a muestras representativas de estudiantes de Enseñanza Media de las ciudades de Montevideo, Colonia, Rivera y Maldonado, aplicándose a 4857 alumnos. También en el 2001, se llevó a cabo una encuesta sobre “Consumo de drogas en Enseñanza Media” en el marco de un proyecto conjunto con O.E.A - SIDUC¹¹. Se aplicó un cuestionario a una muestra representativa de estudiantes de Montevideo que cursaban en ese momento 2do. Ciclo Básico, 1ro. Y 3ro. de Bachillerato Diversificado. Fueron encuestados en total 3776 estudiantes, correspondiendo básicamente a jóvenes de 13, 15 y 17 años.

En el 2001, se complementaron los estudios epidemiológicos con una Investigación sobre la Percepción Social de las Drogas en la población en general¹².

La encuesta, que fue elaborada en base a un muestreo en 1.204 personas mayores de 12 años, residentes en localidades con más de 10.000 habitantes, tuvo como objetivos principales indagar en la población general las percepciones sociales sobre la droga, su consumo y los efectos derivados del mismo.

1.2. Marco internacional

La segunda Encuesta Nacional de Prevalencia se enmarcó en el Memorando de Entendimiento Argentina, Bolivia, Chile, Perú y Uruguay para la implementación del Proyecto “Sistema Subregional de Información sobre Consumo de Drogas y Plan de Capacitación Subregional”, siendo auspiciado por el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID).

⁸ H. Miguez - R. Magri. “Patrones del uso de drogas en jóvenes de clase alta”. Publicado en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de A. Latina*. 1993- Volumen 39 – Nro. 4

⁹ Benia W.; Contera M.; Echeveste L. Consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en jóvenes uruguayos. 1998. In: *Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Uruguay*. JND.1999.

¹⁰ Junta Nacional de Drogas- Universidad de la República-Servicio Central de Bienestar Universitario-2001

¹¹ Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de drogas.

¹² Junta Nacional de Drogas – “Representaciones Sociales sobre el Consumo de Drogas” - 2001

De acuerdo a lo convenido en el mencionado proyecto, correspondía en el 2002 a cada país, realizar la Segunda Encuesta Conjunta sobre Prevalencia de Consumo de Drogas en la Población General¹³. En ese marco la JND-SND se abocó a la tarea de realizar la Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas de la cual se presentan los principales resultados.

1.3. Justificación del estudio

La realización de una encuesta de estas características es parte de la estrategia de la Junta Nacional de Drogas y todos los organismos gubernamentales y no gubernamentales que intervienen en el tema, como así también de programas específicos de organismos internacionales como el PNUFID (ONU) y CICAD (OEA). Su principal aporte a la comprensión del fenómeno es proporcionar datos sobre la evolución del consumo y variables asociadas.

Asimismo, este Tercer Estudio de Prevalencia nos permitirá construir un mapa de la situación actual, una fotografía que complementará los datos de otras fuentes disponibles contribuyendo a la tarea de todas aquellas organizaciones dedicadas a las tareas de prevención y aportará a la elaboración de los diversos modelos de intervención.

1.4. Consideraciones metodológicas previas

Si bien el objetivo principal de la Encuesta es netamente empírico, obtener datos de prevalencia para cuyo fin se mantuvo básicamente la estructura del cuestionario utilizado en las dos encuestas anteriores, es necesario previamente discutir sobre la validez y consecuentemente, utilización de los datos así obtenidos.

La primera consideración a tener en cuenta, es la cautela con la que se deben manejar los datos sobre usos de drogas como “estadísticas epidemiológicas”, salvo con los consumos referidos a las drogas legales (incluyendo los psicofármacos). La imposibilidad implícita en el propio método de recolección de datos de garantizar la “verdad” en las autodeclaraciones referidas a conductas o consumos de drogas ilegales impiden convertir a estas encuestas en un instrumento puramente epidemiológico. Sin embargo, desde esta perspectiva, es fundamental el papel que cumple en lo referido a la evolución del consumo y las pautas de uso, que permiten la triangulación con otras metodologías (demanda en centros asistenciales, centros de urgencia, etc.).

Lo que sí nos permiten los datos obtenidos es explorar los perfiles sociológicos de los usuarios de drogas tanto legales como ilegales.

Para ello, se consideró metodológicamente oportuno incluir el presente formulario en la Encuesta Continua de Hogares que realiza el Instituto Nacional de Estadística, de modo de complementar los datos de consumo con una gran cantidad de variables e indicadores socioeconómicos de relevante importancia sociológica.

Por lo tanto, un importante aporte de la presente Investigación, es poder relacionar datos epidemiológicos y sociológicos a saber:

- Características y evolución del consumo

¹³ Uruguay adelantó el relevamiento de datos, llevándolo a cabo a fines del 2001, de modo de coincidir temporalmente con la primera encuesta conjunta y de ese modo evitar posibles sesgos estacionales.

- Posibles factores de riesgo o causalidad
- Consecuencias del consumo
- Características sociológicas de los consumidores
- Imágenes y actitudes hacia las sustancias y los consumidores.

2. ASPECTOS TECNICOS Y METODOLOGICOS DEL ESTUDIO

2.1. Objetivos del estudio

El objetivo general fue describir la evolución, magnitud y características del consumo de drogas legales e ilegales en el Uruguay que sirva de información de base para la implementación de intervenciones en los diferentes campos de la realidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Los objetivos específicos fueron:

- Determinar la tasa de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.
- Determinar la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en el período 1994-2001.
- Determinar la tasa de incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en el último año.
- Determinar las tasas de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas según área geográfica, sexo, rango de edad, ocupación y nivel educativo.
- Describir la dinámica de consumo de las sustancias psicoactivas como ser la prevalencia de dependencia, de abuso, frecuencia, edad de inicio, uso e intercambio de jeringas.
- Evolución de la oferta de sustancias ilegales.
- Creencias y actitudes sobre el consumo de drogas.

2.2. Abordaje metodológico

2.2.1. Características generales

El relevamiento de los datos se llevó a cabo a través del mecanismo de encuesta, mediante una entrevista personal en la cual se aplicó un formulario pre-codificado a una muestra representativa a nivel nacional de la población objetivo.

El universo de estudio estuvo conformado por todas las personas de 12 a 64 años, residentes en ciudades mayores a 5000 habitantes de la República Oriental del Uruguay, lo que se denomina como país urbano. El universo representado por la muestra es de 1:861.100 personas.

2.2.2. Diseño de la muestra

El diseño de la muestra estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística, siguiendo los criterios utilizados por el mismo en la Encuesta Continua de Hogares. La encuesta se incorporó como módulo adicional a la Encuesta Continua de Hogares realizada por el INE, cuyos detalles técnicos se describen en el ANEXO 1.

Una vez seleccionado el hogar, le ECH se aplicó a todas las personas presentes en el hogar al momento de la entrevista.

Una vez realizada la encuesta a las personas del hogar seleccionado, se realizó por parte del encuestador un sorteo en el hogar (utilizando la Tabla de Kish) para determinar la persona que debería responder al módulo adicional de prevalencia de drogas.

Si en el sorteo resultaba sorteada la misma persona que respondió a la ECH u otra que estuviera presente en el hogar la misma se realizaba en ese momento. En caso de corresponder a otra persona, se coordinaba una nueva entrevista.

2.2.3. Capacitación

Los encuestadores, fueron debidamente capacitados por personal técnico de la Secretaría Nacional de Drogas y del Instituto Nacional de Estadística. Los mismos fueron en su totalidad, los mismos que tienen a su cargo la Encuesta Continua de Hogares.

Durante todo el relevamiento el INE se responsabilizó del seguimiento del trabajo de campo, realizándose las supervisiones correspondientes de modo de garantizar la calidad del trabajo

2.2.4. Recolección de datos

Tal cual estaba previsto, la encuesta se relevó en las viviendas que seleccionó la ECH para el bimestre Noviembre–Diciembre 2001, lográndose obtener respuesta en el 93.1% de la población objetivo. El total de entrevistas logradas alcanza a 2382 sobre un total de 2554.

Con respecto a las entrevistas no logradas, se analizó por parte del INE posibles sesgos en cuanto edad, sexo, jefatura del hogar, trabajo, etc., no encontrándose en ninguno de ellos diferencias significativas.

2.2.5. Representatividad y factores de expansión

La muestra fue diseñada para obtener estimaciones a escala nacional y grandes áreas (Montevideo-Interior).

Según el diseño metodológico adoptado, donde la distribución de las entrevistas no fue proporcional por Departamento, no permite agregar directamente los resultados, por lo cual para las estimaciones y presentación en números absolutos de los resultados, se debió proceder a la expansión de los datos, multiplicando la frecuencia obtenida en la muestra por el número de personas de la población que representa cada uno de los participantes de la muestra (factor de expansión)¹⁴.

2.2.6. Formulario

A grandes rasgos se mantuvieron los formularios utilizados en las encuestas de prevalencia de 1994 y 1998 a los efectos del seguimiento de las tendencias., para lo cual se conservaron:

- Variables convenidas entre los cinco países integrantes del Proyecto de manera de mantener la comparabilidad de resultados.

¹⁴ El factor de expansión fue proporcionado por el INE.

- La mayoría de criterios y definiciones operativas de las encuestas anteriores a los efectos de posibilitar el análisis de tendencias.

Las modificaciones realizadas incluyeron:

- La sustitución de las variables sociodemográficas de la encuesta de 1998 por la totalidad del módulo de la encuesta continua de hogares, que incluye las mismas pero nos permite incorporar 60 variables más al análisis.
- La incorporación del indicador “Prevalencia de vida de tranquilizantes, estimulantes y opiáceos” sea por prescripción médica o no. Esto último (consumo por su cuenta) se indaga en una nueva pregunta donde se le consulta a los que contestaron afirmativamente, si los mismos fueron consumidos a) por receta médica, b) por receta médica y luego por su cuenta, c) por su cuenta. De esta forma se conserva el dato de prevalencia de vida “por su cuenta” de las mismas sustancias de 1994 y 1998.
- También referido a la sustancia tranquilizantes, se procedió a la codificación de los medicamentos presentados en la lista en tres categorías: 1-Tranquilizantes, 2- Hipnóticos y 3-Antidepresivos.

2.2.7. Codificación y captura electrónica de datos

La construcción de la base de datos y el ingreso de los mismos estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística, entregando a la Secretaría Nacional de Drogas los microdatos en formato SPSS, conjuntamente con el diccionario de datos correspondiente.

2.2.8. Análisis de la Información

La elaboración y análisis estadístico primario de la información fue realizado en forma conjunta por técnicos del INE y de la SND, según plan de análisis diseñado por el equipo de investigación.

La elaboración definitiva de la información a través del análisis de la base de datos en SPSS, la interpretación y discusión de los resultados, y la redacción del Informe Final, fueron realizados por el equipo de investigación del Observatorio la SND.

2.3. Definición de Indicadores.

2.3.1. Dimensiones de análisis

El conocimiento de los niveles de consumo de las diversas drogas lo hemos señalado como uno de los principales objetivos del estudio. En ese sentido, se mantuvieron los indicadores de consumo utilizados en 1994 y 1998, para establecer series temporales y captar la evolución de los fenómenos Sin embargo, para obtener y desagregar otros datos pertinentes, otras variables, es preciso incorporar

otras dimensiones de análisis indicadores que permitan el establecimiento de correlaciones y comparaciones. De esta manera, se incorporaron nuevos indicadores para ser utilizados como variables independientes de modo de establecer perfiles, factores de riesgo y describir el fenómeno del consumo (pautas de consumo). Es preciso destacar, que estos indicadores obviamente quedan delimitados y definidos por la metodología utilizada, siendo interpretables desde esta referencia metodológica concreta.

Por lo tanto, para el logro de estos objetivos, se procedió a indagar sobre tres dimensiones de análisis:

- **Sociodemográfica** – Caracterización de la población consumidora, a partir de variables consideradas relevantes y que puedan ser accesibles a través del instrumento utilizado para la Investigación.
- **Conductuales**. Se indagó sobre diversos aspectos o características relacionados con el consumo, cercanía a la oferta de las sustancias y consecuencias de su uso.
- **Actitudinales** Se indagó sobre los diferentes factores que componen la Actitud. Esto implica explorar también en áreas que son previas a la formación de la actitud pero que son relevantes para el entendimiento/explicación de la misma.

2.3.2. Indicadores utilizados

Dimensión sociodemográfica

Variables e indicadores utilizados en la dimensión sociodemográfica

Variable	Indicador
Sexo	Definido operativamente según el sexo aparente de la persona.
Edad	En años cumplidos, según expresa la persona.
Nivel de Instrucción	Para el análisis de los datos se utilizaron cinco categorías, según el nivel alcanzado por el encuestado: Sin estudios, Primaria (incluye completa e incompleta), Secundaria (incluye completa e incompleta), UTU (completa e incompleta), Estudios Terciarios (completos e incompletos).
Estado conyugal	Se utilizaron en esta variable las cinco categorías usadas habitualmente por el INE: Unión libre, Casado, Divorciado/Separado, Viudo, Soltero
Ocupación	Condición de actividad – Se tomaron las 11 categorías del INE (ver Anexo 3), resumiéndose luego en Ocupados, Desocupados, Inactivos Tipo de ocupación – Se utilizó el código CIUO-88 que se incluye en Anexo 3 Rama de actividad – Se utilizó el código CIU Rev 3 que se incluye en Anexo 3
Nivel socioeconómico	Esta variable se operacionalizó a través del nivel de ingresos del hogar. Se entendió por ingresos del hogar a la sumatoria de los ingresos mensuales de todos los miembros del hogar tanto en dinero como en especies. En esta variable se definieron cinco categorías en función de los quintiles determinados por el conocimiento previo sobre la distribución del <u>ingreso mensual</u> de los uruguayos aportado por la Encuesta Continua de Hogares, a saber: Nivel 1 (Bajo): hasta 450 dólares americanos. Nivel 2 (Medio Bajo): de 451 a 720 dólares. Nivel 3 (Medio): de 721 a 1080 dólares. Nivel 4 (Medio Alto): de 1081 a 1720 dólares. Nivel 5 (Alto): más de 1720 dólares.

Dimensión conductual

El consumo de sustancias psicoactivas incluye diferentes categorías que van desde cualquier tipo de *uso* (experimental, esporádico o episódico), hasta el uso habitual, que puede tornarse en *abuso* o *uso nocivo* (cuando se asocia a algún tipo de perjuicio biológico, psíquico o social) hasta constituir una *dependencia* (un consumo adictivo sin control, con los componentes de tolerancia y abstinencia).

Las **sustancias psicoactivas** sobre cuyo consumo se investigó fueron:

Tabaco, Alcohol, Tranquilizantes, Anfetaminas, Opiáceos, Marihuana, Cocaína, Alucinógenos, Heroína, Extasis e Inhalables.

- Se consideraron “**alucinógenos**” un grupo que comprende una serie de sustancias de las cuales, las más comunes en nuestro medio son: LSD, Hongos (Cucumelos, Amanita Muscaria) y Floripón.
- Se consideraron “**inhalables**” un grupo que incluye hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como la nafta, el pegamento, disolventes y pinturas en *spray*; e hidrocarburos halogenados menos utilizados (que se encuentran en limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, *sprays*), junto con otros compuestos volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles.

Para el caso de los **tranquilizantes, estimulantes y opiáceos**, se consultó sobre su uso tanto por prescripción médica como por su cuenta, debiéndose tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se consideraron “**tranquilizantes**” solamente los medicamentos incluidos en la LISTA 1 (Anexo 2). A los encuestadores se les suministró una lista con los correspondientes nombres comerciales a efectos de ser utilizada según lo indicado en la mencionada lista..
- Se consideraron “**anfetaminas**” solamente los medicamentos incluidos en la LISTA 2 del Instructivo (Anexo 2), que los encuestados manifestaron haber tomado.
- Se consideraron “**opiáceos**” solamente los medicamentos incluidos en la LISTA 3 del Instructivo (Anexo 2), que los encuestados manifestaron haber tomado
- Operativamente “por su cuenta” se refirió a alguna de las siguientes situaciones:
 - la persona ha tomado el medicamento sin indicación de un médico;
 - ha tomado en mayor cantidad de lo que el médico le indicó;
 - ha tomado con una frecuencia mayor que la indicada;
 - ha seguido tomando durante más tiempo que el indicado;
 - la persona lo tomó por cualquier razón que no fuera la indicación médica: porque creía que se iba a sentir bien, por curiosidad, etc.

Para medir **Abuso y Dependencia** se mantuvieron los indicadores utilizados en la encuesta de 1998. **Abuso de alcohol** fue medido a partir de la definición operativa de Abuso de Alcohol propuesta por J. Marconi .

También se mantienen los indicadores que operacionalizan los criterios del DSM IV.

La Dependencia fue investigada para Alcohol, Tranquilizantes, Marihuana, Cocaína y Alucinógenos. Para operacionalizar la **dependencia** se utilizaron los criterios definidos en el DSM IV (5), que fueron transformados en una serie de 6 a 8 preguntas según la capacidad de las diferentes sustancias de provocar o no síndrome de abstinencia.

Variables e indicadores utilizados en la dimensión conductual

Variable	Indicador
Prevalencia de vida	Se refiere a la proporción de entrevistados que consumieron la droga en estudio alguna vez en la vida
Prevalencia últimos 12 meses	Es la proporción de entrevistados que consumieron la droga en estudio durante los últimos 12 meses.
Prevalencia últimos 30 días	Es la proporción de entrevistados que consumieron la droga en estudio durante los últimos 30 días.
Incidencia	Porcentaje de entrevistados de la población total que iniciaron el consumo de la sustancia indagada en los últimos 12 meses
Dinámica del consumo	Edad de inicio Magnitud del consumo (Para tabaco) Frecuencia de consumo Abuso de alcohol Según la cantidad consumida, considerándose abuso la ingesta de 100 c.c. o más de alcohol absoluto, en una misma oportunidad, por lo menos una vez en los últimos 30 días (100 c.c. de alcohol absoluto están contenidos en dos litros o más de cerveza, un litro o más de vino y 1/4 litro o más de bebidas destiladas de 40° y más de graduación alcohólica). Denominado Abuso Agudo de Alcohol
Dependencia	Índice que se construye a partir de las respuestas positivas a los siguientes indicadores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Redujo el tiempo o dejó de hacer actividades deportivas por problemas físicos ocasionados por (consumo de sustancia indagada) 2. Alguna vez intentó dejar, pero se dio cuenta que no podía 3. Alguna vez sintió que el (consumo de sustancia indagada) le hacía mal o le provocaba malestar e igualmente siguió (el consumo de sustancia indagada) 4. Ha tenido que ir aumentando la cantidad de (sustancia consumida) 5. Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de dejar de (consumo sustancia indagada) o reducir la cantidad 6. Alguna vez tuvo que volver a (consumir sustancia indagada) para aliviar los malestares causados por dejar (consumo de sustancia indagada) 7. Utiliza muchas horas por día para recuperarse después de (consumo sustancia indagada)¹⁵ 8. Ha utilizado muchas horas por día para conseguir o consumirla¹⁶
Riesgos por consumo (alcohol)	Problemas legales Accidentes de tránsito Problemas sociales Problemas laborales Manejó luego de beber
Modo de obtención (Tranquilizantes, estimulantes y opiáceos)	Prescripción –Receta, receta y luego automedicación, por su cuenta Médico que receta- Medicina General-Psiquiatra-Otros Modo de obtención por su cuenta
Cercanía a la oferta	Alguna vez en la vida ofrecieron En los últimos 12 meses En los últimos 30 días

Dimensión actitudinal

Para continuar monitoreando las **ACTITUDES Y CREENCIAS** de la población respecto al consumo de sustancias psicoactivas, se incorporó al formulario un conjunto de 12 afirmaciones sobre las que se solicitaba al encuestado manifestar su acuerdo o desacuerdo.

Seis de estas afirmaciones fueron idénticas a las investigadas en el Primer Estudio Exploratorio sobre Drogas legales e ilegales en Población Económicamente Activa (2) realizado en 1993. Las restantes fueron definidas a partir de inquietudes surgidas del equipo técnico de la JND en la investigación realizada en 1998, las cuales también se mantuvieron.

¹⁵ Excepto tabaco

¹⁶ Excepto tabaco y alcohol

Variables e indicadores utilizados en la dimensión actitudinal

Actitud/Creencia	Indicador
Percepción de las drogas	<ul style="list-style-type: none"> El alcohol y el tabaco deberían ser considerados como drogas
Percepción del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Es más perjudicial fumar 10 cigarrillos diarios que tomar un litro de vino por día. Una persona que se alimente bien puede tomar un mínimo de medio litro de vino con cada comida sin mayores consecuencias. En realidad los medicamentos para calmar los nervios o para dormir, pueden usarse sin supervisión médica Es necesario que se aplique rigurosamente, la prohibición de comparar medicamentos para dormir o calmar los nervios sin receta médica. Para probar marihuana sin riesgos, hay que tener la firme decisión de hacerlo solo como prueba. Basta con que una persona se proponga no consumir para que nunca llegue a hacerlo. El uso de cocaína tiene menor riesgo si se lo hace solo como diversión y no con intención de drogarse.
Perfil de los consumidores	<ul style="list-style-type: none"> Es un hecho prácticamente normal que los jóvenes alguna vez hayan probado marihuana. La mayoría de los que consumen drogas son jóvenes. Los que consumen drogas provienen de familias u hogares desintegrados. Los que consumen drogas generalmente son delincuentes.

2.4. Plan de análisis

Objetivos

- Información descriptiva de la población en estudio
- Prueba de hipótesis-Relevancia discriminante de los indicadores
- Perfil del consumidor (por tipo de droga)

Estadísticos utilizados

- Tablas univariadas (distribución de frecuencia, porcentajes, agrupamientos, etc)
- Tablas de contingencia (cruce de variables utilizando estadísticos de asociación como como chi cuadrado, lambda, etc. Según el tipo de variable.

En una primera exploración se obtuvo un listado de frecuencias que se utilizó para detectar y corregir posibles errores, ajustar bases y recodificar variables.

En una segunda etapa, se procedió a una primera explotación general de los datos, en las que se cruzaron las principales cabeceras con la totalidad de las preguntas del cuestionario que presentaran el suficiente número de casos para el análisis bi-variado:

- Area: Montevideo–Interior
- Sexo: Hombre–Mujer
- Edad: Rangos de edad
- Tipo de Ocupación
- Nivel educativo

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO

3.1. Alcohol

3.1.1. Descripción del consumo

El alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Ocho de cada diez personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida, no presentándose diferencias estadísticamente significativas respecto a los resultados obtenidos en 1998 pero sensiblemente menor a la encuesta de 1994. Casi un 70% ha probado alcohol en los últimos 12 meses y el 51.2% ha consumido en los últimos 30 días. Estos últimos dos datos de prevalencia sí son superiores a los datos registrados en la encuesta de 1998 presentándose de esta manera un aumento en el consumo actual.

El análisis de las características sociodemográficas de los que han consumido en los últimos 30 días (distribución de los consumos por sexo, intervalos de edad, nivel socioeconómico y región), permiten establecer algunas características básicas del perfil de los mismos.

Tabla 1 Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol (%)

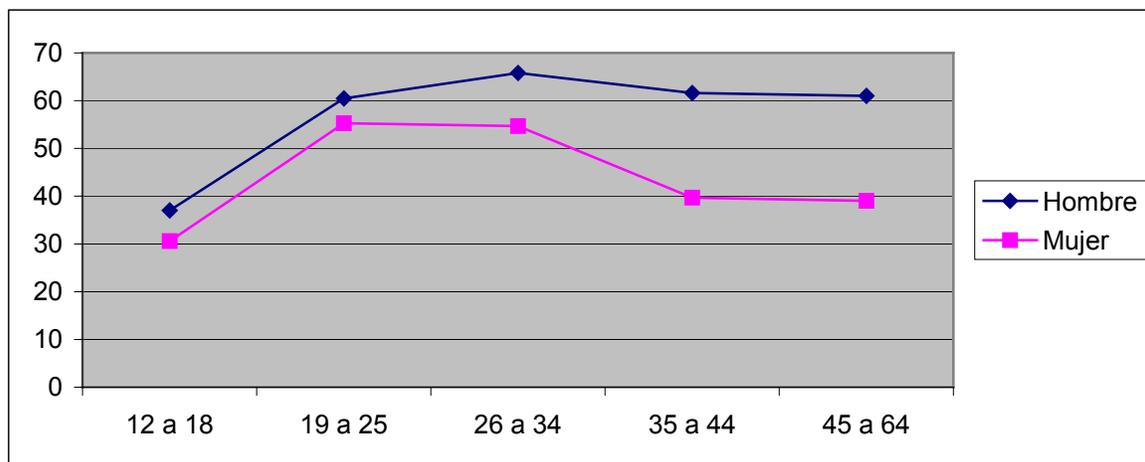
Año	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	89.7	78.5	80.5
Últimos 12 meses	-	65.2	69.4
Últimos 30 días	-	46.3	51.2

Base: Total de la muestra

Los hombres presentan porcentajes de consumo superiores a las mujeres, para todos los rangos de edad., aunque presentan diferencias en la distribución a destacar. Mientras en los hombres el porcentaje de consumidores aumenta con la edad hasta los 35 años, a partir del cual se estabiliza, en las mujeres el mayor consumo se presenta entre los 19 y 25 años, descendiendo significativamente a partir de los 35 años.

Por área geográfica se encuentra que en Montevideo los hombres presentan porcentajes de consumidores actuales mayores que sus pares del Interior Urbano. En las mujeres no se presentan diferencias significativas.

Porcentaje de Consumidores actuales de alcohol por sexo y por edad

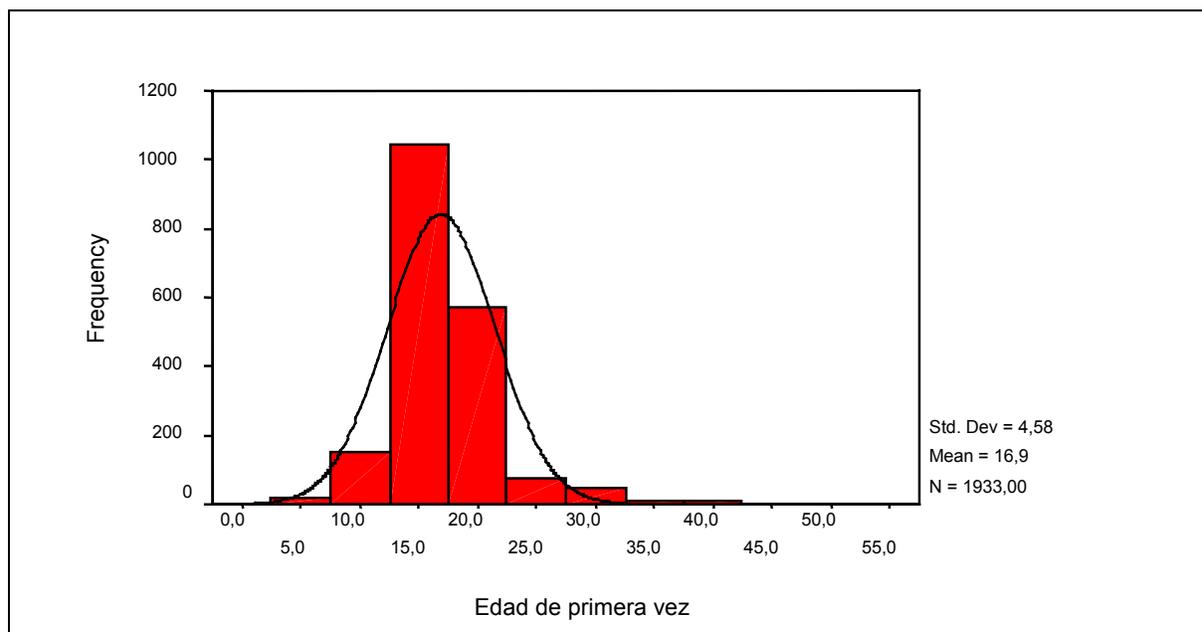


3.1.2. Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio de los uruguayos para el alcohol es 16.9 años, siendo la edad mas frecuente de inicio a los 15 años.

Se presentan diferencias significativas por sexo, observándose que los hombres presentan una precocidad sensiblemente superior a las mujeres. Mientras que la edad de inicio en los hombres se da en promedio a los 16.11 años, en las mujeres es a los 17,82 años, aunque este dato en las mujeres presenta una importante dispersión. Si controlamos por edad, esta diferencia es mínima hasta los 34 años, acentuándose a medida que aumenta la edad.

Figura 2 Histograma edad de inicio alcohol



3.2. Tabaco

3.2.1 Descripción del consumo

El Tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos. El 52.2% de las personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida, no presentando diferencias significativas respecto a la prevalencia obtenida en 1998, pero sí con los datos de 1994, registrándose un leve descenso. Por su parte, el 34.7% declara haber consumido en los últimos 12 meses, el 32.3% lo ha hecho en los últimos 30 días y el 30.1% declara fumar a diario.

Estos datos no presentan diferencias significativas con los obtenidos en 1998 manifestándose de esta manera una estabilización del consumo en la población general en los últimos 3 años.

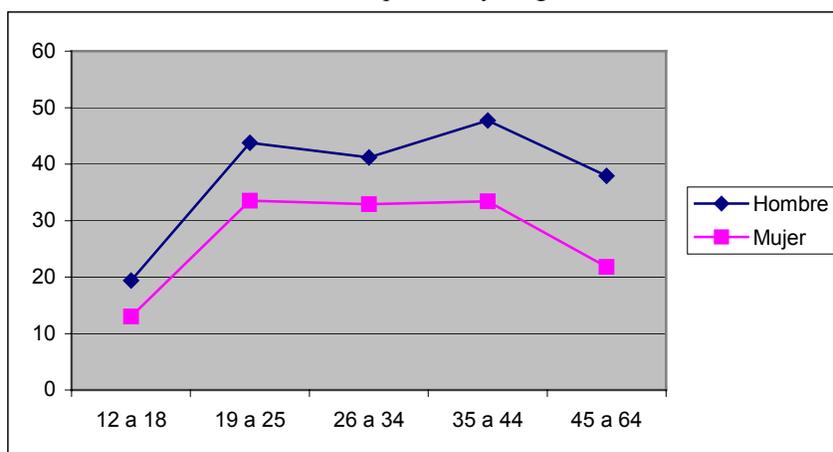
El análisis de las características sociodemográficas de los fumadores diarios (distribución de los consumos por sexo, intervalos de edad, nivel socioeconómico y región), permiten establecer algunas características básicas del perfil de estos consumidores.

Tabla 2 Evolución del consumo de tabaco

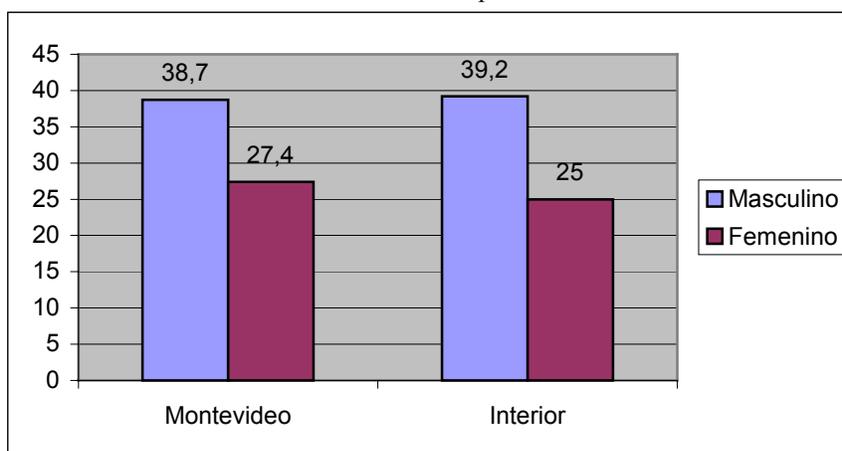
Evolución del consumo de tabaco – Uruguay 1994 - 2001			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	57.6	49.5	52.2
Últimos 12 meses	-	34.9	34.7
Últimos 30 días	-	32.5	32.3
Base- Muestra total			

- Los hombres presentan porcentajes de consumo superiores a las mujeres, para todos los rangos de edad.
- Para ambos sexos, la edad de mayor porcentaje de consumo es entre los 35 y 44 años, edad donde se inicia una disminución importante del mismo.
- No se presentan diferencias significativas de consumo por área geográfica. En Montevideo las mujeres presentan mayor porcentaje de fumadoras que en el Interior. A la inversa, existe un porcentaje levemente superior de hombres fumadores en el Interior.

% de fumadores por sexo y rango de edad



% de fumadores por área

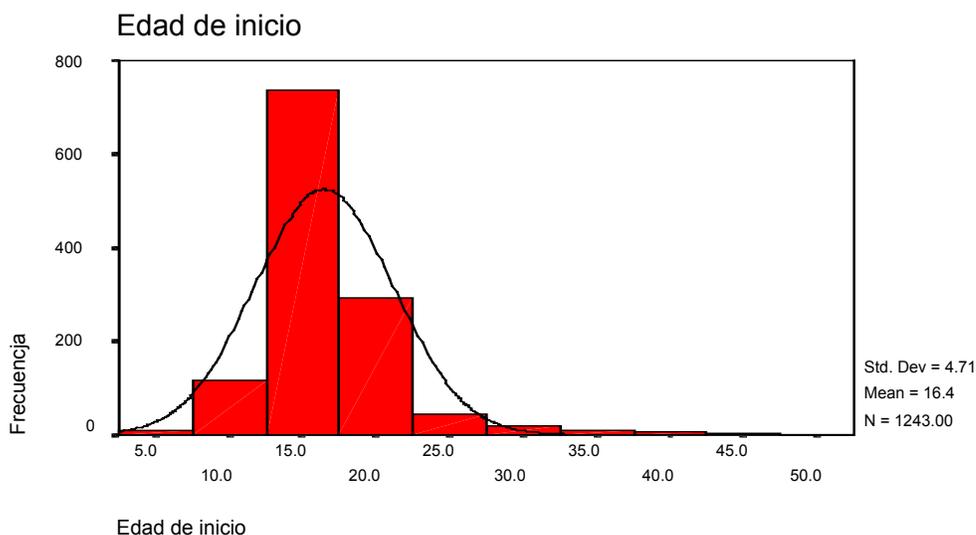


3.2.2. Dinámica del consumo

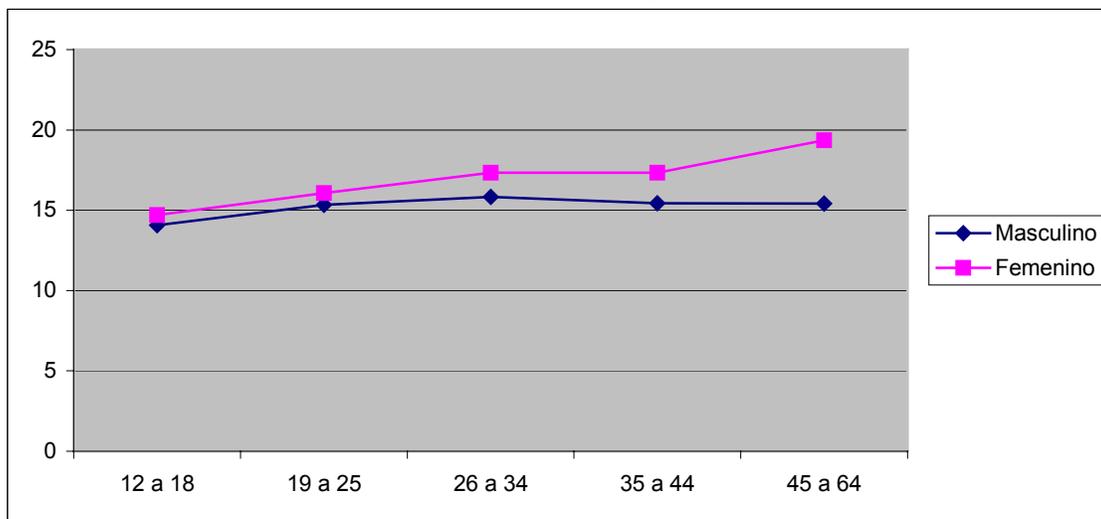
La edad de inicio promedio de los uruguayos es 16.34 años, siendo la edad más frecuente de inicio los 15 años..

Se presentan diferencias significativas por sexo, observándose que los hombres presentan una precocidad sensiblemente superior a las mujeres. Mientras que la edad de inicio en los hombres se da en promedio a los 15.42 años, en las mujeres es a los 17.68 años. Si controlamos por edad, esta diferencia desaparece en el tramo de los 12 a 18 años. En contrapartida, para el resto del tramo etáreo, las diferencias aumentan a medida que aumenta la edad.

Histograma edad de inicio tabaco



Edad de inicio según rango etáreo



El análisis de la continuidad en el consumo de Tabaco, es decir la proporción de consumidores que habiendo fumado alguna vez, luego lo hicieron ininterrumpidamente es muy elevado; de cada 10 personas que han experimentado con tabaco, casi siete de ellas ha continuado fumando ininterrumpidamente, presentándose de esta manera una importante fidelización del consumo. En cuanto a la intensidad de consumo, la mitad de los fumadores diarios declara entre 10 y 20 cigarrillos diarios y un importante 12% declara consumir más de una caja diaria.

Tabla 3 Frecuencia de consumo

Tipo de consumo	Porcentaje
Ininterrumpido	66.7
Por largos períodos	20.6
Ocasional	12.7
TOTAL	100

Base: fumadores últimos 30 días

Tabla 4 Intensidad de consumo

Consumo diario	Porcentaje
Menos de 10	36.2
Entre 10 y 20	50.2
Entre 20 y 40	12.7
Más de 40	0.9
TOTAL	100

Base: fumadores últimos 30 días

3.3. Tranquilizantes, hipnóticos, antidepresivos

3.3.1. Descripción del consumo

Casi tres de cada diez uruguayos ha consumido tranquilizantes/hipnóticos/ antidepresivos alguna vez en la vida. Por tipo de medicamento, el 25.04% corresponde a tranquilizantes, el 0.9% a hipnóticos y el 1.5% antidepresivos.

Por área geográfica, en Montevideo el consumo de estos medicamentos es sensiblemente superior al observado en el Interior.

Profundizando el examen del consumo en general, observamos que las mujeres presentan porcentajes sensiblemente mayores de consumo alguna vez en la vida (37% en las mujeres frente a un 19% de los hombres). Por tipo de medicamento, las diferencias más importantes se encuentran en los antidepresivos, donde encontramos que de las aproximadamente 27000 personas que han consumido antidepresivos, el 80% son mujeres.

Controlado por edad, la prevalencia de vida aumenta por edad, aumentándose además las diferencias existentes por sexo.

Por tipo de medicamento, los porcentajes mas altos de consumo se encuentran en la franja de 45 a 64 años, con un muy importante incremento de los antidepresivos.

De los que consumieron por prescripción médica, en el 64.4% de los casos fue recetado por el médico de Medicina General, el 17.6% Psiquiatra y el 18% restante por otros especialistas.

Estos porcentajes varían significativamente por tipo de medicamento. Mientras los tranquilizantes son recetados mayoritariamente por médicos de Medicina General, los hipnóticos y antidepresivos son mayoritariamente prescritos por el médico Psiquiatra.

Otro dato preocupante que surge de los resultados, es el alto porcentaje de personas que se auto-prescriben este tipo de medicamentos.

El consumo “por su cuenta” alcanza al 4.6 de la población, significando aproximadamente 85000 personas.

El consumo en los últimos 30 días alcanza al 1.1% de la población, lo que significa aproximadamente 21000 personas. La prevalencia de los últimos 12 meses es del 2.8%.

Tabla 5 Prevalencia de vida según sexo y tipo de medicamento

Prevalencia de vida	Hombres	Mujeres	TOTAL
Tranquilizantes	17.9	33.4	25.3
Hipnóticos	0.8	1.0	0.9
Antidepresivos	0.5	2.5	1.5
TOTAL	19.2	36.9	27.7

Figura 7 Prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes por sexo y rango de edad

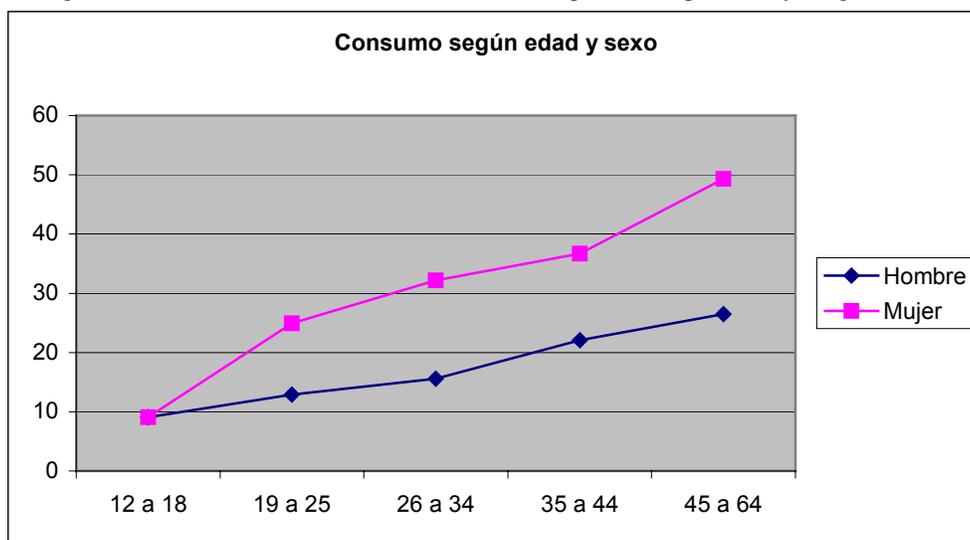


Tabla 6 Forma de prescripción según medicamento

Médico que receta según medicamento	Tranquilizante	Hipnótico	Antidepresivo	TOTAL
Medicina General	66.8	40.2	37.8	64.4
Médico Psiquiatra	14.1	54.7	55.5	17.6
Otros especialistas	19.1	5.0	6.7	18.0
TOTAL	100	100	100	100

Base: Consumidores por prescripción médica

Tabla 7 Forma de obtención tranquilizantes

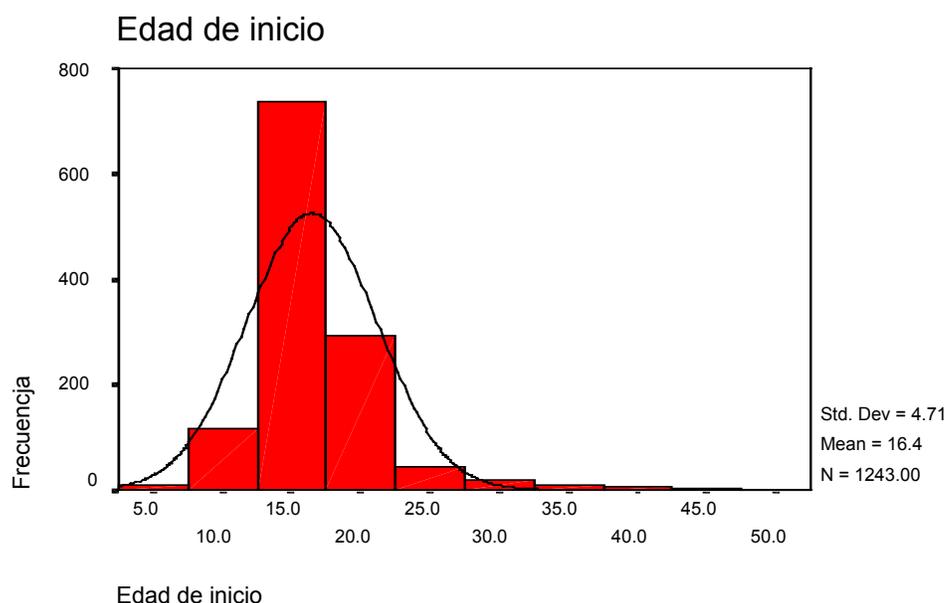
Forma de obtención (consumo por su cuenta)	Hombres	Mujeres	TOTAL
Se lo proporcionó un amigo	17.1	6.6	11.0
Compró directamente en farmacia	40.2	58.8	51.0
Estaban en la casa	42.6	28.2	34.2
Otros	0	6.5	3.8
TOTAL	100	100	100

3.3.2 Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio de los uruguayos es 16.34 años, siendo la edad mas frecuente de inicio los 15 años..

Se presentan diferencias significativas por sexo, observándose que los hombres presentan una precocidad sensiblemente superior a las mujeres. Mientras que la edad de inicio en los hombres se da en promedio a los 15.42 años, en las mujeres es a los 17.68 años. Si controlamos por edad, esta diferencia desaparece en el tramo de los 12 a 18 años. En contrapartida, para el resto del tramo etéreo, las diferencias aumentan a medida que aumenta la edad.

Figura 8 Histograma edad de inicio tranquilizantes.



3.4. Marihuana

3.4.1. Descripción del consumo

La marihuana sigue siendo la droga ilegal más consumida en el Uruguay. Cerca de 100.000 uruguayos, 5.3 % de la población urbana entre 12 y 65 años han experimentado con esta droga.

El consumo de los últimos 30 días es declarado por 4 de cada mil personas en la población general, y en los jóvenes de entre 12 y 29 años trepa a 9 de cada mil.

En cuanto a la tendencia del consumo, se registra un incremento significativo respecto a los datos obtenidos en 1998 en la experimentación. Por el contrario, el consumo habitual registra un leve descenso respecto al estudio anterior.

Tabla 8 Tendencia consumo marihuana

Evolución del consumo de marihuana			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	4.2	3.9	5.3
Últimos 12 meses	0.7	1.2	1.3
Últimos 30 días	0.6	0.8	0.4

De las características sociodemográficas de las personas que declaran consumir o haber consumido marihuana se puede resaltar que :

El consumo, habitual o experimental, es mayor en los hombres que en las mujeres para todos los rangos de edad, fundamentalmente en los menores de 18 años. Entre los 19 y 25 años aumenta la experimentación en ambos sexos, proceso que continúa en los hombres hasta los 34 años .

- Por área geográfica, la experimentación con Marihuana en Montevideo (7.3%) duplica a la declarada por las personas que viven en el Interior del país. Es importante destacar, que mientras que en el Interior en el rango de edad donde se encuentra la mayor experimentación no alcanza al 7% (entre los 26 y 34 años), en Montevideo, entre los 19 y 34 años esta cifra alcanza a casi un 15% de los jóvenes.
- En cuanto al consumo habitual, el mismo se presenta en forma ampliamente mayoritaria en hombres, menores de 34 años y residentes en Montevideo.

Figura 9 – Experimentación marihuana por rango de edad y sexo.

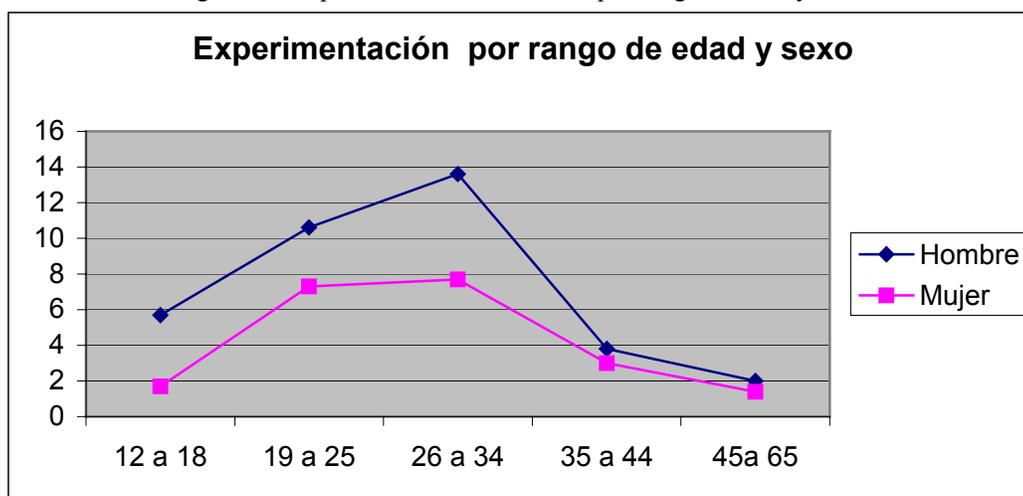


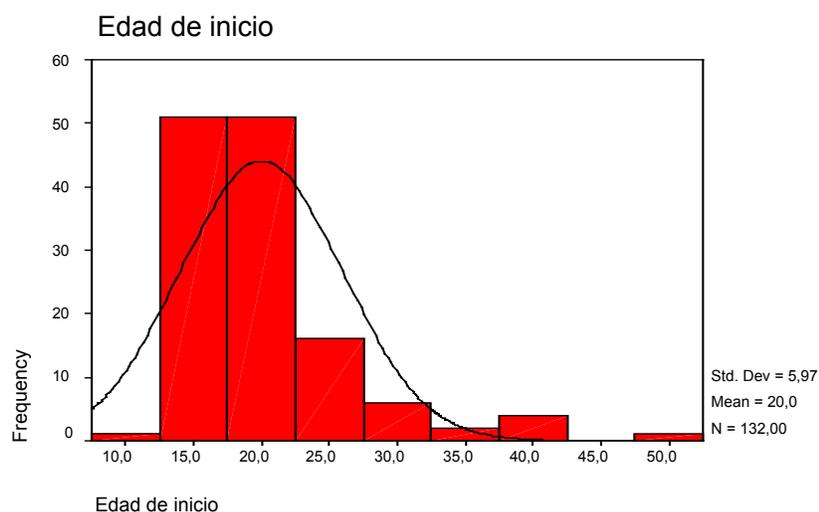
Tabla 9 Consumo marihuana según área geográfica

	Montevideo	Interior
12 a 18 años	4.9	2.8
19 a 25	14.7	3.1
26 a 34	14.5	6.9
35 a 44	4.5	2.4
45 a 65	1.9	1.4

3.4.2. Dinámica del consumo

En cuanto a la marihuana, la edad de inicio promedio es de 20 años, siendo los hombres levemente mas precoces que las mujeres. Analizando por rango de edad, confirmamos una tendencia a una mayor precocidad en las generaciones más jóvenes y a una equiparación en las edades de inicio.

Figura 10 Histograma edad de inicio Marihuana.



3.5. Cocaína

3.5.1. Descripción del consumo

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. Aproximadamente 25.000 declararon haber consumido Cocaína en alguna oportunidad (1.4% de la población de entre 12 y 65 años). El consumo se manifiesta fundamentalmente entre las personas menores de 30 años. En este segmento, el porcentaje de experimentación alcanza al 2.7%, mientras que en los mayores de 30 años alcanza sólo al 0.6%). En cuanto al consumo habitual, uno de cada mil uruguayos menores de 30 años manifiesta haberla consumido en los últimos 30 días.

En cuanto al perfil de los que han experimentado con esta droga cabe consignar también que el segmento mayoritario, además de ser personas menores de 30 años, está compuesto por hombres cuyo lugar de residencia es Montevideo.

Aunque desde 1994 viene aumentando levemente el número de uruguayos que han experimentado alguna vez con la droga, desciende el porcentaje de personas que declaran consumir regularmente (últimos 30 días).

Tabla 10 Tendencia consumo cocaína

Evolución del consumo de marihuana			
	1994	1998	2001
Alguna vez en al vida	0.9	1.0	1.3
Últimos 12 meses	0.2	0.4	0.2
Últimos 30 días	0.2	0.1	<0.1

3.5.2 Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio para la experimentación con Cocaína es de 21 años, siendo los hombres más precoces que las mujeres, que en promedio, iniciaron la experimentación a los 23 años.

3.6. Consumo de otras drogas ilegales

3.6.1. Descripción del consumo

La tercera encuesta de prevalencia realizada en 2001 relevó también información sobre consumo de otras drogas ilegales como ser inhalantes alucinógenos, heroína y éxtasis. El escaso número de casos con declaración de consumo impiden establecer perfiles o pautas de consumo precisos y debe tomarse con gran precaución su significación estadística, en virtud de la alta probabilidad de ocultamiento de consumo de estas sustancias.

Las drogas ilegales mencionadas en este ítem presentan frecuencias marginales, no superando el 0.1% en ningún caso, aunque debe destacarse la aparición de casos de consumo de éxtasis.

Considerando globalmente las frecuencias temporales de consumo (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días) de todas las sustancias resulta como dato más relevante una estabilización del consumo situándose en algunos casos en niveles inferiores a los observados en 1998.

En forma más detallada, observamos una disminución en relación a los dos estudios anteriores en la experimentación con inhalantes. La experimentación con alucinógenos mantiene los porcentajes obtenidos en los dos estudios de referencia aunque disminuye con respecto al consumo más reciente (últimos 30 días).

Aunque con un porcentaje aún marginal aparece el éxtasis como droga experimentada, no registrándose casos de consumo de heroína.

Tanto en la experimentación como así también en aquellas drogas que presentan consumos recientes, el perfil predominante de los consumidores es de personas menores de 30 años, mayoritariamente de Montevideo.

Tabla 11 Prevalencia de vida del consumo de drogas

Alguna vez en la vida consumió	%	Datos expandidos
Alucinógenos	0.6	11.029
Extasis	0.1	1.769
Inhalables	0.1	1.114
Heroína	0.0	0
Base: Total de la muestra		

Tabla 12 Tendencias de consumo (expresado en porcentajes)

Sustancia	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	1994	1998	2001	1994	1998	2001	1994	1998	2001
Alucinógenos	0.6	0.5	0.6	0.2	0.2	0.1	0.1	<0.1	0.0
Inhalantes	0.5	0.4	0.1	0.1	<0.1	0.0	0.1	<0.1	0.0
Heroína	-	<0.1	0.0	-	0.0	0.0	-	0.0	0.0
Extasis	-	-	0.1	-	-	0.0	-	-	0.0
Bases: Muestra total de cada estudio									

4. USO PROBLEMÁTICO

Medir el consumo problemático de sustancias mediante el mecanismo de encuesta presenta importantes limitaciones en la operacionalización de los indicadores. Para este estudio se decidió mantener el mismo set de indicadores utilizados en la investigación de 1998, en virtud que uno de los objetivos específicos del presente estudio es medir la evolución del consumo en el tiempo. De este modo, las situaciones vinculadas al consumo que potencialmente o de hecho, afectan la salud del individuo, ya sea en su esfera biológica, psicológica o social fueron medidos siguiendo los criterios del DSM-IV en lo concerniente al Abuso y la Dependencia de sustancias como se realizó en el estudio anterior. De todos modos, y tomando una posición más conservadora, hablaremos de “signos de abuso y/o consumo problemático o de riesgo y conductas problemáticas”.

Abuso de alcohol fue medido a partir de la definición operativa de Abuso de Alcohol propuesta por J. Marconi.

La Dependencia fue investigada para Alcohol, Tranquilizantes, Marihuana, Cocaína e inhalantes. Para operacionalizar la dependencia se utilizaron los criterios definidos en el DSM IV , a través de una serie de 4 a 6 indicadores que midieron los síntomas de abuso, tolerancia, abstinencia y conductas problemáticas.

4.1 Alcohol

La Tabla 14 permite visualizar conjuntamente las tasas de prevalencia para los cuatro indicadores utilizados para medir Abuso (agudo, y sostenido) ¹⁷ Dependencia ¹⁸ y Conducta de riesgo/problemas asociados ¹⁹.

Los principales emergentes resultan ser:

- Por lo menos 362.000 personas (3 de cada 10 personas que consumieron el último mes) presentan algún signo de abuso, dependencia o conducta problemática producido por el consumo de alcohol.
- Para todos los indicadores, los hombres presentan porcentajes sensiblemente mayores que las mujeres, para todos los tramos de edad.
- En los cuatro indicadores, se presenta un las mayores tasas en el tramo de edad comprendido entre los 19 y 25 años. A partir de los 26 años descienden a tasas que oscilan entre el 4 y 5 % manteniéndose estable para el resto de los tramos etáreos las tasas de abusos sostenido, dependencia y conducta de riesgo. El abuso agudo, luego de alcanzar un altísimo porcentaje del 26% en el tramo de 19 a 25 años, desciende lenta pero en forma constante con la edad.

¹⁷ Tanto para el abuso crónico como sostenido, se incluye en esta categoría a la persona que halla respondido afirmativamente en por lo menos un ítem del set de preguntas referidas a abuso.

¹⁸ Se incluye en esta categoría a la persona que halla respondido afirmativamente en por lo menos un ítem del set de preguntas referidas a abuso.

¹⁹ Idem anterior

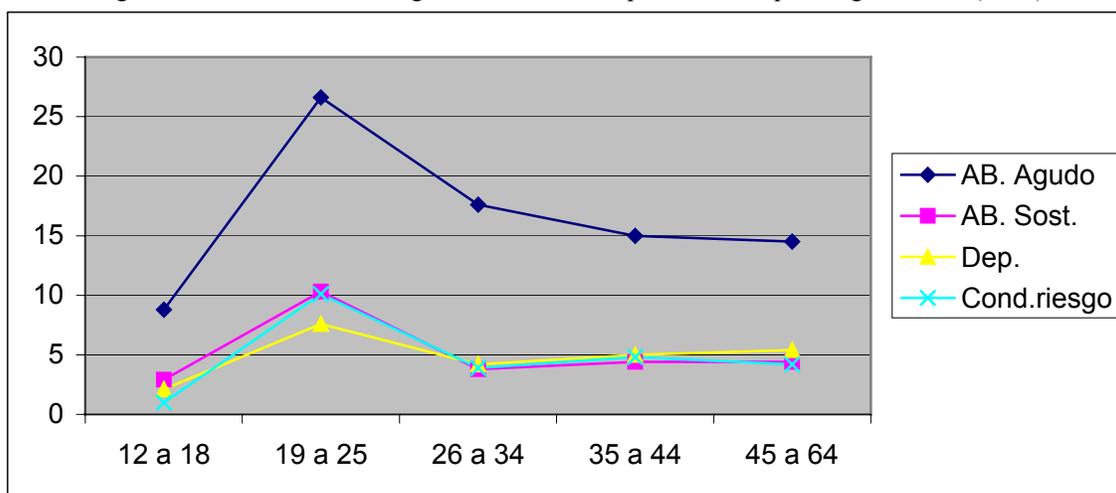
Tabla 13 Evolución de la Tasa de Prevalencia de Abuso de alcohol en los últimos 30 días.

ABUSO y DEPENDENCIA	1998	2001
Abuso AGUDO al menos una vez	17.0	16.1
Abuso SOSTENIDO al menos una vez	5.4	4.9

Tabla 14 Indicadores de consumo problemático alcohol por sexo, área geográfica y rango de edad (en %)

	Abuso agudo	Abuso sostenido	Dependencia	Conducta de riesgo
TOTAL	16.1	4.9	5.0	4.7
Hombre	26.1	7.7	8.5	7.7
Mujer	5.5	1.8	1.3	1.4
Montevideo	14.5	5.2	3.8	4.3
Interior	17.8	4.6	6.1	5.0
12 a 18	8.8	2.9	2.1	1.0
19 a 25	26.6	10.3	7.6	10.1
26 a 34	17.6	3.8	4.2	3.9
35 a 44	15.0	4.4	5.0	4.8
45 a 65	14.5	4.4	5.4	4.2

Figura 11 Magnitud del consumo problemático por rango de edad (en %)



Por tipo de indicador encontramos que:

- 300.000 uruguayos declaran por lo menos un abuso agudo de alcohol en los últimos 30 días, representando el 16% de los uruguayos, no presentándose diferencias significativas con lo obtenido en 1998. Si nos referimos a los bebedores del último mes (que pueden considerarse los bebedores habituales) encontramos que este porcentaje aumenta a un importante 27%. El abuso agudo es significativamente mayor en los hombres, y el Interior presenta porcentajes algo superiores al de Montevideo. Por tipo de bebida, la cerveza es la que presenta mayores porcentajes de abuso agudo, aunque en los bebedores habituales aumentan considerablemente los porcentajes de vino y bebidas destiladas.

- Más de 8 hombres por cada cien presentan algún síntoma de abuso sostenido de alcohol
- El abuso sostenido de alcohol no presenta diferencias significativas por área geográfica.
- Los signos de dependencia alcanzan a 5 de cada 100 consumidores de alcohol, aunque la tasa de los hombres es seis veces mayor que la de las mujeres. También en la distribución se presentan diferencias significativas por sexo. Si bien en ambos se da un incremento notable en la población de 19 a 25 años, mientras en las mujeres desciende y se mantiene constante para el resto de los tramos etareos, en los hombres desciende entre los 25 y los 34 años para luego volver a incrementarse en forma constante con la edad.

La población de Interior presenta signos de dependencia significativamente superiores a los valores hallados en Montevideo.

De las conductas de riesgo/problemas asociados analizadas, el conducir luego de haber ingerido alcohol es la que presenta las mayores tasas. Al igual que para la dependencia, en ambos sexos se da un incremento notable en las conductas de riesgo en la población de 19 a 25 años, pero mientras en las mujeres desciende y se mantiene constante para el resto de los tramos etáreos, en los hombres desciende entre los 25 y los 34 años para luego volver a incrementarse en forma constante con la edad.

Tabla 15 % de consumidores con abuso agudo de alcohol en población total y bebedores actuales por sexo y área geográfica

Abuso agudo	Hombre	Mujer	Montevideo	Interior	TOTAL
% sobre población total	26.1	5.5	14.5	17.8	16.1
% sobre bebedor actual	39.9	10.5	25.6	30.2	27.9

Tabla 16 Tasa de Prevalencia de Abuso Agudo de alcohol en los últimos 30 días, según tipo de bebida. Uruguay. 1998-1999.

Tipo de bebida	Pobl.total	Beb.actual
Cerveza	11.1	18.6
Vino	7.6	14.1
Whisky, grapa, espinillar, caña o similar	7.3	13.1

Figura 12- Magnitud del abuso de alcohol por rango de edad

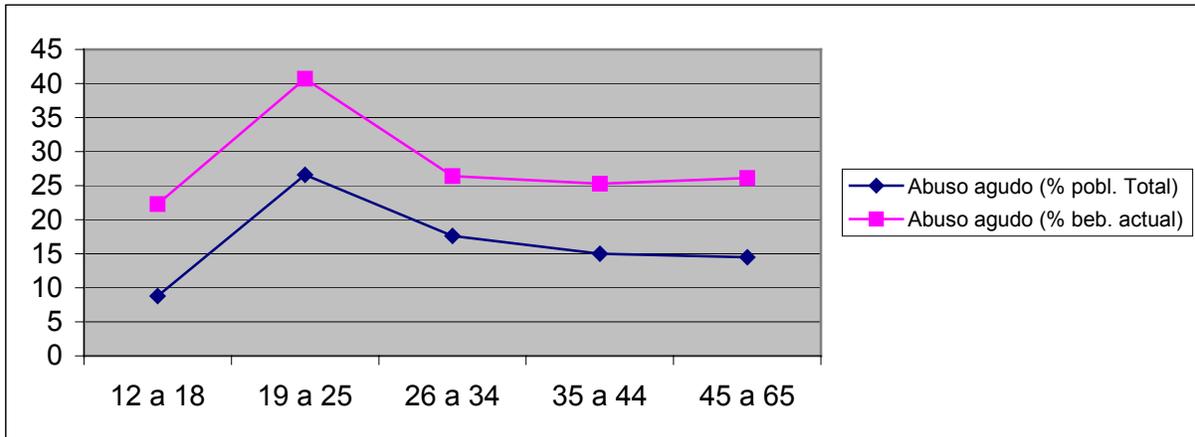


Figura 13 – Abuso agudo alcohol por edad y sexo

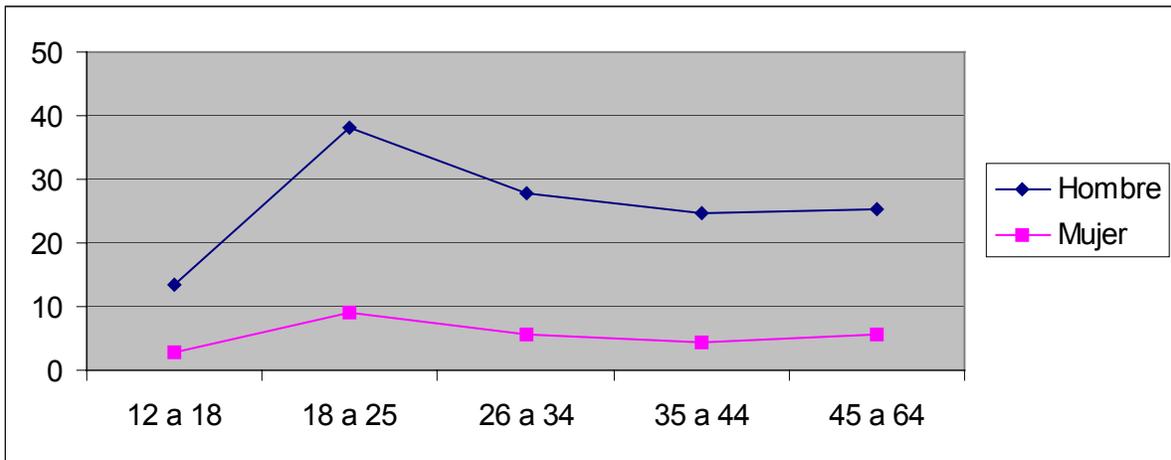


Figura 14 Abuso sostenido de alcohol por edad y sexo (en %)

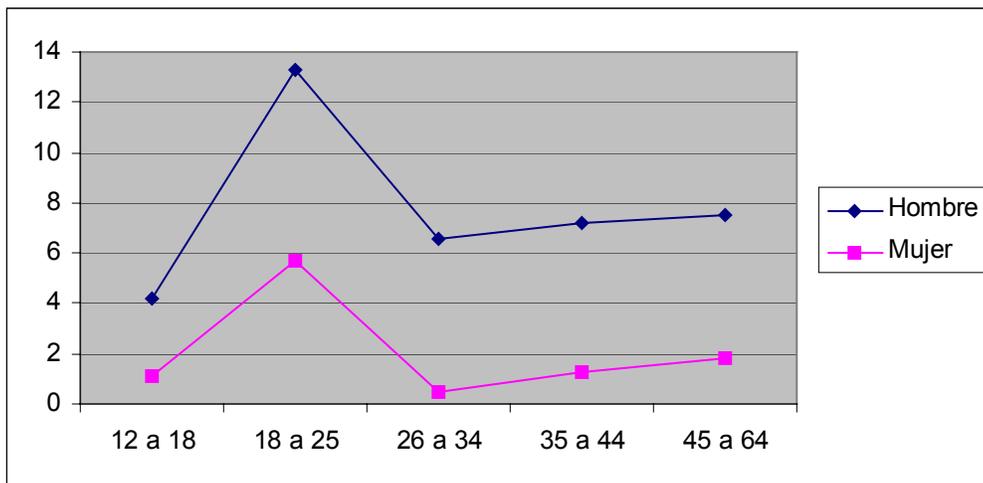


Tabla 17 % dependientes alcohol por sexo y área geográfica

Dependencia alcohol	%
TOTAL	5.0
Hombre	8.5
Mujer	1.3
Montevideo	3.8
Interior	6.1

Tabla 18 % dependientes alcohol por sexo y rango de edad

Dependencia Alcohol	Hombre	Mujer
12 a 18	2.5	1.5
19 a 25	10.6	3.2
26 a 34	7.4	0.5
35 a 44	8.6	1.0
45 a 64	10.5	1.1

Figura 15 % consumidores con dependencia por sexo y rango de edad

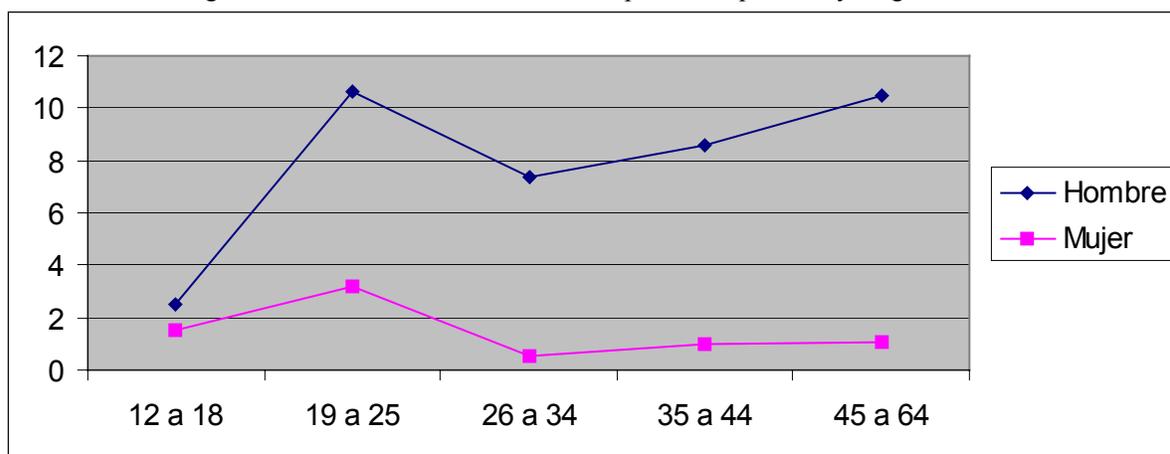


Tabla 19 % de consumidores con conductas de riesgo por sexo y área geográfica

Conducta riesgo alcohol	%
TOTAL	4.7
Hombre	7.7
Mujer	1.4
Montevideo	4.3
Interior	5.0

Tabla 20 % consumidores con conductas de riesgo por sexo

Conducta riesgo Alcohol	Hombre	Mujer
12 a 18	1.3	0.6
19 a 25	14.9	2.9
26 a 34	6.7	0.6
35 a 44	7.3	2.1
45 a 64	7.8	1.2

4.2 Tabaco

Los signos de dependencia alcanzan a más de 307000 uruguayos, representando un importante 16% de la población total, (algo más de la mitad de los fumadores de los últimos 30 días, los que consideramos como fumadores habituales). .

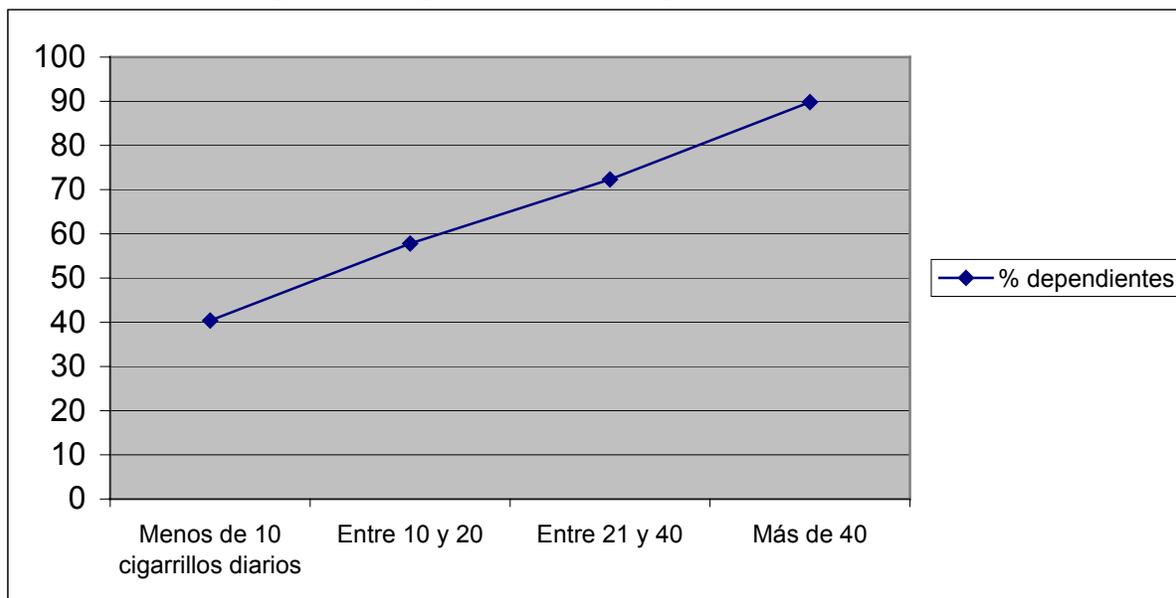
La figura 16 muestra claramente la asociación entre el número de cigarrillos diarios consumidos y la dependencia, constituyéndose en la única variable explicativa de las analizadas. Es decir, controlado por la intensidad de consumo, no se presentan diferencias significativas por edad, sexo o área geográfica.

De los síntomas de dependencia analizados, encontramos que más de uno de cada tres fumadores ha intentado dejar de fumar sin éxito. Casi en el mismo porcentaje declaran haberse sentido mal de salud por causa del cigarrillo pero igual continuaron con el consumo. Uno de cada diez declara haber vuelto a fumar luego de dejar por el malestar causado por la abstinencia.

Tabla 21 % de fumadores con signos de dependencia por indicador

Indicador	% respuestas afirmativas
Dejó o redujo de realizar act. Físicas por el cigarrillo	7.2
Intentó dejar pero no pudo	33.4
Sintió que fumar le hacia mal pero igual siguió	32.7
Ha tenido que ir aumentando la cantidad de cigarrillos diarios	12.7
Se sintió enfermo por dejar o disminuir el consumo	8.7
Tuvo que volver a fumar para aliviar malestar	9.4

Figura 16: % dependientes controlado por intensidad de consumo



4.3 Tranquilizantes

La dependencia a tranquilizantes/hipnóticos/antidepresivos en las personas que se lo automedican alcanza al 0.5% de la población total (15% de los consumidores del último año), representando aproximadamente 9500 personas. A diferencia del alcohol, la dependencia a este tipo de sustancia es mayoritariamente femenina.

Por área geográfica, se presentan porcentajes superiores en Montevideo.

Tabla 22 Dependencia tranquilizantes /hipnóticos/ antidepresivos por sexo y área geográfica

Dependencia Tranquilizantes	%
TOTAL	0.5
Hombre	0.2
Mujer	0.8
Montevideo	0.7
Interior	0.3

4.4 Drogas ilegales

De las sustancias indagadas (marihuana, cocaína, inhalantes) encontramos que únicamente en la marihuana se registraron casos con signos de consumo problemático. Hay que tener en cuenta que estamos trabajando con una muestra, por lo cual esto no significa que no existan casos de consumo problemático sino que dado su peso relativo, y el problema del sub-registro mencionado en el capítulo 1, no se encontraron casos.

Concentrándonos entonces en la marihuana, encontramos que el 0.2% de la población (aproximadamente 4400 personas) consumidoras de esta sustancia presentan algún signo de dependencia. El dato más importante es que esta cifra representa un altísimo porcentaje (41%) de los consumidores en el último mes de esta sustancia. Este grupo está conformado básicamente por hombres menores de 34 años.

Tabla 23 Dependencia Marihuana por sexo y área geográfica

	Marihuana
TOTAL	0.2
Hombre	0.4
Mujer	0.1
Montevideo	0.3
Interior	0.2
12 a 18	1.1
19 a 25	0.4
26 a 34	0.3
35 a 44	-
45 a 64	-

5. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS DROGAS

Si bien la presente investigación se encuentra centrada en el estudio epidemiológico sobre consumo de drogas y orientada específicamente al estudio de la magnitud y formas de consumo, como así también a la comprensión del consumo a partir de la caracterización de los rasgos del individuo y de su medio ambiente, se le incorporaron al análisis dimensiones relacionadas con la construcción social del objeto drogas en la población de estudio. Esta construcción o representación social²⁰, para usar un concepto teórico ampliamente utilizado son parte constitutiva fundamental del fenómeno de las drogas. Entender las valoraciones y la actitud frente a que es una droga y a la problemática del consumo, tanto en aquellos que experimentan con ellas como los que no, se transforma en condición necesaria para intervenir en el diseño de programas de prevención/ intervención. Saber que piensan, que imagen tienen del problema y como actúan la población en general y los segmentos específicos, permite desarrollar acciones más eficaces, tanto para evitar su amplificación como para reducir el daño.

De ahí la importancia de indagar sobre las actitudes, en el tema específico de drogas: **imagen y significación**, como así también diversos aspectos vinculados a las **creencias y valores sobre las Drogas**.

5.1 Principales emergentes

Con respecto a las actitudes, las mismas no presentan grandes diferencias con respecto a 1998, pudiéndose resaltar:

- Una leve mayor percepción del riesgo en el consumo de drogas legales como el tabaco y alcohol y mayor conciencia de la necesidad de prescripción médica para el consumo de tranquilizantes.
- Un aumento en la percepción de la inevitabilidad del consumo de marihuana en los jóvenes.
- Aunque con menor intensidad ciertos mitos como que los que consumen drogas son jóvenes, delincuentes y provienen de hogares desintegrados se siguen manteniendo.
- Una de cada cinco personas percibe un alto consumo de éxtasis, hecho que se contradice con los datos de la realidad, donde el consumo del mismo es aún marginal.

²⁰ Las representaciones sociales, en su definición más amplia y que recoge la clásica de Moscovici(1979) son “el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones ,explicar eventos relevantes y defender su identidad”.

Tabla 24 – Evolución de las actitudes hacia las drogas

Actitudes y creencias	Tendencia	
	1998	2001
El alcohol y el tabaco deberían ser considerados como drogas	72.9	73.2
Es más perjudicial fumar 10 cigarrillos diarios que tomar un litro de vino por día.	53.5	50.6
Una persona que se alimente bien puede tomar un mínimo de medio litro de vino con cada comida sin mayores consecuencias.	67.8	61.1
En realidad los medicamentos para calmar los nervios o para dormir, pueden usarse sin supervisión médica.	7.7	8.1
Es necesario que se aplique rigurosamente, la prohibición de comparar medicamentos para dormir o calmar los nervios sin receta médica.	80.8	83.9
Es un hecho prácticamente normal que los jóvenes alguna vez hayan probado marihuana.	32.2	38.1
Para probar marihuana sin riesgos, hay que tener la firme decisión de hacerlo solo como prueba.	20.6	19.8
El uso de cocaína tiene menor riesgo si se lo hace solo como diversión y no con intención de drogarse.	7.7	7.7
Los que consumen drogas generalmente son delincuentes.	20.7	19.2
La mayoría de los que consumen drogas son jóvenes.	69.1	66.6
Los que consumen drogas provienen de familias u hogares desintegrados.	32.5	30.3
Basta con que una persona se proponga no consumir para que nunca llegue a hacerlo.	77.8	72.8
Es muy común que los jóvenes consuman éxtasis	s.d	19.4

El análisis de la oferta constituye un buen indicador para medir la facilidad de acceso a ciertas drogas ilegales. Fue investigada para marihuana, cocaína y heroína.

Los resultados señalan un crecimiento significativo respecto a la oferta de marihuana y cocaína, disminuyendo en contrapartida el de heroína.

Los hombres recibieron el doble de oferta de marihuana que las mujeres y el triple de cocaína. Una persona de cada tres que recibió una oferta de marihuana probó la misma. En el caso de la cocaína esta relación de oferta-experimentación disminuye sensiblemente, siendo de 8 de cada 100.

Tabla 25 Evolución de la oferta.

	1998	2001
Oferta de marihuana	11.2	14.7
Oferta de cocaína	3.7	4.7
Oferta de heroína	1.0	<1

ANEXO 1

DETALLES TÉCNICOS-METODOLÓGICOS DE LA ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES

1. POBLACIÓN OBJETIVO

Residentes en viviendas particulares que constituyen uno o más hogares particulares, en las localidades urbanas del Interior del país con 5.000 habitantes o más y en el departamento de Montevideo (capital). Quedan excluidos los miembros de hogares colectivos o residentes particulares en hogares colectivos como hospitales, abadías o conventos, casas cuna, residencias colectivas para ancianos (casas de salud), prisiones, residencias extraterritoriales (embajadas, consulados), cuarteles y hoteles o pensiones.

1.1. MARCO

Está basado en los listados por zona censal del VII Censo Nacional de Población, III de Hogares y V de Viviendas del 22 de mayo de 1996. La estratificación se realizó sobre este marco. Las zonas censales seleccionadas cada año que no han sido objeto de listado durante el año anterior, son listadas para proceder a la actualización del número de viviendas particulares y sobre ese listado proceder a la selección de las viviendas/hogares a ser entrevistados. (Está a estudio la actualización del marco muestral utilizando los registros de clientes de la empresa pública de electricidad (UTE), combinados con los registros del Catastro Nacional y el registro de contribuyentes de las intendencias municipales, incluyendo estas últimas los registros de permisos de construcción concedidos cada año).

1.2. UNIDADES DE MUESTREO

Localidades de 5.000 habitantes o más de cada departamento seleccionadas de la siguiente forma: todas las localidades de 15.000 habitantes o más y una localidad entre 5.000 y 15.000 habitantes por departamento (si hay). Cuando en un departamento hay más de una localidad en este tramo de habitantes, se selecciona una al azar. En el departamento de Montevideo se cubren todas las zonas censales del territorio. Existe un área periférica al departamento de Montevideo (considerado como una extensión o pseudo-área metropolitana) que incluye todas las zonas censales de todas las localidades urbanas hasta un límite medio de 30 Km al centro de Montevideo. Dentro de las localidades, las unidades primarias de muestreo son las zonas censales (manzanas), seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño medido en número de viviendas particulares. Las viviendas particulares dentro de cada zona son seleccionadas al azar en número de 3 titulares y 2 suplentes. (Si una zona censal no contiene cinco viviendas particulares es consolidada con una o más zonas vecinas hasta alcanzar el tamaño mínimo. Estos casos deben ser listados sin excepción).

1.3. TASA DE MUESTREO

La tasa de muestreo depende del estrato de población (Montevideo–Periferia) o de las localidades de los demás departamentos. Se adjunta tabla en el anexo.

1.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el año 2000, el tamaño de la muestra alcanzó a 19.440 viviendas (1.620 viviendas por mes) distribuido en un 57% en Montevideo, 10% en la Periferia y un 33% en el resto del Interior urbano residente en localidades de 5.000 habitantes o más. Esta muestra comprende aproximadamente 61.000 personas.

1.5. TIPO DE DISEÑO

Muestra probabilística, estratificada con afijación óptima basada en la estimación combinada de la tasa de desocupación y del ingreso medio per cápita en Montevideo y el total del Interior en la población de referencia. La muestra se selecciona en 3 etapas: localidad, zona censal y vivienda particular. La muestra es independiente mes a mes y año a año.

1.6. VARIABLES UTILIZADAS PARA ESTRATIFICAR

Se utilizó el ingreso medio per cápita real de los hogares a nivel de segmento censal en Montevideo. Esta variable explica más del 80% de la variabilidad total entre las unidades de muestreo y produce la mejor segmentación geográfica por características socio-económicas de la población. Aparte de la Periferia de Montevideo (considerada como un estrato más de este departamento), los restantes 18 departamentos del país constituyen otros tantos estratos del conjunto constituido por la población de referencia, que pueden agruparse en regiones geográficas asociadas también al nivel socio-económico de su población (misma variable de estratificación, esta vez como promedio departamental de la población de referencia).

1.7. AREAS DE ESTIMACIÓN

La muestra produce resultados de las variables de actividad económica e ingresos promedio para todo el país, Montevideo e Interior urbano (localidades de 5.000 habitantes o más) por trimestre. La desagregación de éstas y otras variables por departamento se produce anualmente.

1.8. FIABILIDAD

El coeficiente de variación anual para la tasa de desocupación (y cantidad de desocupados) de todo el país es del orden del 2%. Por área (Montevideo o Gran Montevideo e Interior) es de menos de un 4% y por estrato/ región es de menos de un 11%. Por departamento (excepto Montevideo) el coeficiente de variación anual varía entre un 5% (mayor tasa o mayor tamaño de muestra) y un 28% (menor tasa o menor tamaño de muestra). Estos guarismos determinan luego el nivel de desagregación al cual se producen los resultados por departamento.

1.9 UNIVERSO DE ESTUDIO

Total, Población residente en localidades de 5.000 o más habitantes.

1.10 TRABAJO DE CAMPO

Detalle

2. RELEVAMIENTO DE INFORMACION

2.1. TIPO DE ENTREVISTA

Entrevista directa con formulario en papel.

2.2. INFORMANTE

Miembro del hogar mayor de 18 años (excepto servicio doméstico), que sea capacitado mentalmente y que posea conocimientos suficientes de los otros miembros del hogar.

2.3. TASA DE RESPUESTA

96,6%

2.4. TASA DE NEGATIVAS

0,5%

2.5. TASA DE AUSENTES

0,7%

2.6. IMPUTACIÓN DE LA NO-RESPUESTA

No

2.7. APLICACIÓN DE MODULOS

Si

ANEXO 2

LISTAS DE MEDICAMENTOS

LISTA 1

(1) Tranquilizantes, (2) Hipnóticos, (3) Antidepresivos

LISTA 2

Anfetaminas o estimulantes

LISTA 3

Analgésicos, calmantes del dolor

LISTA 1

- ACEPRAX. - 1
- AKROZOLAM - 1
- ALPLACIN. - 1
- ALPRAZOLAM -1
- ALTILEV
- AMINEPTINO - 3
- AMIPHARM - 3
- AMITRIPTILINA - 3
- ANAFRANIL - 3
- ANSIONIL. - 1
- ANSIOPAX - 1
- ARROPAS - 3
- ATEMPERATOR - 1
- ATIVAN - 1
- ATIVAN SUBLINGUAL - 1

- BELLARGOTINA- 1
- BELLARGOTINA L.A. -1
- BELLERGAL RETARD -1
- BELLERGAL -1
- BETAVEL -1
- BETAVEX - 1
- BONIL - 3
- BRASALEN -1
- BROMAZEPAM- 1
- BROPAN. - 1
- BUSPARIUM -1

- CLOBALEX - 1
- CLOBAZAM 1
- CLOMAX -3
- CLONAPINE -1
- CLONOTEN -1
- CLORIMIDEP - 3
- CLORIMIPRAMINA -3
- CONEXINE - 3

- DIAZEPAM - 1
- DIAZEPALLEN - 1
- DIGEPRAX -1
- DORMICUM - 2
- DORMINOX - 2
- DORMITAL -2
- DUMIROX - 3
- DURNIT - 2
- DUPLISEDAM -2
- DUXIL - 1

- DRIMY - 2
- ECUANIL -1
- EMOPAX - 1
- EQUIPLEN - 1
- EQUISEDIN - 1

- FARMACOLETAS - 2
- FARMACONAL - 2
- FARMAZEPAN - 1
- FENELZINA - 3
- FENERGAN -2
- FENOBARBITAL - 2
- FLOXET - 3
- FLUODEP - 3
- FOXETIN - 3
- FRISIUM - 1

- GANAX - 3
- GARDENAL - 2
- GARDENALETAS -2
- GLORIAX - 1
- GLORIUS - 1

- HIPNAZEPAN - 2
- HUMORIL - 3

- IMIDEP - 3
- IMIPRAMINA - 3
- IMOVANE - 2
- INERVON - 2

- LEXOTAN. - 1
- LORAZEPAN - 1
- LUCERPAL - 3
- LUCITA. - 1
- LUCIUM. - 1
- LUDIOMIL - 3

- MAPRODEP - 3
- MAPROTILINA - 3
- MELERIL -3
- MITILASE - 3
- MOCLOBEMIDA - 3

- NIRVAN - 1
- NOCTRAN -2
- NORMES - 1

- NORTRIPTILINA - 3
- NUMENIL - 3

- OCTANYL - 1
- ONDIL - 1
- OXAZEPAM -1

- PARNOX -2
- PLIDEX - 1
- PROMETAR - 3

- QUIATRIL - 1

- RIVOTRIL -1
- ROHYPNOL - 2

- SAROTEX -3
- SEREFAR -1
- SETRALIX - 3
- SERTRINA -3
- SILENPAX -1
- SINCRONEX - 1
- SOLEPAR -1
- SOMIT - 2
- STILNOX - 2
- SUCEDAL - 2
- SURVECTOR - 3

- TIADIPONA - 1
- TILPAM - 1
- TOFRANIL - 3
- TRANSPLUS -1
- TRANQUINAL. -1
- TRANXILIUM
- TRIALINE - 3

- VAL 10 - 1
- VALIUM - 1
- VICILAN - 3
- VICTAN - 1
- VIDACIL - 3
- VILOXAZINA - 3

- ZOLNOX - 2

- ZOLOFT

LISTA 2

- CONTROL
- DELGOTRIX
- EFEDRINA INYECTABLE
- ELEPSIN
- EKILAN L.P.
- RITALINA
- SAMONTER

LISTA 3

- ANALGION
- ALGEDOL LP.
- COROFODIN C gotas
- DEMEROL
- DIOXADOL.
- DAPIRONA CON CODEÍNA
- FENTANYL
- FOSCODIN gotas
- MEPERIDINA
- MEPERIDOL
- MORFINA
- NOBLIGAN.
- NOVAGESIC.
- NOVEMINA con CODEÍNA
- PANAT
- S.M. RETARD