

Informe 2007

Situación y tendencias
del consumo de drogas
en Uruguay

Situación y tendencias del consumo de drogas en Uruguay

Informe 2007

Junta Nacional de Drogas
Observatorio Uruguayo de Drogas
Dirección Nacional de Impresiones
y Publicaciones Oficiales

Informe 2007

Situación y tendencias del consumo de drogas en Uruguay





Coordinación General

Jorge Vazquez

Prosecretario de la Presidencia de la República y
Presidente de la Junta Nacional de Drogas

Milton Romani

Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas

Héctor Suárez

Responsable Observatorio Uruguayo de Drogas.

Observatorio Uruguayo de Drogas

Integrantes

Eduardo Cannizzo

Heriberto Prieto

Héctor Suárez.

Rosina Tricánico

Información del Observatorio Uruguayo de Drogas

Dirección	Presidencia de la República Luis A. De Herrera 3350 – Segundo Piso Edificio Libertad Montevideo - Uruguay
Teléfono	(005982) 1503935
Fax	(005982) 1501289
Internet	www.infodrogas.gub.uy
Correo electrónico	oud@presidencia.gub.uy

AGRADECIMIENTOS

A la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD / OEA) a través de su Observatorio Interamericano de Drogas y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que han brindado el apoyo técnico y financiero para hacer posible muchos de los estudios aquí presentados como así también su publicación.

A las instituciones y profesionales convocados para las diversas investigaciones por su dedicación y profesionalidad en las tareas encomendadas.

Al área de Cooperación Internacional de la Secretaría Nacional de Drogas por su alta dedicación y eficacia en la imprescindible labor de coordinación con los organismos internacionales.

Por último, y en forma muy especial a todas las personas, niños/as y jóvenes que aceptaron y brindaron su total colaboración entregándonos una información personal de gran utilidad para un mejor conocimiento de una problemática social tan delicada como el consumo de drogas.

PRESENTACIÓN

Un objetivo importante de la Secretaría Nacional de Drogas es ofrecer a las instituciones, actores sociales y a la sociedad en su conjunto, a través del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) una visión global de la situación y tendencias del consumo en el país. Los informes anuales que hoy inauguramos son quizás el instrumento principal para expresar y difundir esta información.

En este sentido, el Informe 2007 que ahora presentamos ofrece un gran volumen de información organizada y estructurada que permitirá a los lectores formarse una imagen bastante completa del problema de las drogas en nuestro país. Se han incluido en forma conjunta los resultados actualizados de las series históricas de las encuestas en hogares y estudiantes promovidas por el Observatorio Uruguayo de Drogas. Igualmente, se incluye información sobre los estudios “ventana” realizados en el 2006 en Emergencias hospitalarias y Accidentalidad en Tránsito. Los datos del control de la Oferta y los indicadores de las tareas preventivas complementan el presente Informe, conjuntamente con el Informe de la Primera Encuesta Mundial en Salud Adolescente y su relación con el consumo de Drogas.

De la lectura del Informe se desprende que en los últimos años han cambiado sustancialmente las características de los problemas de drogas en Uruguay. Ha descendido en forma importante, aunque no suficiente, el consumo de tabaco fundamentalmente en menores de edad. En contrapartida, la aparición de una nueva sustancia a partir del año 2002 (Pasta Base) ha generado nuevos problemas debido tanto a la capacidad tóxica de la sustancia como los generados por la alta vulnerabilidad de los segmentos consumidores. También el alto y creciente consumo de alcohol y marihuana en jóvenes (en ámbitos esencialmente recreativos) trae aparejado problemas nuevos en las dimensiones sociales, escolares, laborales y también sanitarias). El reto en los próximos años será precisamente prevenir y reducir estos nuevos problemas a la vez que fortalecer los mecanismos del control de la Oferta y el Control del Lavado de Activos.

Lic. Milton Romani
Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas.



Contenido

AGRADECIMIENTOS	4
PRESENTACIÓN	5
1. Introducción	11
El Observatorio Uruguayo de Drogas.....	11
Principales definiciones.	11
Factores de Riesgo.	11
Principales indicadores de consumo.	12
Contexto y metodología del Estudio	14
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos.....	15
Magnitud y patrones de consumo	15
Alcohol.	15
Dinámica del consumo.....	16
Dependencia y abuso de alcohol.....	17
Abuso por ingesta habitual.....	18
Dependencia:.....	20
Tabaco.	21
Dinámica del consumo.....	22
Dependencia.....	23
Tranquilizantes y antidepresivos.	23
Marihuana	24
Descripción del consumo.....	24
Dinámica del consumo.....	25
Dependencia.....	26
Cocaína.....	26
Descripción del consumo.....	26
Dinámica del consumo.....	27
Dependencia.....	28
Pasta Base.....	28
Dependencia.....	30
Consumo de Otras Drogas.....	30
Factores de Riesgo y Protección.	31
Principales emergentes:	31
Indicadores de Riesgo : Predisposición al consumo	31
Indicadores de Riesgo : Oferta de Drogas.	32
Demanda de tratamiento.....	32
Conclusiones	33
El cambio de tendencias en el consumo de drogas ilegales: consumidores menos marginales	33
El campo ideológico.....	34
Datos de Consumo: tendencias preocupantes.	35
El papel del Estado	36
2. III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media – Uruguay 2007	37
Prólogo	37
Introducción	38
El cambio de tendencias: Alta experimentación y consumidores menos marginales	38

Jóvenes.....	38
Resumen Ejecutivo.....	39
Objetivos.....	40
Principales Resultados.....	40
Alcohol.....	40
Frecuencia e intensidad de consumo.....	41
Tabaco.....	42
Marihuana.....	44
Cocaína.....	45
Otras Drogas Ilegales.....	46
Tendencias del consumo de Drogas en la Población de Educación Media.....	47
Principales emergentes:.....	47
El aumento del consumo habitual de marihuana.....	48
Percepción del riesgo.....	50
El involucramiento de los padres como factor de protección.....	53
Tener en cuenta el momento de la intervención.....	55
La necesidad de complementar el estudio.....	56
3. Primera encuesta mundial en salud de estudiantes de enseñanza media – Uruguay 2007.....	57
Situación de los y las adolescentes en Uruguay:.....	58
Justificación:.....	59
Aspectos Técnicos.....	59
Principales resultados.....	60
Conductas de Salud Integral en relación con sus características sociodemográficas y escolares.....	60
Conductas de Higiene.....	61
Conductas de Actividad Física.....	62
Comportamientos alimentarios.....	63
Conductas de Salud Mental.....	63
Consumo de Tabaco.....	65
Consumo de Alcohol y otras drogas.....	67
Factores protectores de la Salud Integral.....	69
Conductas de Salud Sexual y Reproductiva.....	69
Conductas y Episodios de Violencia. Lesiones no intencionadas.....	70
Asociaciones entre conductas de Salud y Situaciones de Riesgo Conexas.....	71
Construcción de Indicadores Relevantes.....	72
Vinculación entre diferentes consumos y realizar actividades físicas y sociales o culturales.....	73
Vinculación entre diferentes consumos y composición del hogar.....	73
4. Segunda encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (emtj) - uruguay 2006.....	75
Resumen Ejecutivo.....	75
Introducción:.....	76
El consumo de tabaco y jóvenes – justificación del estudio.....	77
Antecedentes epidemiológicos:.....	77
Aspectos técnicos y metodológicos de la Segunda Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes – Uruguay 2006.....	78
Objetivos generales del estudio.....	78
Ficha técnica.....	78
Informe General Encuesta Mundial de Tabaquismo de Jóvenes – EMTJ -.....	80
Datos de Consumo : una generación de consumidores.....	80
Las mujeres y su alta vulnerabilidad al consumo de tabaco:.....	81

Edad de Inicio:	83
Dependencia : Cautivos del consumo.	84
Percepción del riesgo: Una variable interviniente.....	85
La tolerancia social: un cambio cualitativo importante.....	86
El consumo familiar y grupo de amigos como factores de riesgo.....	88
Publicidad: La influencia de los medios.....	89
Importante campaña contra el tabaquismo.	89
Sobre la política anti-tabaco actual: Una actitud positiva.	90
Prevención escolar: Alta exposición genérica a los daños del consumo de tabaco.	91
Conclusión	92
5. Consumo de drogas en pacientes de la emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo – Uruguay 2007	93
Introducción.	93
Aspectos Técnicos y Metodológicos.	93
Objetivos generales	93
Objetivos específicos	94
Descripción	94
Ficha Técnica.....	95
Principales Resultados.	95
Perfil sociodemográfico de los usuarios.	98
Consumo de Drogas. Perfil de la población atendida.....	100
Vinculación de la asistencia con el consumo de drogas.....	104
Información de Sala.....	104
Percepción del Paciente.....	110
Resultados Prueba Biológica.....	111
Principales Emergentes.	114
6. Incidencia del Alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: generación de un sistema de información permanente – Uruguay 2007	117
El Observatorio Social Metropolitano de Tránsito.	117
Aplicaciones e impactos esperados	117
Justificación del estudio.	117
Antecedentes nacionales específicos:	118
Naturaleza del Estudio.	119
Primero - Objeto:	119
Segundo – Finalidad:.....	120
Tercero – Modalidad de Intervención	120
Metodología	120
El Estudio ventana.	120
Ficha Técnica.....	121
Introducción	121
Datos generales	121
Incidencia del alcohol en siniestros según área geográfica y procedencia del dato	122
Incidencia del alcohol por tipo de siniestros (leves, graves y fatales)	123
Siniestros por sexo.....	124
Siniestros totales y con presencia de alcohol por día de la semana	126
Siniestros por rango de edad	127
Censo de siniestros con fallecidos.....	128
Conclusiones.....	131

7. Niños y jóvenes en situación de calle: un estudio descriptivo - exploratorio sobre consumo de drogas y factores asociados – Uruguay 2007	133
Antecedentes	133
Justificación del Estudio	133
Objetivos	135
Objetivos generales.....	135
Objetivos específicos.....	135
Ficha técnica.	135
Fases del proyecto	136
Principales Emergentes.	136
Perfil de la población en estudio.	136
Consumo de sustancias.	138
Dinámica del consumo.	140
Factores de Protección	141
Salud Mental: Capacidades y Dificultades	142
Resultados.	143
El test y la vinculación con el consumo de drogas.	144
Análisis	146
Elementos para la Discusión	147
A. Motivos para estar en la calle y experimentar con drogas ilegales	147
B. Razones para la experimentación con drogas ilegales.....	148
C. Intereses e ilusiones personales y experimentación con drogas ilegales.....	148
D. Derechos de los niños y experimentación con drogas ilegales	148
E. Sexualidad y uso de drogas	149
Salud mental y consumo de drogas	149
Recomendaciones	150
8. Indicadores del control de la oferta.....	151
Introducción	151
Fuentes de Información	151
Construcción de indicadores	152
Presentación de la Información.	152
Indicador 1 – Número de procedimientos.	152
Indicador 2 – Volumen de Sustancias incautadas.	153
2.1 - Marihuana.....	153
2.2 - Cocaína	153
2.3 - Pasta Base de Cocaína.....	153
2.4 – Otras drogas	154
Indicador 3 – Incautaciones por Organismo.....	154
3.1 – Marihuana	154
3.2 – Cocaína.....	155
3.3 – Pasta Base de Cocaína	155
Indicador 4 – Personas intervenidas	155
4.1 - Detenidos	155
4.2 - Procesados	156
9. Indicadores de prevención.	157

1. Introducción

El fenómeno del consumo de drogas es complejo y cambiante. Eso implica que las soluciones pueden tener que cambiar con ellas. La necesidad de evaluar el impacto del uso indebido de las drogas, sean éstas lícitas o ilícitas, para apoyar programas de prevención, disminuir su uso, o hacer un uso menos riesgoso si es preciso, detectar qué drogas están en el mercado para tratar las acciones que provocan, así como para evaluar los planes y programas instituidos, hace que se deban emplear estudios permanentes que reflejen esa realidad.

El Observatorio Uruguayo de Drogas.

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 describieran con precisión el consumo de drogas en la población de la República Oriental del Uruguay, a los efectos de elaborar las políticas pertinentes para disminuir dicho consumo.

La Junta Nacional de Drogas - Secretaría Nacional de Drogas (JND-SND) promovió la creación del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) con la finalidad de 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.

Entre sus objetivos se encuentra:

- a) Analizar ciertos escenarios de riesgo existentes en estos ámbitos para contribuir a orientar los programas de reducción de la demanda y/o daño del uso problemático de drogas.
- b) Describir y comparar el fenómeno de las drogas en algunas dimensiones esenciales a nivel nacional, regional y departamental.
- c) El Observatorio utiliza una metodología específica en su descripción y monitoreo: la construcción de indicadores uniformes o armonizados. Un indicador es una variable estratégicamente elegida que pueda dar cuenta de un fenómeno subyacente más complejo y de su evolución en el tiempo y en el espacio.

Principales definiciones.

Se presentan en esta introducción algunas de las definiciones y conceptos comunes a todas las investigaciones que aparecen en este anuario.

Factores de Riesgo.

De acuerdo a Luengo y otros¹ un factor de riesgo es una “característica interna y / o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que ocurra determinado fenómeno”: En el caso del consumo de drogas, determinadas características personales, sociales, familiares, culturales podrían poner al sujeto en una posición de vulnerabilidad o protección, frente al consumo de drogas.

En el estudio de factores de riesgo y protección referido al consumo de drogas se hablará de probabilidad y no de causalidad; que un individuo muestre factores de riesgo no implica necesariamente que vaya a desarrollar conductas problemáticas.

Identificación de factores para permitir su operacionalización:

Individuales: Se refieren a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de los que dispone, las actitudes, valores, autoestima. Indicador de riesgo 1: Percepción de riesgo

¹ Luengo, M. Barrera, E. Gómez, J. García A y Lence M. (1999) La prevención del consumo de drogas. Santiago. Universidad de Santiago de Compostela.

Indicador de riesgo 2: Indicadores de propensión a consumir

Relacionales: Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos, el ámbito escolar, el barrio, etc.

Indicador de riesgo 3: Consumo en el entorno

Sociales: Se refiere al entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo, costumbres y tradiciones que identifican una cultura o subcultura.

Indicador de riesgo 4: Oferta de drogas

Principales indicadores de consumo.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

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

Las **sustancias psicoactivas** sobre cuyo consumo se investiga son: Tabaco, Alcohol, Tranquilizantes, Anfetaminas, Opiáceos, Marihuana, Cocaína y derivados, Pasta Base, Alucinógenos, Heroína, Éxtasis 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 consulta sobre su uso tanto por prescripción médica como por su cuenta.

Operativamente “por su cuenta” se refiere 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.

La Dependencia se investiga para Alcohol, Tabaco, Tranquilizantes, Marihuana, Cocaína y Pasta Base.

Para operacionalizar la dependencia se utilizan los criterios definidos en el DSM IV, que fueron transformados en una serie de 6 a 9 preguntas según la capacidad de las diferentes sustancias de provocar o no signos de dependencia.

El Abuso de Alcohol se mide a través de la cantidad consumida por vez, 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 desde cuatro medidas de bebidas destiladas de 40° y más de graduación alcohólica).

Asimismo se incorporó en algunas investigaciones una nueva dimensión de análisis sobre el uso problemático de Alcohol, categorizada como “bebedor problema”. Muchas personas presentan diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol que no necesariamente entran en los indicadores clásicos de Abuso o Dependencia. Tomando el modelo utilizado en Chile, se define el “bebedor problema”² como “cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas, para el individuo o terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal o funcionamiento social”. La escala breve de Bebedor Problema de Alcohol considera que una persona es un Bebedor Problema si tiene 2 o más respuestas positivas en el set de indicadores (7 preguntas) detalladas más adelante.

2 Definición operativa del Ministerio de Salud de Chile.

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 Frecuencia de consumo
Abuso de Alcohol.	Nivel de ingesta por vez.
Dependencia	<p>Índice que se construye a partir de las respuestas positivas a los siguientes indicadores:</p> <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)³ 8. Ha utilizado muchas horas por día para conseguir o consumirla⁴
Bebedor Problema	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Ha tenido problemas con su familia o amigos a causa del trago? 2. ¿Ha perdido amigos/as por el trago? 3. ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que bebe? 4. ¿Le ha ocurrido en ocasiones que sin darse cuenta termina tomando mas de lo que piensa? 5. ¿Ha tenido que tomar alcohol en la mañana? 6. ¿Le ha ocurrido que al despertar después de haber bebido recuerda sólo parte de lo que pasó? 7. ¿Le molesta que le critiquen por la forma que toma?

3 Excepto tabaco

4 Excepto tabaco y alcohol

Abuso por ingesta habitual.

Para medir la intensidad de consumo se utiliza la clasificación realizada por la Dirección General de Salud Pública y adoptada por el Observatorio Español sobre Drogas (OED)⁵. Esta clasificación diferencia la ingesta entre hombres y mujeres y es ofrecida en ml/cc, gramos y UBEs, como se presenta en la siguiente tabla.

Previamente al análisis de los datos, se realiza una tabla de equivalencia de consumo, según el tipo de bebida, ya que la medida de consulta utilizada es el trago⁶.

	Hombres			Mujeres		
	ML/cc	Gramos	UBEs	ML/cc	Gramos	UBEs
Abstinentes	0	0	0	0	0	0
Ligeros	1-25	0.8-20	1-2	1-25	0.8-20	1-2
Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	21-40	3-4
Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
Gran riesgo	+150	+120	+13	+100	+80	+8

Sobre los estudios incluidos en el Informe.

Todos los estudios aquí presentados son versiones resumidas de los Informes Finales con el objetivo de dar un panorama global de la forma más clara y sencilla posible.

Para aquellos lectores que quieran profundizar en el análisis de los estudios particulares, podrán acceder a las versiones completas en nuestra página web www.infodrogas.gub.uy.

1) CUARTA ENCUESTA NACIONAL EN HOGARES SOBRE CONSUMO DE DROGAS, 2006.

Autoría: El diseño, dirección y supervisión del estudio fue realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas. El trabajo de campo fue realizado por la empresa EQUIPOS-MORI (ganadora de la licitación). El análisis estadístico y la redacción del Informe Final⁷ fue realizado por Lic. Héctor Suárez (Observatorio Uruguayo de Drogas).



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



Contexto y metodología del Estudio

Esta Investigación se encuentra enmarcada en el Proyecto Sub-regional AD/RLA/99/A78 "Proyecto de Continuidad del Sistema Sub-Regional de Información sobre Uso Indebido de Drogas", y fue apoyada financieramente por la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (O.E.A) que también dio el respaldo técnico para su diseño y ejecución. Este proyecto está integrado además de nuestro país por Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador y Perú, quienes coordinan y realizan conjuntamente estas investigaciones con el objetivo de contar con información estandarizada y confiable a nivel regional.

El diseño de la investigación y la encuesta fue preparada conjuntamente por el grupo técnico asesor del Proyecto y el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) de la Secretaría Nacional de Drogas (SND). La muestra probabilística y polietápica sin reemplazo, necesaria para la aplicación del piloto del instrumento y para el levantamiento nacional

⁵ Esta misma clasificación fue utilizada en el Informe de Investigación de la Sociedad Española de Toxicomanía para el proyecto GENACIS-

⁶ Al encuestado se le indicaba que hiciera la equivalencia de acuerdo al siguiente detalle: Un trago igual a una lata de cerveza, una copa de vino o una medida de bebida destilada.

⁷ El Informe Final se encuentra disponible en www.infodrogas.gub.uy

de la encuesta fue preparada a partir de datos actualizados del Instituto Nacional de Estadística. Dicha tarea fue realizada por una empresa especializada en la materia que ganó la licitación correspondiente y que también ejecutó el trabajo de campo, la cual entregó la base de datos completa y consolidada al Observatorio Uruguayo de Drogas. El equipo técnico del OUD realizó los procesamientos estadísticos correspondientes de acuerdo al plan de análisis del estudio y del cual se presentan en este Informe los principales resultados.

La muestra probabilística tuvo las siguientes características: estratificada por conglomerados según región geográfica; polietápica: con una primera etapa que es la identificación de las ciudades, una segunda etapa en la que se determinan las zonas (manzanas) a utilizar como puntos muestrales, una tercera etapa en la que se determina el hogar en el que se realiza la encuesta y un cuarto, y último nivel, que es la identificación y posterior recolección de la información del propio entrevistado. Para la selección del entrevistado se utilizó la tabla Kish, sin reposición hasta la tercera visita fallida. La muestra fue sistemática en los puntos muestrales del tercer nivel. El total de casos estudiados fue de 7000 personas efectivamente encuestadas de 12 a 65 años de edad que representan a un universo de 1.602.844 uruguayos de ambos sexos, residentes en ciudades de 10.000 habitantes y más.

De acuerdo a la teoría estadística, el margen de error máximo esperado para los 7000 casos, para estimaciones con un 95% de confianza, es de aproximadamente +/- 1.20%.

La aplicación de la encuesta fue simultánea en todo el país y se realizó entre el 7 de Noviembre y el 20 de Diciembre de 2006. La supervisión del estudio estuvo a cargo de personal técnico del Observatorio Uruguayo de Drogas para todas sus etapas.

Objetivos

Objetivo general

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 drogas.

Objetivos específicos.

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 1994-2006.

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.

Describir la dinámica de consumo de las sustancias psicoactivas (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.

Comparar los principales indicadores de consumo, percepción de riesgo, facilidad de acceso y oferta de drogas a nivel subregional: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

Magnitud y patrones de consumo

Alcohol.

El alcohol es la droga más consumida por los uruguayos. Casi ocho de cada diez personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida y casi un 65% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. La mitad de los uruguayos lo consumen habitualmente (consumo en los últimos 30 días). Comparados en forma general con los datos del 2001 no se presentan diferencias significativas en ninguno de los tres indicadores.

La alta experimentación con esta sustancia presenta distribuciones no discriminantes para los indicadores de experimentación y uso de la misma. El análisis de las características sociodemográficas se focalizará en los que han consumido en los últimos 30 días (distribución de los consumos por sexo, área, intervalos de edad) que nos permiten establecer algunas características básicas del perfil de los mismos.

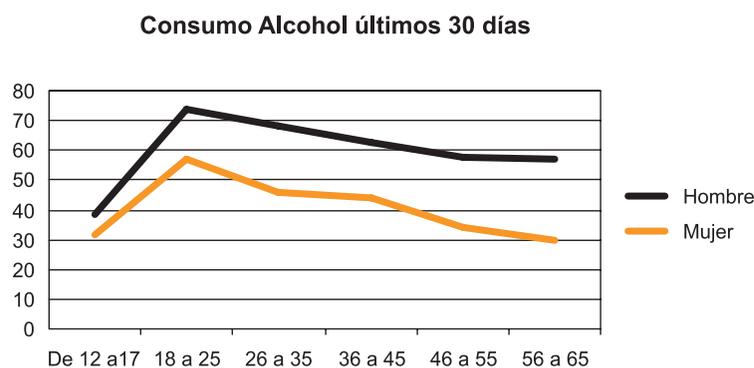
- Los hombres presentan porcentajes de consumo superiores a las mujeres, para todos los rangos de edad. En ambos sexos el mayor porcentaje de consumidores se encuentra entre los 18 y 25 años, presentando luego un descenso más pronunciado en las mujeres, a medida que avanza la edad.
- No obstante ello, se observa que en las personas más jóvenes es donde se presenta la menor diferencia de consumo entre sexos, lo cual puede indicar una tendencia a la equiparación de consumo.
- Por área geográfica se encuentra que en Montevideo la tasa de consumo (respecto a la Prevalencia) es significativamente mayor para los tres indicadores⁸.
- Las tasas de consumo de la población actualmente ocupada son mayores que el promedio general.

Tabla 1 Indicadores de consumo de alcohol desagregado por grandes áreas. (en porcentajes)

INDICADORES DE CONSUMO	GENERAL	MONTEVIDEO	INTERIOR
Consumo alguna vez en la vida	78.6	82.0	74.2
Consumo en los últimos 12 meses	64.3	68.8	58.4
Consumo en los últimos 30 días	50.1	56.9	41.4

Base: Total de la muestra.

Figura 1 Consumo alcohol (últimos 30 días) controlado por sexo y edad.



Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio de los uruguayos para el alcohol es 16.61 años, siendo la edad más frecuente de inicio a los 15 años.

Los hombres presentan una precocidad significativamente superior a las mujeres, explicada fundamentalmente por las diferencias en la edad de inicio de las generaciones anteriores a 1980.

Casi la mitad de los consumidores habituales (últimos 30 días) lo hacen con una frecuencia semanal o más frecuente.

El promedio mensual de días de consumo de alcohol es de seis días y un importante 6% de esta población declara consumir todos o casi todos los días (3,8% de la población total).

Controlado por las principales variables sociodemográficas, la frecuencia de consumo es superior en el Interior que en Montevideo, aumenta a medida que aumenta la edad y es significativamente superior en los hombres respecto de las mujeres.

⁸ Esta relación se invierte cuando nos referimos a la intensidad de consumo que veremos en el próximo capítulo.

Figura 2 . Edad de inicio para cada tramo de edad, controlado por sexo.

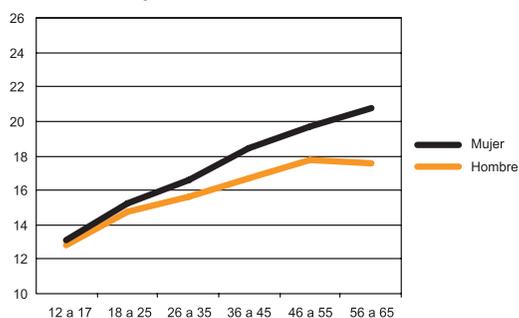


Tabla 2: Con qué frecuencia tomó bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?.

Controlado por área y sexo.

	TOTAL	Montevideo	Interior	Hombre	Mujer
Todos o casi todos los días	6.0	5.8	6.2	8.8	2.8
Tres o cuatro veces por semana	4.4	4.3	4.4	6.3	2.1
Uno o dos veces a la semana	26.5	28.8	23.1	31.9	20.3
Una a tres veces al mes	29.7	29.1	30.7	29.4	30.0
7 a 11 veces en los últimos 12 meses	12.3	13.2	11.0	10.4	14.5
3 a 6 veces en los últimos 12 meses	9.6	8.4	11.3	5.7	14.0
Una o dos veces en los últimos 12 meses	11.6	10.4	13.3	7.4	16.4
Total	100,0	100	100	100	100

Base: Consumidores en los últimos 12 meses .

Tabla 3: Con qué frecuencia tomó bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?.

Controlado por rango de edad.

	12 a 17 años	18 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65
Todos o casi todos los días	1.2	1.2	2.4	6.1	10.4	18.8
Tres o cuatro veces por semana	3.2	4.1	4.3	4.5	4.8	5.4
Uno o dos veces a la semana	16.3	33.2	27.9	25.7	26.9	23.0
Una a tres veces al mes	27.4	38.1	31.6	28.8	24.8	22.1
Siete a once veces en los últimos 12 meses	14.9	11.9	14.9	12.1	10.2	9.3
Tres a seis veces en los últimos 12 meses	14.8	6.2	8.7	10.9	9.6	9.8
Una o dos veces en los últimos 12 meses	22.2	5.2	10.2	12.0	13.4	11.6
Total	100.	100,	100,	100,	100,0	100,0

Base: Consumidores en los últimos 12 meses.

Dependencia y abuso de alcohol.

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. Se incorporaron además mediciones de episodios de abuso de consumo.

Abuso por ingesta habitual

Indagadas las personas que consumieron alcohol en los últimos 30 días, el consumo promedio declarado es de aproximadamente 57 gramos por ingesta en un día típico, lo cual se define como consumo LEVE O MODERADO. Los hombres consumen (por ingesta) más que la mujer y por rango de edad, los jóvenes de entre 26 y 35 años son los que presentan el mayor consumo promedio por ingesta. A partir de esa franja, la declaración de consumo por ingesta disminuye con la edad.

Tabla 4: Promedio de ingesta (en gramos) de alcohol en día típico

	Promedio (en gramos)
GENERAL	56.86
HOMBRE	65.90
MUJER	44.83
MONTEVIDEO	58.97
INTERIOR	53.22
De 12 a 17	57.76
De 18 a 25 años	72.94
26 a 35	61.26
36 a 45	51.03
46 a 55	48.18
56 a 65	39.60

Base: Consumidores últimos 30 días.

- Entre 1 y 3 tragos se presenta como la ingesta “tipo” de los uruguayos, ya que el 75% declara este volumen de ingesta, siendo las frecuencias con mayor porcentaje de casos de 1 a 3 veces en el mes y 1 o 2 veces semanales.
- Respecto a los consumos Altos, Excesivos o de Gran Riesgo (superiores a tres tragos en el hombre y dos en la mujer por ingesta) y su frecuencia, el 37% de estos bebedores presenta este nivel de ingesta con una frecuencia de 1 a 3 veces mensual y más.
- 30 de cada 100 consumidores de alcohol (15% de la población total) presentan un consumo Alto, Excesivo o de Gran Riesgo en por lo menos alguna de las bebidas. El perfil de este grupo es básicamente masculino, de la capital del país y menores de 35 años.
- Por tipo de bebida, la cerveza y el vino son los que presentan porcentajes netamente superiores de consumo (en gramos por ingesta) que las bebidas destiladas.
- Se asocian significativamente, la intensidad de consumo por frecuencia con la cantidad de alcohol por ingesta. Se encuentra que a mayor frecuencia de consumo, la cantidad ingerida por vez también es mayor, especialmente en la cerveza y el vino.
- Consultados los entrevistados por el tiempo que hace que consume con esa intensidad, la gran mayoría declara que hace un año y más.

Tabla 5: Porcentaje de consumidores altos, excesivos y de alto riesgo (superior a 60 gramos por ingesta en el hombre y 40 gramos en la mujer) y frecuencia de consumo

	Porcentaje de consumidores	Promedio de días de consumo
GENERAL	30.8	5.84
HOMBRE	33.0	7.02
MUJER	27.8	4.23
MONTEVIDEO	32.0	5.79
INTERIOR	28.7	5.91
De 12 a 17	32.6	3.32
De 18 a 25 años	46.9	4.73
26 a 35	33.4	4.93
36 a 45	24.9	5.54
46 a 55	21.4	7.23
56 a 65	16.9	10.16

Base: Consumidores en los últimos 30 días.

ABUSO: Episodio de mayor Abuso.

Se consultó a los entrevistados sobre el día de mayor ingesta de cualquier tipo de bebida, midiéndose en tragos y mediante la escala expuesta anteriormente. Se definirá como EPISODIO DE ABUSO aquella ingesta puntual que alcance los niveles de intoxicación, que en forma aproximada, equivale a una ingesta mayor a cinco tragos⁹. Se utilizaron dos indicadores más, uno que es la autodeclaración de “borracheras en los últimos 30 días” y la consulta sobre si en alguna oportunidad, en igual período, había consumido dos litros de cerveza, una botella de vino o cuatro medidas de bebidas destiladas en alguna oportunidad.

De acuerdo a estos indicadores:

- Alrededor del 25% de los que consumieron alcohol en los últimos 30 días (12.3% de los uruguayos entre 12 y 65 años) presentan, por lo menos en alguna ocasión, un abuso de alcohol igual o mayor al nivel de intoxicación. Esta medida es consistente para los dos indicadores utilizados. En cuanto a la autodeclaración de “borracheras”, sólo el 11% confiesa haberlo hecho. La ingesta promedio es de 80 gramos.

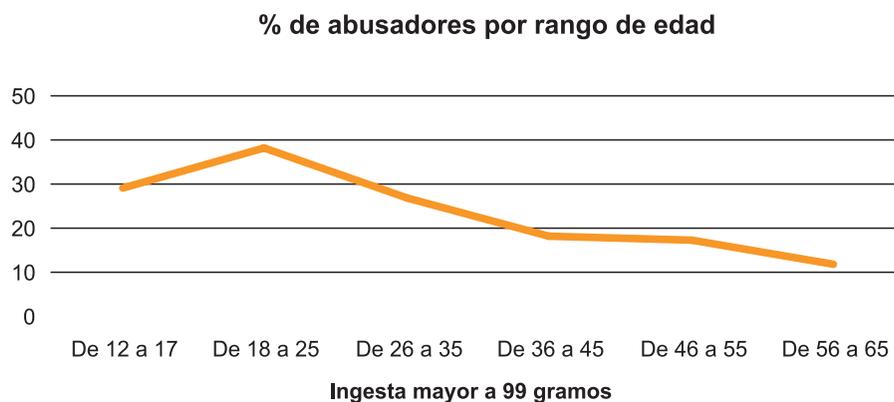
Tabla 6. Indicadores de abuso de consumo de alcohol en los últimos 30 días.(100 gramos por ingesta y mas) (en porcentajes)

	Abuso (100 gramos o mas en única ingesta)	Promedio (en gramos) de consumo en día de mayor ingesta	Autodeclaración de borracheras.
TOTAL GENERAL	24.6	79.33	11.6
HOMBRE	31.8	94.66	15.4
MUJER	15.1	58.86	6.5
MONTEVIDEO	28.0	85.44	13.5
INTERIOR	18.8	68.79	8.2

Base: Consumidores en los últimos 30 días.

9 Este corte es conservador ya que estamos hablando de una ingesta (en una única toma) de 100 y más gramos de alcohol.

Figura 3. Porcentaje de consumidores que abusaron una o mas veces del consumo de alcohol (mas de 100 gramos en una ingesta)



Base: Consumidores últimos 30 días.

Consumidores problemáticos. (Escala EBBA)

De acuerdo a la escala EBBA, el 5% de la población (7.8% de los consumidores en los últimos 12 meses) presenta signos de uso problemático del alcohol. El perfil predominante corresponde a hombres, entre 18 y 25 años y mayoritariamente de Montevideo.

Tabla 7: Porcentaje de Bebedores problema¹⁰ controlado por sexo, área geográfica y rangos de edad.

	% sobre Consumidores	% sobre total
TOTAL GENERAL	7.8	5.0
Hombre	10.7	7.6
Mujer	4.5	2.6
Montevideo	6.2	9.2
Interior	3.4	5.8
12 a 17 años	5.8	2.9
18 a 25	13.3	10.3
26 a 35	7.2	5.1
36 a 45	6.4	4.3
46 a 55	5.8	3.4
56 a 65	6.1	3.2

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Dependencia:

Casi el 3% de la población presenta algún síntoma de uso problemático. Este porcentaje representa el 4.26% de los consumidores de los últimos 12 meses, el 5.47% de los consumidores de los últimos 30 días y un significativo 11% de aquellos consumidores con una frecuencia mayor o igual a dos o tres veces por semana.

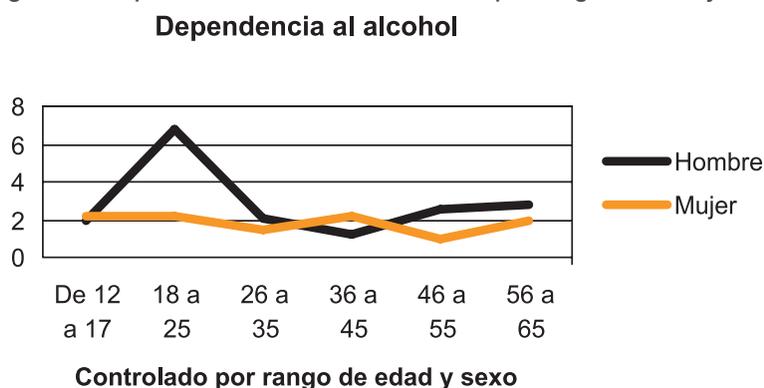
La tasa de consumidores con signos de dependencia o uso problemático es sensiblemente mayor en Montevideo que en el Interior (3.2% de los consumidores de los últimos 12 meses en Montevideo frente a 1.3% del Interior, explicado fundamentalmente por el menor consumo de las mujeres.

¹⁰ Bebedor problema se define como aquellos casos que presentan respuestas positivas en dos o mas indicadores de la escala.

Tabla 8: Respuestas positivas a uno o más indicadores de Dependencia (DSMIV) controlado por tipo de consumo. En porcentajes.

Tipo de consumo	%
% de la Población total.	1.6
Consumidores últimos 12 meses	2.5
Consumidores últimos 30 días	2.9
Consumidores dos o tres veces por semana y más	7.3

Figura 4 Dependencia al alcohol controlado por rango de edad y sexo.



Tabaco.

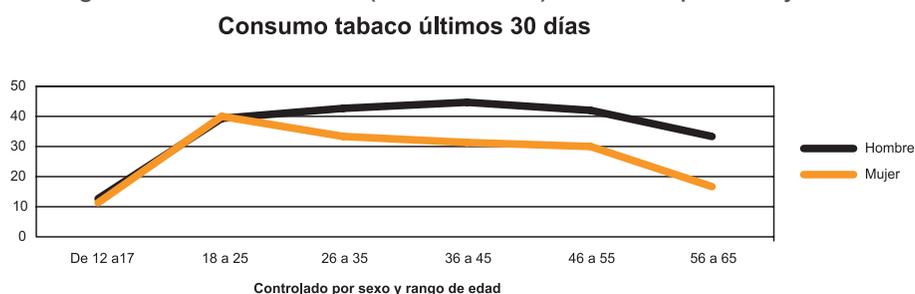
El Tabaco es la segunda droga más consumida entre los uruguayos. El 54.8 % de las personas entre 12 y 65 años lo ha probado alguna vez en la vida, el 34.7% declara haber consumido en los últimos 12 meses y el 31,8 lo ha hecho en los últimos 30 días, siendo estos últimos en su mayoría fumadores diarios. 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 9 Indicadores de consumo de alcohol desagregado por grandes áreas. (en porcentajes)

INDICADORES DE CONSUMO	GENERAL	MONTEVIDEO	INTERIOR
Consumo alguna vez en la vida	54.8	58.0	50.7
Consumo en los últimos 12 meses	34.7	37.3	31.3
Consumo en los últimos 30 días	31.8	34.4	28.6

Base: Total de la muestra.

Figura 5. Consumo Tabaco (últimos 30 días) controlado por sexo y edad.



Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio de los uruguayos es 16.19 años, siendo la edad más frecuente de inicio los 15 años.

Se presentan diferencias significativas en la edad de inicio por sexo a partir de los encuestados mayores de 25 años, observándose que los hombres presentan una precocidad superior a las mujeres para estos segmentos etáreos. Esto no ocurre en los más jóvenes (menores de 25 años) lo que significa que en las nuevas generaciones la edad de inicio, al igual que la proporción de consumidores habituales, se fue equiparando.

Tabla 10 Edad de inicio y prevalencia últimos 30 días controlado por sexo y rango de edad.

Rango de edad	Edad de inicio		% de consumidores habituales	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
12 a 18 años	13.31	13.34	12.5	11.4
19 a 25	15.05	15.09	39.2	39.7
26 a 35	15.91	16.22	42.4	33.1
36 a 45	16.40	17.27	44.4	31.2
46 a 54	16.03	17.22	42.1	30.0
55 a 65	16.00	17.93	33.2	16.5

Base: Total de la muestra.

La proporción de consumidores que habiendo fumado alguna vez, luego lo hicieron ininterrumpidamente o por largos períodos es muy elevado; de cada diez personas que han experimentado con tabaco, casi siete de ellas ha continuado fumando ininterrumpidamente o por largos períodos.

En cuanto a la intensidad de consumo, la mitad de los fumadores diarios declara hasta 10 cigarrillos por día, pero un importante 37% declara consumir una caja o más diaria. La intensidad de consumo es mayor en los hombres y aumenta con la edad hasta los 55 años.

Tabla 11 - Frecuencia de consumo

Tipo de consumo	Porcentaje
Ininterrumpido	41.2
Por largos períodos	27.4
Ocasional	31.4
TOTAL	100

Base: Consumieron tabaco alguna vez en la vida

Tabla 12. - Intensidad de Consumo

Consumo diario	Porcentaje
Menos de 10	51.0
Entre 10 y 20	34.6
Entre 20 y 40	10.1
Más de 40	4.4
TOTAL	100



Promedio diario: 14.32

Base: Fumadores últimos 30 días

Dependencia.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el haber consumido en la vida como mínimo 100 cigarrillos implica ser “fumador potencial”. Los años de consumo también se constituyen en un indicador de riesgo de dependencia. Para ambos indicadores los valores en los hombres son superiores a los de las mujeres.

Tranquilizantes y antidepresivos.

El 22% de los uruguayos ha consumido tranquilizantes/ hipnóticos/ antidepresivos alguna vez en la vida. Por tipo de medicamento, el 18.9 corresponde a tranquilizantes, el 3.2% a hipnóticos y el 7.4% antidepresivos¹¹. Estos porcentajes varían sustancialmente según sexo y rango de edad.

En general (excepto en el primer tramo de edad que va hasta los 18 años), las mujeres duplican a los hombres en el consumo y presentan sus mayores tasas de uso a partir de los 45 años, donde encontramos que casi la mitad de ellas han consumido algún tipo de estos medicamentos. También se puede visualizar en la figura 9 que la tasa aumenta con la edad, excepto en los hombres mayores de 55 años.

Tabla 13 Indicadores de consumo de Tranquilizantes / sedantes /antidepresivos, con o sin prescripción médica desagregado por sexo y grandes áreas. (en porcentajes)

INDICADORES DE CONSUMO	GENERAL	HOMBRE	MUJER	MONTEVIDEO	INTERIOR
Consumo alguna vez en la vida	21.9	14.2	28.8	20.6	23.3

Figura 6: Consumo alguna vez en la vida Tranquilizantes / Sedantes / Antidepresivos. Controlado por rango de edad y sexo.

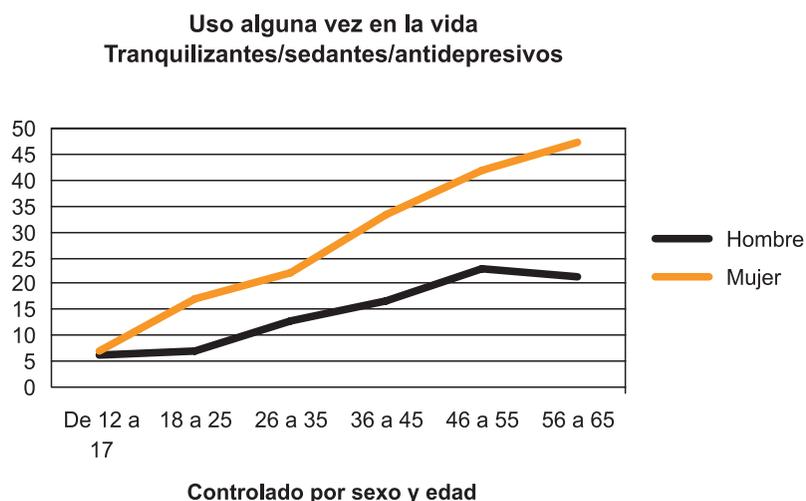


Tabla 14: Consumo alguna vez en la vida según tipo de psicofármaco controlado por sexo.

	Tranquilizantes		Hipnóticos		Antidepresivos	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
De 12 a 17	4.2	6.0	0.5	0.5	1.8	1.5
18 a 25	5.6	14.7	1.0	2.1	1.4	5.7
26 a 35	11.1	19.3	1.7	2.6	3.3	7.6
36 a 45	14.5	28.4	2.6	5.3	5.5	13.0
46 a 55	20.1	36.2	2.4	6.6	7.6	15.5
56 a 65	18.4	41.7	2.7	8.7	5.5	17.1
GENERAL	12.1	25.0	1.8	4.4	4.2	10.4

11 Respuesta múltiple. Algunos encuestados usaron dos o los tres tipos de medicamentos en su vida.

El mayor porcentaje de automedicación corresponde a tranquilizantes, alcanzando al 14% de sus consumidores. La edad de inicio promedio de los uruguayos es 27 años, siendo la edad más frecuente de inicio los 20 años. Las mujeres presentan mayor precocidad en el inicio del consumo por su cuenta.

Marihuana

Descripción del consumo

La marihuana sigue siendo la droga ilegal más consumida en el Uruguay. Cerca de 200.000 uruguayos, (12.2% de la población representada) han experimentado con esta droga. En el último año lo ha hecho un 5.2% de la población, la mayoría de los cuales son consumidores ocasionales o frecuentes de la misma. Teniendo en cuenta la edad de inicio este dato señala que casi la mitad de los que han experimentado alguna vez con la sustancia, continuó su uso.

El consumo de los últimos 30 días es declarado por 3 de cada 100 personas en la población general (los considerados consumidores habituales), y en los jóvenes de entre 18 y 25 años este porcentaje se triplica. En efecto, como se puede observar en figuras 11 y 12 hay una importante diferencia en la distribución del consumo según sexo, rango de edad y área geográfica. Allí encontramos que controlado por rango de edad y sexo, la mayor prevalencia se dan entre los 18 y 34 años, constituyendo la base más importante de consumidores, concentrando el 68% de personas que han experimentado con la marihuana. En los menores de edad (12 a 17 años) las diferencias por sexo son mínimas.

En los últimos 12 meses se ha incorporado por primera vez al consumo de marihuana aproximadamente un 1% de la población estudiada (15000 personas). Un dato importante a destacar es que el perfil de estos nuevos usuarios no presenta diferencias por sexo y en cuanto a la edad de inicio promedio es similar a la distribución general. Por área geográfica encontramos que el porcentaje de nuevas incorporaciones es mayor en el Interior del país. Esto nos presenta un panorama donde la tendencia es a la incorporación de más mujeres al consumo y una dinámica de crecimiento más rápida en el Interior del país, ampliándose en consecuencia la base de consumidores.

Tabla 15: Consumo marihuana controlado por área y sexo.

	Experimentación	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
General	12.2	5.2	3.3
Montevideo	16.7	7.6	5.0
Interior	6.6	2.0	1.0
Hombre	16.6	7.5	5.0
Mujer	8.3	3.0	1.7

Base: Total de la muestra.

Figura 7: Experimentación con Marihuana según área y rango de edad

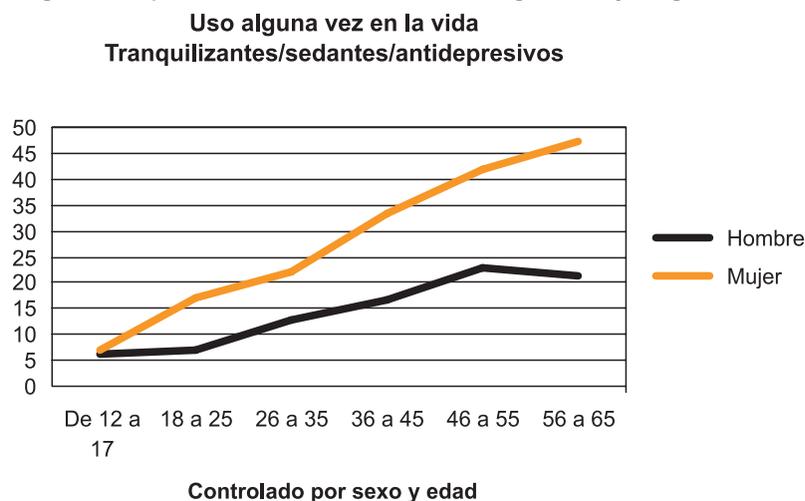
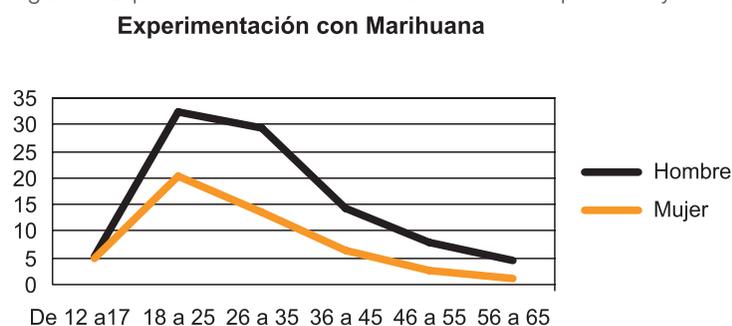


Figura 8: Experimentación con Marihuana controlado por edad y sexo.



Controlado por sexo

Dinámica del consumo

La edad de inicio promedio de los uruguayos¹² es de 18 años no presentándose diferencias significativas por sexo o por área geográfica.

Del total de personas que consumió marihuana alguna vez en la vida:

- El 57% que ha probado marihuana no ha consumido en los últimos 12 meses (ex - consumidores).
- Uno de cada diez consumidores ha consumido una sola vez en el último año.
- Aproximadamente el 53% de los consumidores del último año tiene un consumo bastante intenso (mínimo varias veces mensualmente).
- Uno de cada diez consumidores del último año la consume diariamente.
- En el 70% de los casos, la frecuencia de consumo declarada tiene un nivel de consolidación importante ya que la misma tiene una duración mayor a un año.

Perfil de consumo según las principales variables de control:

- Por sexo : mayor intensidad de consumo en los hombres respecto al uso ocasional, en los consumidores diarios no se presentan diferencias.
- Por área geográfica: para el uso ocasional hay una mayor intensidad en los montevideanos, en el consumo diario, hay un mayor porcentaje en los consumidores del interior del país.
- Por rango de edad: el consumo “algunas veces en el año” es el patrón predominante para todos los rangos etáreos.

Tabla 16 : Frecuencia de consumo Marihuana

	Una sola vez	Algunas veces en el año	Algunas veces mensualmente	Algunas veces semanalmente	Diario	TOTAL
GENERAL	10.8	36.5	22.5	19.1	11.2	100
HOMBRE	7.8	37.0	24.5	19.1	11.6	100
MUJER	17.3	35.4	18.1	19.0	10.0	100
MONTEVIDEO	10.1	35.9	23.4	19.9	10.7	100
INTERIOR	13.8	39.2	18.2	15.1	13.6	100

Base: Consumidores últimos 12 meses

Tabla 17 – Permanencia del consumo

Tipo de consumo	Porcentaje
Ininterrumpido	19.6
Por largos períodos	19.1
Ocasional	60.9
TOTAL	100

Base: Consumieron Marihuana últimos 12 meses

Tabla 18. – Tiempo que hace que consume con esa frecuencia.

Consumo	Porcentaje
Durante los últimos 30 días	5.2
Hace mas de un mes y menos de un año	21.5
Hace mas de un año	71.9
No contesta	1.4
TOTAL	100

Base: Consumieron Marihuana últimos 12 meses

Dependencia.

El 33% de los consumidores de los últimos 12 meses presentan por lo menos dos respuestas positivas en el módulo que mide Dependencia. Este porcentaje varía significativamente por la frecuencia de consumo, alcanzando al 60% de los que consumen como mínimo algunas veces semanalmente.

Tabla 19. Dependencia: Dos respuestas positivas a indicadores de dependencia controlado por intensidad de consumo.

Frecuencia	%
Una sola vez /algunas veces en el año	29.8
Algunas veces mensualmente	34.8
Algunas veces semanalmente	56.9
Diariamente	57.9



General: 33.5%

Cocaína.

Descripción del consumo

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en el Uruguay. Aproximadamente 64.000 personas declararon haber consumido cocaína en alguna oportunidad en su vida (4.0% de la población de entre 12 y 65 años) duplicando el porcentaje obtenido en el estudio del 2001.

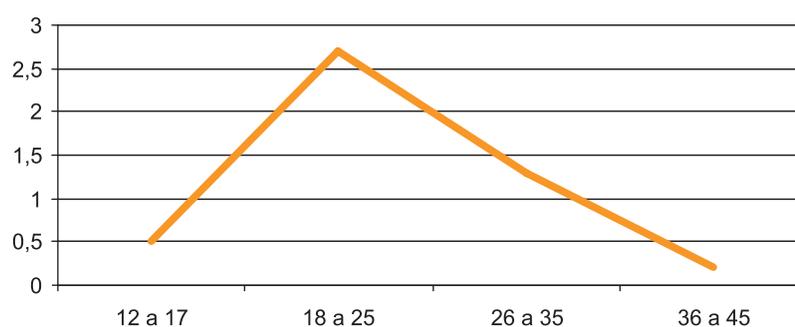
El consumo es básicamente masculino (7 de cada 10 experimentadores son hombres) y fundamentalmente se da en Montevideo. En cuanto a la edad, el consumo se manifiesta entre las personas menores de 35 años, especialmente entre los 25 y 35,. En cuanto al consumo habitual, uno de cada mil uruguayos menores de 30 años manifiesta haberla consumido en los últimos 30 días.

Tabla 20: Consumo Cocaína según área y sexo.

	Experimentación	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
General	4.0	1.4	0.8
Montevideo	5.9	2.1	1.2
Interior	1.7	0.6	0.2
Hombre	6.2	2.3	1.4
Mujer	2.0	0.7	0.3

Figura 9: Experimentación Cocaína según rango de edad.

Consumo según edad

**Dinámica del consumo**

La edad de inicio promedio para la experimentación con Cocaína es de 17.31 años, siendo los hombres más precoces que las mujeres, que en promedio, iniciaron la experimentación próximo a los 19 años. El 68.% de las personas que en el último año declaró haber consumido Cocaína probó por primera vez esta sustancia hace más de un año. La mayoría de los consumidores declara un uso ocasional de la misma y por períodos también ocasionales. Estos datos reflejan un uso básicamente ocasional y esporádico de la misma, aunque encontramos aproximadamente un 30% de usuarios frecuentes (varias veces mensualmente, varias veces semanalmente, diariamente). Por sexo y área, encontramos una mayor frecuencia de uso en Montevideo y en los hombres menores de 30 años.

Tabla 21 Frecuencia de consumo Cocaína.

Frecuencia de consumo	Porcentaje
Una sola vez	20.1
Algunas veces durante los últimos 12 meses	50.0
Algunas veces mensualmente	25.8
Algunas veces semanalmente	3.0
Diariamente	1.1
TOTAL	100

Base: Consumidores últimos 12 meses

Tabla 22: Cuanto tiempo hace consume Cocaína con esa intensidad.

Tiempo que consume con esa intensidad	%
Durante los últimos 30 días	5.1
Hace mas de un mes pero menos de un año	22.0
Hace mas de un año	68.0
No contesta	4.9
TOTAL	100

Tabla 23: Tiempo que hace que consume Cocaína

Entre la primera vez y la última que ha consumido....	%
Ininterrumpidamente	4.7
Por largos períodos	16.3
Ocasionalmente	73.5
No contesta	5.6
TOTAL	100

Dependencia.

El 44% de los consumidores de los últimos 12 meses presentan por lo menos dos respuestas positivas en el módulo que mide Dependencia. Este porcentaje varía significativamente por la frecuencia de consumo, alcanzando al 100% de los que consumen como mínimo algunas veces mensualmente, haciéndose evidente el alto poder adictivo de esta sustancia. No se presentan diferencias significativas por área geográfica o rango de edad pero si por sexo, donde las mujeres tienen una auto-percepción del consumo mucho más problemática que los hombres.

Tabla 38 Dependencia: Dos respuestas positivas a indicadores de dependencia controlado por intensidad de consumo.

Frecuencia	%
Una sola vez /algunas veces en el año	41.4
Algunas veces mensualmente	61.2
Algunas veces semanalmente	100
Diariamente	100



General: 44 %

Pasta Base

A partir del año 2002 aparece en Uruguay el consumo de una nueva sustancia (denominada comúnmente como Pasta Base). Esta sustancia, que no registraba consumo en el anterior estudio del 2001, tiene gran visibilidad en virtud de sus efectos y fundamentalmente por producirse su consumo en los segmentos sociales mas vulnerables. Ha provocado una importante alarma social, amplificando a nivel del imaginario social la presencia de la misma.

Los resultados muestran que la experimentación con pasta base, para toda la población alcanza apenas al 0.8% y en Montevideo al 1%. Sin embargo, el consumo de esta sustancia está concentrada geográficamente y socioculturalmente en las zonas más vulnerables desde el punto de vista económico y social de la periferia de Montevideo y zona noroeste. En estas zonas, la prevalencia alcanza aproximadamente al 8%. La gran mayoría de los usuarios de Pasta Base consumieron previamente Inhalantes (40%) y Cocaína (82%)

Como perfil general encontramos:

La experimentación se manifiesta en las poblaciones más vulnerables.

Existe una concentración geográfica importante del consumo.

La edad promedio de inicio es de 19.59 años.

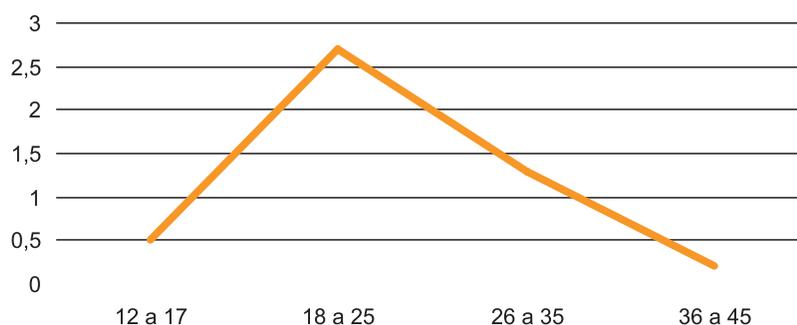
Se manifiesta mayoritariamente en hombres menores de 30 años y específicamente en la franja de 18 a 25 años de Montevideo, cuyo porcentaje de consumo alcanza al 4.4%.

En más del 80% de los casos, la iniciación en el consumo de otras drogas ilegales es previo y fundamentalmente Inhalantes (edad de inicio 16.27 años) y Cocaína (edad de inicio 17.31)

Tabla 39: Consumo PBC según área y sexo.

	Experimentación	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
General	0.8	0.3	0.1
Montevideo	1.0	0.4	0.2
Interior	0.5	0.1	0.1
Hombre	1.2	0.5	0.2
Mujer	0.4	0.1	0.1

Figura 16. Consumo Pasta Base según rango de edad.
Consumo según edad



El promedio de edad de inicio es algo superior a los 19 años y es una de las más altas del conjunto de sustancias indagadas. Su reciente aparición hizo que las primeras experimentaciones ocurrieran dentro de un grupo de consumidores de otras sustancias y se “animaron” a la prueba de la nueva. Sin embargo, estudios complementarios¹³ indican que esta tendencia se está revirtiendo y ya aparecen consumidores de menor edad e incluso resulta la droga ilegal de inicio para algunos sectores juveniles. Es decir, con su aparición un alto porcentaje de consumidores de Inhalantes y Cocaína se “pasaron” a esta sustancia, tanto por funcionalidades propias de la sustancia como también por su costo.

De las personas que en el último año declararon haber consumido Pasta Base el 50% probó por primera vez esta sustancia hace más de un año, siendo una de las sustancias con menor historial de consumo. Seis de cada 10 consumidores declaran un uso ocasional de esta sustancia y por períodos también ocasionales aunque para ambas preguntas hay un importante conjunto de personas que no quisieron responder. Existe igualmente un importante segundo perfil de consumo que abarca el 40% de los usuarios donde se presentan frecuencias de consumo altas (varias veces mensualmente, semanalmente, diariamente). Por sexo y área, encontramos, al igual que con la Cocaína, una mayor frecuencia de uso en Montevideo y en los hombres menores de 30 años.

13 El estudio realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas “Niños en situación de calle” en Noviembre 2006 reporta edades de inicio tempranas, y en algunos casos iniciales en el consumo de Pasta Base en jóvenes que a esa fecha sus edades se encontraban en el entorno de los 13 años.

Tabla 40: Frecuencia de consumo PBC.

Frecuencia de consumo	Porcentaje
Una sola vez	21.2
Algunas veces durante los últimos 12 meses	37.7
Algunas veces mensualmente	13.5
Algunas veces semanalmente	10.6
Diariamente	17.0
TOTAL	100



El 60% de los usuarios presenta signos de dependencia a PBC

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Tabla 41: Tiempo que hace que consume PBC

Tiempo que consume con esa intensidad	%
Durante los últimos 30 días	5.3
Hace mas de un mes pero menos de un año	20.9
Hace mas de un año	52.7
No contesta	21.1
TOTAL	100

Tabla 42: Forma de consumo PBC.

Entre la primera vez y la última que ha consumido....	%
Ininterrumpidamente	10.2
Por largos períodos	21.3
Ocasionalmente	62.1
No contesta	6.4
TOTAL	100

Dependencia.

Casi el 60% de los consumidores de los últimos 12 meses presenta por lo menos dos respuestas positivas en el módulo que mide dependencia, siendo ésta la sustancia que presenta mayor número de usuarios con signos de uso problemático. Al igual que para la Cocaína, las mujeres manifiestan una percepción del consumo problemático muy superior al de los hombres, pese a que éstos presentan una intensidad de consumo mayor.

Consumo de Otras Drogas

Para el resto de las sustancias indagadas (ver tabla 43) se observa un uso marginal y esporádico para todas ellas. El hashis y los alucinógenos son las que presentan la mayor prevalencia de experimentación alguna vez en la vida. Se destaca la presencia de Éxtasis que no registraba consumo en el 2001 y ahora aparece con una prevalencia de vida del 0.7%. Al contrario de lo que ocurre con la Pasta Base, el diferente segmento socio-educativo de los consumidores, sus factores de utilidad (droga de carácter básicamente lúdico y en discotecas) la hacen más "invisible" al imaginario social. Si bien el uso declarado es muy esporádico, debemos consignar que en todos los casos declararon haber consumido alcohol simultáneamente, lo cual aumenta los riesgos de su consumo.

En cuanto a las edades de inicio, salvo el caso de Inhalantes, son superiores a la de Tabaco, Alcohol y Marihuana. El uso de drogas inyectables es declarado por el 0.3% de la población investigada, manteniéndose respecto al 2001 la prevalencia marginal de esta práctica. Asimismo, no se presentan casos de intercambio de jeringas.

Tabla 43: Consumo alguna vez en la vida Otras Drogas.

Sustancia	Prevalencia de VIDA.	EDAD DE INICIO
Inhalantes	0.6	17.63
Hashis	1.5	20.70
Crack	0.2	19.92
Éxtasis	0.7	22.87
Heroína	0.2	18.39
Opio	0.2	22.99
Morfina (Sin prescripción médica)	0.1	19.43
Alucinógenos	1.2	20.75
Ketamina	0.2	20.27
Otras drogas	0.4	19.85

Factores de Riesgo y Protección.

Principales emergentes:

Una de cada 5 personas considera de bajo riesgo el consumir cigarrillos o alcohol frecuentemente.

Para las drogas ilegales la percepción del riesgo es muy diferente según su uso sea ocasional o frecuente. Según la sustancia, también se presentan altos porcentajes de “no saber que riesgo se corre”.

La Pasta Base es la sustancia con mayor percepción del riesgo, tanto en su uso ocasional como frecuente.

En contrapartida, el consumo de Marihuana dentro de las ilegales cuenta con una percepción del riesgo relativamente baja. Uno de cada dos encuestados manifiesta que el riesgo de su uso ocasional es bajo.

Por área geográfica encontramos que la percepción del riesgo es menor en Montevideo que en el Interior.

Para todos los casos, la percepción del riesgo es menor en los hombres que en las mujeres, para casi todos los tramos de edad.

Para las drogas ilegales, el rango de edad, para ambos sexos, con menor percepción del riesgo se da entre los 18 y 25 años.

Indicadores de Riesgo : Predisposición al consumo

Tabla 44 : Curiosidad por probar drogas ilegales (en %)

	Curiosidad por probar	Probaría si tuviera oportunidad
GENERAL	7.2	3.2
Hombre	7.8	3.7
Mujer	6.6	2.9
Montevideo	8.3	4.0
Interior	5.9	2.4

Por lo menos existen 64.000 personas que potencialmente consumirían en el futuro alguna droga ilegal. De éstos, 6000 son menores de edad.

Indicadores de Riesgo 3: Consumo en el entorno.

En el 40% de los hogares hay exposición al humo ambiental de Tabaco y alta presencia de Alcohol y Marihuana.

La tenencia de amigos o familiares que consuman alcohol en exceso no interviene en forma significativa en el consumo personal de la misma sustancia u otras. Cabe mencionar que el consumo de alcohol presenta una magnitud muy importante y legitimada en nuestra sociedad (tanto en uso como abuso por ingesta) como para constituirse en un factor ambiental relevante.

El consumo en el entorno de drogas ilegales sí constituye un factor de riesgo muy importante. Si bien es indiscutible que para el consumo recreativo o ritual debe pre-existir un ambiente de consumo es significativa la magnitud de la diferencia, presentando tasas de consumo 10 veces superiores o más en algunas sustancias (Marihuana, Cocaína). La chance de haber probado una sustancia ilegal es más alta en Montevideo y para la población masculina. Entre los 18 y 35 años la probabilidad de consumo alcanza a casi la mitad de la población. Asimismo, estos segmentos son los más vulnerables al consumo ya que en estos tramos de edad es donde se manifiesta el mayor consumo. Uno de cada cinco encuestados tiene por lo menos un amigo o familiar que abusa del alcohol. En la misma proporción tiene por lo menos un amigo o familiar que consume drogas ilegales. El 44% de las personas a las que se les ha ofrecido drogas ilegales en alguna oportunidad las han probado. El 12% es hoy consumidor habitual de las mismas.

Tabla 45: % de consumidores en entornos y vínculos cercanos.

	En La casa	Amigos mas cercanos	Compañeros de estudio o trabajo(*)
Cigarrillos diariamente	40.6	-	-
Alcohol diariamente	15.2	-	-
Marihuana	4.9	16.5	14.7
Cocaína	1.8	6.0	4.8
Pasta Base	1.8	4.1	2.8
Otras Drogas	1.4	3.2	2.8

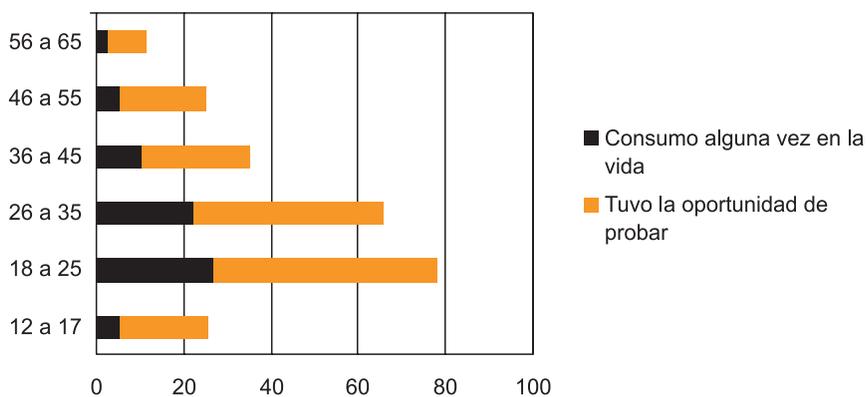
Base: Todos los encuestados.

Base(*). Personas que estudian y / o trabajan.



Aproximadamente en el 6% de los hogares se consume alguna sustancia ilegal. En el 40% de los hogares uruguayos hay exposición al humo ambiental de Tabaco.

Figura 17: Posibilidad de consumo y consumo efectivo.



Indicadores de Riesgo : Oferta de Drogas.

A 87.295 uruguayos le han ofrecido para comprar o probar una droga ilegal en los últimos 30 días. Menos del 10% de las personas declara que le sería "imposible" conseguir drogas ilegales.

Demanda de tratamiento

En relación a la búsqueda de ayuda profesional para dejar o disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, (alcohol, tabaco o drogas ilegales) un 2.5% de los encuestados contesta afirmativamente, representado casi 40.000 personas. En cuanto a familiares que se encuentren en tratamiento por la misma problemática fue contestado afir-

mativamente por el 4.5% de los encuestados.

Los lugares más frecuentes de consulta resultan ser Alcohólicos y Narcóticos Anónimos.

Del total de personas que declara haber consumido alguna de estas sustancias, son más las mujeres las que no han buscado ayuda profesional (98%), del interior del país (98%) y adolescentes (99,7%) y jóvenes (98%).

Por el contrario, las que más han buscado ayuda, son hombres (3%), de Montevideo (3%) y adultos de 46 a 55 años (4%) y de 56 a 65 años (4%).

Cuando se indaga acerca de si algún miembro de su familia ha estado en tratamiento por consumo de sustancias, 96% de la muestra contesta de forma negativa, mientras que 4% lo hace positivamente; de estos últimos, 3% dice que el familiar estuvo en tratamiento y 1% que está en la actualidad.

Tabla 66. ¿Alguna vez buscó ayuda profesional?

Buscó ayuda	Porcentaje
Si	2.5
No	97.5
Total	100.0

→ Lugar

Alcohólicos Anónimos	40.8
Narcóticos Anónimos	14.6
Grupos autoayuda problemas de tabaco	5.7
Comunidades Terapéuticas	8.9
Hospitales particulares	12.4
Consultorios externos	3.4
Clínicas psiquiátricas	1.7
Centros de desintoxicación	10.0
Hospitales generales	16.4
Centro de salud mental	1.8
Iglesias / comunidad religiosa	8.6
Portal Amarillo.	1.6
Otros	7.0



106.000 personas han estado en tratamiento alguna vez. 60% son hombres y el 70% corresponde a Montevideo

Familiar que está o estuvo en tratamiento	%
Si	4,1
No	95,6
No contesta	,2
Total	100,0

→

El 30% de ellos continúa tratamiento (representa aproximadamente 20.000 personas.

Conclusiones

El cambio de tendencias en el consumo de drogas ilegales: consumidores menos marginales

Es ampliamente conocido y aceptado que a lo largo de toda la historia y en todas las sociedades humanas existió el uso de drogas. Variando el sentido, las formas y los patrones de consumo, siempre hubo consumo y la sociedad (y su momento histórico), decide, según criterios de funcionalidad propios, cuales son aceptadas (legales) y cuales no. Hasta la década de los 80, el problema de las drogas se limitaba a un pequeño grupo de usuarios, a los cuales se le llamaba “adictos”, “drogadictos” y algún otro calificativo estigmatizador y al control represivo del narcotráfico. El esfuerzo en la explicación y tratamiento del tema entonces estaba dominado por el discurso toxicológico o psiquiátrico. Desde lo sociológico, una de las trabas más importantes al desarrollo teórico, fue justamente la influencia o adscripción a las denominadas “teorías de la desviación”, las cuales no alcanzaron nunca para explicar un fenómeno tan complejo como el consumo de drogas. Hoy la concepción ha cambiado. Las drogas son una mercancía más, regulada por el juego de la oferta y demanda. Hoy los consumidores son menos marginales y este consumo atraviesa todas las capas sociales. Hay cambios tanto en la disponibilidad como en la tolerancia según indican los resultados

Datos de Consumo: tendencias preocupantes.

El **alcohol** es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (accidentes de tránsito y laborales, violencia doméstica y social, problemas de salud, alcoholismo, etc.).

El abuso regular de alcohol puede provocar además de una intensa dependencia psicológica, pérdida de la memoria, dificultades cognitivas y demencia alcohólica. Por otro lado, en el plano orgánico puede generar diversos problemas de salud: gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepática, cardiopatías, tolerancia y dependencia física.

A la luz de los datos expuestos en el Informe, se observa que el consumo de alcohol pasó de ser un complemento, donde el abuso no era lo habitual ni lo permitido, a una cultura también esporádica, de fin de semana o situaciones de fiesta, pero donde el abuso está más socializado, plenamente integrado y legitimado en la vida cotidiana, atravesando todas las capas sociales.

Se observa además, una equiparación en el consumo por sexo, que hasta el siglo pasado perduraba como una variable discriminante.

El hecho de ser legal, la alta aceptación social de su consumo, el estímulo permanente a través de los medios de comunicación y la alta disponibilidad, son factores que intervienen en la probabilidad de su experimentación y el consecuente riesgo de dependencia.

Inmersos en una MATRIZ CULTURAL que legitima ampliamente el USO de Drogas Legales como el Alcohol (y el Tabaco), el desafío es minimizar los efectos negativos y de riesgo que los consumos abusivos presentan.

Las estrategias promocionales de la salud, las campañas y las políticas preventivas deben necesariamente tomar en consideración estos aspectos a la hora de su diseño

Por estas razones, la Junta Nacional de Drogas, prioriza la prevención del consumo de alcohol y de las conductas de abuso e intoxicaciones agudas de alcohol en la población, con especial énfasis en el segmento juvenil.

El tabaco: El presente estudio da cuenta de un leve descenso en las prevalencias de consumo habitual y de un importante incremento de las percepciones de riesgo asociadas a él, en comparación con los datos de los estudios anteriores

El tabaco parece estar “perdiendo prestigio” lentamente en la jerarquía de las drogas, seguramente como consecuencia de los esfuerzos preventivos realizados del 2004 a la fecha.

Otro dato relevante es el **alto porcentaje de consumo de tranquilizantes y antidepresivos** en la población investigada. En el Uruguay, la tolerancia social al uso (y abuso) de psicofármacos es muy alta y la automedicación de éstos (psicofármacos, hipnóticos, ansiolíticos y estimulantes) es muy importante y se ve reflejado en los datos obtenidos. Esta automedicación tiene un importante peso en el segmento femenino. De esta forma, pese a las disposiciones vigentes, existe tolerancia y por ende disponibilidad de estas sustancias fuera de control médico, integrando el patrón de hábitos de consumo tóxico.

El presente estudio da cuenta de un significativo **aumento de la experimentación y uso habitual de la marihuana** acompañada también de una importante disminución de las percepciones de riesgo tanto de la experimentación como del uso frecuente.

Este cambio en los patrones de consumo podría estar dando cuenta de la progresiva normalización del uso de marihuana, la más consumida de las drogas ilegales. Parece existir hoy día, y sobre todo en determinados sectores sociales, una percepción de cierta “inocuidad” de esta sustancia, sobre todo en comparación con la visible construcción del “problema de la pasta base”.

Los resultados **no confirman el mito sobre la invasión de la PBC a la sociedad uruguaya** ni sobre una alta penetración en la sociedad. Tanto los datos de Prevalencia, como la altísima percepción del riesgo de su uso dan cuenta que las tasas de uso son incluso bastante menores que el uso de Cocaína. Sin desmedro de esto, encontramos que el consumo tiene su “anclaje” en las poblaciones más vulnerables, con escasos activos familiares y sociales e inmersos en una cultura de la transgresión. Y si bien la tasa general de consumo es menor al 1%, se encuentra en este estudio que el porcentaje se multiplica por ocho en zonas específicas de Montevideo. Este dato explica en parte la gran alarma general respecto a su uso y a las consecuencias debido a las características detalladas anteriormente y el grave daño que ocasiona esta sustancia en el corto plazo.

Actitudes y opiniones ante el consumo de drogas.

Respecto a la percepción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, podría afirmarse que las sustancias legales están valoradas de una forma marcadamente menos riesgosa que las ilegales, ya que la percepción de peligrosidad de las mismas se separa de forma notoria en relación a las sustancias ilegales, las cuales, sin un criterio técnico veraz y confiable, son percibidas como más riesgosas.

La legalidad- ilegalidad de las sustancias parece definir entonces la percepción del riesgo de la mayoría de la población uruguaya, sin tener en cuenta, una vez más, los datos que surgen del análisis sistemático de la incidencia de unas y otras Drogas en términos de Salud Pública y de incidencia en la Mortalidad de la población según edad fundamentalmente.

De todos modos, la percepción del riesgo del consumo de Marihuana es cada vez menor, en parte explicado por la creciente legitimidad que su consumo ha adquirido en el plano juvenil. Sin embargo, los estudios que en forma sistemática ha realizado el Observatorio Uruguayo de Drogas verifican la no inocuidad de esta sustancia en su uso habitual. Este mismo estudio arroja, tanto una continuidad en su uso luego de su experimentación como así también la verificación, por parte de los encuestados, de una dependencia a la misma.

En forma general, los datos obtenidos no reflejan que esta situación de consumo sea estable. Por lo menos siete de cada 10 uruguayos manifiestan la curiosidad del consumo de drogas ilegales en el futuro. La alta disponibilidad y oferta de las mismas son factores importantes de riesgo puestos de manifiesto en este estudio. La población más vulnerable es la que se encuentra entre los 18 y 35 años, altamente expuesta al consumo y con mayor porcentaje de predisposición. Tener en cuenta esta situación en las tareas preventivas y de información focalizadas en estos segmentos se transforman en prioridad para desacelerar este proceso.

El papel del Estado

Si bien en los últimos tres años se han reforzado las acciones tendientes a la represión de la oferta, reducción de la demanda (prevención) y especialmente al tratamiento, con la creación de la Red Asistencial y la referencia del Portal Amarillo, hay un gran desconocimiento de las personas respecto a esto. Es minoritario el porcentaje de personas que conocen los organismos responsables de las acciones y en forma más grave, de los medios disponibles tanto para la denuncia como para el tratamiento de las adicciones¹⁴. Esto genera, además de una evaluación negativa de la labor del Estado, la no disponibilidad de ciertos recursos que existen y las personas desconocen entonces una serie de recursos con los que sí cuentan.

14 Por más detalle para esta información remitirse al Informe completo en www.infodrogas.gub.uy "Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas".

2. III Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media – Uruguay 2007

Autoría: El diseño, dirección y supervisión del estudio fue realizado por el personal del Observatorio Uruguayo de Drogas. Colaboraron en la supervisión de campo el Sr. Gustavo Chaine y los asistentes externos contratados para esta tarea, Lic. Carla Sachi y Lic. Natalia Solari.

La muestra fue realizado por Lic. Daniel Sucazes, asesor de CICAD- OEA.

El trabajo de campo y el ingreso electrónico de datos fue asignado a la Facultad de Ciencias Sociales mediante convenio de la Secretaría Nacional de Drogas con Pro-Fundación de Ciencias Sociales. Alexa Cuello, Damián Arboleda, Gustavo Ledesma, Mariana Fortunato, Patricia Estefanell, Pierina Rapetti, Rocío Severino, Viviana Iriart y Tatiana Juri fueron los facilitadores encargados de la aplicación de la encuesta. El equipo docente encargado de la coordinación estuvo integrado por el Lic. Hugo de los Campos y el Lic. Pablo Heins.

El procesamiento estadístico y la redacción del Informe fue realizado por Lic. Rosina Tricánico (Observatorio Uruguayo de Drogas¹⁵).



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito



Prólogo

Los estudios en la población escolarizada están considerados como uno de los medios más eficientes de diagnóstico sobre uso de drogas en los jóvenes y de proyección sobre el consumo de drogas en el futuro. En este contexto, la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDD) viene brindando desde el año 1999 apoyo técnico y financiero a seis países en la implementación del Proyecto Subregional de Información e Investigación sobre el Uso Indebido de Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Con el proyecto se busca generar datos e información actualizada sobre el consumo de drogas en cada país, alimentando también los Observatorios Nacionales de Drogas de los países mencionados.

A partir del 2005, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA/CICAD) se incorporó como socio de este proyecto, brindando apoyo financiero y asistencia técnica para el diseño y la unificación metodológica a desarrollarse en los estudios. Es importante realizar la cooperación mutua que han iniciado estos dos organismos multilaterales en beneficio de los seis países.

Bajo este marco, los países miembro del proyecto subregional han realizado en el año 2007 estudios nacionales de drogas en estudiantes secundarios. Dichos estudios, además de entregar un diagnóstico actualizado, válido y confiable sobre la magnitud del uso de drogas y factores de riesgo/ protección asociados al uso de estas sustancias en la población adolescente escolarizada, entregan también información desagregada por provincias o regiones según sea el caso, en cada uno de los países. Los estudios permiten por primera vez contar con información comparable entre los países que forman parte del proyecto subregional, teniendo en cuenta que todos los países integrantes han seguido la misma metodología y el mismo cuestionario.

¹⁵ El Informe completo se encuentra disponible en www.infodrogas.gub.uy. "Tercera Encuesta Nacional y Cuarta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.

La información que figura en este informe es resultado del trabajo coordinado entre las autoridades gubernamentales de los organismos rectores en materia de control de drogas de cada uno de los seis países, de los respectivos gobiernos locales, de los responsables del proyecto por parte de ONUDD y de OEA/CICAD, y de los expertos científicos que han colaborado en los grupos de trabajo. Tanto a unos como a otros queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos.

Introducción

Se presenta en esta edición la Tercera Encuesta Nacional y Cuarta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Mas allá de los resultados obtenidos y las variaciones en el consumo registradas entre 2003, 2005 y 2007, es necesario previamente hacer referencia a algunos aspectos fundamentales respecto a la problemática del consumo de drogas de modo de orientar la lectura de los datos.

El cambio de tendencias: Alta experimentación y consumidores menos marginales

El consumo en la población de estudiantes de enseñanza media referido a las drogas ilegales, no refleja un problema “epidémico”, pero sí se observa la expansión del consumo experimental de ciertas sustancias como la Marihuana. También se identifica un cambio de patrón de consumo en el alcohol que eleva considerablemente los niveles de abuso de esta sustancia por ingesta. Por eso resulta de vital importancia mantener un monitoreo permanente por un lado, y las acciones preventivas y de información por el otro.

Jóvenes

Una de las falacias más difundidas y arraigadas en el imaginario colectivo es la que asocia “drogas- juventud” y focaliza “el problema de las drogas” en los adolescentes y jóvenes, al tiempo que se excluye la referencia al consumo muchas veces de mayor dimensión y riesgo) de otros grupos etáreos (principalmente los adultos).

Si bien es posible situarse en lo que podría llamarse “mundo joven” y apreciar que en él se tiende a relacionar a ciertas drogas (especialmente marihuana y alcohol) con atributos muy valorados por los jóvenes como el placer, la diversión, el cuerpo, la inmediatez de vivir el momento, etc., también es importante resaltar que la necesidad de experimentar nuevas sensaciones se acentúa en esta etapa de la vida en la cual la persona está buscando “definirse” y/o “descubrirse”.

Sin embargo, la alusión referida a los jóvenes o a un “mundo joven” obliga a reconocer la diversidad implícita en dichas categorías y a resaltar las grandes dificultades que se presentan al intentar describir acertadamente a un grupo tan heterogéneo como el de los jóvenes uruguayos.

Considerar a los usuarios de drogas como personas (por lo general jóvenes) desprolijas, vagas, con alta probabilidad de delinquir o predispuestas a reaccionar de modo violento y agresivo, no sólo implica fallar en la identificación de muchos casos de consumo, sino que contribuye a la exclusión social de personas ávidas de atención y sobre todo, de afecto y vínculos sociales saludables.

En síntesis, es posible distinguir diversos “mundos de sentido” relacionados con los contextos de consumo de las drogas. Ello obliga a intentar dar cuenta de su funcionamiento, de sus códigos y lenguajes para acceder a esos “mundos” y comprenderlos. Por lo tanto, ese es el desafío permanente que se le plantea a cualquier iniciativa de investigación o abordaje científico de la temática del uso de drogas.

En esta Investigación, los grupos de estudio están conformados básicamente por un segmento etéreo cuya edad representa la adolescencia, o sea el final de la niñez y la construcción de estructuras adultas de la personalidad.

La búsqueda de lo novedoso, la necesidad de experimentar y conocer, la rebeldía frente a normas, la omnipotencia juvenil, sintiéndose inmunes ante todo, como ser a la adicción, embarazo, o enfermedades graves, son elementos de vulnerabilidad propios de esa edad. En este período comienza una mayor autonomía, la conformación de grupos de pares, las actividades grupales (fiestas, bailes), en definitiva, comienza una nueva etapa de aprendizaje social, siendo posible entonces, que la experimentación con drogas pueda encontrar en esta etapa un lugar.

Por último, interesa resaltar algunas consideraciones que deberían tenerse en cuenta a la hora de leer este (y cualquier otro) informe de investigación sobre uso de drogas¹⁶, para poder realizar una interpretación y un uso adecuado de la información y las sugerencias que emanen de su lectura.

La necesidad de disfrutar, divertirse y “pasarla bien” no es algo propio de los jóvenes sino de todos los seres humanos. Asociar esas necesidades a las motivaciones para el consumo de los jóvenes resulta ser una conclusión equivocada y un modo de pensar que desconoce o niega las necesidades humanas.

La heterogeneidad del grupo de personas a las que se hace referencia cuando se habla de “los estudiantes de Educación Media” obliga a relativizar la información que se despliega en el siguiente informe y a recordar que no sólo estuvieron implicados los estudiantes de distintas áreas geográficas del país, sino que incluso dentro de un mismo centro educativo es posible resaltar diferencias respecto al nivel socio- económico, estilo de vida, valores y pautas de comportamiento de los encuestados.

Resumen Ejecutivo

La Investigación incluida en este Informe corresponde a la Tercera Encuesta Nacional y Cuarta en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Este estudio permite diagnosticar y obtener información del 60% de los jóvenes del segmento de edad que va de los 13 a los 17 años, que corresponde a la población escolarizada del país.

Los datos más preocupantes están referidos al alto consumo de alcohol y tabaco, especialmente a los porcentajes de uso habitual de estas drogas y a la también alta experimentación con marihuana, aunque en este caso el patrón dominante es el de uso esporádico u ocasional. En contrapartida, el consumo de otras drogas ilegales es marginal, no manifestándose como un fenómeno que se de en esta etapa. La pasta base, droga de reciente expansión en nuestro país y la que en los últimos años ha generado los mayores daños no tiene presencia en este sector de jóvenes, donde su consumo experimental es declarado por una muy pequeña parte de esta población.

Cabe señalar que esta droga ha irrumpido en el Uruguay con gran fuerza a partir del año 2003, registrándose su penetración fundamentalmente en los sectores juveniles no escolarizados, por lo tanto, no se consignan en el presente estudio.

Además de la alta magnitud de las prevalencias del consumo de alcohol, los patrones de uso consignados son de alto riesgo.

Con respecto al tabaco, si bien las tasas de consumo son muy altas, éstas disminuyeron significativamente respecto a los estudios realizados en 2003 y 2005. Por otro lado, se ha estabilizado la tendencia a la precocidad de su consumo debido a la importante campaña anti-tabaco que nuestro país ha realizado en forma sistemática y permanente en los últimos años.

Respecto a la marihuana, la tendencia observada es a un incremento muy importante y constante desde el 2001 hasta la fecha. La facilidad de acceso, la baja percepción del riesgo o daño de su consumo ocasional, la legitimación que ha adquirido dentro del “mundo de vida” del adolescente son factores que influyen en el incremento permanente de su consumo.

En resumen, este estudio permite presentar una visión global, y su objetivo es aportar a la descripción del consumo de drogas en los estudiantes de Enseñanza Media, de forma de dimensionar el fenómeno y aportar a la orientación de las políticas generales y al diseño de programas de prevención, reducción de la demanda y reducción de riesgos y daños.

Ficha Técnica

Población Objetivo: Población escolarizada de 2do. Año de Ciclo Básico, 1ro. y 3ro. de Bachillerato diversificado¹⁷ que asiste a Centros educativos públicos (Secundaria y Escuela Técnica) y privados.

Instrumento: Encuesta

Método de recolección: Auto-administrado.

¹⁶ Las siguientes consideraciones excluyen la relevancia de las limitaciones metodológicas de la investigación, información a la cual recomendamos acceder en el capítulo correspondiente en el Informe Final.

¹⁷ En adelante nos referiremos a estos grados como 2CB (Segundo Ciclo Básico), 1BD (Primero de Bachillerato Diversificado) y 3BD (Tercero de Bachillerato Diversificado).

Tipo de cuestionario: Cerrado

Lugar de recolección: Aulas

Diseño de la muestra: Por conglomerados, bi-etápico estratificado.

Ámbito de la muestra: Total país urbano.

Tamaño de la muestra: 6928 encuestas efectivas

Nro. de aulas encuestadas: 372

Nro. de Centros de Enseñanza: 123

Objetivos

- Estudiar la magnitud y patrones del consumo de drogas en la población objeto de estudio.
- Explorar posibles asociaciones entre las conductas de consumo y variables sociodemográficas básicas.
- Explorar posibles asociaciones entre el consumo de sustancias y determinados factores de riesgo y protección.
- Aportar conocimiento para el diseño de programas de prevención, información y reducción de riesgos en el ámbito educativo.

Principales Resultados.

Alcohol.

La mayoría de la población investigada ha experimentado con alcohol alguna vez en la vida (81.4%). La evolución en la experimentación en el período de Enseñanza Media para la población estudiada muestra que ya en Segundo CB (alumnos cuya edad promedio es de 13 años), casi siete de cada diez estudiantes han experimentado con el alcohol y que al final del ciclo, prácticamente la totalidad de los estudiantes ya lo ha hecho.

El alto nivel de experimentación con esta droga produce distribuciones no significativas, equiparándose prácticamente el consumo en hombres y mujeres. En el último año, se han incorporado a la experimentación un 25,3% de jóvenes.

Sólo cabría precisar que la existencia de un 6,5% de abstemios totales al finalizar Enseñanza Media muestran que la misma es posible, pero muy poco probable, con las actuales pautas culturales.

Profundizaremos el análisis en el 54.3% de la muestra compuesta por estudiantes que declaran haber consumido en los últimos 30 días, los que definimos como consumidores actuales. El dato más significativo lo encontramos en la propia evolución del consumo en el período estudiado, ya que partimos de un 36.8% de bebedores actuales en 2 año de Ciclo Básico (2 CB) para finalizar en un preocupante 76.4% en tercer año del Bachillerato Diversificado (3 BD).

El salto más importante lo encontramos entre 2 CB y primer año del Bachillerato Diversificado (1 BD), entre los 13 y los 15 años, donde prácticamente se duplica el porcentaje de consumidores actuales. Esto aporta un dato muy importante y es que la experimentación se da fundamentalmente antes de 2 CB, incluso antes de iniciar Enseñanza Media, pero el consumo habitual se incrementa notoriamente en este período.

Al igual que con la experimentación, no se presentan diferencias en la evolución del consumo entre Montevideo y el Interior.

Con respecto al sexo, las tasas de consumo actual en los alumnos más jóvenes (2 CB) son mayores en 10 puntos porcentuales para hombres que para mujeres, diferencia que va disminuyendo a medida que aumenta la edad. (ver tabla 2)

Tabla 1. Tabla resumen indicadores de consumo.¹⁸

Consumo	%
Nunca consumió	18,6
Alguna vez en la vida	81,4
Últimos 12 meses	70,2
Últimos 30 días	54,3
Iniciaron este año*	25,3

Tabla 2. Consumo habitual de alcohol controlado por curso y sexo.

	Hombres	Mujeres
2 CB	41,7	31,1
1 BD	68,9	60,4
3 BD	80,7	74,0

Base: Total de la muestra.

Frecuencia e intensidad de consumo

La problemática del consumo de alcohol es abordable desde dos indicadores que responden a los aspectos más importantes: la frecuencia del consumo, que mide el riesgo de dependencia y por otro lado, los episodios de abuso, que mide otros riesgos asociados (accidentes, lesiones, cuadros agudos de intoxicación, etc.

Con respecto a la frecuencia de consumo, si bien la amplia mayoría de los estudiantes declara un consumo ocasional del alcohol frecuentemente asociado a situaciones festivas (64,8%), 35,2% de los consumidores habituales (19,2% de la muestra total) declara consumir todos los días o varios días a la semana, lo que implica una situación de probable uso problemático, dado su uso regular. Uso problemático entendido como “aquel uso que tanto desde el punto de vista médico-toxicológico como desde el punto de vista socio-cultural es capaz de provocar daños tanto para el organismo como para el normal funcionamiento de las otras áreas vitales de la persona”¹⁹.

Casi el 77 % de los consumidores actuales de alcohol se han emborrachado x lo menos una vez en la vida. (Masculino 81,7. Femenino 72,2%) (2 CB: 73.7%, 1 BD: 77.5%, 3 BD: 79.8%) Tabla 3.

Tabla 3. Borracheras en los últimos 30 días

	%	% válido
Si	35,7	42,6
No	48,2	57,4
No responde	16,1	-
Total	100	100

Base: Consumidores actuales últimos 30 días.

18 Los indicadores utilizados para medir magnitud y patrón de consumo son los siguientes:

PREVALENCIA DE VIDA: Responde a la pregunta “Alguna vez has consumido...”. Es un indicador de consumo experimental.

PREVALENCIA DE AÑO: Responde a la pregunta “Has consumido en los últimos 12 meses...?”. Mide el consumo ocasional y reciente.

PREVALENCIA DE MES: Responde a la pregunta “Has consumido en los últimos 30 días..?”. Mide el consumo habitual y actual.

19 EL ABROJO (2002). Elementos para comprender el fenómeno del uso drogas: Antiguas tradiciones-Nuevos enfoques. Editada en soporte magnético.

Tabla 4. Episodios de abuso y borracheras controlado por sexo, área geográfica y curso.

	Borracheras últimos 30 días	Bebió en una salida mas de 1 litro de cerveza, o $\frac{3}{4}$ botella de vino, o 4 medidas de bebidas fuertes.
Hombre	45.3	82,6
Mujer	39.7	72,2
Montevideo	42.3	76,4
Interior	42.8	78,4
2 CB	37.3	74,9
1 BD	43.2	78,2
3 BD	46.3	78,9

Base: Total de respuestas consumidores actuales (no incluye no sabe / no contesta)

Tabla 5. Abuso de consumo en una salida en los últimos 15 días.

	%	% válido
Ha consumido en una misma salida mas de 1 litro de cerveza, o $\frac{3}{4}$ botella de vino, o 4 medidas de bebidas fuertes.	74,7	77,4
Ninguna vez consumió	21,8	22,6
Sin dato	3,5	-
Total	100	100

Base: Consumidores actuales últimos 30 días.

Tabaco.

La experimentación con Tabaco (consumió alguna vez en la vida) hallada en el presente estudio fue del 50%, pasando del 36.1% observado en 2CB a un 68.5% al finalizar el ciclo de Enseñanza Media. El consumo es superior en Montevideo que en el Interior tomado en conjunto. Las mujeres presentan un porcentaje superior a los hombres tanto en la experimentación como en el consumo habitual, donde la diferencia es significativamente mayor.

En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza al 22 % de la población estudiada. Tomado por curso, al igual que el alcohol, se incrementa notoriamente entre 2CB y 1BD (entre los 13 y los 15 años), pasando del 13% al 26.6%, porcentaje que continúa aumentando para los alumnos del 3 BD pero en porcentajes un poco menores.

Las mujeres presentan porcentajes superiores a los hombres a partir de 1 BD (15 años), confirmándose la notoria feminización del consumo. (Ver Gráfico1)

Sin embargo, comparando los resultados de este estudio con los realizados en 2003 y 2005 resulta alentadora la disminución del consumo habitual de tabaco, pasando del 30.2% en 2003 al 24.8% en 2005 y a 22% en este estudio.

De todas formas, las tasas de consumo encontradas al finalizar Secundaria (34.5%) continúan siendo superiores al promedio de la población general²⁰ por lo cual se puede señalar que de no continuar con las medidas preventivas respecto al tabaco, esta será una generación de fumadores.

La tasa de incidencia (incorporación de nuevos experimentadores y/o fumadores) en el presente año es del 10.2²¹ disminuyendo en tres puntos porcentuales respecto al 2005.

20 La tasa de consumo en población general en el 2006 fue del 31.8%, según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares realizada por la Junta Nacional de Drogas.

21 En 2005 fue 13.4%

Tabla 6. resumen indicadores de consumo

Consumo de tabaco	%
Nunca han fumado	50.0
Alguna vez en la vida	50.0
Últimos 12 meses	30.9
Últimos 30 días	22.0
Iniciaron este año	10.2

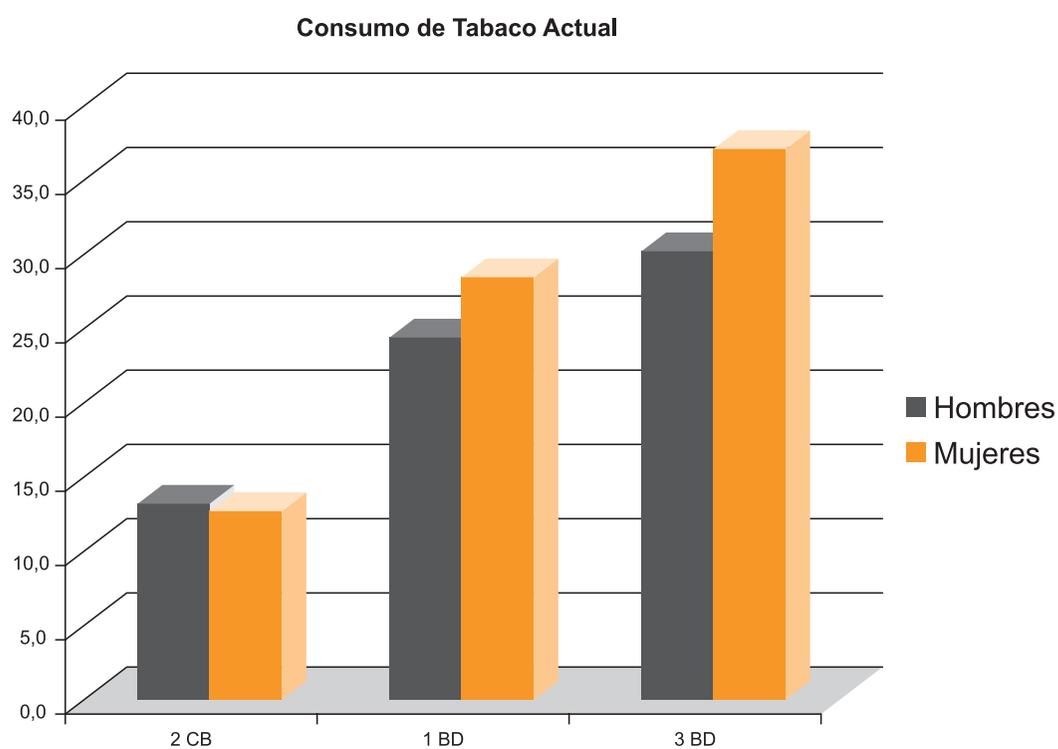
Base: Total de la muestra

Tabla 7. Consumo actual de Tabaco según variables sociodemográficas (expresado en porcentaje de fumadores de cigarrillo)

	Sexo		Área Geográfica
Varones	19,6	Montevideo	24,0
Mujeres	24,3	Interior	20,3
Curso		Ámbito Educativo	
2 CB (13 años)	13,0	Establecimiento Público	21,4
1 BD (15 años)	26,6	Establecimiento Privado	24,0
3 BD (17 años)	34,5		

Base: Total de la muestra

Gráfico 1. Fumadores actuales por sexo y curso



Marihuana.

La marihuana es la droga ilegal más consumida por los jóvenes uruguayos. Tomada la población en su conjunto, la experimentación con marihuana alcanza al 19.2%²² de los jóvenes, aumentando aproximadamente un 50% respecto al 2005. Este consumo presenta muy importantes diferencias por área geográfica y año en curso. En Montevideo, la experimentación alcanza al 25.4% de los jóvenes frente a un 13.9% del Interior del país. Controlando por curso, encontramos que en Montevideo en 3° BD la experimentación alcanza al 39.3% de los jóvenes, mientras en sus pares del interior este porcentaje llega al 27.3%. Estos datos demuestran que al finalizar Educación Media, uno de cada tres estudiantes ha experimentado con marihuana (33.3% para 3° BD a nivel nacional)

La experimentación es superior en los hombres, manteniéndose unos 10 puntos porcentuales de diferencia aproximadamente para todos los cursos. (Ver Gráfico 2)

Un 14.8% de los jóvenes ha consumido marihuana en los últimos 12 meses. El consumo actual, medido como el de los últimos 30 días, es declarado por casi el 9% , lo cual significa que del total de los jóvenes que experimentaron, casi la mitad continuaron su consumo. También para este indicador, el consumo aumentó un 50%. En cuanto a las características estudiadas hasta el momento, se presentan también en el consumo actual importantes diferencias por área geográfica, duplicando el consumo en Montevideo al de sus pares en el Interior. Desde el punto de vista de la evolución del consumo, se incrementa drásticamente entre 1 BD y 3 BD, (entre los 15 y los 17 años).

Tabla 8. Tabla resumen de indicadores de consumo.

CONSUMO	%
Nunca	80,8
Alguna vez en la vida	19,2
Últimos 12 meses	14,8
Últimos 30 días	9,0
Iniciaron este año	6.8

Base: Total de la muestra

Tabla 9. Experimentación con marihuana

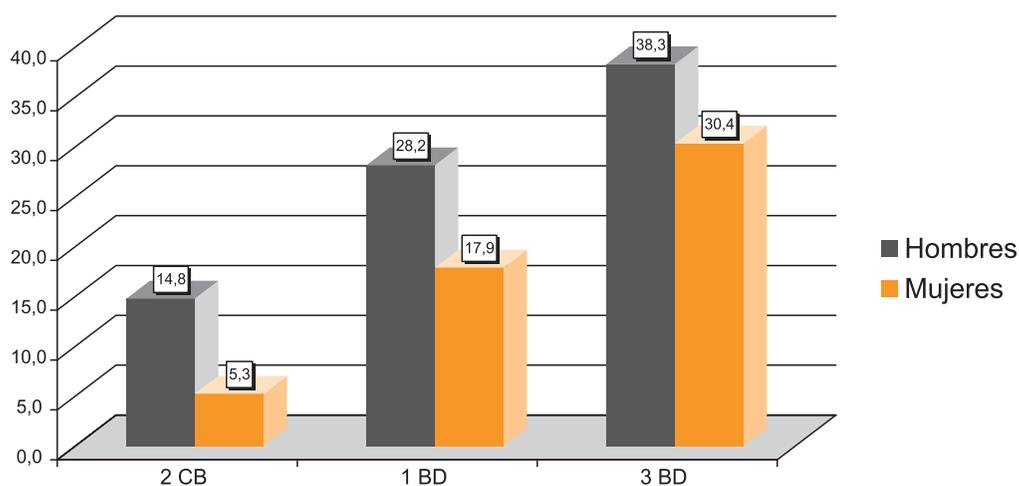
	%
Total	19.2
Montevideo	25,4
Interior	13,9
Hombre	22,9
Mujer	15,9
2 CB	10,3
1 BD	22,6
3 BD	33,3
Centro Público	17,7
Centro Privado	22,8

Base: Total de la muestra

22 En 2005 la experimentación o consumo alguna vez en la vida fue 13%.

Tabla 10. Consumo de Marihuana (últimos 30 días) según sexo, curso y área geográfica.

	Sexo		Área Geográfica
Varones	11,6	Montevideo	12,0
Mujeres	6,8	Interior	6,4
	Curso		
2 CB (13 años)	5,0		
1 BD (15 años)	10,4		
3 BD (17 años)	15,9		

Gráfico 2. Experimentación con marihuana por curso y sexo.
Experimentación con Marihuana

Cocaína.

La experimentación con cocaína es declarada por el 4,9% de la población estudiada, llegando al 6,4% en Montevideo frente a un 3,5 en el Interior. Los hombres presentan un porcentaje de experimentación que casi duplica al de las mujeres y controlado por curso, se presenta un incremento del consumo entre los alumnos de 2 CB (3,3%) los de 1 BD (5,5%) y 3 BD (7,4%).

En la Encuesta realizada en el año 2005 el consumo habitual resultaba marginal. Estos datos se modificaron incrementándose a un 1,9% de los estudiantes quienes consumieron en los últimos 30 días.

Tabla 11. Resumen indicadores de consumo

Cocaína	%
Nunca han consumido	95,1
Alguna vez en la vida	4,9
Últimos 12 meses	3,7
Últimos 30 días	1,9
Iniciaron este año	2,5

Base: Total de la muestra.

Tabla 12. Experimentación con cocaína según área, curso y sexo.

	%
Total	4,9
Montevideo	6,4
Interior	3,5
Hombre	6,5
Mujer	3,4
2 CB	3,3
1 BD	5,5
3 BD	7,4
Centro Público	4,4
Centro Privado	3,9

Tabla 13. Consumo de cocaína últimos doce meses y últimos 30 días según área curso y sexo.

	Has consumido cocaína alguna vez en los últimos 12 meses	Has consumido cocaína alguna vez en los últimos 30 días
Total	3,7	1,9
2 CB	2,9	1,8
1 BD	4,0	1,5
3 BD	4,9	2,7
Masculino	5,3	3,1
Femenino	2,3	0,8
Montevideo	5,2	2,8
Interior	2,4	1,1
Centro Público	3,0	1,5
Centro Privado	3,3	1,4

Otras Drogas Ilegales.

El consumo de otras drogas ilegales (excluyendo Marihuana y Cocaína) para esta población específica es marginal, no superando en ningún caso el 4% de estudiantes que han experimentado con alguna de ellas y en el uso actual el máximo consumo es para el caso de inhalantes con 1.2%.

La edad promedio de experimentación está próxima a los 15 años, que correspondería a alumnos de 1 BD.

Analizando por sustancia, los inhalantes además de presentar el mayor porcentaje de experimentación y uso habitual, son los que presentan la edad de inicio más temprana, aunque el consumo actual es marginal.

Con respecto a la pasta base, droga de reciente aparición en nuestro país, no es de uso en esta población de estudiantes de enseñanza media, presentando porcentajes bajos tanto de experimentación como de uso actual.

Tabla 14. Tabla resumen de indicadores de consumo para otras drogas ilegales.

Sustancia	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Edad de inicio
Inhalantes	3.8	2.3	1.2	14.15
Alucinógenos	2.9	s.d	s.d	15.46
Pasta Base	1.8	1.1	0.5	15.11
Éxtasis	1.8	s.d	s.d	15.81

Tendencias del consumo de Drogas en la Población de Educación Media.

En este ítem se presenta el análisis comparativo con los resultados obtenidos en los estudios también a nivel nacional realizados en el 2003 y 2005.

Comparativo general 2003 – 2005 - 2007

Principales emergentes:

En este período se da un importante descenso en el consumo de tabaco siendo la explicación del mismo, el menor consumo femenino.

A pesar de ello en los estudiantes de 1 y 3 de bachillerato diversificado, el consumo habitual en las mujeres sigue siendo más alto que en los varones.

El consumo habitual de los varones se mantiene en 1BD, baja apenas en los más grandes (3BD) y aumenta para los más jóvenes (2CB). Este aumento deja la tasa masculina por encima de la femenina para los más jóvenes (Gráfico 4).

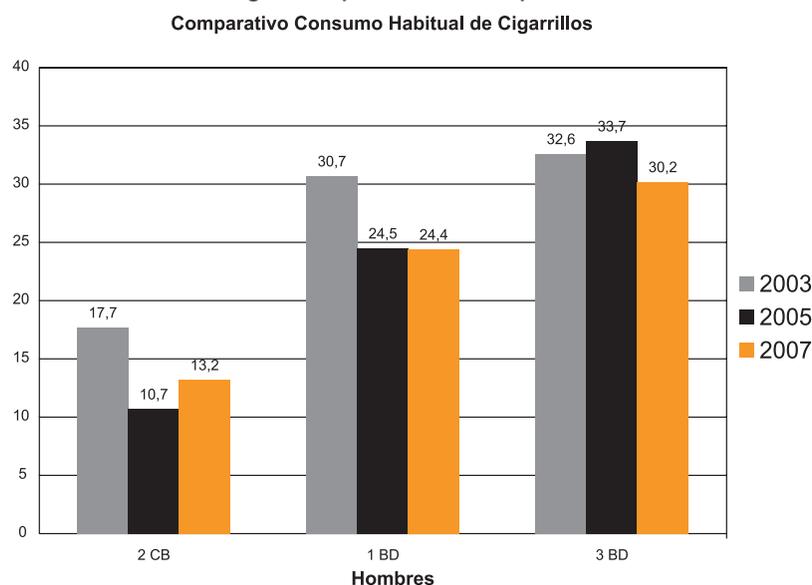
En contrapartida, se da un aumento también significativo en el consumo actual (últimos 30 días) de Marihuana.

El alcohol luego de un pequeño descenso en el 2005, sube a las mismas tasas que en 2003 tanto a nivel de experimentación, consumo en los últimos doce meses y consumo habitual.

Tabla 15. Comparación de prevalencia 2003 – 2005 – 2007 (expresado en porcentajes)

Indicador	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Edad de inicio		
	2003	2005	2007	2003	2005	2007	2003	2005	2007	2003	2005	2007
Tabaco	56.0	52.3	50.0	40.8	35.1	30.9	30.2	24.8	22.0	13.3	13.3	13.3
Alcohol	81.6	80.0	81.4	70.3	67.7	70.2	55.9	51.4	54.3	12.7	12.8	12.8
Marihuana	11.9	12.8	19.2	8.4	9.4	14.8	4.3	5.9	9.0	14.9	15.0	14.9
Solventes	2.7	3.0	3.7	1.4	1.6	2.3	0.5	0.6	1.2	13.97	14.39	14.09
Alucinógenos	1.7	1.4	2.7	0.7	sd	sd	0.2	sd	sd	14.91	15.07	15.30
Cocaína	3.1	2.5	4.9	1.7	1.5	3.7	0.8	0.5	1.9	15.0	15.39	15.64
Pasta Base	1.2	1.2	1.8	0.7	0.6	1.1	0.2	0.2	0.5	15.13	14.87	14.87
Éxtasis	0.9	0.7	1.7	0.3	sd	sd	0.1	sd	sd	15.0	15.75	15.30

Gráfico 4. Consumo cigarrillos por curso. Comparativo 2003 – 2005- 2007.



Comparativo Consumo Habitual de Cigarrillos

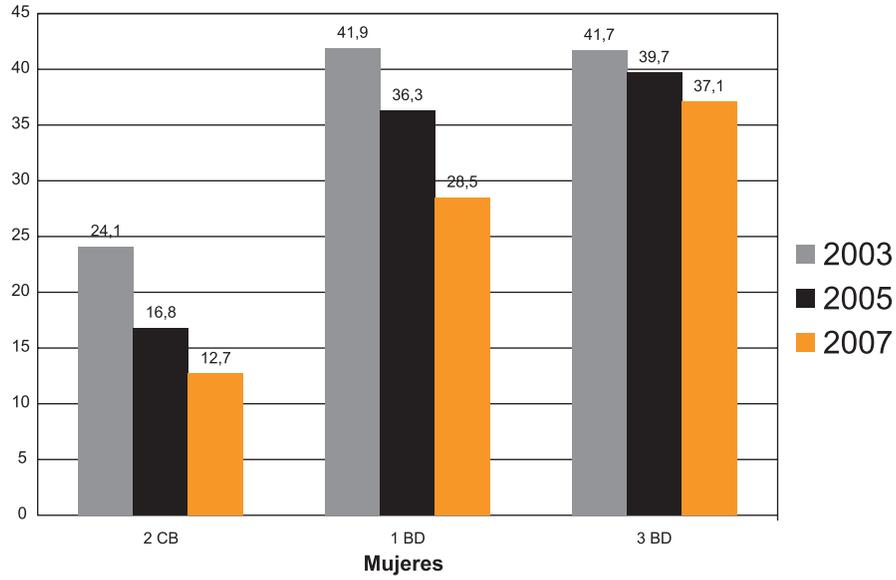
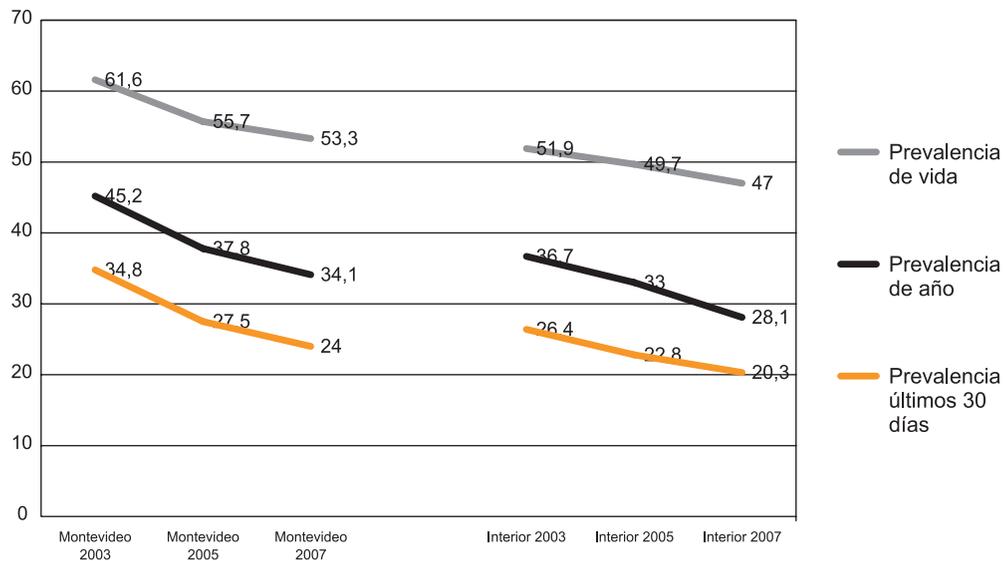


Tabla 16. Resumen indicadores de consumo de cigarrillos según área geográfica- Comparativo 2003 – 2005 – 2007

	Montevideo			Interior		
	2003	2005	2007	2003	2005	2007
Prevalencia de vida	61.6	55.7	53.3	51.9	49.7	47.0
Prevalencia de año	45.2	37.8	34.1	36.7	33.0	28.1
Prevalencia últimos 30 días	34.8	27.5	24.0	26.4	22.8	20.3

Gráfico 5. Resumen indicadores de consumo de cigarrillos según área geográfica. Comparativo 2003- 2005- 2007



El aumento del consumo habitual de marihuana.

Se registra un aumento en el consumo de marihuana en los tres indicadores. El consumo actual presenta un cambio importante siendo en el 2007 más del doble que en 2003.²³, pasando del 4.3% registrado en el 2003 al 9% en 2007.

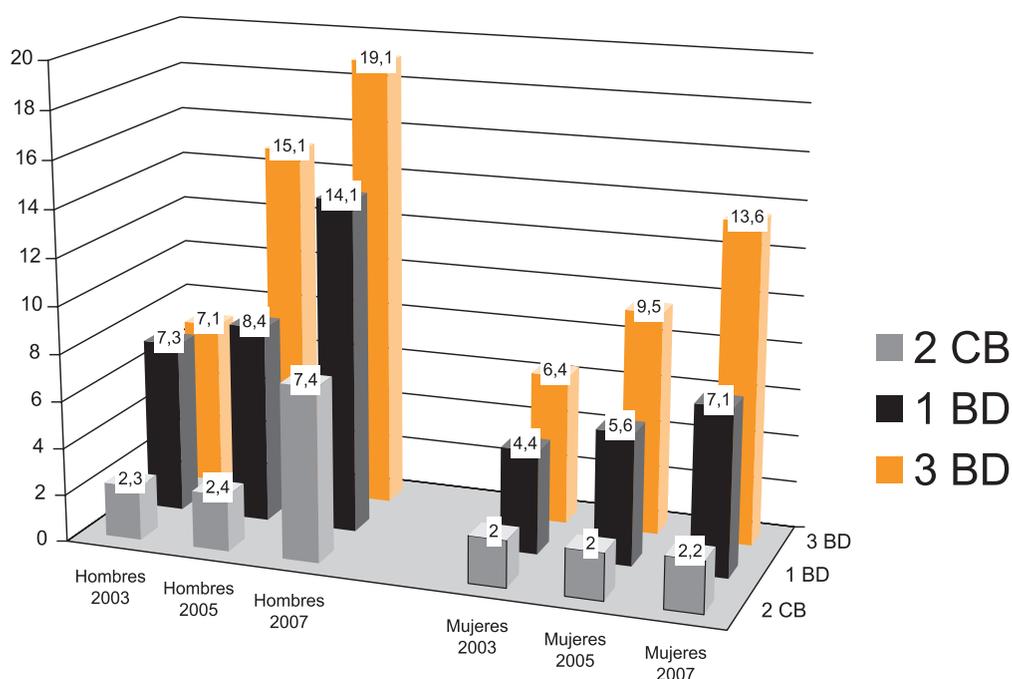
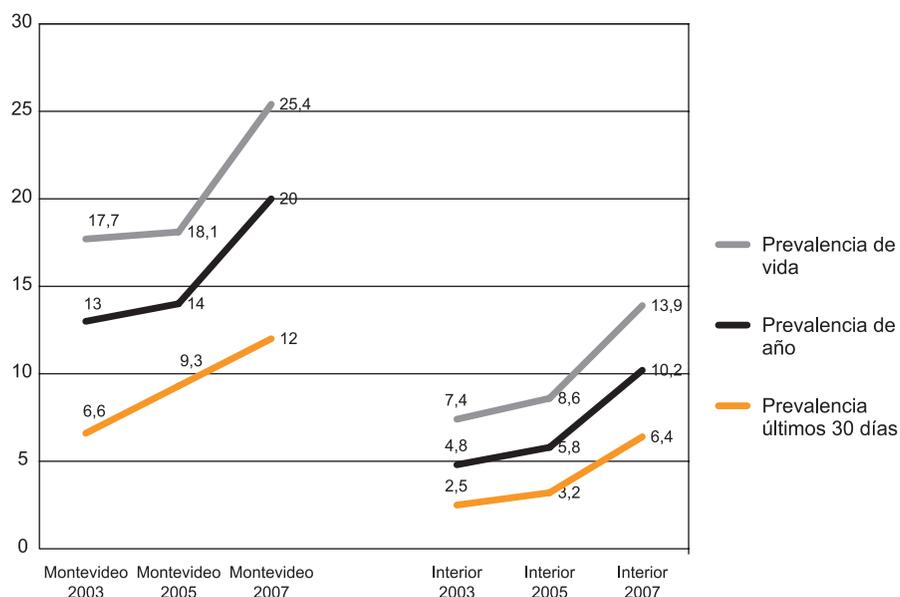
23 Consumo actual: 2003: 4.3%; 2005: 5.9%; 2007: 9%.

Si bien el aumento se manifiesta tanto en Montevideo como en el Interior se puede notar un mayor aumento en Montevideo en el período 2003-2005 y un mayor aumento en el interior para el período 2005-2007.

Desagregada la información por sexo y curso, el mayor aumento en 2005 se registra fundamentalmente en los hombres de 3 BD; en 2007 el aumento importantes es entre los hombres de 1BD y en ambos sexos de 3 BD.

Como indica el Gráfico 6, se observa un crecimiento mayor en todas las tasas de prevalencia en el período 2005 /2007 que en el anterior (2003 /2005), tanto en Montevideo como en el Interior²⁴.

Gráfico 6. Resumen de indicadores de consumo de marihuana por área geográfica. Comparativo 2003 – 2005 – 2007
Evolución Consumo Habitual de Marihuana



²⁴ Se observa que la tasa de prevalencia de consumo de “los últimos 30 días” en Montevideo tuvo el mismo crecimiento para ambos períodos.

Percepción del riesgo.

La siguiente información nos permite conocer la percepción de la gravedad asociada al consumo de las drogas más conocidas y consumidas por los jóvenes de Enseñanza Media.

En la tabla 17 se presentan los resultados relacionados con la gravedad del consumo de cada sustancia según la frecuencia del mismo y la información manejada por el encuestado.

En relación al consumo ocasional, encontramos que el alcohol es junto al tabaco la droga percibida como menos riesgosa por los estudiantes, donde el 32% considera que no hay ningún riesgo en su consumo y casi un 45% más declara que los riesgos son leves.

El tabaco también es considerado de nada riesgoso su consumo ocasional para el 28% de los estudiantes, y por algo más del 54% de riesgo leve, incrementándose la percepción del riesgo respecto al 2005.

Con respecto a la marihuana, es la sustancia que consumida ocasionalmente es considerada de menor riesgo luego de las legales, donde 5 de cada 10 estudiantes entiende que es de ningún riesgo o riesgo leve su consumo, descendiendo notoriamente respecto al 2005 donde para el mismo concepto alcanzaba el 30%.

En contrapartida, la pasta base es considerada la droga de mayor riesgo su consumo ocasional. La siguen en escala de peligrosidad el éxtasis y la cocaína.

Con respecto al consumo habitual o frecuente, se mantiene el mismo ranking que para el consumo ocasional, pero donde la percepción del riesgo aumenta considerablemente para cada sustancia.

De todas formas, un 13% considera de nulo o bajo riesgo el consumo frecuente de alcohol.

Para el resto de las sustancias ilegales, la inmensa mayoría declara de alto riesgo su consumo frecuente, donde la pasta base nuevamente es la droga considerada más peligrosa..

En cuanto a la información, los porcentajes más altos de estudiantes que consideran que no saben los riesgos que ocasiona el consumo están referidos a tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica y en las ilegales el éxtasis, donde uno de cada 5 estudiantes no conoce los riesgos de su consumo. También es importante destacar, que el mayor desconocimiento se encuentra relacionado más al consumo ocasional que al frecuente, en cualquiera de las sustancias.

En resumen, estos datos nos permiten constatar que las drogas percibidas como menos riesgosas en su consumo son el alcohol y el cigarrillo. Teniendo en cuenta los efectos reales del consumo de estas drogas legales, los valores presentados verifican, una vez más, el tipo de percepción que la población joven tiene de estas sustancias: poco dañinas y de bajo riesgo.

Por otro lado, el consumo frecuente de drogas ilegales (sumado al de los tranquilizantes y estimulantes) es percibido como el más grave o riesgoso ya que los valores de la media se acercan crecientemente al valor asignado a la categoría "muy grave". Esta percepción del daño o riesgo de las drogas ilegales podríamos tomarla como evidencia de la existencia y reproducción de una representación social que valora diferencialmente a las drogas según el criterio de legalidad de las mismas e ignorando los reales efectos y problemas que sus consumos pueden generar.

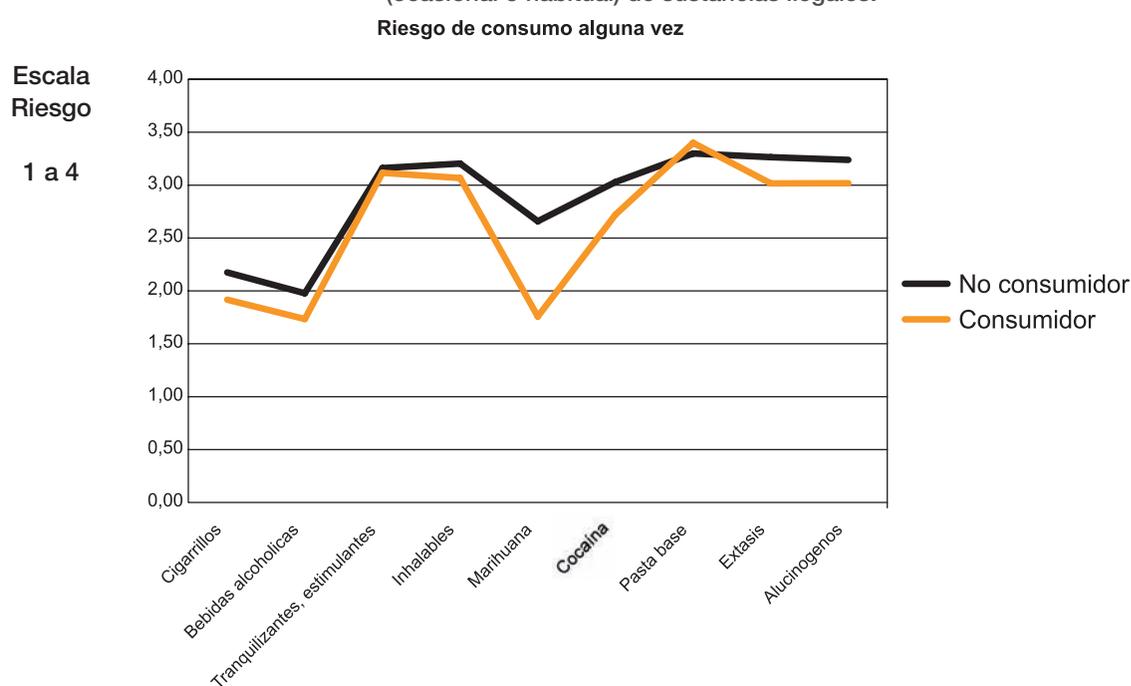
La diferencia entre las respuestas de "no sabe" según se evalúe el consumo ocasional o frecuente habla de una información incompleta respecto al consumo de sustancias y que debería profundizarse en los diferentes planes de intervención.

Tabla 17. Percepción del riesgo por sustancia y frecuencia de consumo (en %)

Sustancia y Frecuencia de Consumo	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Fumar cigarrillos alguna vez	18,3	53,7	20,3	4,8	2,9
Fumar cigarrillos frecuentemente	1,3	7,0	31,3	59,2	1,2
Tomar alcohol alguna vez	32,4	44,3	17,8	3,7	1,7
Tomar alcohol frecuentemente	1,9	10,8	35,7	50,0	1,6
Emborracharse con bebidas alcohólicas	1,8	4,7	16,1	72,8	4,7

Tomar tranquilizantes / estimulantes alguna vez*	4,0	14,7	34,4	36,3	10,6
Tomar tranquilizantes / estimulantes frecuentemente*	1,4	3,2	11,2	74,6	9,6
Aspirar inhalantes alguna vez	4,0	13,6	35,3	37,3	9,7
Aspirar inhalantes frecuentemente	1,2	2,2	6,2	80,8	9,5
Fumar marihuana alguna vez	15,8	34,7	29,6	15,2	4,7
Fumar marihuana frecuentemente	2,0	8,9	19,3	67,0	2,8
Consumir cocaína alguna vez	5,8	20,8	38,4	28,9	6,1
Consumir cocaína frecuentemente	0,8	2,4	8,0	84,8	4,1
Consumir pasta base alguna vez	3,0	13,1	29,1	49,5	5,3
Consumir pasta base frecuentemente	0,8	1,4	3,2	90,0	4,6
Consumir éxtasis alguna vez	3,7	12,0	26,6	35,5	22,2
Consumir éxtasis frecuentemente	0,8	2,0	6,1	70,7	20,4
Consumir alucinógenos alguna vez	3,4	12,1	27,4	33,2	24,0
Consumir alucinógenos frecuentemente	,8	1,5	4,9	70,0	22,8

Gráfico 8 – Percepción del riesgo de consumo alguna vez de diferentes sustancias controlado por ser consumidor (ocasional o habitual) de sustancias ilegales.²⁵



25 Escala: 1: Ningún riesgo- 2: Riesgo leve- 3: Riesgo moderado 4: Gran riesgo.

Tabla 18. Percepción del riesgo de consumo alguna vez controlado por consumo (ocasional o habitual) de sustancias ilegales y área geográfica.

	Consumió alguna vez		Nunca consumió	
	Montevideo	Interior	Montevideo	Interior
Cigarrillos	1,88	1,97	2,16	2,19
Bebidas alcohólicas	1,72	1,76	1,98	1,97
Tranquilizantes / estimulantes	3,09	3,16	3,14	3,18
Inhalables	3,11	3,00	3,19	3,21
Marihuana	1,72	1,81	2,53	2,76
Cocaína	2,74	2,69	3,05	3,01
Pasta Base	3,47	3,29	3,36	3,25
Éxtasis	3,01	3,02	3,33	3,22
Alucinógenos	3,06	2,95	3,31	3,18

Base: Total de la muestra

Gráfico 9. Percepción del riesgo de consumo alguna vez para diferentes sustancias controlado por curso.

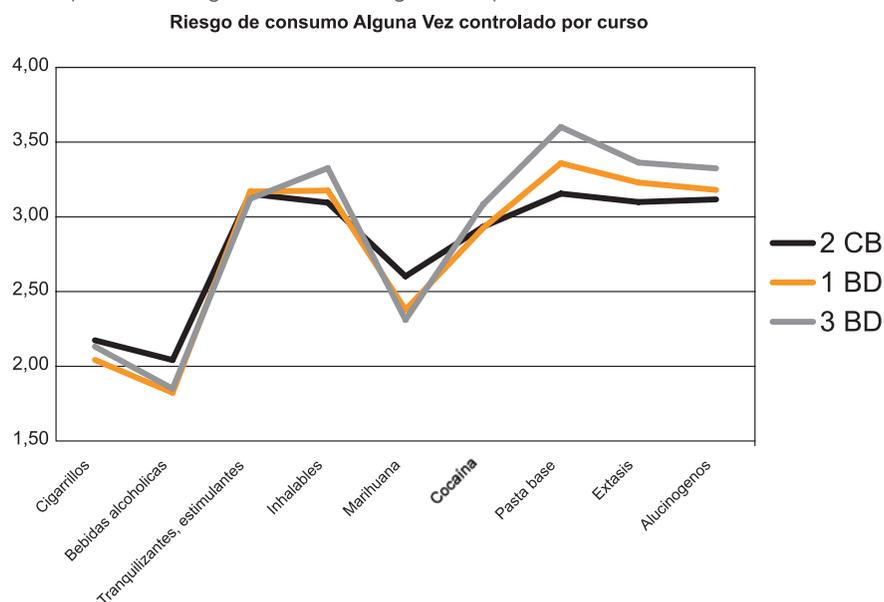


Tabla 19. Percepción del riesgo según curso controlado por consumo de sustancias.

	Nunca consumió			Consumió sustancia ilegal		
	2 CB	1 BD	3 BD	2 CB	1 BD	3 BD
Cigarrillos	2,22	2,10	2,20	1,87	1,87	2,01
Bebidas alcohólicas	2,07	1,87	1,93	1,85	1,69	1,70
Tranquilizantes, estimulantes	3,16	3,18	3,13	3,12	3,13	3,10
Inhalables	3,12	3,23	3,36	2,90	3,00	3,27
Marihuana	2,71	2,60	2,62	1,87	1,70	1,74
Cocaína	3,00	3,00	3,16	2,48	2,68	2,95
Pasta base	3,17	3,35	3,57	3,08	3,38	3,67
Éxtasis	3,18	3,28	3,43	2,58	3,08	3,24
Alucinógenos	3,17	3,24	3,40	2,76	3,03	3,18

El Involucramiento de los padres como factor de protección.

Un indicador utilizado en el estudio del entorno familiar, consiste en medir a través de una escala la atención e Involucramiento de los padres en las actividades de los jóvenes y su entorno, que están relacionados con el control, conocimiento e instancias familiares compartidas. Se mide a través de siete indicadores que se resumen en un Índice General para mayor claridad de la información.

Para el análisis, se toman en cuenta los rangos de edad por ser una variable fundamental en esta relación.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

1. Conocimiento por parte de los padres de actividades o lugares donde esta luego que sale del liceo o durante los fines de semana.
2. Control de los padres de situación o desempeño escolar
3. Conocimiento por parte de los padres de grupos de pares.
4. Conocimiento de actividades recreativas o extra-curriculares de los jóvenes.
5. Control de horas de llegadas nocturnas.
6. Control sobre lo que mira en TV.
7. Integración familiar. Compartir desayunos, almuerzos, meriendas o cenas. .

Para facilitar el análisis, se clasificaron y dicotomizaron las variables de acuerdo a lo que se detalla en la siguiente tabla:

Escala de Involucramiento de los padres.

VARIABLE	INDICADOR	Opciones de respuesta	Involucramiento
1- Después que salís del liceo o los fines de semana, cuantas veces ocurre que tus padres no saben donde estas?,	CONOCIMIENTO	Nunca o casi nunca saben A veces no saben	BAJO
		Siempre o casi siempre saben	ALTO
2- Cuan atentos están tus padres respecto de lo haces en el Liceo?	CONTROL	Poco Nada	BAJO
		Bastante Mucho	ALTO
3- En general, ¿tu dirías que tus padres conocen bastante, mas o menos o poco a tus amigos?	CONOCIMIENTO	No conocen a mis amigos Mas o menos Poco	BAJO
		Bastante	ALTO
4- Cuando sales en las tardes o fines de semana, tus padres te preguntan y/o esperan que les digas donde vas?	CONOCIMIENTO	NO	BAJO
		SI	ALTO

5- Te controlan a la hora que llegas en las noches?	CONTROL	NO SI	BAJO ALTO
6- En general, tus padres se fijan en los programas que ves en tv?	CONTROL	NO SI	BAJO ALTO
7- En una semana típica, cuántos días te sientas a comer junto a tus padres o alguno de ellos?	INTEGRACIÓN FLIAR	Ninguno Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis Todos los días	BAJO ALTO

Teniendo en cuenta el aspecto que se relaciona con el ciclo vital (a mayor edad-mayor autonomía) se controla por esta variable para analizar si el mayor Involucramiento de los padres incide o no en el mayor o menor consumo de drogas.

Otra variable de control utilizada fue el sexo, ya que comúnmente las mujeres son más controladas por parte de los padres que sus pares varones.

La primera exploración fue realizar un análisis de correlación para medir la relación existente entre los indicadores de forma de corroborar la pertinencia de tratar este set de indicadores como una escala. En este análisis surge que todos ellos tienen una relación significativa y positiva, es decir que a mayor control o conocimiento en uno correspondía un mayor control o conocimiento en los demás (**excepto “conocimiento de los amigos o grupos de pares” e “integración familiar en las comidas” que presentan relaciones no significativas con algunos indicadores. Estas correlaciones son estables para ambos sexos.**

Para clasificar el análisis, reducimos a un único Índice (Índice de Involucramiento) que resulta de la sumatoria simple de los indicadores y dicotomizados en Involucramiento INFERIOR AL PROMEDIO (bajo Involucramiento en 3 o más indicadores) e IGUAL O SUPERIOR AL PROMEDIO (presentando puntajes positivos en 5 o más indicadores)

En las tablas 76 a 78 se presentan los principales resultados obtenidos del análisis del Involucramiento de los padres y su incidencia en los porcentajes de consumo de las drogas más consumidas. .

Como principales resultados encontramos:

Se verifica para todos los cursos, que el menor control o conocimiento de los padres respecto a las actividades de los hijos implica un mayor porcentaje de consumo de las drogas, fundamentalmente en las de mayor presencia. (Alcohol, Tabaco, Marihuana).

El control y conocimiento de las actividades de los hijos tiene su mayor influencia en los alumnos más jóvenes. A mayor edad, esta variable presenta menor incidencia.

El conocimiento de los padres de “saber donde están los hijos” y cuan atentos están a las “actividades en el liceo” se presentan como los mayores factores de protección de los estudiados.

Para el caso del Tabaco, en los alumnos más jóvenes el Involucramiento tiene mayor peso en la experimentación. (a mayor control, menor experimentación prematura).

Con respecto al alcohol la diferencia de un mayor control o conocimiento tiene su mayor incidencia en el consumo ocasional y habitual.

Para la marihuana, el Involucramiento de los padres tiene su mayor incidencia en la experimentación pero es muy baja respecto al consumo ocasional o frecuente.

Tabla 20 Consumo diversas drogas según Índice de Involucramiento de los padres.

	Padres involucrados				Padres no involucrados			
	2CB	1 BD	3 BD	Total	2CB	1 BD	3 BD	Total
Consumo experimental Tabaco	31,6	52,3	64,9	44.8	47,5	65,2	72,8	60.8
Consumo habitual Tabaco	9,8	23,2	31,8	18.4	21,8	33,6	38,9	30.7
Consumo experimental Alcohol	66,9	87,7	92,6	78.7	79,3	93,1	95,4	88.7
Consumo habitual Alcohol	32,5	60,7	74,8	50.0	48,6	73,7	79,9	66.3
Tranquilizantes (alguna vez en la vida)	12,9	17,9	24,1	16,7	21,8	20,3	24,5	21,9
Estimulantes (alguna vez en la vida)	4,7	4,7	4,8	4,7	9,8	7,3	6,1	7,9
Experimentación Marihuana	8,8	17,6	26,4	15.1	15,6	31,7	43,3	28.9
Consumo habitual Marihuana	4,5	7,8	11,1	6.8	6,1	15,5	22,1	13.8
Experimentación Cocaína	2,7	3,3	4,8	3.3	4,5	9,3	11,6	8.3
Consumo habitual Cocaína	1,5	0,5	1,5	1,2	2,6	3,3	4,5	3,4
Experimentación Pasta base	1,5	1,1	0,7	1.2	2,3	3,7	2,1	2.8
Consumo habitual Pasta base	0,4	0,3	0,2	0,3	0,5	1,4	0,4	0,8

Como respuesta a los principales emergentes se propone:

Continuar con la prevención del Tabaquismo y reforzar las campañas contra el uso abusivo de alcohol

El preocupante porcentaje de fumadores y su significación como predictor de futuros consumos de otras drogas, amerita una rápida intervención mediante programas de prevención sobre el tema.

Los mismos conceptos llevan a la necesidad de la prevención del consumo de alcohol, orientadas fundamentalmente a informar sobre los riesgos de los consumos abusivos, que tienen una magnitud preocupante en esta población.

Se deberían orientar los esfuerzos en reducir la oferta de alcohol mediante un control más estricto en la dispensación de alcohol a menores en ámbitos públicos publicitados para el consumo.

Tener en cuenta el momento de la intervención.

Los datos demuestran claramente que el consumo experimental se manifiesta con mayor fuerza entre 2 CB y 1 BD. Esto quiere decir que es este el periodo donde se deben reforzar los esfuerzos preventivos para retrasar, modificar o evitar este comportamiento. Luego de este período, donde se consolidan los consumos, los esfuerzos preventivos son menos eficaces y además, ya se deben adoptar estrategias para los consumidores habituales que forman un porcentaje importante de su población.

La necesidad de complementar el estudio

La presente investigación, básicamente descriptiva presenta elementos para el planteo de hipótesis que necesariamente deberán validarse con nuevos estudios, más profundos y complementados con estudios cualitativos que permitan la imprescindible triangulación. Debe incorporarse conocimiento tanto en profundidad, como por extensión, ya que no debemos olvidarnos que los datos se refieren a un segmento de la juventud (población escolarizada) que representa el 60% del total de jóvenes.

Queda un importante 40% de jóvenes a los cuales no se le puede extrapolar los resultados de este estudio y mucho menos alcanzar con las medidas preventivas sugeridas. Inclusive, y sobre la base de estudios parciales anteriores, se plantean hipótesis muy firmes en cuanto a que los mismos presentan pautas de consumo bastante diferenciadas con respecto a la población estudiada.

3. Primera encuesta mundial en salud de estudiantes de enseñanza media – Uruguay 2007



Autoría: La coordinación y ejecución del estudio estuvo a cargo del Observatorio Uruguayo de Drogas y la Lic. Gabriela Olivera, responsable del Área de Reducción de la Demanda de la Secretaría Nacional de Drogas como Coordinadora General para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Uruguay. Este estudio fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con UNICEF, UNESCO y UNAIDS con la asistencia técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América.

Como asistentes de investigación y supervisores de campo estuvieron la Lic. Andrea Gamarra, Lic. Silvana Fernández y el Sr. Gustavo Chaine. Los facilitadores del estudio fueron Karina Fortete

María Soledad Bonapelch, Omar Fuentes, Jorge Scaiano, Fabiana Altezor, Andrea Amándola y

Valeria Brito. El procesamiento estadístico fue realizado por CDC de Atlanta y el OUD. La redacción del presente Informe estuvo a cargo de la Lic. Rosina Tricánico (OUD)..

“La Humanidad les debe a los niños lo mejor que tiene para ofrecer”

- Primera Declaración de los Derechos del Niño –1924 – Liga de las Naciones Unidas²⁶ -

“La salud en los jóvenes”²⁷

La Organización Mundial de la Salud informa que más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, y cuatro de cada cinco jóvenes viven en países en desarrollo.

Adolescentes y jóvenes

Alcanzan aproximadamente un 30% de la población total de toda América, según distintos informes internacionales. De este porcentaje, se estima que a la Región de Latinoamérica y el Caribe, le corresponde el 21% de la población de 10 a 19 años de edad. Los estudios mencionados observaban que ya -para el año 2000, el 80% de esa población comprendida entre los 10 y los 24 años, reside en las áreas urbanas de la Región. Uno de los datos más importantes de estas investigaciones internacionales corresponde a la información sobre las condiciones de vida de la población adolescente y joven. Éstos ya estimaban para el año 2000, que la pobreza alcanzaría a un 56%, de los niños, niñas y adolescentes de nuestra Región.

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, ya que en los últimos años viene atravesando una importante crisis económica, que hizo que la pobreza se incrementara, así como la cantidad de niños que viven por debajo de la línea de indigencia. Como lo muestran los estudios del Instituto Nacional de Estadísticas, los hogares de donde provienen estos niños, viven en condiciones de importante vulnerabilidad socio económica, de difícil y escaso acceso al empleo y a servicios socio sanitarios. Estas negativas condiciones de crecimiento, son la ante sala de un deficitario desarrollo

²⁶ Citado en Informe 2005 del Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay)

²⁷ En adelante cuando hablamos de adolescentes y jóvenes, haremos referencia a las personas comprendidas en las siguientes edades: Adolescentes: 10 a 19 años de edad. Jóvenes: 15 a 24 años de edad.

adolescente y juvenil, caracterizado por la falta de oportunidades en todos los ámbitos.

Es en las generaciones más tempranas de nuestro país, donde se concentra la pobreza, el mayor grado de vulnerabilidad social, “la infantilización de la pobreza”, como lo han denominado algunos estudios nacionales. La pobreza que sufren nuestros niños, niñas y adolescentes, -comparada con el resto de la población-, es superior. Las personas menores de 18 años son el 43,6% del total de los pobres del país, aunque como grupo porcentual representan sólo el 27% aproximadamente de nuestra población.

Esta crisis socio económica, que no le permitió al país avanzar en su histórica trayectoria de promoción del desarrollo humano, -que lo caracterizó en las primeras décadas del siglo pasado-, está comenzando a ser paliada con distintos programas de apoyo a la infancia y la familia. La instrumentación del Plan de Emergencia Social, la puesta en marcha de las escuelas de tiempo completo para las zonas de gran vulnerabilidad social, así como los Centros de Atención a la Infancia y la Familia, están dirigidos a la atención de esta problemática.

Uruguay es uno de los países que se aúna al reconocimiento de que las condiciones de vida y -los cambios comportamentales que éstas implican -, influyen y determinan las conductas y estilos de vida futuros. El desarrollo cultural, socio económico de una sociedad y de sus generaciones más tempranas, es un pronosticador de la salud futura de la población.

Nuestro país el 28 de Setiembre de 1990 ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, comprometiéndose de esa manera a trabajar para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes uruguayos. Asimismo, en el año 2004 y dando cuenta también de su compromiso con los principios de la Convención, el Uruguay aprueba el Código de la Niñez y la Adolescencia. Se fortalece así, aquella larga trayectoria de protección a la infancia que había caracterizado a nuestro país, dando comienzo a un proceso que tiene como punta de lanza esta Reforma Legislativa. De igual forma, también ilustra el comienzo de este proceso de conocer más profundamente la situación de la Infancia y la Adolescencia de nuestro país, la instalación del Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia del Uruguay (ODI) de UNICEF - Uruguay.

Situación de los y las adolescentes en Uruguay:

Antecedentes:

El Instituto Nacional de Estadísticas, informa que nuestro país cuenta con una población aproximada de 3.241.000 personas, el 91% de la población total vive en centros urbanos. El 42% del total de la población reside en la Capital, Montevideo y el 58 % restante se distribuye en los otros 18 departamentos. Asimismo, es pertinente considerar que esta distribución coincide con los hallazgos de los estudios mencionados anteriormente, dando cuenta de una importante urbanización de la población. Los adolescentes y jóvenes del Uruguay, representan aproximadamente una tercera parte de la población total (27%), y la mitad de éstos, vive bajo condiciones de pobreza.

El Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia del Uruguay (ODI) de UNICEF -, en su informe 2005, indica que en el año 1999 los y las adolescentes que pertenecían a hogares que no alcanzaban a cubrir sus necesidades básicas de alimentación, llegaban a un 1,8%, y en el año 2004, esta cifra alcanzó un 6,4%, mostrando el deterioro socio económico de este grupo etáreo. El mismo observatorio explica que “la pobreza y la indigencia continúa siendo un rasgo distintivo de estas generaciones”.

Los indicadores educacionales también arrojan a esta generación como la más afectada negativamente, visualizándose a partir de los 10 años de edad el abandono del sistema educativo formal, tanto para las poblaciones urbanas como rurales.

Con respecto a los indicadores sanitarios, en lo que a servicios específicos de atención a los y las adolescentes, también aparecen como una generación “invisible”, no existiendo -a excepción de las policlínicas de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo-, prácticamente ningún servicio específico de carácter nacional. La atención sanitaria, ha sido instrumentada -hasta el momento- para el mundo adulto o el infantil, dando lugar a un vacío atencional para los y las adolescentes, a pesar de ser éste un periodo de la vida con particulares necesidades en este sentido. Las excepciones se sitúan en lo que hace a la salud sexual y reproductiva, -sobre todo su aspecto de atención obstétrica-, y el de la salud mental.

Justificación:

En gran medida los comportamientos adquiridos en el segundo decenio de vida, tienen consecuencias en el futuro de las personas y de la sociedad, aunque recién se manifiesten en la etapa adulta de la vida. La Organización Mundial de Salud da cuenta de ello cuando estima que 70% de las muertes prematuras son la consecuencia de conductas que se inician en la adolescencia.

Las condiciones de vida juegan un papel principal en los determinantes de salud de la población, así como, la educación poblacional, la movilización social y el establecimiento de políticas que promuevan y aseguren el bienestar de las personas en entornos saludables. En ese sentido, y -tomando como ejemplo el control del tabaquismo y la exposición al humo de tabaco en la población adolescente en particular-, nuestro país ha venido instrumentando, progresivamente, distintas políticas al respecto. Sin embargo, no se cuenta con la misma calidad y extensión de datos con respecto a otros aspectos de la salud de los y las jóvenes uruguayos. A pesar de estas carencias, el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, prioriza el enfoque integral de desarrollo humano, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud -la Promoción de la Salud- como estrategia privilegiada. Asimismo, hace suyos los planteos y condiciones que marca la Convención sobre Derechos del Niño, para la protección básica de sus derechos.

Nuestro país cuenta con algunos estudios al respecto, cuyo principal indicador ha sido hasta el momento el de mortalidad, que si bien es fundamental, no alcanza para poder conocer el estado de salud de nuestros y nuestras jóvenes. Tradicionalmente, también están presentes los indicadores de discapacidad y morbilidad, asimismo, algunas fuentes dan cuenta -de forma aislada y sin posibilidad de comparación-, de su salud sexual y reproductiva.

En este sentido, esta Secretaría adhiere plenamente a la propuesta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales de aplicar la Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), también en nuestro país. Esta Encuesta representa una gran oportunidad para el Uruguay, de poder contar con datos precisos acerca de las conductas sanitarias y sus factores de protección, en nuestra población escolarizada.

Aspectos Técnicos

Población objetivo:

Población escolarizada de 12 a 16 años.

Objetivos:

Obtener información acerca de:

Características sociodemográficas

Conductas de Salud Integral / Conductas de higiene / Conductas de actividad física / Comportamientos en lo que respecta a la alimentación y sobrepeso / Conductas de salud mental

Consumo de tabaco, uso de alcohol y demás drogas

Factores de riesgo / protección de la Salud Integral. Conductas de salud sexual que contribuyen para infectarse con VIH, otros ETS y embarazos no planificados

Lesiones (daños físicos) involuntarios y violencia

Analizar la relación entre salud adolescente y el involucramiento de los padres(*)²⁸

Aspectos técnicos – metodológicos:

Instrumento -Encuesta

Método de recolección – Autoadministrado

Tipo de cuestionario – Cerrado

Lugar de recolección –Aulas de Educación Media

Ámbito de la muestra – la población escolarizada de todo el país (liceos públicos y privados)

Tamaño de la muestra : total de 3406 alumnos

28 (Para medir el involucramiento familiar se utilizó la misma metodología que en la Tercera Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Para ver los detalles metodológicos remitirse al capítulo II del presente Informe.

Principales resultados.

Conductas de Salud Integral en relación con sus características sociodemográficas y escolares.

La muestra se compone de estudiantes de enseñanza secundaria entre 1er año de Ciclo Básico y 1er año de Bachillerato diversificado.

La distribución por sexos de las clases entrevistadas mantiene la misma proporción en todas siendo 45% hombres y 55% mujeres.

Tabla 1: Distribución de la población entrevistada según Composición del hogar

	Total	Montevideo	Interior	Masculino	Femenino	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más
Padre y madre	65,6	63,1	67,5	68,1	63,5	71,3	69,8	66,7	67,1	54,2
Madre y otros familiares	22,2	25,2	19,8	20,0	24,1	18,5	19,6	22,4	21,3	28,3
Padre y otros familiares	3,2	3,0	3,4	3,9	2,6	1,7	3,3	3,0	3,1	4,3
Madre solamente	4,4	4,6	4,3	4,2	4,6	4,8	3,6	3,6	4,0	6,4
Padre solamente	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,6	0,4	0,8	1,1	1,7
Otros familiares	2,8	2,4	3,1	2,1	3,3	2,3	3,0	2,3	2,6	3,6
Amigos	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2		0,1	0,5	0,2	0,4
Otros	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,2	0,8	0,6	1,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

El 65,6% de los jóvenes entrevistados vive en hogares nucleares, con presencia de padre y madre. Ese porcentaje es un poco menor en Montevideo y un poco mayor en el Interior. El número de hogares con presencia de padre y madre va disminuyendo a medida que los jóvenes aumentan la edad, pasando de 71,3% para el tramo de 12 años hasta un 54,2% para los de 16 o más.

El segundo tipo de hogar más frecuente es el compuesto por la madre ya sea sola o con otros familiares, representando estos el 26,6% del total.

Se trabajó con el mismo índice de involucramiento de los padres que en el estudio de estudiantes detallado en el Capítulo 2, tomando los valores promedio como normales. Las variables utilizadas son las vinculadas a control de los estudios, conocimiento de los amigos, compartir comidas, conocimiento del uso del tiempo libre y comprensión de sus problemas²⁹.

El 68 % de los padres demuestra un involucramiento igual o superior al promedio, y el restante 32% inferior.

29 Por más detalles remitirse al capítulo de referencia.

Tabla 2. Involucramiento de los padres según edad y composición del hogar

	PADRES INVOLUCRADOS PROMEDIO O SUPERIOR		
	Padre y madre	Sólo madre / con o sin otros familiares	Total
12 años o menos	81,5	77,6	79,9
13 años	78,7	69,4	76,0
14 años	68,2	59,0	64,3
15 años	65,2	60,6	63,7
16 o más	68,4	57,4	62,1

Se analizan solo dos categorías de hogares por estar representados en ellas el 92.2% de los mismos, resultando las restantes muy pequeñas para extrapolar datos a la población.

Se puede observar que este índice disminuye a medida que los jóvenes crecen³⁰, sin embargo en los hogares con padre y madre para todas las categorías de edad el promedio de padres “involucrados” siempre es mayor.

Conductas de Higiene.

Se construye un índice de higiene, de acuerdo a los siguientes indicadores relevados: cepillado de dientes, lavado de manos luego de ir al baño y uso de jabón al lavarse las manos.

Tabla 3: Conductas de Higiene según sexo. Total país

INDICE HIGIENE	Masculino	Femenino	Total
Todos los indicadores aceptables	69,8	81,7	76,3
1 de los indicadores por debajo de lo aceptable	21,0	14,7	17,6
2 de los indicadores por debajo de lo aceptable	7,8	2,9	5,1
Los 3 indicadores por debajo de lo aceptable	1,3	0,8	1,0
Total	100	100	100

Tabla 4: Conductas de Higiene según Región.

	Montevideo	Interior	Total
Todos los indicadores aceptables	74,1	78,2	76,4
1 de los indicadores por debajo de lo aceptable	19,5	15,9	17,5
2 de los indicadores por debajo de lo aceptable	5,4	4,9	5,1
Los 3 indicadores por debajo de lo aceptable	1,0	1,1	1,0
Total	100	100	100

Tabla 5: Conductas de Higiene según Edad. Total país.

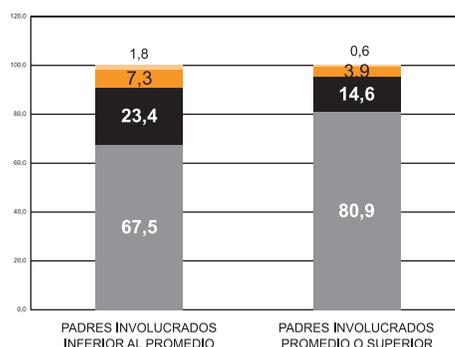
INDICE HIGIENE	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
Todos los indicadores aceptables	80,1	78,0	74,9	74,7	76,6	76,4
1 de los indicadores por debajo de lo aceptable	15,6	16,1	17,6	18,0	19,2	17,5
2 de los indicadores por debajo de lo aceptable	3,3	5,2	6,0	6,4	3,2	5,1
Los 3 indicadores por debajo de lo aceptable	0,9	0,7	1,4	1,0	1,0	1,0
Total	100	100	100	100	100	100

30 Teniendo en cuenta las variables con las cuales se construyó el índice es esperable la disminución.

Se puede observar un mayor cuidado con respecto a conductas de higiene por parte de las mujeres, los más jóvenes y quienes residen en el interior (tablas 2,3 y 4). Sin embargo, como se observa en el gráfico siguiente, los jóvenes cuyas conductas de higiene son más adecuadas, son aquéllos cuyos padres están más involucrados.

Gráfico 1: Conductas de Higiene según involucramiento de los padres.

■ Todos los indicadores aceptables ■ 1 de los indicadores por debajo de lo aceptable
 ■ 2 de los indicadores por debajo de lo aceptable ■ Los 3 indicadores por debajo de lo aceptable



Conductas de Actividad Física.

Tabla 6: Actividad física, según sexo, región y edad. Total país.

	Hom- bres	Muje- res	Mon- tevi- deo	Inte- rior	12 o me- nos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
Actividad física en el liceo y en otro lado	74,5	63,5	67,6	69,1	76,2	71,8	69,7	64,4	63,5	68,4
Actividad física sólo en el liceo	9,1	16,2	13,3	12,8	15,0	12,7	13,7	14,5	9,5	13,0
Actividad física sólo en otro lado	13,1	13	13,7	12,5	7,6	11,8	12,1	15,0	16,3	13,1
Ninguna actividad física	3,3	7,4	5,3	5,6	1,2	3,7	4,6	6,0	10,7	5,5
Total	100,0	100,0	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Con respecto a la actividad física, no parece haber diferencias importantes de acuerdo a la región, aunque sí las hay por sexo y por edad. Las mujeres son más inactivas que los varones y a medida que crecen los jóvenes van abandonando las actividades físicas pasando de un 1,2% que no realiza ninguna actividad física a los 12 años a un 10,7% que no lo hace a los 16 o más.

Tabla 7: Actividad física fuera del liceo y participación en grupos juveniles, según sexo. Total País.

	Masculino	Femenino	Total
Participa en grupo juvenil y realiza actividad física 4 a 7 días por semana	16,2	9,1	12,3
Participa en grupo juvenil y realiza actividad física 1 a 3 días por semana	11,6	15,4	13,7
Realiza actividad física 4 a 7 días por semana	33,8	15,1	23,5
Realiza actividad física 1 a 3 días por semana	26,2	37,0	32,1
Sólo participa en grupo juvenil	4,3	5,3	4,8
No participa en ningún grupo juvenil ni realiza nunca actividad física	7,9	18,1	13,5
Total	100,0	100,0	100,0

Al analizar además de las actividades físicas, otro tipo de actividades participativas, en diversos grupos juveniles: artísticos, gremiales, scouts, religiosos, etc. también se observa una mayor actividad por parte de los varones y una importante proporción de mujeres jóvenes (18.1%) que no realiza ningún tipo de actividad en forma grupal.

Comportamientos alimentarios.

Tabla 8: Durante los últimos 30 días ha sentido hambre por no haber comida en su casa.

	A veces	Casi siempre o siempre
Total	5,0	1,4
Montevideo	5,1	1,2
Interior	4,9	1,6
Masculino	4,8	2,2
Femenino	4,9	0,8
12 o menos	4,5	0,8
13 años	5,6	1,5
14 años	4,9	1,7
15 años	4,1	1,5
16 o más	5,3	1,1

De los estudiantes entrevistados un 6.4% ha manifestado haber pasado hambre (a veces 5%, casi siempre o siempre 1.4%) en los últimos 30 días siendo mayor el porcentaje entre los varones que entre las mujeres para quienes manifiestan pasar hambre siempre o casi siempre.

Conductas de Salud Mental.

Se construye un índice con las variables miedo, soledad y preocupación muy grande.

Tabla 9: Índice miedo – soledad – preocupación, según sexo, región y edad.

	Masculino	Femenino	Montevideo	Interior	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
Nunca	61,4	43,2	52,8	50,4	59,9	58,1	51,0	48,7	43,5	51,5
Alguna vez o veces	34,6	48,5	41,4	42,8	34,4	36,8	42,4	44,0	49,6	42,2
Casi siempre o siempre	4,0	8,3	5,7	6,8	5,8	5,1	6,5	7,3	6,8	6,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Más de la mitad de las mujeres alguna vez sintió miedo, una gran preocupación o soledad, el porcentaje para los varones es bastante menor. Por otro lado a medida que crecen el porcentaje de jóvenes que nunca ha sentido miedo va disminuyendo³¹. No parece haber diferencias por región.

Sin embargo como en los casos anteriores, la proporción de jóvenes que han sentido o sienten miedo es mucho mayor entre aquellos que sus padres están poco involucrados.

31 Cabe aclarar que las preguntas están referidas a los últimos 12 meses, por lo cual este aumento no se debe a una acumulación por más años de vida.

Gráfico 2: Índice miedo- preocupaciones- soledad según involucramiento de los padres.

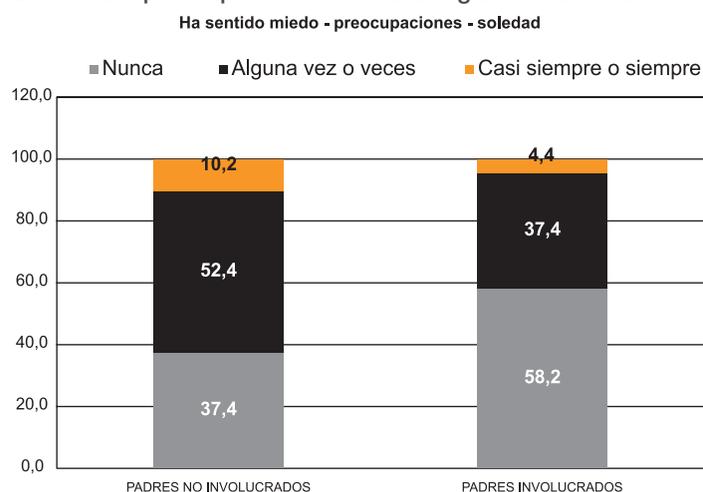


Tabla 10: Porcentaje de estudiantes que declara No tener ningún amigo cercano.

Total	3,0
Montevideo	2,6
Interior	3,4
Masculino	3,2
Femenino	2,9
12 años o menos	1,9
13 años	2,4
14 años	3,5
15 años	2,9
16 o más	3,6

Sólo el 3% de los jóvenes declara no tener ningún amigo cercano.

Tabla 11: Se encuentra conforme con su manera de ser según sexo, región y edad.

	Masculino	Femenino	Montevideo	Interior	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
Muy conforme o conforme	90,5	85,8	89,6	86,4	89,7	89,0	87,1	85,9	88,6	87,9
Poco conforme o nada conforme	9,5	14,2	10,4	13,6	10,3	11,0	12,9	14,1	11,4	12,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Entre las mujeres se encuentra el mayor porcentaje de jóvenes que no están conformes con su manera de ser, y en el interior es mayor este porcentaje que en Montevideo. No parece haber modificaciones o variaciones de acuerdo a la edad.

Consumo de Tabaco.

Tabla 12 Consumo actual de tabaco según sexo.

	Masculino	Femenino	Montevideo	Interior	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
No fuma actualmente	84,4	78,2	80,6	81,3	95,3	89,6	82,3	76,0	67,5	81,0
Fuma 1 a 19 días al mes	9,3	13,6	11,8	11,5	4,1	7,8	12,3	15,1	15,2	11,7
Fumador intenso 20 o más días al mes	6,3	8,2	7,6	7,2	0,5	2,6	5,4	8,8	17,3	7,3
Total	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

El 81% de los jóvenes entrevistados no fuma actualmente. Este porcentaje de no fumadores sube para los hombres a 84.4% y baja para las mujeres a 78.2%.

También es mayor el porcentaje de fumadores intensos entre las mujeres (8.2%) que entre los hombres (6.3%). No se encuentran diferencias significativas de acuerdo a la región.

El incremento del consumo de cigarrillos de acuerdo a la edad, se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 3 : Fumador actual según edad.

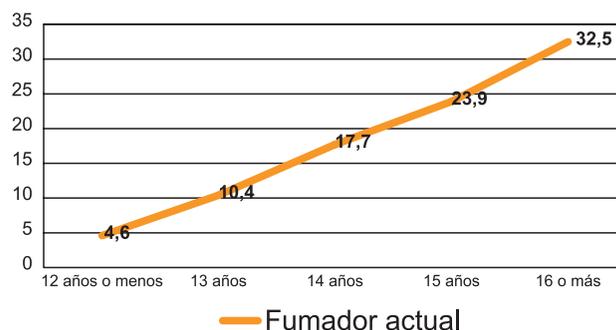


Tabla 13 : Fumador actual según fumaron en su presencia durante los últimos 7 días

Fumador Actual	0 días	1 o 2 días	3 o 4 días	5 o 6 días	Los 7 días	Total
No fuma actualmente	96,1	93,4	79,5	70,7	65,7	81,0
Fuma actualmente 1 a 19 días al mes	2,9	6,0	17,5	23,9	16,8	11,7
Fumador intenso 20 o más días al mes	1,0	0,6	3,0	5,4	17,5	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Entre los jóvenes que han sido expuestos en forma permanente al humo del cigarro, el porcentaje de fumadores y de fumadores intensos es mayor.

Tabla 14: Fumador actual según consumo de sus padres

Fumador Actual	Ninguno	Mi padre o cuidador	Mi madre o cuidadora	Ambos	Total
No fuma actualmente	86,0	77,0	76,5	69,5	81,0
Fuma actualmente 1 a 19 días al mes	9,9	13,1	11,6	16,7	11,6
Fumador intenso 20 o más días al mes	4,1	9,9	11,9	13,9	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Como lo muestra el gráfico 4 el porcentaje de fumadores entre aquellos cuyos padres fuman es significativamente mayor.

Gráfico 4: Fumador actual según consumo de los padres.

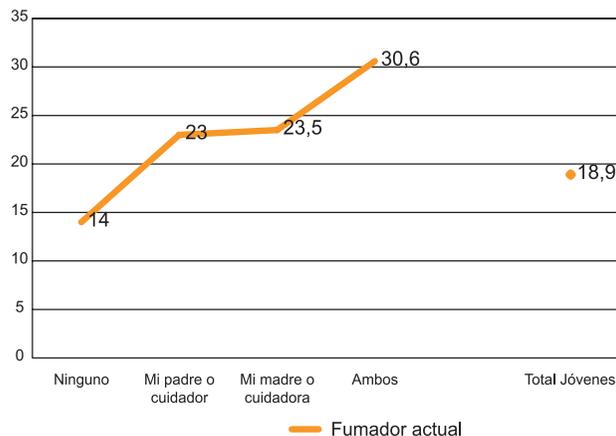
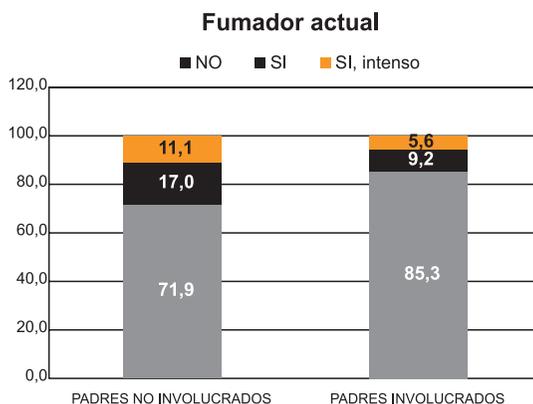


Gráfico 5: Consumo de tabaco según involucramiento de los padres.

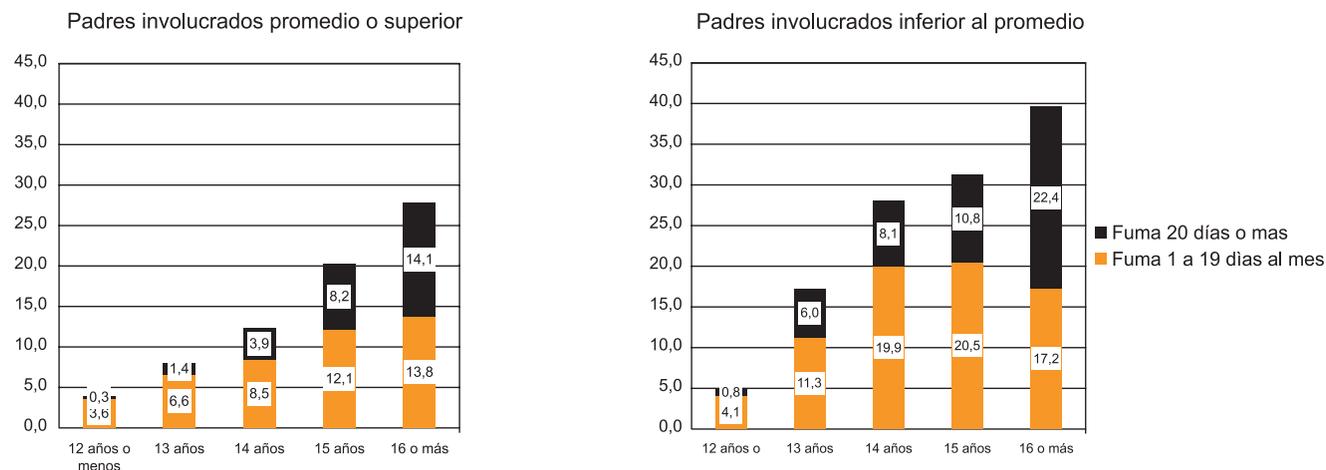
También es mayor el consumo de tabaco por parte de aquellos jóvenes cuyos padres están menos involucrados.



Como se vio en el gráfico 3 el consumo de tabaco aumenta significativamente entre los 12 y los 16 años de edad.

En el gráfico 6 se puede observar dicho aumento en forma diferencial, según se trate de jóvenes con padres más o menos involucrados.

Gráfico 6: Fumador y Fumador intenso según involucramiento de los padres y edad.



El total de jóvenes que fuman cuyos padres están menos involucrados a los 13 años es de: 17.3%, a los 14: 18%, a los 15: 31.3% y a los 16: 39.6%. Estos porcentajes son mucho menores en las mismas edades para jóvenes cuyos padres están más involucrados. A los 13 fuman 8%, a los 14: 12.4%, a los 15: 20.3% y a los 16: 27.9%.

Consumo de Alcohol y otras drogas.

Tabla 15: Consumo de alcohol

	Experimentó con alcohol Prevalencia Vida	Tomó alcohol últimos 30 días	Últimos 30 d tomó 4 o más tragos / Total Población	Últimos 30 d tomó 4 o más tragos / Tomaron 30 días
Total	76,1	56	19,3	31,6
Masculino	80,3	57,3	22,1	35,3
Femenino	72,6	55	17,0	28,4
Montevideo	77,4	56,2	17,8	29,1
Interior	74,9	55,8	20,6	33,8
12 o menos	54,3	25,7	6,6	23,2
13 años	59,4	36,7	9,2	22,8
14 años	78,7	58,3	18,6	29
15 años	87,4	71,1	25,3	33,3
16 o más	89,4	73,2	30,7	38,8
Padres involucrados	72,0	56,2	15,6	27,8
Padres no involucrados	84,3	70,2	27,3	38,8

Tabla 16 Abuso de alcohol

	Episodio(s) borrachera o resaca alguna vez en la vida / Total Población	Episodio(s) borrachera o resaca alguna vez en la vida / Tomaron 30 días
Total	37,8	55,8
Masculino	40,6	58,0
Femenino	35,5	54,0
Montevideo	38,5	55,9
Interior	37,2	55,8
12 o menos	16,8	34,4
13 años	22,3	45,7
14 años	36,5	50
15 años	46,6	58
16 años	57,8	68,8
Padres involucrados	32,3	50,8
Padres no involucrados	50,3	65,8

Gráfico 7: Episodios de borrachera y/o resaca alguna vez en la vida según edades. Total Población. Total tomaron alcohol últimos 30 días

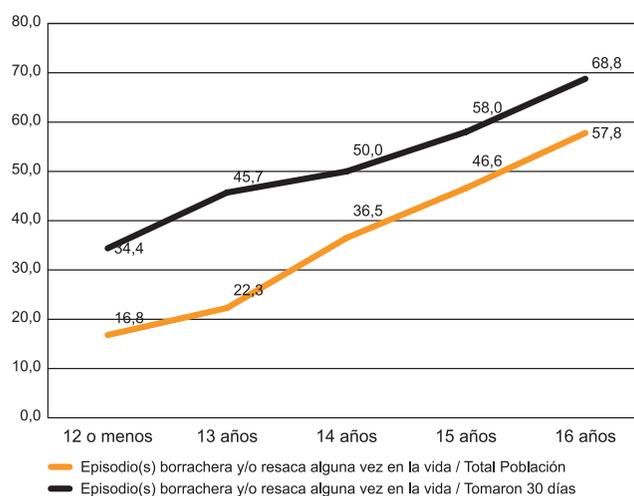


Tabla 17: Experimentación con drogas ilegales

	Experimentación Marihuana	Experimentación Pasta base	Experimentación otras drogas
Total	9,9	2,5	4,9
Masculino	11,6	3,2	6,0
Femenino	8,5	1,9	4,1
Montevideo	12,1	2,6	4,9
Interior	8,1	2,3	5,1
12 o menos	2,4	2,2	3,4
13 años	4,3	1,6	3,0
14 años	7,8	2,5	6,0
15 años	12,6	2,1	4,6
16 o más	20,2	4,1	7,4
Padres involucrados	6,3	1,2	2,7
Padres no involucrados	17,8	4,8	9,3

Casi el 10% de los jóvenes ha experimentado con marihuana, un 2.5% con pasta base y un 4.9% con otras drogas. En todos los casos el consumo por parte de varones es mayor. En el caso de marihuana el consumo en Montevideo es mayor que en el interior, siendo bastante menor la diferencia por regiones con respecto a pasta base y otras drogas. En el caso de la marihuana hay un claro aumento del consumo con relación a la edad, situación que no parece tan clara en el caso de la pasta base, salvo un leve aumento entre los de 16 o más años.

Como en los casos anteriores es clara la relación entre consumo e involucramiento de los padres. Para los tres casos estudiados esta relación es de 3 a 1 con respecto a padres no involucrados e involucrados.

Factores protectores de la Salud Integral.

Tabla 18: Uso de cinturón de seguridad entre quienes anduvieron en automóvil u otro vehículo en el último mes según región, sexo y edad.

	Montevideo	Interior	Masculino	Femenino	12 años o menos	13 años	14 años	15 años	16 o más	Total
Nunca o raramente	40,6	55,0	48,3	48,5	37,0	43,0	49,4	51,5	57,3	48,5
Algunas veces	18,5	19,5	17,9	20,0	20,1	18,6	19,6	20,9	14,9	19,0
La mayoría de las veces o siempre	41,0	25,5	33,8	31,5	42,9	38,4	31,0	27,6	27,8	32,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En Montevideo hay un mayor cuidado con relación al tránsito que en el interior. No parece haber diferencias importantes por sexo, aunque sí disminuyen los cuidados a medida que aumenta la edad.

Tabla 19: En la casa le han hablado o informado sobre temas sexuales

Total	79.6
Masculino	77
Femenino	81.6
Montevideo	82.4
Interior	77.2
12 o menos	70.2
13 años	78.4
14 años	78.1
15 años	82.3
16 o más	84.1
Padres involucrados	83.3
Padres no involucrados	71.5

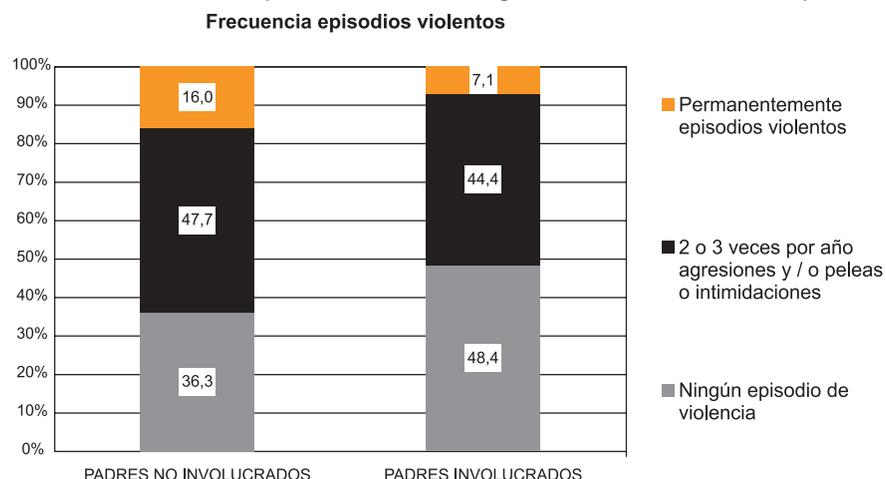
Los padres “involucrados” han informado más sobre temas sexuales. En Montevideo hay un mayor porcentaje de padres que lo han hecho, y las mujeres han sido informadas en un porcentaje mayor que los varones. A medida que la edad aumenta, aumenta el porcentaje de jóvenes que ha sido informado.

Conductas de Salud Sexual y Reproductiva.

Un 34.5% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales.

De ellos un 86.1% declara haber utilizado preservativo en su última relación.

Gráfico 8: Frecuencia episodios violentos según involucramiento de los padres.



Como en los casos anteriores la relación con el involucramiento de los padres es importante.

Asociaciones entre conductas de Salud y Situaciones de Riesgo Conexas.

Como se ve en el cuadro siguiente, entre los jóvenes que declaran haber sentido hambre en los últimos 30 días por no haber suficiente comida en su casa, es dónde se encuentra el mayor porcentaje de jóvenes con todos los indicadores con que se midió la higiene, por debajo de lo aceptable. Seguramente se trate de hogares con varias necesidades básicas insatisfechas. Es en este mismo grupo de jóvenes donde el porcentaje de episodios violentos resulta más alto.

Tabla 22: Vinculación entre conductas de higiene y haber tenido hambre

INDICE HIGIENE	Durante los últimos 30 días ha sentido hambre (a veces- casi siempre o siempre) por no haber suficiente comida en su hogar.		
	No	Si	Total
Todos los indicadores aceptables	77,0	66,1	76,3
1 de los indicadores por debajo de lo aceptable	17,4	19,5	17,5
2 de los indicadores por debajo de lo aceptable	4,9	8,5	5,1
Los 3 indicadores por debajo de lo aceptable	0,7	5,8	1,0
Total	100	100	100

Tabla 23: Vinculación entre episodios violentos y haber sentido hambre

Frecuencia episodios violentos	Durante los últimos 30 días ha sentido hambre (a veces- casi siempre o siempre) por no haber suficiente comida en su hogar		
	No	Si	Total
Ningún episodio de violencia	45,3	28,6	44,2
Dos o tres veces por año agresiones y / o peleas o intimidaciones	45,5	48,6	45,7
Permanentemente episodios violentos	9,2	22,9	10,1
Total	100	100	100

Construcción de Indicadores Relevantes.

Todos los indicadores de consumo desde cigarrillos pasando por alcohol y drogas ilegales aumentan en los casos de estudiantes que declaran que han pasado hambre. Son más significativos estos porcentajes para los consumos de pasta base y otras drogas que para las drogas legales y la marihuana.

Tabla 24: Vinculación entre diferentes consumos y haber sentido hambre.

Tasas	Ha sentido hambre (a veces- casi siempre o siempre) en los últimos 30 días por no haber suficiente alimento en su casa	
	Si	No
4 o más tragos alcohol por salida	21,0	19,2
Fumó últimos 30 días	23,2	18,7
Experimentó marihuana	11,0	9,9
Experimentó pasta base	4,1	2,4
Experimentó otras drogas	8,7	4,7

Tabla 25: Vinculación entre diferentes consumos y haber faltado al liceo sin permiso.

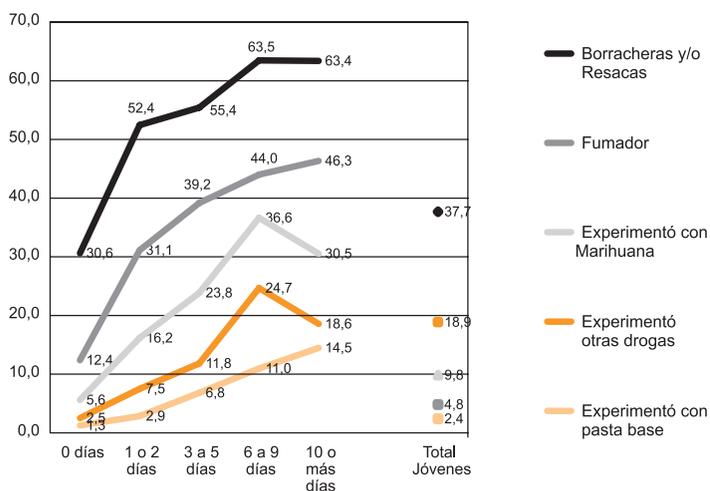
Tasas	Faltó al liceo sin permiso	
	Si	No
4 o más tragos alcohol por salida	32,1	13,8
Fumó últimos 30 días	34,6	12,4
Experimentó marihuana	20,0	5,6
Experimentó pasta base	5,1	1,3
Experimentó otras drogas	10,3	2,5

Entre los jóvenes que han declarado faltar al liceo sin permiso, el porcentaje de consumidores de todas las sustancias legales e ilegales es mucho mayor.

Cabe aclarar que estos jóvenes que han faltado representan el 30% sobre el total.

Por otro lado si se analiza la cantidad de días que declaran haber faltado, la situación de los jóvenes que lo han hecho más se asocia a consumos importantes, lejanos a la media.

Gráfico 9: Faltó al liceo sin permiso vinculado a experimentación con drogas, consumo de cigarrillos y abuso de alcohol.



Vinculación entre diferentes consumos y realizar actividades físicas y sociales o culturales.

Quienes hacen más actividad física fuman menos, hay menos proporción de fumadores intensos, el porcentaje de episodios de abuso de alcohol disminuye y son menos los que han experimentado con drogas ilegales.

Quienes participan en grupos juveniles fuman más que quienes no lo hacen, el porcentaje de quienes han tenido episodios de abuso de alcohol es mayor, y también el de quienes han experimentado con marihuana.

Vinculación entre diferentes consumos y composición del hogar.

Tabla 26. Consumo de cigarros. Experimentación con Marihuana, Pasta Base, Otras drogas, según composición del hogar (Padre y Madre – Sólo madre con o sin otros familiares) y edad.

	P Y M Fuma	Sólo M Fuma	P y M Exp Mar	Sólo M Exp Mar	P y M Exp PB	Sólo M Exp PB	P y M Otras D	Sólo M Otras D
12 años o menos	3,6	8,2	2,4	2,0	2,4	1,2	3,1	3,7
13 años	7,6	14,2	3,3	6,4	1,7	1,2	2,4	3,0
14 años	15,5	19,6	5,7	10,0	1,5	2,6	5,1	6,4
15 años	22,8	30,0	13,0	12,1	2,1	2,8	5,3	3,5
16 o más	28,9	38,0	15,4	28,0	2,7	5,7	5,6	10,2
Total	16,2	24,3	8,1	13,4	2,0	3,0	4,4	5,7

P y M: Padre y madre

Sólo M: Sólo madre

Fuma: Fuma cigarros

Exp Mar: Experimentó Marihuana

Exp PB: Experimentó Pasta Base

Otras D: Experimentó Otras Drogas

En todos los casos de consumo de sustancias legales e ilegales, la tasa en los hogares nucleares es menor al promedio. Esta tendencia se mantiene para casi todas las categorías de edad, no cumpliéndose para el tramo de 15 años en los consumos de marihuana y otras drogas, para marihuana en el tramo de 12 años y para pasta base en los tramos de 12 y 13 años.

Tabla 27. Perfil de riesgo para los principales indicadores relevados.

	MÁS PROTECCIÓN	MÁS RIESGO
HIGIENE	Mujeres + jóvenes Interior Padres + involucrados	Hombres + grandes padres - involucrados HAMBRE ***
ACT FÍSICA	Varones + jóvenes	Mujeres + grandes
MIEDO	Varones + jóvenes Padres + involucrados	Mujeres + grandes padres - involucrados
CONFORMES MANERA DE SER	Varones Montevideo	Mujeres Interior

FUMADORES	<p>Varones + Jóvenes No expuestos humo amb Padres No fumadores Padres + involucrados + actividad física</p>	<p>Mujeres + grandes Expuestos humo amb Padres fumadores Padres - involucrados HAMBRE FALTAR AL LICEO SIN PERMISO - actividad física participar grupos juveniles</p>
ABUSO ALCOHOL	<p>Mujeres + Jóvenes + actividad física padres + involucrados</p>	<p>Varones + grandes HAMBRE FALTAR AL LICEO SIN PERMISO participar grupos juveniles padres – involucrados</p>
DROGAS ILEGALES	<p>Mujeres + Jóvenes padres + involucrados + actividad física</p>	<p>Varones + grandes (marihuana) Montevideo (marihuana) padres – involucrados HAMBRE (pasta base y otras dro- gas) ** FALTAR AL LICEO SIN PERMISO Faltar muchos días**** participar grupos juveniles (marihua- na)</p>
USO CINTURON SEGURIDAD	<p>Montevideo + chicos</p>	<p>Interior + grandes</p>
INFORMACION TEMAS SEXUALES	<p>Montevideo padres + involucrados Mujeres + grandes</p>	<p>Interior padres – involucrados Varones + chicos</p>
EPISODIOS VIOLENTOS	<p>Mujeres Interior padres + involucrados</p>	<p>Varones ** Montevideo* padres – involucrados HAMBRE</p>

4. Segunda encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (emtj) - uruguay 2006

Autoría: La coordinación y ejecución del estudio estuvo a cargo del Observatorio Uruguayo de Drogas y la Lic. Gabriela Olivera, responsable del Área de Reducción de la Demanda de la Secretaría Nacional de Drogas como Coordinadora General para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Uruguay. Este estudio fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con UNICEF, UNESCO y UNAIDS con la asistencia técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América

Como asistentes de investigación y supervisores de campo estuvieron la Lic. Andrea Gamarra, Lic. Silvana Fernández y el Sr. Gustavo Chaine. Los facilitadores del estudio fueron Karina Fortete

María Soledad Bonapelch, Omar Fuentes, Jorge Scaiano, Fabiana Altezor, Andrea Amándola y

Valeria Brito. El procesamiento estadístico fue realizado por CDC de Atlanta y el OUD. El presente Informe estuvo a cargo de Lic. Héctor Suárez y Psicóloga Gabriela Olivera (Responsable Área Reducción de la Demanda de la Secretaría Nacional de Drogas)



Resumen Ejecutivo.

En Octubre de 2006 Uruguay participó en la Segunda Encuesta Mundial sobre Consumo de Tabaco en Jóvenes, patrocinada por OMS / OPS / CDC y ejecutado por el Observatorio Uruguayo de Drogas (SND).

En ella participaron 3425 jóvenes correspondientes a una muestra representativa a nivel nacional de estudiantes de Enseñanza Secundaria de Primer año del Ciclo Básico a Primer año del Bachillerato Diversificado (Jóvenes entre 12 y 15 años).

Como principales emergentes del estudio, surge que el 51.6% de los estudiantes alguna vez han fumado cigarrillos (Varones 49.5%, Mujeres 53.1%), el 22.8% fuma habitualmente (V.19.7%-M. 24.6%) y el 25.1% de no fumadores probablemente se inicien en el hábito de fumar el año próximo. Cerca de la mitad de los estudiantes, que son fumadores actuales, desean dejar de hacerlo. Asimismo, también la exposición al humo de tabaco ambiental, es alta en nuestro país. La mitad de los estudiantes viven en hogares donde otras personas fuman, y el 68% de los estudiantes, están expuestos al humo de tabaco ambiental fuera de sus hogares. Cerca de la mitad de los estudiantes, tienen padres (padre, madre, o tutores) que fuman, y 1 de cada 5 estudiantes, tienen amigos que también lo hacen. En cuanto a la publicidad, aparece otro dato importante: un porcentaje de 78%, de los estudiantes, ha visto en el último mes, publicidad de cigarrillos.

Se concluye que a pesar de la legislación existente y de los esfuerzos realizados (la implementación y vigilancia del Decreto de prohibición de fumar en espacios cerrados, y el hecho de que Uruguay, sea el 1er. País Libre de Humo de Tabaco en Latinoamérica), los resultados arrojados por las EMTJ 2001-2006, mostraron que el control de la oferta y la demanda de tabaco sigue siendo un desafío para el país. Es preciso continuar con las investigaciones, estudiar cuál ha sido la efectividad de las acciones desarrolladas para el control del tabaco y en ese sentido, es fundamental realizar periódicamente la Encuesta Mundial de Tabaco y Jóvenes. Asimismo, se deben continuar fortaleciendo los aspectos que hacen al cumplimiento del CMCT, ratificado por nuestro país, particularmente en lo que hace a las leyes que regulan la publicidad de tabaco, -artículos del CMCT-, aún no cumplidos, ya que un porcentaje de 78%, de los estudiantes, ha visto en el último mes, publicidad de cigarrillos. Igualmente, hay que seguir reforzando las

políticas e intervenciones preventivas, ya que dentro de los principales resultados de las dos EMTJ, aparece que la mitad de los jóvenes que fuman, quieren dejar de hacerlo y no pueden. En éste sentido, se hace necesaria la implementación de clínicas de cesación tabáquica, específicas para jóvenes. Continuar reforzando los aspectos que hacen a la educación de la población, en lo que tiene que ver con la Exposición al Humo de Tabaco Ambiental, ya que las generaciones más jóvenes, siguen estando bajo una muy alta exposición, especialmente, en sus propios hogares. Asimismo, se debe seguir la línea de trabajo marcada por la Comisión Asesora para el Control del Tabaco, del Ministerio de Salud Pública, en cuánto al desarrollo de dos líneas paralelas de trabajo. Una que tiene que ver con el cumplimiento de la normativa existente en nuestro país. Y la otra, que tiene que ver con seguir desarrollando un programa nacional de control de tabaco, que incluya el monitoreo de los aspectos relacionados al uso del mismo y la evaluación de intervenciones preventivas.

Introducción:

El uso del tabaco es la causa prevenible más importante de muchas enfermedades y muertes prematuras en diversos países. La Organización Mundial de la Salud informa que cada año mueren 10 millones de personas aproximadamente, debido al consumo de productos del tabaco. Asimismo, informa que el 70% de estas muertes, ocurren en países en vías de desarrollo. Una de las principales razones por las que la OMS hace proyecciones sobre el aumento futuro de las muertes causadas por el tabaquismo, es el ingreso de las generaciones más jóvenes al consumo de tabaco. Por esa razón, los estudios sobre los niños, niñas y jóvenes, -y su relación con el tabaco-, son centrales para la elaboración de próximas y efectivas intervenciones preventivas. Estas investigaciones nos brindan información muy valiosa sobre el consumo temprano del tabaquismo, y los entornos de riesgo que facilitan las conductas de consumo de los jóvenes, aportando un insumo fundamental sobre cuáles son los factores de protección familiar y social que se deberían promover, a fin de crear ambientes más saludables y protectores de las generaciones más jóvenes.

El consumo de tabaco ha aumentado considerablemente en todas partes del mundo durante la segunda mitad del siglo pasado, transformándose en una de las principales causas de muerte anticipada y evitable. Ello ha llevado a que los organismos internacionales y regionales dedicados específicamente a la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), utilizaran el término "epidemia" para referirse a la situación generada por el consumo de Tabaco a nivel mundial.

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema, la OMS, el CDC (Centro para el Control de Enfermedades y Prevención), y la Asociación de Salud Pública de Canadá (CPHA), ha desarrollado el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco (GTSS), para asistir a los países miembros en el control y monitoreo del consumo de tabaco.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, OMS, adopta en la 56 Asamblea Mundial de la Salud, (Mayo 2003), el Convenio Marco para el Control del Tabaco, CMCT.

Nuestro país aprueba el Convenio Marco para el Control del Tabaco promovido por la Organización Mundial de la Salud, -Ley 17.793 del 16 de julio de 2004-, asimismo en la actualidad, siguiendo algunas de las condiciones acordadas en el CMCT, se han modificado disposiciones tributarias (Decreto 164/005, 30 Mayo, 2005, Art. 1º- Tasas IMESI).

La relación que mantiene la población del Uruguay con las drogas, no escapa a la norma mundial: las más consumidas, son las drogas legales. Nuestras primeras causas de morbi-mortalidad tienen una relación directa con el consumo de una de ellas: el tabaco. (neoplasmas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, infecciones respiratorias agudas y neumonía, entre otras).

En nuestro país, para investigar los problemas de salud más importantes, se ha realizado un estudio de "Carga de Enfermedad", a través del indicador "Años de Vida Saludables Perdidos" (AVISA). Este indicador valora por un lado los años de vida perdidos en una población por muertes que ocurren a edades tempranas de la vida y los años vividos con limitaciones, etc. De esta investigación resulta que las Enfermedades Cardiovasculares y los Tumores Malignos (junto a los Accidentes) son responsables de más del 50% de los Años de Vida Saludables perdidos.

El hábito de fumar constituye un problema que afecta la salud de nuestra población, siendo la causa más frecuente de enfermedades crónicas que llevan a incapacidad y muerte prematura. En general, las enfermedades vinculadas al tabaquismo (cáncer, enfermedades cardiovasculares, arteriopatías), se manifiestan en la edad adulta, aunque el inicio del hábito de fumar se adquiera a edad temprana.

Dentro de los efectos del consumo de tabaco, encontramos los de corto y largo plazo:

Entre los de corto plazo: disminución de la defensa inmunológica del organismo, reducción del desempeño atlético,

afectación de la salud del hijo de madre fumadora (bajo peso al nacer, muerte súbita), primer paso para el uso de otro tipo de drogas (con respecto a este ítem: Elisardo Becoña recopila las últimas investigaciones internacionales acerca de la “Hipótesis de la Escalada” y la evidencia actual de la misma basado en Kandel y Jessor (2002) ³².

El consumo de tabaco y jóvenes – justificación del estudio

Según Becoña, se cuenta con una fuerte evidencia respecto a que entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Asimismo, manifiesta que “el consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más tarde”. Es de rigor destacar entonces, que el autor no encuentra apoyo para la proposición de causalidad, sino de riesgo de consumo de una droga posterior de la mencionada secuencia.

El hábito de fumar suele adoptarse en la pre-adolescencia y adolescencia, antes de la mayoría de edad, información ésta, que se corresponde con las dos EMTJ 2001 – 2006, realizadas en Uruguay. Distintas investigaciones demuestran que en este período se producen las primeras experimentaciones e incluso el consumo habitual de tabaco, puede tener su comienzo. Se observa al igual que en el EMTJ 2001, que el inicio así como el consumo, se da más precozmente en las mujeres que en los hombres.

Para la Junta Nacional de Drogas, -así como los Ministerios que la integran-, la salud integral de los niños, niñas y adolescentes, es de carácter prioritario y su bienestar es uno de los principales desafíos de las políticas de estado.

Ante la problemática del tabaquismo y la peligrosidad de su consumo en edades tempranas se enmarca la realización de este estudio en estudiantes de Enseñanza Media, como una investigación válida que contribuya con el diseño de políticas y planes de prevención de tabaquismo juvenil.

Es así como nuestro país decide aplicar la Segunda Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, EMTJ, como forma de continuar con el mapeo emprendido en el año 2001.

Antecedentes epidemiológicos:

En el año 2001 se instrumenta la aplicación en el país de la Primera Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, EMTJ, (en inglés: GYTS - Global Youth Tobacco Survey). Promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, EEUU) sobre consumo de tabaco en escuelas. La población objetivo en la Encuesta EMTJ 2001, fueron los alumnos de entre 13 y 15 años. Asimismo, se decidió completar el Estudio EMTJ 2001, con el Estudio Global sobre Uso de Tabaco en Personal de la Enseñanza Media (GSPS: Global School Personal Survey), investigación mundial, también promovida y realizada con el apoyo de la OMS /OPS/ y los CDC. Esta involucra a todos los funcionarios docentes y no docentes de cada una de las instituciones educativas seleccionadas en la muestra de EMTJ 2001.

Asimismo, a partir del año 2001 el Observatorio Uruguayo de Drogas instrumenta un estudio bienal sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, de representatividad nacional y que abarca a estudiantes de entre 13 y 17 años. Estos estudios permiten medir periódicamente las tasas y patrones de consumo, factores de riesgo y protección, actitudes y presencia de las drogas, tendencias de consumo de las drogas legales e ilegales.

Otro antecedente importante es la encuesta realizada a los alumnos de la Universidad de la República que cursaban primer año en sus Facultades en 1999 (alumnos cuya edad mayoritariamente se encontraba entre 17 y 21 años). Los resultados de esta encuesta son consistentes con los EMTJ 2001 lo cual permite validar los mismos a la vez que refuerzan las hipótesis planteadas.

Para el año 2006, el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas, realiza la Segunda Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes, EMTJ, también promovida y realizada con el apoyo de la OMS / OPS/ y el CDC.

32 -“La Ciencia de la Prevención” Ponencia presentada en: II Jornadas de actualización en Reducción de la Demanda de Drogas, organizadas por DEVIDA (Perú), en diciembre 2003.

Aspectos técnicos y metodológicos de la Segunda Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes – Uruguay 2006

Objetivos generales del estudio

Obtener información acerca de la prevalencia del consumo de tabaco, en cualquiera de sus modalidades de uso.

Estudiar las actitudes, conductas y percepción del riesgo relacionados al consumo de tabaco y su impacto sobre la salud, producidos por el consumo propio y por los efectos del humo de tabaco ambiental.

Analizar los niveles de susceptibilidad para convertirse en fumadores de cigarrillos, así como conocer los niveles de exposición a la publicidad de tabaco y campañas de prevención de tabaquismo.

Estudiar posibles factores de riesgo y protección como ser el consumo en el hogar, amigos, etc.

Asimismo monitorear la progresión del cumplimiento de los artículos acordados en el CMCT.

Usar la información obtenida a partir de las Encuestas EMTJ 2001 y 2006, que permita caracterizar la situación del consumo de Tabaco y medir la tendencia a nivel de la población escolar, prestando utilidad a la hora de establecer políticas y diseñar estrategias de prevención.

Ficha técnica

Universo: El universo de estudio fue la población escolarizada en Enseñanza Media que cursaba en el año 2006 Ciclo Básico (primero, segundo y tercero) y Primer año de Bachillerato Diversificado de Enseñanza Secundaria, en establecimientos públicos y privados, cuyas edades están comprendidas básicamente entre los 13 y 15 años. El mismo tiene como marco los alumnos inscriptos en educación formal en Montevideo y ciudades mayores a 5000 habitantes del interior del país.

Método: Encuesta.

Método de recolección – Auto administrado . Aplicación colectiva en aula de clases.

Tipo de cuestionario – Cerrado

Formulario – Diseñados y aprobados por la / OPS / CDC, luego que el Observatorio Uruguayo de Drogas, analizara y adecuara su terminología. Asimismo se elaboran las preguntas pertinentes al país, para su agregación.

Muestra: Probabilística representativa a nivel nacional y grandes áreas.

Procedimiento de muestreo

El diseño de la muestra consistió en dos etapas por conglomerados (primera etapa instituto, segunda etapa clases) que fueron usados para producir una muestra representativa de los estudiantes comprendidos en los grados Primero de Ciclo Básico de Enseñanza Media a Primer año de Bachillerato Diversificado del mismo nivel. La selección de los centros educativos se llevó a cabo en el CDC (Centro para el Control de Enfermedades y Prevención) de Atlanta – USA, así como la selección de clases (grupos) y la elección de las mismas en cada institución, realizada sobre la base de una serie de números aleatorios suministrados también por el CDC. El marco muestral correspondiente fue proporcionado por el Observatorio Uruguayo de Drogas.

Nivel escolar – la primera etapa del proceso de muestreo comprendió a todas las escuelas que contenían los grados: 1 CB, 2 CB, 3 CB y 1BD. La probabilidad de una escuela de ser seleccionada fue proporcional al tamaño de su matrícula.

Las escuelas fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño de la matrícula escolar.

Nivel clase – la segunda etapa de la muestra consistió en un muestreo sistemático en la cual todas las clases de cada una de las escuelas seleccionadas, tuvieron la misma probabilidad de ser elegibles para participar (con un proceso de inicio aleatorio). Todas las clases de las escuelas participantes fueron incluidas en el marco muestral. Todos los estudiantes en las clases seleccionadas fueron elegibles para participar en la encuesta.

El número de centros educativos sorteados fueron: 94, y se pudieron relevar la totalidad de los establecimientos educativos seleccionados, siendo la tasa de respuesta de los liceos un 100 %, habiendo totalizado 3.425 estudiantes que participaron del estudio en Uruguay.

Muestra resultante

Tasa de respuesta global:

Escuelas - 100.00% - 94 de las 94 escuelas de la muestra, participaron

Estudiantes - 74.88 % - 3,425 de los 4,574 de los estudiantes de la muestra, completaron las hojas de respuesta, manera válida.

Tasa de respuesta global - $100.00\% * 74.88\% = 74.88\%$

Las diferencias más importantes en la proporcionalidad y número de alumnos esperados por año en curso, se debieron a las limitaciones insalvables del marco muestral existente. Dicho marco sobre-estima la cantidad de alumnos en general y es especialmente importante en el Primer año del Bachillerato Diversificado, en virtud que figuran en el mismo aquellos alumnos que se anotan solo en algunas materias. Esto significa que un importante contingente de alumnos no se encuentran presentes en clase ni todos los días ni en todas las materias, lo que afecta el número de alumnos esperados al momento del relevamiento. En menor proporción ocurre para el resto de los cursos.

Por otro lado, el marco muestral se extrae de la solicitud de inscripción de los alumnos potenciales, lo cual significa que algunos no efectivizan la concurrencia o abandonan durante el curso.

De todas formas, las diferencias en la proporcionalidad observadas se ajustan en mayor medida a la realidad de las aulas y no presentan grandes sesgos que puedan afectar los resultados del estudio.

Para ajustar la muestra y su representatividad CDC realizó un procedimiento de ajuste, utilizando el procedimiento de ponderación que se presenta a continuación:

Tabla 1. Distribución de la muestra de aplicación EMTJ 2006 - Uruguay -
Cuadros de distribución por alumnos en %:

	Población	Muestra teórica	Muestra resultante
Montevideo	44,91	50,6	51.2
Resto del País	55,09	49,4	48.8
Total	100	100	100

	Población	Muestra Teórica	Muestra resultante
Total Primer Año	28,79376892	30,5	31.4
Total Segundo Año	25,59492406	25,9	30.6
Total Tercer Año	23,64354539	21,5	22.9
Total Primer Año Bachillerato D.	21,96776164	22	15.1
TOTAL	100	100	100

Definición de variables:

Los encuestados se clasificaron en no fumadores y fumadores, definiéndose una variable dicotómica dependiente que se utilizó durante el análisis, con las siguientes categorías:

No haber fumado (incluye experimentación)

Fumar actualmente (Aquellos adolescentes que declararon hacer fumado en los últimos 30 días.)

Fumador frecuente se definió a aquellos estudiantes que hubieran fumado 20 o más días el último mes.

Al igual que en la EMTJ 2001, la OPS/OMS a partir de los indicadores usados en la Encuesta, elaboró un Índice de Susceptibilidad, basado en las estimaciones que hace el encuestado, sobre dos interrogantes: la probabilidad de fumar en el futuro y así como el grado de influencia que reconoce sobre sí por parte de sus amigos que fuman. Este Índice se operacionaliza como nueva variable que define el porcentaje de encuestados que son potencialmente futuros fumadores.

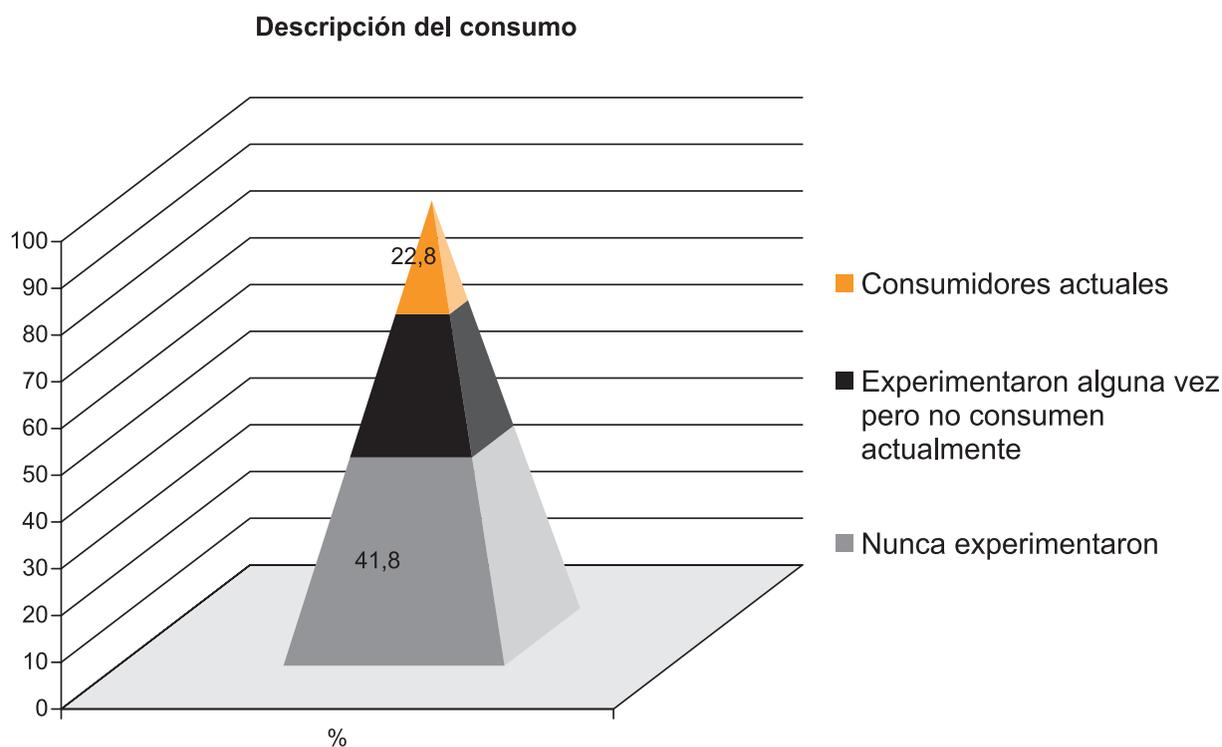
Se operacionalizó también la variable que mide el consumo familiar, definida como padres fumadores y padres no fumadores.

Informe General Encuesta Mundial de Tabaquismo de Jóvenes – EMTJ -

Datos de Consumo : una generación de consumidores.

- Casi uno de cada 4 jóvenes fuma actualmente.
- El 7% de los jóvenes es un fumador intenso (más de 20 días al mes).
- Alta precocidad en el inicio del consumo.
- Mayor probabilidad de inicio en el consumo en las mujeres.
- Uno de cada cuatro no fumadores tiene alta probabilidad de hacerlo en el futuro.

Gráfico 1: Perfil de consumo en población objeto de estudio.



Los principales emergentes resultantes del análisis descriptivo del consumo de la Encuesta EMTJ 2006 indican que la experimentación con tabaco en la población estudiada, permanece alta en ambos sexos y donde se visualiza una mayor experimentación con la droga, es en las mujeres. También se presenta una alta precocidad en el consumo y este dato es muy preocupante ya que está demostrado que cuanto antes empieza a fumar, -cuanto más joven es la persona-, más dificultades para dejar de hacerlo, tendrá. Otro de los puntos que detallaremos en el análisis siguiente es el número de estudiantes que revisten en la categoría de “fumadores actuales” (encuestados que fumaron 1 o más días en los últimos 30 días) cuyo porcentaje es muy elevado.

El índice de susceptibilidad (la probabilidad de fumar en el futuro), también se presenta alto, y éste es un elemento muy importante a tener en cuenta.

Tabla 2 : Datos de prevalencia del consumo de tabaco:

	ALGUNA VEZ FUMÓ CIGARRILLOS (1)	FUMADORES AC-TUALES (2)	FUMADORES FRE-CUENTES (3)	CONSUMO OTRO TIPO DE TABACO (4)
Total general	51.6	22.8	7.7	9.5
Hombres	49.5	19.7	6.6	11.8
Mujeres	53.1	24.6	8.5	7.3
Montevideo	54.2	23.1	8.4	9.6
Interior	49.5	22.5	7.1	9.4
1CB	33.3	12.1	1.9	6.0
2CB	48.1	21.3	4.2	8.4
3CB	61.7	26.6	10.6	12.4
1BD	68.3	32.8	15.6	11.4
13 años	35.8	12.2	1.4	4.8
14 años	47.9	19.5	4.3	9.6
15 años	62.6	28.6	10.4	9.3

Base: Total de encuestados

probó una o dos pitadas alguna vez en la vida

encuestados que fumaron 1 o más días en los últimos 30 días

encuestados que en los últimos 30 días fumaron 20 días y más

consumo en los últimos 30 días de tabaco de armar, pipa, cigarros, (sin ser cigarrillos), etc.

Las mujeres y su alta vulnerabilidad al consumo de tabaco:

Casi la mitad de los jóvenes entrevistados, ha experimentado con tabaco, y uno de los datos más importantes es que las mujeres aparecen como más vulnerables al consumo de tabaco, ya que han experimentado y consumen actualmente más que los varones. En la gráfica observamos que para todos los cursos la tasa de consumo femenino es superior, fundamentalmente en 2 CB cuya población promedia los 13 años. En 1 BD la tasa de consumidoras habituales de tabaco es superior a la de la población general. Este mayor porcentaje en las jóvenes, no sorprende, ya que sigue las tendencias generales de la Región, donde la industria tabacalera ha tomado terreno en los países donde aún no está legislada la publicidad de marcas de cigarrillos, -como en Uruguay-, y donde las jóvenes están siendo uno de los “blancos” de sus promociones. También las jóvenes son las que presentan mayor porcentaje de fumadoras actuales: 24.6%.

Diversos estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre la evolución del cáncer de pulmón en hombres y mujeres en el mundo nos muestra como desde la década de los 70 del siglo pasado, las mujeres sobrepasaron a los hombres en contraer esta enfermedad. En el siglo pasado, aproximadamente por los años veinte comenzó a instalarse el hábito de fumar en las mujeres en los países occidentales. Ya en ese momento la publicidad era uno de los elementos más importantes de motivación para el inicio del fumar en las mujeres. Distintas agencias publicitarias internacionales mostraban a actrices famosas en sus campañas, asociando el hábito de fumar, al refinamiento, la belleza, la autonomía, el modernismo y la libertad. El lugar que le tocó jugar a la mujer en la Primera y Segunda Guerra Mundial, contribuyó a que se incorporara al mundo laboral fuera del hogar, el que estaba destinado casi exclusivamente a los hombres. El hecho de trabajar y de ganar autonomía se fue asociando al hábito de fumar, es decir, de ahora en más, -no sólo las mujeres trabajarían como los hombres-, sino, que adoptarían algunos de sus comportamientos, entre ellos: fumar.

Actualmente, podemos observar que otros factores también motivan e influyen en el hábito de fumar de las mujeres como ser: el estrés que causan las nuevas responsabilidades sociales, laborales y familiares, (muchas veces la mujer es jefa y único sostén de la familia), que debe cumplir.

Muchos y diferentes son los factores que pueden influir en el consumo de tabaco en las adolescentes y mujeres,

tanto en el inicio del consumo, como en su mantenimiento y dependencia. Los internos, pueden tener que ver con el componente emocional de la persona, por ejemplo: la imagen de sí misma, la autovaloración y auto estima, trastornos del humor, depresión, etc. Los externos, -más emparentados con el componente social- muchas de las veces, se deben a factores como: la publicidad, disponibilidad, precios del producto, la permisividad social del consumo, las leyes y decretos de protección a la salud de la población-del humo de tabaco ambiental, las condiciones de la vida urbana, etc. Es de rigor destacar también la influencia que tienen los factores de carácter cognitivo como ser la información, creencias, actitudes, y la percepción del riesgo que se tenga del consumo de tabaco.

Otro de los emergentes de los datos de consumo lo presenta la diferencia por edades, siendo significativo y preocupante como se incrementa el uso de tabaco entre los jóvenes mayores como lo muestra la tabla 1: en 1CB, los consumidores actuales alcanzan un porcentaje del 12.1, mientras que este porcentaje en los jóvenes que cursan 1BD, es de un 32.8%. Si comparamos este porcentaje con la población en general, podemos visualizar que estos jóvenes ya están casi o igual que la población adulta, en el consumo de tabaco.

La gráfica muestra que mientras la experimentación tiene su mayor evolución entre primer y segundo año, el uso habitual se incrementa muy fuertemente entre segundo y tercer año. Es decir, que la campaña de prevención del tabaquismo debe centrarse fundamentalmente antes de segundo año (menores a 13 años). Para las edades mayores, la intervención debe tener un alto componente de acciones destinadas a desalentar el consumo de tabaco.

Gráfico 2: Evolución del patrón de consumo controlado por curso.
Evolución de patrón de consumo

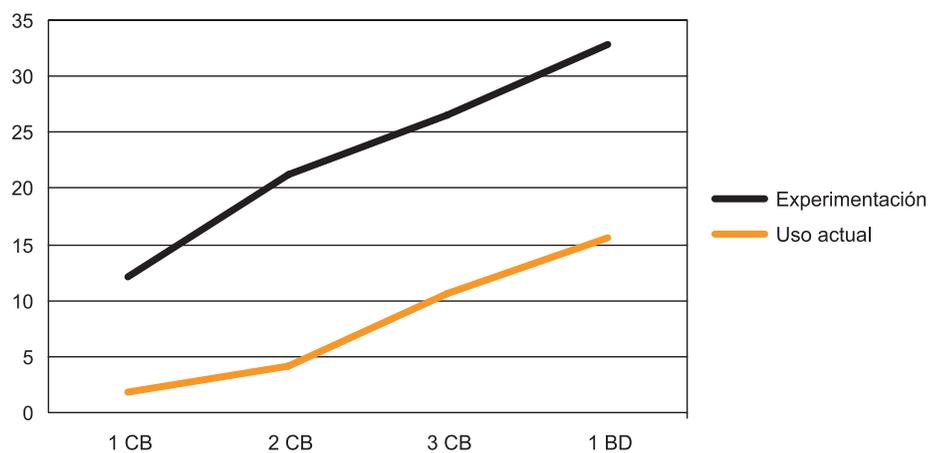
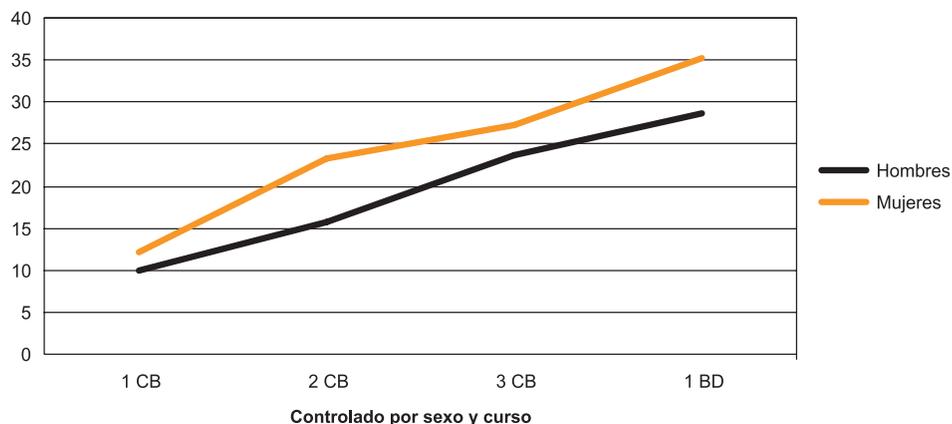


Gráfico 3: Consumo actual controlado por curso y sexo.
Fumadores actuales



Edad de Inicio:

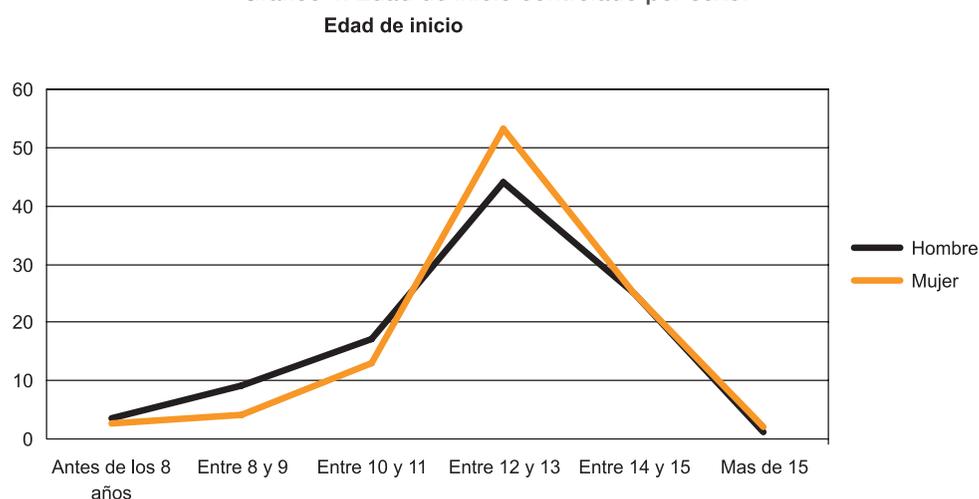
Uno de cada cuatro jóvenes uruguayos ha experimentado con tabaco entre los 12 y 13 años, constituyendo la mitad de los que declararon consumir alguna vez. No se presentan diferencias estadísticamente significativas entre Montevideo e Interior.

Los hombres aparecen con una mayor precocidad que las mujeres, pero estas diferencias no son sustanciales ya que para ambos sexos la edad predominante es entre 12 y 13 años.

Asimismo, se visualiza que con la edad se da un incremento importante ya que en 1ro. CB sólo el 16.6% ha probado tabaco, y en 3ro. CB lo ha hecho ya la gran mayoría: 28.2% a los 12 o 13 años.

Tabla 3 : Edad de primera experimentación con Tabaco.

	% sobre total de la muestra	% sobre total de experimentadores
A los 7 años o antes	1.5	3.1
De 8 a 9 años	3.1	6.2
De 10 a 11 años	7.4	14.7
De 12 a 13 años	24.9	49.5
De 14 a 15 años	12.5	24.8
16 años o mas	0.8	1.6

Gráfico 4: Edad de inicio controlado por sexo.**Tabla 4: Edad de inicio por rango de edad controlado por área, sexo y curso.**

	Nunca fumo	Hasta 7 años	8 o 9	10 u 11	12 o 13	14 o 15	16 y mas
Total general	49.8	1.5	3.1	7.4	24.9	12.5	0.8
Hombres	52.3	1.6	4.4	8.2	21.0	11.9	0.6
Mujeres	47.9	1.4	2.2	6.8	27.7	13.0	1.0
Montevideo	47.1	1.6	3.0	8.8	26.7	11.9	0.9
Interior	51.9	1.5	3.2	6.3	23.4	13.0	0.8
Primer año	68.5	2.7	2.5	7.4	16.6	2.3	0.1
Segundo año	52.7	0.9	3.5	7.9	26.7	8.0	0.4
Tercer año	39.7	1.4	2.4	7.4	28.2	20.0	0.9
1BD	33.3	0.8	4.5	6.5	29.3	23.3	2.3
13 años	65.6	2.1	1.8	9.8	20.7	0.0	-
14 años	53.1	1.4	3.6	6.6	26.3	9.0	-
15 años	39.1	1.1	2.6	6.9	28.3	22.0	-

Base: total de Encuestados

Dependencia : Cautivos del consumo.

- La mitad de los jóvenes que fuman actualmente, han intentado dejar sin éxito. Paradójicamente, tres de cada cuatro fumadores declaran que dejarían si quisieran.
- Más de la tercera parte de ellos presenta signos importante de dependencia.
- Sólo uno de cada cuatro no fumadores considera que dejar de fumar es difícil.
- Son pocos los jóvenes que han recibido ayuda profesional para dejar de fumar.

Promedialmente, la mitad de los consumidores actuales (15% del total de jóvenes encuestados) de tabaco han intentado dejar de fumar sin éxito. Este porcentaje no varía significativamente por sexo o región pero controlado por edad observamos que a mayor edad, mayor porcentaje de intentos fallidos.

Con respecto a la dependencia a la nicotina, sabido es que cuanto antes empieza una persona a fumar, más dificultades tendrá para cesar ese hábito, más severo será el Síndrome de Abstinencia y más complejo el proceso de cambiar su conducta adictiva y relación con la nicotina. Esta información viene a confirmarse en esta encuesta. La mitad de los jóvenes que fuman actualmente, han intentado dejar sin éxito. Paradójicamente, tres de cada cuatro fumadores declaran “que dejarían si quisieran...”. Estos datos junto a los signos de dependencia que presentan la mitad de estos jóvenes, y la escasa ayuda profesional que han recibido, nos dicen que es inminente el diseño de policlínicas de cesación especializadas en ésta franja etárea.

Tabla 5: Indicadores de Dependencia.

	Ganas de fumar en la mañana (1)	Intentó dejar de fumar pero sigue fumando (2)
Total general	35.0	48.1
Hombres	31.8	50.8
Mujeres	37.4	46.9
Montevideo	36.5	52.1
Interior	33.7	44.8
Primer año	26.9	37.5
Segundo año	31.2	46.3
Tercer año	37.6	54.1
1BD	38.5	49.3
13 años	23.7	40.1
14 años	34.6	42.6
15 años	35.9	49.6

Base: Fumadores actuales.

1)A veces / casi siempre tiene ganas de fumar en la mañana

2)Intentó dejar el año pasado.

Tabla 6 : percepciones sobre dependencia y deseos de dejar de fumar controlado por sexo, curso y área geográfica en fumadores y no fumadores. .

	Dejar de fumar es difícil (1)		Podría dejar si quisiera (2)
	No fumador	Fumador actual	
Total general	24.7	26.6	67.9
Hombres	25.3	24.5	70.3
Mujeres	24.5	28.2	68.3
Montevideo	24.6	27.1	70.6
Interior	24.8	26.2	65.7
Primer año	26.8	22.9	58.6
Segundo año	25.2	24.3	67.5
Tercer año	22.7	29.7	69.2
1BD	23.	27.8	74.5
13 años	26.6	21.1	61.7
14 años	26.8	28.7	64.3
15 años	22.3	31.2	77.7

Base: (1) total de Encuestados

(2) fumadores actuales

Tabla 7: Ayuda para dejar de fumar.

Si, a través de un programa o de un profesional	6.7
Si, a través de un amigo o amiga	27.9
Si, a través de un miembro de la familia	22.1
Si, a través de programas y profesionales y a través de mis amistades o miembro de la flia.	12.3
No ha recibido consejos o ayuda	31.0

Base: Jóvenes que han consumido o consumen cigarrillos.

Percepción del riesgo: Una variable interviniente.

La inmensa mayoría de los jóvenes (88%) considera que el fumar es perjudicial para la salud pero esta percepción varía en forma importante según el joven sea fumador actual o no.

En el Interior del país existe una menor percepción del riesgo que en la Capital, fundamentalmente entre los fumadores.

En promedio, la mitad de los jóvenes considera que fumar hace perder peso.

Gráfico 5: Información sobre daños del uso de tabaco.

Información sobre Tabaco

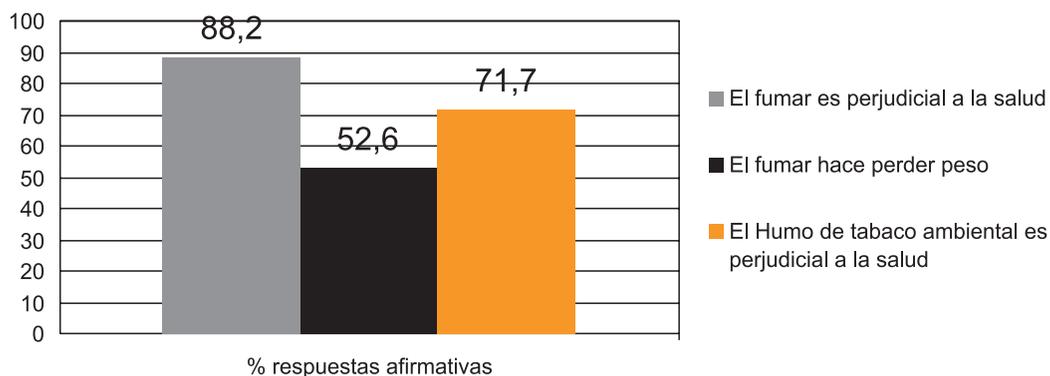


Tabla 8: Percepción del riesgo controlado por área geográfica, sexo y edad en fumadores y no fumadores.

	El tabaco es dañino (1)		Fumar hace perder peso		El HTA es perjudicial (2)	
	No fumador	Fumador habitual	No fumador	Fumador habitual	No fumador	Fumador habitual
Total general	91.5	77.0	52.7	52.2	75.4	60.2
Hombres	90.7	74.0	48.0	42.8	76.0	64.4
Mujeres	92.5	79.2	56.7	57.9	75.0	58.3
Montevideo	92.2	82.8	50.3	46.4	71.4	63.0
Interior	90.8	70.7	54.6	56.9	78.7	57.9
Primer año	90.0	71.1	54.7	59.4	73.2	57.0
Segundo año	92.1	70.5	54.4	51.8	76.0	51.4
Tercer año	91.3	79.8	49.2	46.2	76.4	64.2
1BD	95.3	84.4	52.2	53.6	77.4	64.1
13 años	95.2	75.0	47.8	59.1	74.7	55.2
14 años	90.2	72.9	57.4	54.9	74.6	57.2
15 años	90.7	78.7	51.6	49.3	77.2	58.8

Base: total de Encuestados

porcentaje de encuestados que opinan que el tabaco es definitivamente dañino para la salud

porcentaje de encuestados que opinan que el HTA (humo de tabaco ambiental) es definitivamente dañino para la salud

Existe la opinión generalizada que el tabaco es dañino para la salud, siendo esta posición más radical en los no fumadores. No se presenta una diferencia significativa entre sexos; sí así entre los jóvenes del interior del país y los que viven en la capital. Esta información coincide con la de otras Encuestas realizadas por el OUD (Observatorio Uruguayo de Drogas), mostrando mayor vulnerabilidad ante el consumo de drogas legales a los jóvenes del interior del país, por esa razón se han implementado programas específicos en nuestro país de Prevención de tabaquismo escolar y Prevención de consumo de alcohol juvenil.³³

No se presentan diferencias significativas de percepción de riesgo entre fumadores y no fumadores respecto a la pérdida de peso relacionado con el Tabaco, aunque sí por sexo, siendo significativamente más vulnerables las mujeres.

Con referencia a las consideraciones de los jóvenes sobre los daños que produce el Humo de Tabaco Ambiental, tanto para los no fumadores o fumadores es perjudicial aunque existen diferencias entre los fumadores actuales, las mujeres y los no fumadores.

La tolerancia social: un cambio cualitativo importante

La mayoría de los jóvenes declara fumar principalmente en eventos sociales y lugares públicos. Sin embargo, un importante 15% lo hace fundamentalmente en su hogar.

Para la mayoría de los jóvenes la edad no es impedimento para comprar cigarrillos.

³³ Programa de Prevención de Tabaquismo. Implementado en distintas escuelas del país, por la ONG: INlatina-EDC-ANEP. Y Programa de Prevención de Alcoholismo Juvenil y otras conductas de riesgo asociadas, implementado por las Juntas Departamentales de Drogas y la JND.

Tabla 9: Lugares mas frecuente de consumo controlado por área geográfica, sexo y edad.

	Fuma en la casa	En el liceo	En el trabajo	En casa de amigos	Eventos sociales	Lugares públicos	Otros
Total general	14.7	15.6	1.1	13.7	21.8	24.3	8.9
Hombres	14.3	8.9	2.2	14.2	27.2	21.5	11.7
Mujeres	14.4	19.3	0.4	14.0	19.1	25.8	7.2
Montevideo	15.1	19.5	0.5	9.8	22.0	26.1	7.0
Interior.	14.3	12.1	1.5	17.2	21.6	22.7	10.5
Primer año	18.1	16.4	1.1	16.6	8.6	26.2	13.1
Segundo año	9.1	14.1	0.3	17.3	22.0	31.1	6.0
Tercer año	16.7	11.5	0.4	11.9	27.0	24.4	8.0
1BD	14.8	19.8	2.5	11.1	26.3	15.8	9.7
13 años	15.4	12.1	1.3	20.8	14.1	28.4	7.9
14 años	10.9	13.6	0.0	14.2	24.7	28.0	8.5
15 años	9.1	14.2	0.0	14.4	26.2	28.3	7.9

Base: total de Encuestados que han fumado o fuman.

Tabla 10: Dificultades para la compra de cigarrillos. (% de respuestas)

	Los compró directamente*	La edad no fue obstáculo para su compra**
Total general	63.7	82.1
Hombres	62.3	81.3
Mujeres	65.1	83.3
Montevideo	62.9	78.1
Interior.	64.4	85.5
Primer año	56.5	73.0
Segundo año	59.4	79.3
Tercer año	66.0	81.6
1BD	70.1	91.4
13 años	52.1	67.4
14 años	55.5	78.6
15 años	72.2	86.7

Base:* Jóvenes que declaran haber fumado en los últimos 30 días.

** Jóvenes que intentaron comprar cigarrillos en los últimos 30 días.

Respecto a los hábitos de consumo, y desde el punto de vista conductual, se indagó sobre lugares de consumo, accesibilidad y la permisividad para el consumo.

La primer tabla de este ítem, refleja que se presentan diferencias –algunas significativas– por sexo y edad en los lugares habituales de consumo. El doble o más de las mujeres fuma en el liceo mientras que entre los hombres la proporción es de la mitad que ellas. Mientras los más jóvenes fuman mayormente en lugares públicos, al llegar a los 15 años el hogar pasa a ser el lugar más habitual.

Asimismo, los datos señalan que no existen grandes impedimentos para acceder a los cigarrillos. Habitualmente, los menores fumadores adquieren los mismos comprándolos libremente.

El consumo familiar y grupo de amigos como factores de riesgo

El consumo de los padres (o alguno de ellos) aumenta significativamente las probabilidades de consumo en los jóvenes. En efecto, la tasa de consumo del 18% (jóvenes que sus padres no fuman) se incrementa significativamente al 27% en los jóvenes que sus padres (o alguno de ellos) fuman. Las mujeres presentan una mayor sensibilidad al consumo parental.

Existe una alta correspondencia entre los hábitos individuales y los colectivos de su grupo de pares. Por lo tanto, el grupo de pares de los fumadores es también en su mayoría consumidores de cigarrillos.

Tabla 11: Fumadores actuales controlado por consumo de padres (*) y amigos (**). (en %)

	Fumadores cuyos padres no fuman	Fumadores cuyos padres fuman	No fumadores cuyos Mejores amigos fuman	fumadores cuyos mejores amigos fuman
Total general	18.3	27.5	14.4	57.4
Hombres	16.3	23.0	13.0	49.6
Mujeres	19.3	30.5	15.2	62.8
Montevideo	18.2	27.9	15.0	56.4
Interior.	18.3	27.1	13.9	58.3
Primer año	8.9	14.7	7.9	48.8
Segundo año	16.9	26.0	15.2	53.5
Tercer año	23.1	30.7	16.1	61.5
1BD	25.5	40.4	21.4	59.0
13 años	10.9	13.3	8.3	50.7
14 años	16.6	22.6	12.6	52.5
15 años	23.3	34.6	17.8	60.4

Base: total de Encuestados

(*) Fuma uno o los dos padres.

(**) La mayoría de sus amigos o todos.

Tabla 12: Presencia de consumo ambiental.

	Fumaron en su presencia, en su casa(1)	Fumaron en su presencia, en otros Lugares (2)
Total general	29.6	22.6
Hombres	25.6	20.9
Mujeres	32.5	23.8
Montevideo	32.1	25.3
Interior	27.5	20.4
Primer año	33.3	19.3
Segundo año	27.0	18.4
Tercer año	29.6	24.6
1BD	33.1	28.9
13 años	27.2	16.9
14 años	29.9	21.1
15 años	28.8	25.8

Base: Total de encuestados.

Fumaron en su casa y en su presencia todos los días en la últimos 7 días.

Fumaron en otro lugar que no fuera su casa todos los días en los últimos 7 días.

En el marco de las investigaciones internacionales y nacionales, aparecen tres grandes grupos de factores de riesgo y protección para la prevención de los consumos problemáticos de los niños y adolescentes. Los de contextos macros: sociedad y niveles de deprivación económica y social, desorganización comunitaria y bajo apego en la crianza, disponibilidad de drogas, percepción social del riesgo, normativa sobre el uso de drogas, entre otros. Los de contextos micros: -factores intrapersonales e interpersonales del sujeto-, son aquellas instituciones más cercanas a las personas: familia, instituciones educativas, y grupo de pares, como los más importantes; y los que tienen que ver con el sujeto, su desarrollo y personalidad.

Se cuenta actualmente con información sobre los consumos de drogas en los adolescentes, y sobre el papel que juega la familia como factor de protección de consumos problemáticos, producida por investigaciones acerca del manejo familiar. Se sabe que la intervención de la familia tiene más importancia de lo que se consideraba hace años en relación con el grupo de amigos en la pubertad y adolescencia. Estas investigaciones han hecho posible que se tenga conocimiento de cuáles son los principales factores de protección familiar del consumo abusivo de drogas, entre los que se encuentran: pautas educativas familiares, actitudes y modelo de conducta con respecto al uso de drogas y el grado de involucramiento y conflictiva intra familiar. Los niños y niñas tienen conocimiento del uso del tabaco, en sus micro ámbitos más próximos, siendo el más temprano y relevante, la familia. En esta primera aproximación a los usos del tabaco, -en el seno familiar-, es donde el potencial informativo y formativo de la familia es de suma importancia, es éste uno de los primeros ámbitos donde aparece el vínculo con el tabaco y el alcohol. En la familia, transcurren las primeras informaciones sobre el tabaco, y éste es uno de los elementos que hace del espacio familiar, un ámbito de protección privilegiado del consumo de cigarrillos en un futuro. El aprendizaje de la convivencia con el tabaco también se transmite en el hogar, desde las primeras informaciones y relacionamientos con esta droga legal se suceden. Es decir, los niños observan por qué se consume tabaco, cómo se lo consume, en que circunstancias, etc.

Las Tablas anteriores reflejan la relevancia del consumo en el entorno familiar, en virtud que se manifiestan diferencias importantes de consumo en los jóvenes, según provengan de hogares con padres fumadores o no, tanto para la experimentación como para los fumadores habituales. Esta relación se manifiesta con mayor fuerza en los más jóvenes y en las mujeres.

También el consumo de tabaco en el entorno social (amigos consumidores), se relaciona fuertemente con el consumo individual ya que los fumadores tienen porcentajes más altos de amigos fumadores que los no fumadores.

Publicidad: La influencia de los medios.

Importante campaña contra el tabaquismo.

Tabla 13: Mensajes publicitarios que desestimulan el consumo de Tabaco.

Vieron mucha publicidad antitabaco en los últimos 30 días.	48.0
Vieron muchos mensajes anti-tabaco en eventos sociales, Comunitarios, deportivos. *	24.7

Base: Total de encuestados.

* Base: Total de encuestados que concurren a este tipo de eventos.

En contrapartida, alta publicidad de Tabaco en la vía pública.



Tabla 14: Mensajes publicitarios que estimulan el consumo

Vieron muchos mensajes publicitarios en eventos sociales, Comunitarios, deportivos.*	29.4
Muchas veces ve fumar a los actores cuando va al cine, en tv, etc*	45.2
Tiene prendas con logos de marcas de cigarrillos.	11.4
Vio muchas propagandas de marcas de cigarrillos en programas deportivos u otros*	37.5
Vio muchos anuncios publicitarios de cigarrillos en la vía pública	50.4
Vió muchos anuncios publicitarios en diarios, revistas, etc.	25.0
Ofrecieron cigarrillos gratis en promociones.	8.3

Base: total de encuestados

(*)Base: jóvenes que concurren a eventos o miran programas deportivos

En cuanto al nivel de exposición (o recordación) de mensajes públicos relacionados a campañas de prevención del tabaquismo se puede señalar que existe una importante exposición (medido en recordación) a campañas anti-tabaco.

Por otro lado, la promoción del uso de tabaco y la permisividad social de su consumo, sumado al ingreso de nuevas y sofisticadas formas de información a los hogares abren espacios de inclusión a los medios masivos de comunicación y con ello aparece la publicidad del tabaco.

La promoción del uso de tabaco aún está permitida en nuestro país, y con eso en cualquier momento que se haga uso de los medios masivos de comunicación, ésta puede hacerse presente. Sumado a esto se instalan “los valores agregados” que acompañan a los productos de tabaco -que se publicitan y se intentan vender-, así como también las ideas e imágenes de “amistad, belleza, éxito, felicidad”, que aparecen en el spot publicitario. La publicidad de cigarrillos nada dice del producto en sí mismo, de que está compuesto, ni de sus efectos dañinos para el organismo, tanto se los fume o se aspire el humo de tabaco ambiental.

Las drogas legales son promocionadas, publicitadas y ofertadas abiertamente como es el caso del tabaco y el alcohol. La oferta ha aumentado, y las formas de la oferta, han variado. La publicidad, la promoción de la venta de cigarrillos, ingresa a los hogares a través de la televisión, radio y otros medios masivos.

Sobre la política anti-tabaco actual: Una actitud positiva.

Apoyo a las políticas anti-tabaco, fundamentalmente en los más jóvenes. Sin embargo, sólo tres de cada 10 jóvenes (en promedio) considera que esta medida ayuda a que la gente deje de fumar.

Tampoco es mayoritaria la opinión de que aumentar el precio ayude a dejar de fumar

Tabla 15: Opinión sobre la legislación para el control del tabaquismo.

	A favor de la prohibición de no dejar fumar en lugares públicos.	Piensa que el decreto que prohíbe fumar en ambientes cerrados ayuda a dejar de fumar	Aumentar el precio ayuda a dejar de fumar (% de respuestas positivas)
Total general	83.4	34.1	35.6
Hombres	83.5	39.3	44.3
Mujeres	84.0	30.0	28.8
Montevideo	80.4	34.0	34.1
Interior	85.9	29.0	36.8
Primer año	85.6	33.6	35.0
Segundo año	84.6	36.4	34.7
Tercer año	80.6	32.7	34.4
1BD	79.2	32.8	38.3
13 años	85.6	34.5	35.5
14 años	82.5	37.0	35.0
15 años	78.6	28.3	33.7

Esta encuesta indagó por vez primera en nuestro país el acuerdo que hacen los jóvenes acerca de la nueva política y prohibición de fumar en espacios cerrados de permanencia en común de personas que establece el Decreto Presidencial 268/05.

En ese sentido, la encuesta muestra que existe apoyo de parte de los jóvenes al cuidado de la salud de fumadores y no fumadores en espacios cerrados. Sin embargo, sólo una minoría de los jóvenes encuestados considera que esta medida ayuda a dejar de fumar. Así como tampoco es mayoritaria la opinión de que el aumento de los precios del tabaco incida en la cesación del hábito de fumar.

Prevención escolar: Alta exposición genérica a los daños del consumo de tabaco.

En forma general, el tema de los daños del uso de tabaco estuvo presente en el año escolar.

Sin embargo, sólo tres de cada 10 estudiantes declara que hablaron específicamente sobre las razones del consumo de los jóvenes.

Tabla 16: Actividades preventivas e informativas sobre tabaquismo. (en % de respuestas positivas)

Hablaron durante el presente año en tu liceo sobre los peligros de fumar?	63.9
Discutieron este año en cualquiera de las asignaturas sobre las razones por las cuales los jóvenes fuman?	36.9
Discutieron este año en cualquiera de las asignaturas sobre los efectos dañinos de fumar?	51.2
Hablaron este año en clase sobre fumar y la salud como parte de una lección	43.4

En cuanto a la prevención escolar en el centro educativo, los jóvenes expresan que han trabajado en cualquiera de las asignaturas los peligros de consumir tabaco, los daños que pueden afectar el estado de salud y bienestar. Sin embargo, también afirman que las razones de por qué fuman los jóvenes, se han trabajado en menor medida que los peligros y daños a la salud provocados por fumar.

En este sentido, es válido plantearse en un futuro trabajar más las etiologías del consumo del tabaco y las razones de por que los jóvenes a veces fuman, ya que la información sobre las causas del consumo no son suficientes, -pero sí necesarias-, para una buena prevención del consumo juvenil.

Asimismo, sería bueno plantearse también trabajar estos contenidos antes del ingreso al liceo ya que esta encuesta mostró que ya en los primeros años de liceo se realizan las primeras experimentaciones con tabaco.

Discusión:

En primer lugar, cabe destacar el apoyo juvenil hacia la medida tomada por este gobierno respecto a la prohibición de fumar en espacios cerrados de permanencia de personas, establecido por el Decreto 268/05. Este dato es un importante reforzador para continuar con el mantenimiento de las actuales políticas de prevención de tabaquismo. Asimismo, respecto al aumento de impuesto ejecutado por el gobierno, si bien los jóvenes han expresado que no creen en su efectividad respecto a que sirva para que los fumadores dejen de hacerlo, tampoco se han manifestado en contrario.

Si bien existe una respuesta favorable de los jóvenes acerca del cumplimiento del decreto, los mismos presentan niveles de exposición al Humo de Tabaco en sus Hogares, que indican la necesidad de continuar con el trabajo con padres y madres, al respecto del valor de la familia como factor de protección del consumo de tabaco, si ésta tiene un estilo de vida y presenta modelos educativos saludables.

Pueden ser importantes factores que contribuyen a la disminución del consumo y la protección de las generaciones más jóvenes de los daños que produce el tabaco.

Respecto a los principales resultados, destacamos también que la mitad de los jóvenes que fuman quieren dejar de hacerlo y no pueden. La exposición al humo de tabaco ambiental es alta en nuestro país. La mitad de los estudiantes viven en hogares dónde otras personas fuman, y el 68% de los estudiantes están expuestos al humo de tabaco ambiental fuera de sus hogares. Cerca de la mitad de los estudiantes tienen padres (padre, madre, o tutores) que fuman y 1 de cada 5 estudiantes tiene amigos que también lo hacen.

El 22.8% de los estudiantes fuman cigarrillos actualmente. Cerca de la mitad de los estudiantes que son fumadores actuales, desean dejar de hacerlo. Esto quiere decir que debemos reforzar las políticas específicas de prevención juvenil del tabaquismo y particularmente con un enfoque de género, especialmente dedicado a las mujeres que son las que se presentan más vulnerables. Asimismo, se debe trabajar hacia la creación de las policlínicas de cesación de tabaquismo específicas para jóvenes.

El 78%, de los estudiantes ha visto en el último mes publicidad de cigarrillos. Este es otro de los aspectos que contempla la Ley de Prevención y Control de Tabaquismo –en curso en las Cámaras de nuestro país-, y en el cual se debe hacer más énfasis. Cuanto antes se anule la publicidad de tabaco en la televisión, más cerca estaremos de prevenir el tabaquismo juvenil ya que es sabido que los valores que promueven las tabacaleras en sus spots publicitarios intentan presentar su producto con diversos “valores agregados” de amistad, belleza, éxito, etc., para captar la atención de la población más jóvenes y ganar nuevos fumadores.

Conclusión

Se concluye que a pesar de la legislación existente y de los esfuerzos realizados los resultados arrojados por la EMTJ 2001, muestran que el control de la oferta y la demanda de tabaco sigue siendo un desafío para el país. Desde el espacio de la Comisión Interinstitucional Asesora para el Control del Tabaco se trabaja en la construcción de un Plan Nacional para el Control del Tabaco pero aún se encuentra en proceso.

Es preciso continuar con las investigaciones, estudiar cual ha sido la efectividad de las acciones desarrolladas para el control del tabaco y en ese sentido, es fundamental realizar periódicamente la Encuesta Mundial de Tabaco y Jóvenes.

Asimismo, se deben continuar fortaleciendo los aspectos que hacen al cumplimiento del CMCT, ratificado por nuestro país. Particularmente en lo que hace a las leyes que regulan la publicidad de tabaco, -artículos del CMCT-, aún no cumplidos. Y con aquellos factores que hacen a la educación de la población en lo que tiene que ver con la Exposición al Humo de Tabaco Ambiental ya que las generaciones más jóvenes siguen estando bajo una muy alta exposición, especialmente, en sus propios hogares.

Asimismo, se debe seguir la línea de trabajo marcada por la Comisión Asesora para el Control del Tabaco, del Ministerio de Salud Pública en cuanto al desarrollo de dos líneas paralelas de trabajo. Una que tiene que ver con el cumplimiento de la normativa existente en nuestro país. Y la otra, que tiene que ver con seguir desarrollando un programa nacional de control de tabaco, que incluya el monitoreo y la evaluación de investigaciones e intervenciones preventivas.

5. Consumo de drogas en pacientes de la emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo – Uruguay 2007

Autoría: La Coordinación General de la encuesta, incluida la coordinación con el Hospital Pasteur y la supervisión del trabajo de campo fue realizada conjuntamente por el Observatorio Uruguayo de Drogas y la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina las cuales suscribieron un convenio para la ejecución conjunta del estudio. El trabajo de campo fue realizado por Ayala Mónica, Bouissa Martín, Brescia Soledad, Caraballo Karina, Cardozo Alvaro, Correa Mariela, Donya Natalia, Frontini Ma. Alcira, García Soledad, Lopez Rega Gabriela, Martínez Alejandra, Moyano Virginia, Pereira Leonor, Santos Verónica, Siri Leonardo, Sitjar Teresa, Wschebor Margarita, Zúñiga Julián. La captura electrónica de datos fue realizada por A Wschebor Margarita. El análisis y discusión de los datos y la elaboración del Informe Final fue realizado por residentes de Psiquiatría: Brescia Soledad, Lopez Rega Gabriela, Wschebor Margarita. Asistentes de Clínica Psiquiátrica: Bouissa Martín, Frontini Ma. Alcira y Lic. Héctor Suárez del Observatorio Uruguayo de Drogas. Como Investigador Principal por parte de la Cátedra de Psiquiatría Prof. Adjunto Dr. Pablo Fielitz

Introducción.

Las ventanas epidemiológicas son sistemas de información, que pueden permitir obtener alertas tempranas de situaciones cambiantes como ser cambios en la incidencia de las sustancias, cambios en los patrones de consumo y su dimensión espacial, aparición de nuevas sustancias o modalidades de uso. Asimismo, permiten “triangular” la información con otros métodos de investigación en uso (por ejemplo con estudios cualitativos).

A una sala de Emergencia acuden personas que viven un momento crítico en relación con su salud física. Por lo tanto, si el consumo de sustancias psicoactivas fuese importante en la población se esperaría que se reflejara en los casos atendidos en aquellas salas. Además, si ciertos productos consumidos fuesen más peligrosos que otros se esperaría también observar una presencia más marcada de los mismos en las Salas de Emergencia de los hospitales.

El estudio en Emergencias Hospitalarias reviste entonces gran importancia para el sistema, pues permite conocer, además de la prevalencias de consumo de estas sub-poblaciones, explorar la asociación del consumo de las mismas con lesiones por causa externa y las patologías asociadas que se presentan en usuarios de drogas.

Contar con esta nueva información aportará a la generación de conciencia en la sociedad sobre la problemática del consumo a la vez que contribuirá a la implementación de las políticas de estado.

El presente proyecto es un esfuerzo conjunto de la JND a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas y la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina

Se trata de un estudio secuencial (semana tipo) en uno de los principales hospitales públicos del país –Hospital Pasteur-. En dicho centro asistencial se cubre aproximadamente el 15% del total de emergencias de Salud Pública y un 32% del total del Sistema de Emergencias Hospitalarias de dicho Ministerio. En el año 2005, el Hospital Pasteur atendió en su servicio de emergencia 43387 consultas.

Como antecedente inmediato de este estudio se encuentra el estudio realizado por el OUD, con el apoyo financiero y técnica de OEA (CICAD) en 2004 sobre Consumo de Drogas en Emergencias Hospitalarias.

Aspectos Técnicos y Metodológicos.

Objetivos generales

Dimensionar y establecer la magnitud, incidencia y las características del consumo de sustancias psicoactivas entre los pacientes que acuden a la sala de Emergencia del Hospital Pasteur.

Retomar los esfuerzos conjuntos de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y la Junta Nacional de Drogas en tareas de investigación, análisis y seguimiento de esta temática.

Objetivos específicos

- Determinar los motivos de consulta de los consumidores en dicho Servicio.
- Evaluar el impacto del consumo de sustancias psicoactivas asociado a lesiones de causa externa.
- Proporcionar el perfil de la población que solicita atención médica urgente bajo el efecto de sustancias psicoactivas.
- Establecer posibles asociaciones entre los motivos de consulta y las sustancias de consumo, en particular para PBC.
- Establecer la concordancia entre el autor reporte (definido por la encuesta), el diagnóstico médico primario y las pruebas biológicas para cada sustancia analizada.
- Contribuir a la estimación de los costos económicos, sociales y humanos atribuibles al consumo abusivo de drogas.
- Incorporar el diagnóstico del médico tratante, como informante clave en las Investigaciones en la materia.

Descripción

La información principal que busca este estudio es la presencia de un consumo de sustancias psicoactivas por parte del paciente durante las 6 horas antes de su ingreso en una Sala de Emergencia y su eventual asociación con el motivo de consulta o la demanda de atención. Fue de especial relevancia capacitar al personal involucrado sobre el objetivo del estudio dado que no sólo buscaba identificar la presencia de un consumo reciente en el paciente, sino sobretodo determinar si se le puede atribuir causalmente el accidente.

En este caso y como elemento novedoso y fundamental en este tipo de estudios se incorporan pruebas biológicas a una sub-muestra de la población objeto de estudio. Con ello se trata de contribuir a la base de datos nacional, con información actualizada y confiable.

La recolección de la información contó con tres fuentes:

1) Informe médico:

En el cuestionario, se indaga en un primer tiempo la eventual presencia de la droga con el diagnóstico clínico; El médico tratante indicó si en su opinión, a partir de la sintomatología la urgencia puede atribuirse al consumo de alguna sustancia psicoactiva .

2) Declaración del Paciente.

Al momento de la internación, y cuando las circunstancias lo posibilitaron, se le aplicó un pequeño cuestionario al paciente sobre consumo de drogas.

El instrumento para recabar la información fue un cuestionario semi-estructurado, precodificado de acuerdo a los parámetros actuales del SIDUC y con incorporaciones realizadas por el equipo técnico del Observatorio Uruguayo de Drogas y la Cátedra de Psiquiatría.

Allí se relevó información sobre el consumo de drogas (auto reporte) en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días, últimas 6 horas (excepto alcohol y tabaco), patrones de consumo, asociación con la consulta, etc.

3) Prueba biológica a los pacientes entre 15 y 35 años.³⁴

Test de orina para detectar presencia de Cocaína y derivados y Marihuana. Las tirillas reactivas en orina detectan consumo de THC hasta un mes después del último consumo cuando el consumo es regular, y en Cocaína y deriva-

34 Por problemas de presupuesto, la prueba biológica se aplicó a una sub-muestra de la población objetivo, que fue la comprendida entre los 15 y 35 años de edad. El fundamento para acotar el estudio biológico a la franja etárea referida se sustenta en que en los estudios anteriores (1998 y 2004) la casi totalidad del consumo de drogas ilegales se ubicó en esta franja.

dos (PBC) hasta 72 luego del consumo.

Para la detección de alcohol, se utilizaron espirómetros que fueron cedidos gentilmente por Policía Caminera, la cual también se encargó de la capacitación para el uso de los mismos. Esta prueba detecta presencia de alcohol en la sangre (en promedio) en ingestas hasta tres horas previas.³⁵

Ficha Técnica

Universo: La población estudiada la constituye el conjunto de las personas con edad de 15 y más años que acudieron por alguna razón a la Sala de Emergencia del Hospital Pasteur, con la excepción de los casos que se refieren a ginecología entre el 19 y el 26 de marzo de 2007.

Ámbito: Montevideo.

Selección de casos: Todos los casos que demandaron servicio de Urgencia en una semana tipo durante las 24 horas del día. Lo que se realizó entonces, fue un censo de todos los pacientes mayores de 15 años que demandaron la atención del servicio.

Muestra. Secuencial en una semana tipo. .

Instrumento – Registro médico, encuesta a usuario y prueba biológica³⁶..

Método de recolección – Administrado por personal especializado y debidamente entrenado (20 encuestadores)

Tipo de cuestionario – Semi- estructurado (OUD-CICAD)

Lugar de recolección – Emergencia hospitalaria del Hospital Pasteur

Variables relevadas en el estudio

Las tres dimensiones básicas del estudio son las siguientes:

Perfil del paciente.

Consumo de sustancias psicoactivas.

Relación del consumo con el motivo de consulta

DIMENSION	VARIABLES	INDICADORES
Perfil de la población	Sociodemográfica	Sexo Edad Situación laboral Tipo de ocupación Estado civil
Consumo de sustancias	Prevalencia	1) Datos de consumo (set de indicadores) (2) Dinámica del consumo (Set de indicadores)
Vinculación demanda de atención – consumo reciente de drogas	Diagnóstico	1) Estado en que llega el paciente 2) Motivo del ingreso 3) Diagnóstico médico 4) Consumo de sustancias (percepción médico) 5) Relación de la asistencia con consumo (según paciente) 6) Número de internaciones últimos 12 meses) 7) Prueba biológica para THC y Cocaína / PBC y Alcohol.

³⁵ Depende del volumen físico y sexo de la persona y nivel de ingesta.

³⁶ Sólo disponible para el rango de edad determinado.

Principales Resultados.

Muestra Resultante

Se encuestaron un total de 547 pacientes de los 721 censados, que fueron la totalidad de ingresos según el registro hospitalario en el período estudiado³⁷. El nivel de rechazo fue muy bajo (ver Tabla 1) y el mayor porcentaje de no aplicación de la encuesta se debió al estado en el cual ingresó el paciente que imposibilitó realizar la misma (inconsciente, traslado de urgencia, intervención, etc).

Con respecto al estado del ingreso de los pacientes, un 2% de los mismos ingresó inconsciente, resultando el diagnóstico en el 50% de estos casos vinculado al “sistema neurológico”.

En las Tablas 5 y 6 se presenta la distribución por Motivo de Ingresos y Diagnóstico médico, la cual no se aparta de la distribución más frecuente que se da en este tipo de servicios.

Según la percepción clínica del médico tratante el 10% de los casos atendidos ingresaron (concientes o inconscientes) bajo la influencia de alguna droga³⁸. Observando el motivo de ingreso, observamos como estos casos están vinculados en mayor proporción que el resto de los pacientes a accidentes laborales o domésticos, situaciones de violencia e intento de suicidio. En cuanto a las sustancias detectadas de consumo reciente para esta población las mayores tasas corresponden a drogas legales como alcohol, tabaco, tranquilizantes. En cuanto a las ilegales, pasta base es la que presenta mayor porcentaje de usuarios cuya asistencia está asociada al consumo de sustancias.

Total de casos con ingreso a Emergencia: 721 casos.
Total de casos con encuesta efectiva: 547 casos.
Total de casos con Prueba biológica: 160 casos.



Tabla 1 Número de encuestas efectivas

	CASOS	%
Acepta encuesta	547	75.9
Rechaza encuesta	55	7.6
No disponible para participar	119	16.5
TOTAL	721	100

Base: Total de la muestra

Tabla 2 Distribución por franja horaria

Hora de demanda de Asistencia	Casos	%
Entre las 0 y 6 horas	66	9
Entre las 6 y las 12	191	26
Entre las 12 y 18 horas	253	35
Entre las 18 y las 24 horas	208	29
Sin datos	3	0
Total	721	100

Base: Total de la muestra

37 19 a 26 de marzo de 2007

38 Nos referimos al estado del paciente al momento del ingreso pero no a la vinculación de la demanda de atención con el consumo ya que la misma puede estar vinculada al consumo sin necesariamente haber ingresado bajo los efectos de la misma. Para mas detalle ver capítulo correspondiente.

Tabla 3 Estado del Paciente al ingreso

	Casos	%
Conciente bajo influencia de drogas	65	9
Conciente sin influencia de drogas	565	78
Inconsciente bajo influencia de drogas	4	1
Inconsciente sin influencia de drogas	6	1
Inconsciente se ignora	2	0
Conciente se ignora	18	2
Sin dato	61	8
Total	721	100



Uno de cada 10 pacientes ingresó bajo influencia de alguna droga.



Base: Total de la muestra

Tabla 4. Consumo detectado por Médico en usuarios a los que se le asocia la demanda de atención con el consumo.

Sustancia	%
Alcohol	35.0
Tabaco	28.3
Tranquilizantes	20.0
Pasta Base	10.0
Marihuana	6.7
Antidepresivos	5.0
Neurolépticos	1.7
Anticolinérgicos.	1.7

Tabla 5 Relación del motivo de ingreso con el consumo de sustancias.

	Sin datos	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	TOTAL
Desconocido	0	0	.2	0.2
Accidente de tránsito	4.5	2.8	1.1	1.5
Accidente de trabajo	0	2.8	1.1	1.3
Accidente común o casero	4.5	5.6	2.9	3.2
Situación de violencia	13.6	9.7	1.7	3.1
Intento de suicidio	4.5	12.5	0.2	1.8
Sobredosis	0	1.4	0.2	0.3
Síndrome de abstinencia	0	1.4	0	0.2
Otro médico quirúrgico	72.7	63.9	92.6	88.5
Total	100	100	100	100

Base: Total de ingresos.

Tabla 6 Diagnóstico médico

	Casos	%
Enfermedades del Aparato Cardiovascular	49	6,8
Aparato respiratorio	86	11,9
Aparato digestivo	76	10,5
Sistema neurológico	39	5,4
Enfermedades Psiquiátricas	17	2,4
Piel y faneras	48	6,7
Aparato Urinario	52	7,2
Aparato genital	12	1,7
Gripe	5	0,7
Aparato locomotor	53	7,4
Traumatismos/ Politraumatismos/ heridas	71	9,8
Oftalmología	5	0,7
Odontología	2	0,3
Hematología/ alergias no especificadas	2	0,3
Controles	1	0,1
Problemas quirúrgicos	32	4,4
Intoxicaciones	7	1,0
Infecciones no especificadas	29	4,0
Consultas no especificadas	20	2,8
Diabetes	10	1,4
En estudio / sin datos	105	14,5
Total	721	100,0

Base: Total de la muestra

Perfil sociodemográfico de los usuarios.

La distribución obtenida por sexo coincide con la distribución poblacional general, con una diferencia de apenas 4 puntos porcentuales resultado de una mayor demanda de atención por parte de las mujeres.

Con respecto al rango de edad, si bien no se presentan diferencias significativas, el peso relativo de las personas mayores de 65 años, es sensiblemente mayor que en la distribución general. En contrapartida, pero en forma más tenue se presentan menores porcentajes de personas demandando asistencia en los menores de 34 años. Mientras en la población general el porcentaje de mayores de 65 años es del 18.8%, en la población en estudio es de 24.2% lo cual es fácilmente explicable por el ciclo vital de las personas y el consecuente aumento en la demanda de atención médica.

En cuanto a las demás variables sociodemográficas, encontramos un menor porcentaje de personas casadas o en pareja. En contrapartida, existe un mayor porcentaje de solteros o viudos. Esto puede ser explicable por las diferencias encontradas por rangos de edad descritas en el párrafo anterior. También el número de desocupados y las ocupaciones de menor calificación se encuentran sobre-representados en la muestra³⁹. Esto está relacionado con el perfil sociodemográfico de los usuarios de Salud Pública, los cuales en general pertenecen al sector socio-económico mas empobrecido y de mayor vulnerabilidad social.

³⁹ Los segmentos medio-alto –alto cuentan con servicios de Emergencia Móvil y similares, lo que hace que los mismos en muy pocos casos ingresen a los Hospitales o Servicios de Urgencia regulares, pasando directamente a las Instituciones privadas, o atendidos directamente en sus domicilios.

Tabla 7- Distribución por sexo

Sexo	%
Hombre	44.3
Mujer	55.7
TOTAL	100



Edad promedio: 46.6
Desvío estándar: 19.91

Tabla 8. Distribución rangos de edad poblacional y de muestra resultante

Rangos de edad	Distribución poblacional(*)	Distribución muestra Hospital Pasteur(**)
de 15 a 19 años	9.5	9.2
de 20 a 24 años	10.1	7.9
de 25 a 34 años	19.4	15.0
de 35 a 44 años	15.4	15.1
de 45 a 54 años	15.0	16,1
de 55 a 64 años	11.8	12,2
mayor a 65 años	18.8	24.1
Sin dato	0	0,4
Total	100.0	100,0

(*)Fuente: INE. Distribución rangos de edad Población total de Montevideo de acuerdo a Proyecciones del INE.

(**) Total de la muestra

Tabla 9 Distribución por Estado civil (en %)

Estado civil	%
Soltero	32,5
Casado	29,2
Vive en pareja	14,2
Divorciado/ Separado	12,2
Viudo/a	9,3
Sin datos	2,6
Total	100,0

Base: Total de encuestados

Tabla 10 Distribución por Situación laboral

Situación laboral	%
Trabajo fijo	12,8
Trabajo ocasional	26,5
Desempleado	18,8
Estudiante	4,0
Ama de casa	10,0
Inactivo (jubilado, rentista, etc.)	22,8
Hurgador	1,1
Feriante	1,3
Sin datos	2,7
Total	100

Base: Total de encuestados

Tabla 11 Distribución por Tipo de Ocupación

Tipo de ocupación	%
Sin información	6,8
Miembros del P. Ejecutivo y Legislativo. Personal Directivo	2,3
Profesionales, científicos e intelectuales	0,5
Técnicos y profesionales de nivel medio	2,7
Empleados de oficina	2,3
Trab. de los servicios y vendedores de comercios y mercados	17,3
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesq	2,7
Ofic., operarios y artesanos de artes mecá. y de otros ofici	13,2
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	3,2
Trabajadores no calificados	49,1
Total	100,0

Base: Base encuestados excepto Jub , Rentista ,Ama de casa y estudiantes

Consumo de Drogas. Perfil de la población atendida.

En este capítulo, se presentan los datos de prevalencia y dinámica de consumo de la población investigada en base al reporte consignado por los encuestados.

Excepto en el caso del alcohol, el consumo habitual de sustancias psicoactivas en esta población es superior a los datos poblacionales existentes. Las diferencias más importantes las encontramos en Tranquilizantes y Anti-depresivos en las drogas legales y Cocaína y Pasta Base, entre las drogas ilegales. Las drogas legales son por amplio margen las más consumidas, destacándose el alto uso de psicofármacos, fundamentalmente Tranquilizantes y Sedantes⁴⁰, prevalencias muy superiores a las encontradas en la población general. Puede pensarse que aquellas personas que están en tratamiento con tranquilizantes pueden ser usuarios frecuentes de la Emergencia por motivos inherentes a su patología psiquiátrica (p. ej. crisis de pánico, crisis histéricas.etc). En cuanto a los que consumieron por su cuenta, se encuentran dos modalidades, las personas que mezclan benzodiacepinas con alcohol o que utilizan las benzodiacepinas "para bajar" el efecto de los estimulantes, y otro grupo de personas de mayor edad que consume tranquilizantes o hipnóticos como automedicación de estados de tensión. Con respecto a las drogas ilegales, aproximadamente un 6 % de los encuestados ha declarado consumir una (3.8%) o más (1.6%) en los últimos 30 días, fundamentalmente Marihuana y Cocaína y sus derivados.

Con respecto al consumo más reciente (últimas 6 horas), el 2.3% de los pacientes atendidos

(40% de los consumidores de los últimos 30 días) declara haber consumido alguna sustancia psicoactiva ilegal. En cuanto a la dinámica del consumo, observamos que dentro de las ilegales, la droga de mayor frecuencia de uso la constituye la Pasta Base ya que un 54.5 % de quienes consumen lo hacen diariamente.

Con respecto a la edad de inicio, el alcohol y tabaco dentro de las legales y los inhalantes⁴¹ y la marihuana⁴² dentro de las ilegales se presentan como las drogas con mayor precocidad en su uso. En cambio, los tranquilizantes tienen en promedio una edad de inicio cercana a los 32 años y los antidepresivos cercana a los 43.

Relacionando esta información descriptiva general con las principales variables de cabecera encontramos que:

Se presentan, tanto en lo que refiere a las tasas de consumo como para la frecuencia de su uso excepto alcohol, porcentajes superiores a las arrojadas en forma general por la Cuarta Encuesta Nacional en Hogares realizada en el 2006 por el OUD. La presencia de un 2.3% de consumos muy recientes (últimas 6 horas) es otro indicador importante en lo que refiere a la presencia de sustancias psicoactivas en el ámbito de la Emergencia.

Con respecto al alcohol, igualmente cabe señalar como dato preocupante, la alta tasa de consumo de la población más joven (90.5% de consumidores en los últimos 12 meses en jóvenes entre 15 y 18 años).

40 Esta mayor prevalencia se da tanto en los consumos por prescripción médica como los consumidor por su cuenta.

41 (15.3 años promedio de edad de inicio)

42 (18.2 años promedio de edad de inicio)

El dato más relevante es el alto porcentaje de consumo de tranquilizantes y antidepresivos alguna vez en la vida (fundamentalmente bajo prescripción médica) que duplica los valores hallados en la población general.

En cuanto a la distribución por sexo y rango de edad presenta patrones similares a la encontrada en la población general como ser:

Significativo mayor consumo masculino en Alcohol y drogas ilegales en los últimos 30 días. En contrapartida tranquilizantes y antidepresivos presenta mayor prevalencia de vida en las mujeres.

Por rango de edad, entre 19 y 25 años se presentan las mayores prevalencias en los últimos 30 días de Tabaco, Marihuana, Cocaína y tranquilizantes sin prescripción médica. Para Pasta Base y Alcohol la mayor magnitud de consumo se presenta en personas entre 26 y 35 años.

Como singularidades de este estudio encontramos:

- El uso de tranquilizantes y antidepresivos por su cuenta no presenta diferencias significativas por sexo.
- El uso indebido (sin prescripción médica) de tranquilizantes y antidepresivos se da fundamentalmente en las personas más jóvenes (menores de 25 años).

Tabla 12 Consumo de drogas: Datos de prevalencia

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alcohol	86.1	63.7	34.9
Tabaco	74.3	46.2	40.7
Tranquilizantes	46.3	4.6(*)	3.5(*)
Antidepresivos	16.4	0.5(*)	0.2(*)
Marihuana	10.2	4.9	4.6
Cocaína	6.6	2.4	0.9
Pasta Base	4.6	3.6	2.7
Inhalantes	3.3	0	0
Alucinógenos	2.7	0.5	0
Éxtasis	0.7	0	0
Crack	1.6	0.5	0.4
Heroína	0.4	0	0
Opio / Morfina	0.2	0.2	0.2
Metanfetaminas	1.1	0	0

Base: Total de encuestados.

(*) Consumo sin prescripción médica.



***Casi 6 de cada 10 pacientes ha consumido alguna sustancia psicoactiva en el último mes (alcohol, tabaco, tranquilizantes y antidepresivos sin prescripción médica, marihuana, pasta base, cocaína, alucinógenos, Inhalantes, éxtasis)**

Tabla 13: Datos de consumo población general y muestra resultante para las principales drogas.

Sustancia	Población General (*)	Muestra Hospital Pasteur (**)
Alcohol (Últimos 30 días)	50.1	34.9
Tabaco (últimos 30 días)	34.7	40.7
Tranquilizantes (alguna vez en la vida)	22.0	46.3
Antidepresivos (alguna vez en la vida)	7.4	16.4
Marihuana (últimos 30 días)	3.3	4.6
Pasta Base (últimos 30 días)	0.1	2.7
Cocaína (Últimos 30 días)	0.8	0.9

(*)Fuente: Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares (OUD-2006)

(**): Base: Total de entrevistados.

Tabla 14 Dinámica del consumo (Principales drogas ilegales de uso)

SUSTANCIA	Edad de inicio	INDICADORES	%
ALCOHOL (Frecuencia de consumo últimos 12 meses)	17.93	Todos o casi todos los días	14.3
		3 o 4 veces por semana	6.6
		Una o dos veces a la semana	16.9
		Una a tres veces al mes	22.3
		7 a 11 veces en los últimos 12 meses	7.4
		3 a 6 veces en los últimos 12 meses	12.0
		Una o dos veces en los últimos 12 meses	19.8
		Sin datos	0.6
TABACO	16.35	Promedio de cigarrillos diario (fumador habitual)	15.8
		Años de fumador habitual (en promedio)	19.92
		Consumidor ininterrumpido desde la primera vez	56.9
MARIHUANA (Frecuencia de consumo últimos 12 meses)	18.23	Una sola vez	26.1
		Algunas veces durante los últimos 12 meses	10.9
		Algunas veces mensualmente	10.9
		Algunas veces semanalmente	19.6
		Diariamente	32.6
TRANQUILIZANTES	31.18	Recetados por Médica Psiquiatra	37.5
		Los obtuvo por su cuenta en farmacias	28.3
ANTIDEPRESIVOS	43.0	Recetados por Médica Psiquiatra	76.3
		Lo obtuvo por su cuenta en farmacias	33.3
COCAINA (Frecuencia de consumo últimos 12 meses)	19.17	Una sola vez	28
		Algunas veces durante los últimos 12 meses	16
		Algunas veces mensualmente	20
		Algunas veces semanalmente	20
		Diariamente	16

PASTA BASE (Frecuencia de consumo últimos 12 meses)	24.29	Una sola vez	18.2
		Algunas veces durante los últimos 12 meses	
		Algunas veces mensualmente	13.6
		Algunas veces semanalmente	13.6
		Diariamente	54.5
INHALANTES (Frecuencia de consumo últimos 12 meses)	15.35	Una sola vez	50
		Algunas veces durante los últimos 12 meses	
		Algunas veces mensualmente	10
		Algunas veces semanalmente	10
		Diariamente	30

Grafico 2. Intensidad de consumo (principales drogas de uso)
Frecuencia de uso. Porcentaje de Consumidores diarios

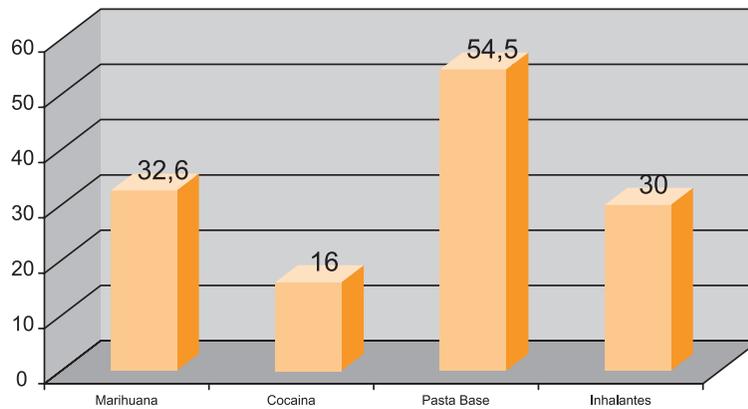


Gráfico 3 : Prevalencia últimos 30 días principales drogas controladas por sexo y rango de edad. (en porcentajes)

Base: Total de Encuestados.

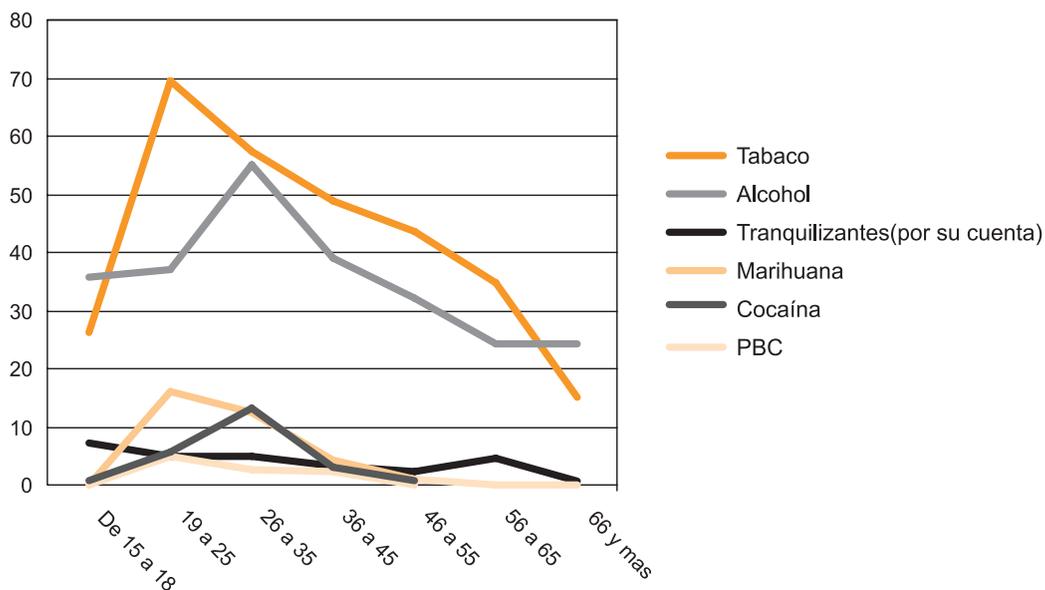


Gráfico 4. Consumo de tranquilizantes (con o sin prescripción médica) alguna vez en la vida controlado por sexo

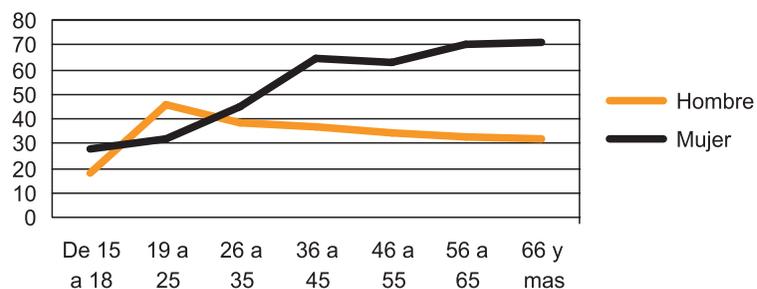
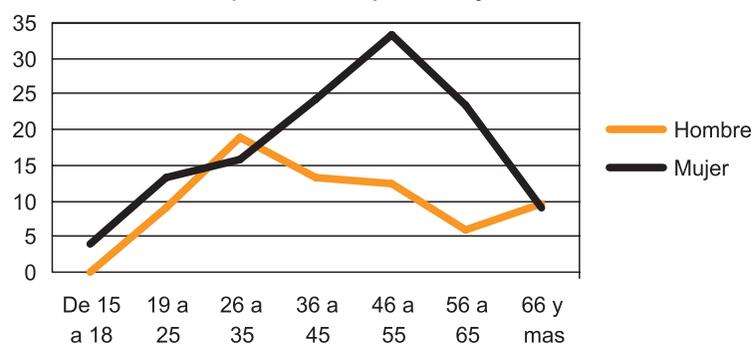


Gráfico 5. Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida (con o sin prescripción médica) controlado por sexo y edad.



Vinculación de la asistencia con el consumo de drogas

En este apartado se explora la posible asociación entre la solicitud de asistencia y el consumo de drogas. Como indicadores tomaremos la opinión del médico tratante, la opinión del propio paciente respecto a esa vinculación y los datos de prevalencia obtenidos, de manera de observar si se presentan ciertas regularidades entre tipo de demanda asistencial y consumo de drogas, a partir de la distribución de los diagnósticos médicos y motivos de ingreso para cada grupo (Consumidores – No consumidores).

Información de Sala.

Según la opinión médica, el 11.5% de las emergencias atendidas se encuentran relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Los hombres duplican en porcentaje a las mujeres y el rango de edad con mayor porcentaje de asociación entre consumo-demanda de atención se da entre los 26 y 35 años.

Una de cada diez personas atendidas llegó bajo los efectos de alguna droga sumando 69 casos, de los cuales, 4 llegaron inconscientes a la Emergencia.

En el 50.7% de los casos que llegaron bajo el efecto de sustancias psicoactivas, existe relación entre la solicitud de Emergencia y el consumo de sustancias según la opinión del médico tratante.

En la tabla 28 podemos observar que las distribuciones por motivos de ingresos presentan diferencias según la demanda estuviera relacionada con el consumo de drogas o no. En los consumidores, vemos que presentan mayores porcentajes los accidentes, situaciones de violencia, y sobredosis, mientras que en los que no presentan asociación con el consumo se agrupan básicamente en otros. La lectura tomando como 100% cada uno de los motivos de ingreso muestra el importante peso relativo que tiene el consumo de drogas en accidentes de tránsito (22.2% de los casos totales) e intento de suicidio (81.8% de los casos).

En el mismo análisis exploratorio, ahora con el diagnóstico médico (Ver Tabla 17) encontramos que en aquellos pacientes que se vincula el ingreso con el consumo de drogas los diagnósticos vinculados a Traumatismos (13.9%), intoxicaciones (9.7%) y Problemas psiquiátricos (9.7%) representan porcentajes elevados. En cambio, estos mismos diagnósticos tienen mucho menor peso relativo en los pacientes que su ingreso no está relacionado con el consumo de sustancias.

Observando el perfil por sustancia, encontramos que las demandas de atención predominantes o con mayor incidencia son:

MARIHUANA: Traumatismo /Politraumatismo/ Heridas e Infecciones no especificadas.

COCAINA / PBC: Aparato respiratorio, Piel y Faneras, y Traumatismo / Politraumatismo / Heridas. En los consumidores de PBC el alto porcentaje de consultas por “piel y faneras” se debe a las heridas y quemaduras de piel, en ocasiones accidentales pero en otras autoinfligidas. No es infrecuente en los consumidores luego de disminuir el efecto de la PBC y en el estado de disforia que conlleva, que se provoquen auto lesiones para controlar la ansiedad ó el malestar. La patología respiratoria se presentó en los consumidores de PBC con una prevalencia del doble respecto del resto de los pacientes.

AMBAS SUSTANCIAS: A las encontradas para cada una de ellas se agrega Enfermedades psiquiátricas.

FUMADOR INTENSO: No surge de la distribución ninguna particularidad asociable a este consumo (el mayor porcentaje de Traumatismos / Politraumatismos / heridas no especificadas se debe a que en este grupo están los consumidores de Marihuana y / o Cocaína / PBC.

ALCOHOL: Además de los Traumatismos / Politraumatismos / heridas de alta presencia en los consumidores de cualquier sustancia, se destaca Enfermedades psiquiátricas y Enfermedades del Aparato Cardiovascular.

ABUSO DE ALCOHOL: Se destaca el alto porcentaje de Enfermedades Psiquiátricas.

Tabla 15: % de solicitud de asistencia vinculadas al consumo de drogas (según percepción médica) controlado por sexo, y rangos de edad

	%
General	11.5
Hombre	15.5
Mujer	8.4
15 a 18 años	4.3
19 a 25	10.4
26 a 35	19.1
36 a 45	11.2
46 a 55	10.7
56 a 65	13.9
Más de 66	8.8

Base: Total de la muestra

Tabla 16 Principales estadísticos sobre relación consumo de drogas – demanda de atención

Demanda de atención vinculada al consumo de drogas	11.5
Personas que llegaron concientes bajo los efectos de drogas	9.8
Personas que llegaron inconscientes y bajo los efectos de drogas	0.6

Base: Total de la muestra

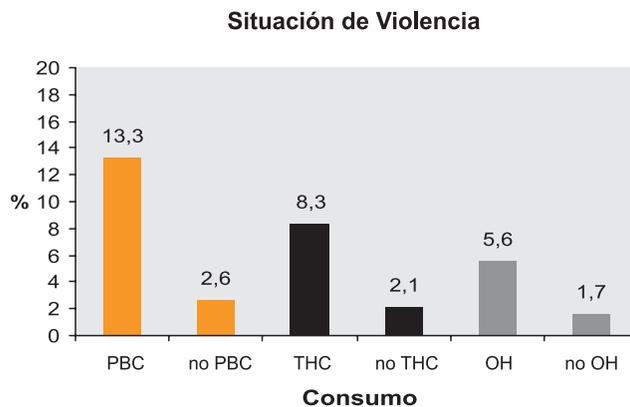
Tabla:17 Motivos de ingreso según asociación con el consumo de sustancias psicoactivas (entre paréntesis porcentajes por columna)

Motivo del ingreso	Impresión clínica del médico			Total
	Sin datos	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	
Desconocido			100,0 (0,2)	100,0 0,2
Accidente de tránsito	11,1 (4,5)	22,2 (2,8)	66,7 (1,1)	100,0 (1,5)
Accidente de trabajo		25,0 (2,8)	75,0 (1,1)	100,0 (1,3)

Accidente común o casero	5,0 (4,5)	20,0 (5,6)	75,0 (2,9)	100,0 (3,2)
Situación de violencia	15,8 (13,6)	36,8 (9,7)	47,4 (1,7)	100,0 (3,1)
Intento de suicidio	9,1 (4,5)	81,8 (12,5)	9,1 (0,2)	100,0 (1,8)
Sobredosis		50,0 (1,4)	50,0 (0,2)	100,0 (0,3)
Síndrome de abstinencia		100,0 (1,4)		100,0 (0,2)
Otro médico quirúrgico	2,9 (72,7)	8,4 (63,9)	88,7 (92,6)	100,0 (88,5)
Total	3,5 (100,0)	11,6 (100,0)	84,8 (100,0)	100,0 (100,0)

Base: Total de la muestra

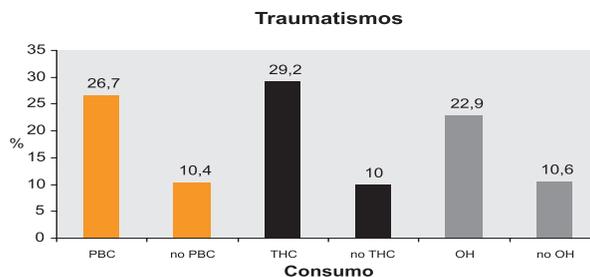
Gráfico 6 : Situación de violencia como motivo de consulta según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

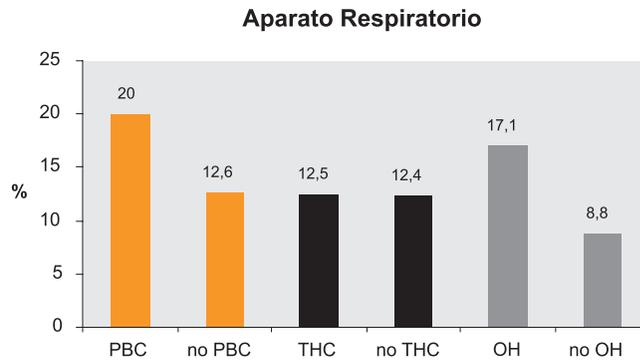
Gráfico 7: Traumatismos como motivo de consulta según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

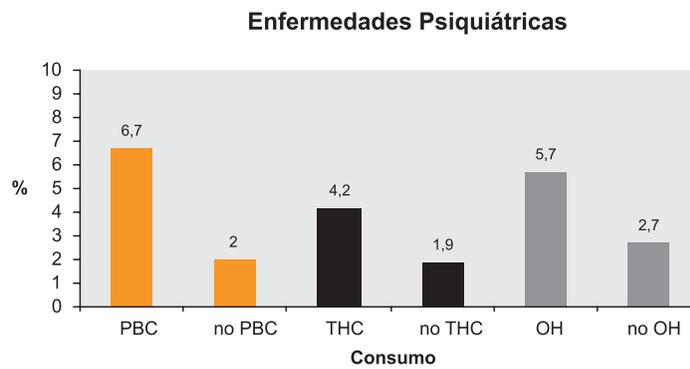
Gráfico 8: Enfermedades respiratorias como motivo de consulta según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

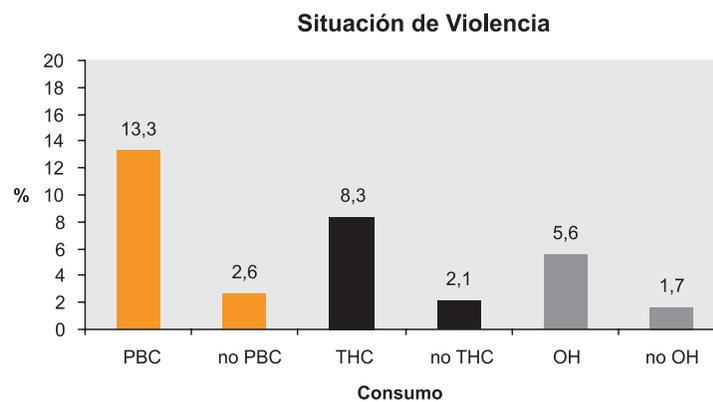
Gráfico 9: Enfermedades psiquiátricas según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

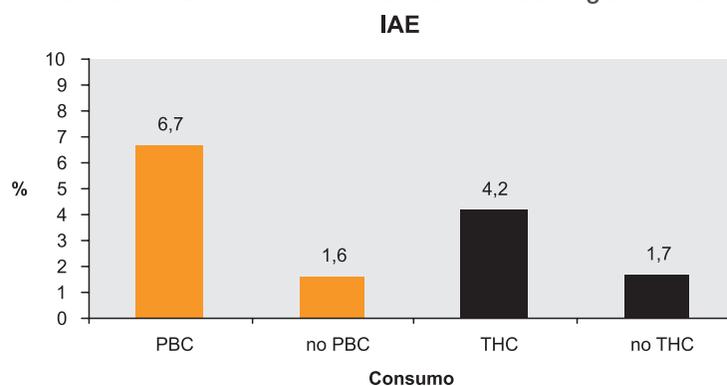
Gráfico 10: Situación de violencia como motivo de consulta según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

Gráfico 11: Intento de autoeliminación como motivo de consulta según consumo de sustancias.



Para PBC y THC: Consumidores últimos 30 días versus nunca consumieron.

Para alcohol: Consumidores 15 días o más en los últimos 30 días versus nunca consumieron últimos 12 meses.

Tabla 18 Diagnóstico médico controlado por consumo de drogas (entre paréntesis porcentajes por columna)

	Sin datos	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de drogas	Total
Enfermedades del Aparato Cardiovascular		7,1 (4,2)	92,9 (7,5)	100,0 (6,9)
Aparato respiratorio		9,8 (11,1)	90,2 (14,3)	100,0 (13,4)
Aparato digestivo	2,9 (9,1)	11,8 (11,1)	85,3 (11,2)	100,0 (11,1)
Sistema neurológico		14,3 (6,9)	85,7 (5,8)	100,0 (5,7)
Enfermedades Psiquiátricas	6,3 (4,5)	43,8 (9,7)	50,0 (1,5)	100,0 (2,6)
Piel y faneras		10,6 (6,9)	89,4 (8,1)	100,0 (7,7)
Aparato Urinario	2,2 (4,5)	2,2 (1,4)	95,6 (8,3)	100,0 (7,3)
Aparato genital		9,1 (1,4)	90,9 (1,9)	100,0 (1,8)
Gripe		33,3 (1,4)	66,7 (0,4)	100,0 (0,5)
Aparato locomotor	5,9 (13,6)	7,8 (5,6)	86,3 (8,5)	100,0 (8,3)
Traumatismos/ Politraumatismos/ heridas	9,4 (27,3)	15,6 (13,9)	75,0 (9,2)	100,0 (10,4)
Oftalmología			100,0 (1,0)	100,0 (0,8)
Odontología	50,0 (4,5)		50,0 (0,2)	100,0 (0,3)
Hematología /alergias no especificadas			100,0 (0,4)	100,0 (0,3)

Tabla 20: Diagnóstico médico controlado por consumo de sustancias legales.

	TOTAL	Consumidor tabaco (*)		Consumidor Alcohol (**)		Abuso ALCOHOL.	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermedades del Aparato Cardiovascular	7.6	4.4	8.5	15.0	7.3	3.8	8.3
Aparato respiratorio	12.8	13.2	12.7	15.0	12.7	17.9	11.9
Aparato digestivo	12.0	8.8	12.9	0	12.5	6.4	13.0
Sistema neurológico	5.9	4.4	6.5	5.0	5.9	6.4	5.8
Enfermedades Psiquiátricas	2.1	4.4	1.5	10.0	1.8	5.1	1.6
Piel y faneras	7.4	7.9	7.3	5.0	7.5	9.0	7.2
Aparato Urinario	8.4	6.1	9.0	5.0	8.5	3.8	9.2
Aparato genital	2.3	1.8	2.4	0	2.4	1.3	2.5
Gripe	0.6	0	0.7	0	0.6	1.3	0.4
Aparato locomotor	7.2	6.1	7.5	10.0	7.1	7.7	7.2
Traumatismos/ Politraumatismos/ heridas	11.2	17.5	9.5	20.0	10.9	21.8	9.4
Oftalmología	0.4	0	0.5	0	0.4	0	0.4
Hematología/ alergias no especificadas	0.4	0.9	0.2	0	0.4	1.3	0.2
Controles	0.2	0.9	0	0	0.2	0	0.2
Problemas quirúrgicos	4.6	3.5	4.9	5.0	4.6	5.1	4.5
Intoxicaciones	1.3	4.4	0.5	0	1.4	0	1.6
Infecciones no especificadas	4.0	3.5	4.1	0	4.2	1.3	4.5
Consultas no especificadas	2.3	2.6	2.2	0	2.4	0	2.7
Diabetes	1.3	0	1.7	0	1.4	0	1.6
En estudio / sin datos	8.0	9.6	7.5	10	7.9	7.7	8.1
Total	100	100	100	100	100	100	100

(*) Consumo de 10 y mas cigarrillos diarios.

(**) Consumidor 20 o mas días en el mes.

(***) Presenta al menos un episodio de abuso por ingesta en los últimos 30 días. Abuso definido como el consumo en una misma ingesta de dos o mas litros de cerveza, ¾ litros de vino o mas y 4 o mas medidas de bebida destilada.

Percepción del Paciente

Para el 11% de los pacientes, la demanda de atención se encuentra vinculada al consumo de sustancias psicoactivas. Relacionado este indicador con la opinión médica, encontramos que en un 46% coinciden en la percepción del paciente de la vinculación consultada. Es decir, el diagnóstico primario subestima la mencionada asociación, hecho justificable en virtud de no contarse en el momento de la asistencia con la historia clínica del paciente.

Las drogas mas vinculadas a la demanda de atención según declaración de los pacientes son el Tabaco (50%), Alcohol (10%), psicofármacos (10%), PBC y Marihuana (8%).

Estos pacientes presentan una frecuencia de demanda de atención en Emergencias en el último año que casi duplica a los que no se encuentra asociada la consulta al consumo de sustancias psicoactivas según autopercepción. (5.93 promedio frente 2.97).

Tabla 21 Relación entre solicitud de atención y consumo de drogas (según paciente)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	10,9
No	484	88,3
Total	544	99,3
Sistema	4	0,7
Total	548	100,0

Base: Total de encuestados.

Resultados Prueba Biológica.

En este apartado se presentan los datos que surgen de la prueba biológica para la detección de consumo de Marihuana y Cocaína / PBC aplicada a la población de entre 15 y 35 años de edad. Cabe mencionar, que si bien se aplicó espirometría para la detección de Alcohol dificultades técnicas y operativas impidieron la sistematización de la aplicación y por lo tanto sus resultados no serán consignados en este informe.

El 17.5% de los casos estudiados presenta positivo para una o ambas sustancias.

La prueba biológica de Marihuana resultó positiva para el 13.9% de los casos y la de Cocaína /PBC para un 11.4%.

En todos los casos las diferencias por sexo resultan significativas, siendo mayores los porcentajes de consumo en los hombres.

Con respecto a edades, en el tramo de 15 a 18 años no hay casos que den positivo a Cocaína / PBC y sólo para 2 personas da positiva la prueba para marihuana. En el tramo 26 a 35 años aproximadamente un 15% da positivo a cada una de las pruebas coincidiendo un 8.2% como positivo para ambas sustancias. Para la edad de 19 a 25 el porcentaje que da positivo a marihuana asciende a 17% mientras que para Cocaína / PBC dicho porcentaje es 13.2%. En este tramo de edad es donde hay mayor coincidencia de consumo de las dos sustancias (11.3%).

Tabla 22. Prueba biológica Marihuana según sexo.

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
POSITIVO	20.5	8.2	13.9
NEGATIVO	79.5	91.8	86.1
TOTAL	100	100	100

Tabla 23. Prueba biológica Cocaína / PBC según sexo.

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
POSITIVO	20.5	3.5	11.3
NEGATIVO	79.5	96.5	88.7
TOTAL	100	100	100



El 7.5% del total de casos arroja positivo en ambas sustancias. Uno de cada 5 hombres entre 18 y 35 años tuvo prueba positiva para Cocaína / PBC

Tabla 24. Prueba biológica Marihuana y Cocaína según tramos de edad.
(% de pruebas positivas)

	MARIHUANA	COCAÍNA / PBC
15 a 18 años	5.9	0.0
19 a 25	17.0	13.2
26 a 35	15.1	15.1
TOTAL	13.9	11.3

Tabla 25. Prueba biológica positiva según sustancias controlado por sexo.

Prueba biológica	Masculino	Femenino	Total
Positiva a Marihuana y Cocaína /PBC	12,3	3,5	7,5
Positiva sólo a Marihuana	8,2	4,7	6,25
Positiva sólo a Cocaína /PBC	8,2	0	3,75
Negativa a todo	71,2	91,8	82,5
Total	100,0	100,0	100

Tabla 26. Prueba biológica positiva a ambas sustancias, según tramos de edad.

Prueba biológica	15 a 18	19 a 25	26 a 35
Positiva a Marihuana y Cocaína /PBC	0,0	11,3	8,2
Positiva a Marihuana	5,9	5,7	6,8
Positiva a Cocaína /PBC	0,0	1,9	6,8
Negativa a todo	94,1	81,1	78,1
Total	100	100	100

Con respecto al motivo de ingreso se puede observar que tanto en los casos de prueba biológica positiva a marihuana como a Cocaína /PBC, el porcentaje de ingresos por situación de violencia es aproximadamente cinco veces mayor que en los casos que dichas pruebas resultan negativas.

Por otro lado aproximadamente el 40% de quienes tienen prueba positiva en marihuana⁴³ y 50% en Cocaína / PBC⁴⁴, ingresan concientes pero bajo influencia de drogas según la declaración del médico.

Los diagnósticos mayoritarios para ambas pruebas positivas son, vinculados a "traumatismos, politraumatismos, heridas", "aparato respiratorio", y "piel y faneras".

Tabla 27. Prueba biológica marihuana según motivo del ingreso.

Motivo del ingreso	Prueba biológica Marihuana		Total
	Positivo	Negativo	
Accidente de tránsito	4,8	1,5	1,9
Accidente de trabajo	4,8	3	3,2
Situación de violencia	23,8	3,7	6,5
Intento de suicidio	4,8	0,7	1,3
Otro médico quirúrgico	61,9	91	87,1
Total	100	100	100

43 Consumo de THC regular se detecta hasta un mes después del último consumo.

44 Consumo de COC/ PBC se detecta hasta 72 hrs. luego del consumo.

Tabla 28. Prueba biológica Cocaína / PBC según motivo del ingreso.

Motivo del ingreso	Prueba biológica Cocaína / PBC		Total
	Positivo	Negativo	
Accidente de tránsito	0	2,2	1,9
Accidente de trabajo	5,9	2,9	3,2
Situación de violencia	23,5	4,3	6,5
Intento de suicidio	5,9	0,7	1,3
Otro médico quirúrgico	64,7	89,9	87,1
Total	100	100	100

Tabla 29. Datos sólo para usuarios con prueba biológica positiva.(en %)

Estado	Positivo a Marihuana	Positivo a Cocaína /PBC
Conciente bajo influencia de drogas	38,1	47,1
Conciente sin influencia de drogas	52,4	47,1
Conciente se ignora	9,5	5,9
Total	100	100
Diagnóstico médico	Positivo a Marihuana	Positivo a Cocaína / PBC
Aparato respiratorio	14,3	22,2
Aparato digestivo	4,8	5,6
Enfermedades Psiquiátricas	4,8	5,6
Piel y faneras	14,3	16,7
Aparato genital	4,8	
Aparato locomotor	9,5	11,1
Traumatismos/ Politraumatismos/ heridas	23,8	16,7
Oftalmología	4,8	5,6
Infecciones no especificadas		5,6
En estudio	19	11,1
Total	100	100

Al observar la distribución para quienes la prueba biológica de marihuana da positivo, según su situación laboral, se encuentra un porcentaje alto de trabajadores ocasionales (45.5%) y desocupados (27.3%)⁴⁵. Estas proporciones son aun mayores para los consumidores de COC / PBC de acuerdo a la verificación de la prueba biológica. Trabajadores ocasionales, 55.6% y desocupados 27.8%⁴⁶.

45 72.8% ocasionales más desocupados

46 83.4% ocasionales más desocupados

Tabla 30. Prueba biológica marihuana según situación laboral.

Situación laboral	Prueba biológica marihuana		
	Positivo	Negativo	Total
Sin datos	0	2,2	1,9
Trabajo fijo	18,2	12,3	13,1
Trabajo ocasional	45,5	31,9	33,8
Desempleado	27,3	23,9	24,4
Estudiante	4,5	10,9	10
Ama de casa	0	15,2	13,1
Inactivo (jubilado, rentista, etc.)	4,5	1,4	1,9
Hurgador	0	0,7	0,6
Feriante	0	1,4	1,3
Total	100	100	100

Tabla 31 Prueba biológica Cocaína / PBC según situación laboral.

Situación laboral	Prueba biológica COCAÍNA / PBC?		
	Positivo	Negativo	Total
Sin datos	0	2,1	1,9
Trabajo fijo	11,1	13,4	13,1
Trabajo ocasional	55,6	31	33,8
Desempleado	27,8	23,9	24,4
Estudiante	0	11,3	10
Ama de casa	0	14,8	13,1
Inactivo (jubilado, rentista, etc.)	5,6	1,4	1,9
Hurgador	0	0,7	0,6
Feriante	0	1,4	1,3
Total	100	100	100

Principales Emergentes.

Entre los objetivos asignados al Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) se incluye el de brindar una visión global, fiable y actualizada de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Como parte de ese esfuerzo, se incluye este estudio en pacientes de la Sala de Emergencia del Hospital Pasteur, actualizando e incorporando de esta manera una serie de Indicadores referidos a la evolución de la demanda de sustancias psicoactivas y los problemas asociados a éstas. En esta oportunidad, resulta este estudio un esfuerzo conjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y el OUD en la tarea de generar conocimiento de la frecuencia y magnitud del consumo abusivo de drogas en poblaciones específicas como la población usuaria de los servicios de Emergencia. Con una metodología sencilla y ya validada se recogió una muy importante información tanto para la elaboración de planes preventivos como así también para la estimación de los costos humanos, sociales y económicos del consumo abusivo de drogas.

Con respecto a esto último, la estructura conceptual parte de la definición del abuso de sustancias psicoactivas como una situación en la que el uso particular conduce a costos sociales, y su estimación requiere de un proceso que implica la identificación de las consecuencias adversas del abuso, la cuantificación del grado de causalidad entre el abuso y las consecuencias adversas y por último, la asignación de los costos a las mismas. Este estudio nos permite aproximarnos a los dos primeros puntos señalados para su cálculo.

A modo de síntesis, se presentan los principales emergentes, los cuales se constituyen en puntos de partida para la profundización en el análisis de los mismos.

Consolidando los datos obtenidos por las tres fuentes de información, aproximadamente una de cada diez demandas de asistencia en las Salas de Emergencia se encuentran asociadas, directa o indirectamente al consumo abusivo de drogas. Este dato es muy importante ya que representa una primera aproximación a las fracciones etiológicas, permitiendo deducir, a partir del total de casos, cuántos son atribuibles al consumo de sustancias y posteriormente, al cálculo de los costos sociales, humanos y económicos del abuso de drogas.

El número de consultas anuales en este tipo de servicio de asistencia médica es significativamente superior en aquellos casos que presentan consumo habitual de sustancias psicoactivas.

Tabla 32 Número de solicitudes de asistencia en emergencias último año según consumo de sustancias psicoactivas.

	Promedio de asistencias de Emergencia en el año
Consumió Tabaco últimos 30 días	3.38
Consumió alcohol últimos 30 días	2.93
Abuso de alcohol últimos 30 días	2.96
Consumió Marihuana últimos 30 días	3.22
Consumió Cocaína / PBC últimos 30 días	4.53
Consumió Marihuana /Cocaína PBC últimos 30 días	4.40
TOTAL MUESTRA	2.89

Base: Total de la muestra.

Por su magnitud, los problemas causados por el alcohol y fundamentalmente Tabaco constituyen el problema sanitario de mayor prioridad.

Otro dato relevante es el alto porcentaje de consumo de tranquilizantes y antidepresivos en la población investigada y los trastornos asociados a su uso, como episodios de abstinencia, sobredosis, efectos secundarios de suspender medicación, intento de suicidio, etc. En el Uruguay, la tolerancia social al abuso de psicofármacos es muy alta y la automedicación de éstos (psicofármacos, hipnóticos, ansiolíticos y estimulantes) es muy importante y se ve reflejado en los datos obtenidos. Esta automedicación tiene un importante peso en el segmento femenino. De esta forma, pese a las disposiciones vigentes, existe tolerancia y por ende disponibilidad de estas sustancias fuera de control médico, integrando el patrón de hábitos de consumo tóxico. La eventual prescripción excesiva podría desencadenar luego el inicio de las prácticas de automedicación posterior. Precisar como estas personas que se automedicaron, llegaron por primera vez a la indicación de utilizar psicofármacos, sería una investigación reveladora para el trabajo de la prevención.

En lo referente a las drogas ilegales, si bien los porcentajes son menores, presenta esta población tasas de prevalencia superiores a la población general, planteándose entonces la hipótesis que los consumidores requieren de una mayor demanda de asistencia, por lo menos en este segmento socioeconómico. Se detectó un importante consumo de Marihuana y Pasta base. Para estos consumidores, las demandas de atención se centran en problemáticas como Traumatismos, heridas y trastornos psiquiátricos.

Para todas las drogas, excepto tabaco, el importante peso relativo en los casos de Accidentes, situaciones de violencia (con sus consecuencias sanitarias) e intentos de suicidio presentan importantes datos fácticos respecto a los riesgos asociados al consumo abusivo de drogas.

Con respecto al tabaco, si bien no se encuentra asociado a la violencia, desviación social o trastornos psicológicos, tiene un importante peso desde el punto de vista sanitario en las demandas de asistencia (comorbilidad). El tabaquismo constituye en Uruguay un gran problema ya que es el país latinoamericano donde más se fuma según figura en el Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD-2002), Se estima que

en Uruguay 13 personas mueren por día como consecuencia de las enfermedades provocadas por el tabaquismo y unos US\$ 300 millones por año deben dedicarse a tratar las enfermedades tabaco dependientes.

Las pruebas biológicas significaron un muy importante aporte en cuanto permitieron validar la información recogida en la encuesta y por lo tanto estimar la confiabilidad de este instrumento para un futuro cuando no se pueda utilizar el análisis clínico. En la tabla presentamos el porcentaje de falsos negativos (declaración de no consumo en la encuesta y resultado positivo en la prueba biológica) para las principales prevalencias. Para todos los casos, observamos que la inconsistencia debida a la no declaración de consumo es menor al 8%⁴⁷.

En cuanto a la impresión clínica, se observa una alta consistencia para detectar un consumo o vincular la consulta al consumo de sustancias para algunas sustancias como alcohol y tabaco pero presenta debilidades respecto a otro tipo de sustancias. Considerando estos resultados, es importante incorporar un cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas en el diagnóstico primario del médico que le aporte la información correspondiente para un mejor diagnóstico.

Tabla 33 : Porcentaje de personas que declararon no consumo en cada indicador y la prueba biológica detectó consumo.

INDICADOR DE CONSUMO	% de inconsistencia según prueba biológica
Prevalencia de vida Marihuana	4.1
Prevalencia últimos 12 meses Marihuana	7.0
Prevalencia últimos 30 días Marihuana.	6.9
Prevalencia de vida Cocaína / PBC	3.6
Prevalencia últimos 12 meses Cocaína / PBC	4.9
Prevalencia últimos 30 días Cocaína / PBC	4.7

En virtud de la importancia de los datos recogidos se encuentra prioritario promover los espacios de Emergencias Hospitalarias como instrumento para la detección y medición del consumo abusivo de droga. Los usuarios de drogas, en particular de drogas ilegales son habitualmente renuentes a consultar en los Servicios de Salud. Las consultas de Emergencia de esta población son una oportunidad única para vincularlos al Sistema de Salud, evaluar el impacto que está teniendo el consumo en su salud física, psíquica y su entorno familiar, así como realizar una derivación a Centro Especializado de Tratamiento si el paciente lo acepta.

En el sistema de salud uruguayo no existe todavía la posibilidad de obtener datos sistematizados acerca del uso de drogas en todas sus instituciones. El uso de una Historia Clínica Común, así como el interrogatorio sistemático de dicho uso no se han generalizado. Con este trabajo, se pretende demostrar y conscientizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia de la sistematización de la información.

El objetivo es obtener una información longitudinal que permita describir la evolución en el tiempo de las características de los consumidores en esta misma población. Para alcanzar esta meta, se deberán comparar sus mediciones en el tiempo, aplicando un mismo instrumento periódicamente.

47 Incluso este porcentaje puede disminuir en virtud del margen de error propio atribuible a la prueba biológica.

6. Incidencia del Alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay: generación de un sistema de información permanente – Uruguay 2007

Autoría: Este estudio fue auspiciado por OEA-CICAD quien asistió técnica y financieramente el proyecto. Fue diseñado y coordinado por el Observatorio Uruguayo de Drogas y el Observatorio Social Metropolitano de Tránsito (OMSET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias. Ambas partes suscribieron un convenio para la ejecución del mismo. La dirección general del estudio estuvo a cargo de Lic. Marcelo Rosal, la asesoría estadística de Nicolás Fraiman. El equipo de Investigación estuvo integrado por Ricardo Fraiman, Ivonne Martínez, Natalia Montealegre, Lauro Paulette, Marcelo Rosal y Alejandro Vásquez

La redacción del informe final estuvo a cargo de Ricardo Fraiman, Natalia Montealegre y Lic. Marcelo Rosal. El Observatorio Uruguayo de Drogas supervisó el estudio en sus diferentes etapas.



El Observatorio Social Metropolitano de Tránsito.

El Observatorio Social Metropolitano de Tránsito (OSMET) se aboca al estudio de conductas y actitudes culturales en el tránsito asociadas al acatamiento o inobservancia de las normas por parte de los usuarios del mismo en el espacio metropolitano. El objetivo principal refiere a la investigación y transferencia de información bajo forma de insumos para el desarrollo y planeamiento de estrategias educativas y culturales para el abordaje del fenómeno de la accidentología vial en Uruguay, así como la eficaz asesoría de los órganos legislativos y los cuerpos fiscalizadores, tanto a nivel municipal como nacional.

Asimismo, el Observatorio procura colocar en la agenda pública el fenómeno de la cultura en el tránsito, intentando contribuir a un tratamiento público creciente del fenómeno, orientado hacia la prevención.

El OSMET, financiado por el Fondo Clemente Estable de la Dirección de Ciencia y Tecnología (Ministerio de Educación y Cultura), está radicado en el Centro de Estudios Interdisciplinarios Uruguayos de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

Aplicaciones e impactos esperados

Dotar a las instituciones públicas y privadas vinculadas a la Seguridad Vial, Educación Vial y la Prevención de siniestros, de insumos fiables acerca del comportamiento y actitudes culturales de los usuarios del tránsito metropolitano para el desarrollo de políticas públicas. Ejemplo de ello podría ser: desarrollo de normas de tránsito y formas de aplicación de las mismas; colaboración con empresas y sindicatos que trabajan para el abatimiento de la accidentalidad vial; apoyo a comunidades barriales que demanden colaboración para el desarrollo de estrategias de tratamiento de algún problema focal con siniestros o conflictos vinculados al tránsito; desarrollo de una reflexión nacional acerca de la temática que sea sustentable en el tiempo.

Justificación del estudio.

Es bien conocido que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas conlleva efectos adversos sobre la salud del consumidor y su desempeño social. Adicionalmente, muchas personas alrededor del consumidor abusivo también

se ven afectadas: los miembros de su inmediato entorno familiar, los amigos, los vecinos, los colegas y compañeros del sitio de trabajo y, por extensión, la comunidad entera.

Cuando se considera a la sociedad en su conjunto, es decir a la totalidad de la economía nacional, los efectos adversos individuales resultantes del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas se acumulan tanto en el área humana como en las áreas sociales y económicas.

Particularmente, esas consecuencias negativas se manifiestan dentro de los efectos primarios, en el comportamiento, a través de problemas derivados de una conducta anormal inducida por el abuso, tales como siniestros de trabajo o tránsito.

Desde el punto de vista de la definición de políticas públicas, es importante, en términos de un mayor costo-efectividad de las decisiones, identificar con precisión áreas de intervención prioritarias. Detectar vacíos de información estadística y necesidades de investigación en aspectos relevantes a una mejor comprensión del problema social y delinear acciones que respondan a ello, resulta indispensable para proponer soluciones adecuadas a problemas cambiantes o emergentes como el que nos ocupa.

La implementación de pautas para medir la eficacia de políticas y programas encaminados a controlar el problema social del abuso de sustancias psicoactivas y la definición de estándares mínimos que permitan comparaciones internacionales, permitirá estudios comparativos con énfasis en la eficacia de las políticas nacionales de diversos países. Sistematizar información en áreas claves tales como accidentalidad y consumo de sustancias, puede contribuir a la construcción de funciones de costo social que permitan determinar objetivos de política en la búsqueda de mejores condiciones de vida para la población en su conjunto.

El proyecto cuenta con antecedentes de diferente naturaleza.

Antecedentes nacionales vinculados a la accidentalidad vial:

Datos estadísticos oficiales (1999-2001 y 2002) recabados por el Ministerio de Salud Pública (Silva et al., 2003), donde se señala a los siniestros de tránsito como la primer causa de muerte en menores de 35 años.

Antecedentes nacionales específicos:

a) El trabajo del Dr. Rodolfo Vázquez (2004) "Causas de los siniestros de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol-tránsito", el cual constituye un esfuerzo interesante desde donde plantear la problemática, dejando abierto el camino para una búsqueda más afinada de la incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito.

b) El Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) ha demostrado en sus últimos trabajos que la droga más consumida por los uruguayos es el alcohol, consumo que se encontraría asociado a la accidentalidad vial.

c) El Observatorio Social Metropolitano de Tránsito (OSMET) (FHCE-IMM), Fondo Clemente Estable 2005, proyecto N° 147, DICYT, MEC), se encuentra realizando un servicio de información al cual se pretende fortalecer en los aspectos atinentes al consumo de alcohol en conductores en relación a la accidentalidad vial en coordinación con el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Junta Nacional de Drogas.

d) La Policía tanto de Tránsito (urbana) como Caminera (rutas nacionales) está mandatada por la Ley 16.585 a realizar y registrar la incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito, pero la situación real de los citados institutos policiales impide una llegada eficaz a tales siniestros. Si bien existe un subregistro difícil de estimar por la disparidad que presentan los datos que proporcionan las diversas instituciones, tenemos algunos datos recientes de espirometrías proporcionados por ambas policías. Desde el año 2001 y hasta el 2005, Policía Caminera relevó siniestros de los cuales se registró entre un 8,7% (2001) hasta un 10,8 % (2005) de casos por encima de la tasa legal permitida (8 decigramos de alcohol por litro de sangre).

Estudios previos (como el trabajo del Dr. Rodolfo Vázquez ya reseñado) señalan la incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito, sin embargo, el aludido trabajo se aplica en un período muy amplio de tiempo (1995-2002) y

mediante un bajo número de casos (371 casos) para el lapso que se plantea. Además, el investigador señala en sus conclusiones la debilidad de los datos en los cuales basa su estudio:

- 1) La incidencia de siniestros en los que se detectó la influencia del alcohol en la causalidad del siniestro es muy baja en relación con lo que sucede en el resto del mundo (1,9%), resultado de un subregistro elevado determinado por la no búsqueda del alcoholismo en el tránsito.
- 2) El número de alcoholimetrías realizadas es insignificante en relación con el volumen de siniestros de tránsito que se producen, quedando demostrado el incumplimiento de la normativa legal vigente.
- 3) Se detecta una escasa operatividad de la norma, ya que en menos de la mitad de los casos pudo disponerse de la prueba paraclínica que certificara la alcoholización del conductor evidentemente alcoholizado.
- 4) La opción por fijar en 8 decigramos de alcohol por litro de sangre el límite legal, en lugar de fijarlo en 5 decigramos (como lo ha hecho el resto del Mercosur), determina que no exista responsabilidad legal para, al menos, 26% de conductores productores de siniestros graves.
- 5) El tiempo medio que se tarda entre la producción del siniestro y la realización de las pericias es de una hora, lo que constituye un lapso de tiempo inadecuado y que inutiliza la mayoría de las pruebas, constituyendo un despilfarro de los escasos recursos disponibles, como afirma la bibliografía mencionada.

En función de lo señalado, es que planteamos la necesidad de realizar un primer estudio “ventana”, durante el mes de Noviembre de 2006, a modo de reducir las dificultades planteadas por el Dr. Vázquez en su trabajo. Es decir, se aspira a llegar a la totalidad de los siniestros de tránsito donde al menos una persona resulta lesionada e interviene policía de tránsito (casos urbanos) o policía caminera (casos de rutas nacionales), en menos de 30 minutos de acontecido, tomando en cuenta 3 decigramos de alcohol en función no de la tasa mínima legal nacional, sino de lo médicamente reseñado⁴⁸.

También se aspira a la formación de un sistema de información que opere coordinadamente entre el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) y el Observatorio Social Metropolitano de Tránsito (OSMET) que permita cotejar los datos que Policía de Tránsito y Policía Caminera producen al respecto, proponiendo para ello fortalecer la capacidad operativa de dichas instituciones, afinando la cooperación entre los diferentes agentes públicos que operan en la temática, logrando la construcción de un protocolo único de trabajo que automatice los procesos y genere una ficha única de registro.

Naturaleza del Estudio.

Primero - Objeto:

Determinar la Incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el Uruguay (Área Metropolitana de Montevideo), en un período determinado.

Constituir un sistema de información que de cuenta de la influencia del consumo de alcohol en la accidentalidad vial.

Fortalecer las relaciones institucionales entre los agentes públicos que recaban los datos de alcoholimetría en el tránsito (Policía de Tránsito y Caminera, Ley N° 16.585) y los organismos encargados del análisis de las problemáticas asociadas (drogas, accidentalidad vial).

⁴⁸ En la actualidad se discute una nueva ley de tránsito que ya cuenta con media sanción en Cámara de Diputados, en la misma aparece un nuevo límite legal fijado en el 0,3 G/l. Aunque como vimos en el citado estudio de Rodolfo Vázquez, se señalaba como un límite razonable al 0,5 G/l. De todos modos, en el momento de realizar el estudio, el límite legal se ubicaba en el 0,8 G/l, mientras que lo médicamente reseñado actualmente se sitúa en el 0,3 G/l, según los expertos de la Coordinadora Intersectorial sobre Políticas de Alcohol (CIPA, JND, 2006), es por este motivo que dividimos al total de los siniestrados con presencia de alcohol en los análisis en cuatro categorías: desde 0 hasta 0,3; desde 0,3 a 0,8; de 0,8 a 2 y de 2 en adelante.

Se procurará llegar a un protocolo único de procedimiento que unifique las prácticas de las diferentes unidades de la policía que operan en la temática.

Segundo – Finalidad:

La finalidad principal de este trabajo es contar en el futuro, a partir de este diseño, con un Sistema de Información que de cuenta de la influencia del consumo de alcohol en la accidentalidad vial del Uruguay, de modo de monitorear y obtener las alertas tempranas para la toma de medidas correctivas.

Se espera afinar un sistema de información sustentable entre las diferentes instituciones implicadas.

Tercero – Modalidad de Intervención

El proyecto obtendrá datos (mediante espirometrías o estudios de alcoholemia) referentes a la incidencia del alcohol entre los actores que intervienen en siniestros de tránsito (peatones embestidos y conductores de vehículos), incluyendo la totalidad de los siniestros de Montevideo y las principales rutas nacionales (1, 8 e Interbalnearia) que acceden a dicha ciudad hasta 30 Km. de los límites de la misma dentro de un período determinado.

Metodología

La metodología es de corte cuantitativo y exploratorio.

El éxito de la estrategia de investigación reposa sobre un afinado dispositivo de trabajo que permita llegar con Policía de Tránsito (casos urbanos) o Policía Caminera (casos en rutas) a todos los siniestros con lesionados que se reporten a las centrales telefónico-radiales de la policía.

El Estudio ventana.

Descripción: Con el objetivo de obtener un acceso a la mayor cantidad posible de siniestros de tránsito con lesionados se diseñó una estrategia conjunta entre el equipo de la investigación de la JND (Observatorio Uruguayo de Drogas) y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, OSMET, CEIU) y los Cuerpos de Policía de Tránsito y Policía Caminera, con la finalidad de realizar las espirometrías y completar un formulario (anexo 1).

Para la realización del mismo se contó con la cooperación de los principales jefes del Cuerpo de Policía de Tránsito de Montevideo y de la Dirección Nacional de Policía Caminera respectivamente. Esta colaboración fue solicitada para garantizar la eficacia del instrumento en el sentido de que no obstaculizara la tarea de rutina de las respectivas dependencias del Ministerio del Interior y que tuviera un formato que no presentase dificultades al personal policial para el llenado del mismo.

Durante treinta días, entre el 17 de noviembre y el 16 de diciembre de 2006, el equipo de investigación obtuvo, en los destacamentos de Policía Caminera y de Policía de Tránsito, los formularios completados por los funcionarios policiales en el lugar de los siniestros, al tiempo que se practicó una evaluación permanente del desempeño del trabajo de campo. Luego de ello, el Instituto Técnico Forense envió sucesivos informes con datos de fallecidos en el tránsito, los cuales se fueron mejorando hasta lograr la obtención de los datos totales de fallecidos en el tránsito metropolitano.

El equipo de la investigación relevó en los destacamentos de Policía Caminera y en la central de Policía de Tránsito, lugares desde donde los agentes destinados a colaborar con la pesquisa partían para realizar los análisis espirométricos a los conductores y peatones accidentados. Al mismo tiempo, se mantuvo un afinado contacto con las centrales telefónico-radiales (911 en ciudad y 109 en rutas nacionales) encargadas de la recepción de las llamadas y puesta en marcha de los operativos.

Se obtuvieron datos de calidad basados en un rápido contacto (30 minutos máximo) y análisis espirométrico a los involucrados, con aparatos correctamente calibrados y supervisión constante de las autoridades policiales y el equipo de investigación y llegada a la casi totalidad de los casos que constituyen nuestro universo. Conjuntamente con la prueba, se aplicó un cuestionario identificando tipo de siniestro, tipo de lesiones, asistencia recibida, datos sociodemográficos.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2006 se realizaron los análisis en el terreno y se realizaron las evaluaciones.

La presentación de los datos, así como el sistema de información correspondiente se presentan en el informe presentado a continuación, quedando ya afinados los vínculos interinstitucionales para un mejor manejo y producción de los datos.

Ficha Técnica

INSTRUMENTOS: Formulario cerrado, Espirometrías, Análisis de Alcoholemia, 16 Entrevistas semi estructuradas y Observación en el terreno.

APLICACIÓN DE FORMULARIO Y ESPIROMETRÍAS: Personal de la Dirección Nacional de Policía Caminera y Cuerpo de Policía de Tránsito de la Jefatura de Montevideo.

ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA: Técnicos del Departamento de Toxicología del Instituto Técnico Forense.

ÁMBITO GEOGRÁFICO: Área Metropolitana de la Ciudad de Montevideo.

AMBITO TEMPORAL DE LOS SINIESTROS RELEVADOS: 17 de noviembre a 16 de diciembre de 2006.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Siniestros de tránsito con lesionados y víctimas fatales en Montevideo y su Área Metropolitana.

MUESTRA RESULTANTE: 208 siniestros con 299 involucrados relevados.

CENSO DE SINIESTROS FATALES: 16 siniestros fatales con 17 fallecidos.

Introducción

En este informe presentamos datos que responden a los objetivos del estudio: obteniendo la determinación de la presencia del alcohol en los siniestros de tránsito en el ámbito territorial establecido. Asimismo, se pudo diseñar un dispositivo posible tendiente a la consolidación de un sistema de información para dar cuenta de la influencia del consumo de alcohol en la accidentalidad vial. En el proceso de trabajo se fortalecieron las relaciones institucionales entre los agentes públicos que recaban los datos de alcoholimetría en el tránsito (Policía de Tránsito y Caminera, Ley N° 16.585) y el Instituto Técnico Forense (Poder Judicial), que es la otra institución que recoge datos de alcoholemia en siniestrados de tránsito.

Datos generales

El número total de siniestros considerado en la muestra (208) es altamente representativo del total de siniestros estimado para el área metropolitana de Montevideo.

El número total de siniestros relevado en el período del estudio ventana es de 208 con un total de 153 leves (74%), 44 graves (21%) y 11 fatales (5%), según los datos recogidos en la muestra de un modo fehaciente (véase cuadro 1).

Gravedad del siniestro	Número	Porcentaje
TOTAL	208	100
Fatales	11	5
Graves	44	21
Leves	153	74

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio del Interior e ITF

Los casos que integran la muestra fueron aportados por funcionarios del Ministerio del Interior e información recabada por el Instituto Técnico Forense⁴⁹ según se describe a continuación en el cuadro 2.

49 De ahora en adelante ITF.

Cuadro 2. Número de siniestros por gravedad del mismo según procedencia del dato. Nov-dic 2006.				
Procedencia del dato	Gravedad del siniestro			
	TOTAL	Leve	Grave	Fatal
TOTAL	208	153	44	11
Caminera	55	35	17	3
Tránsito	146	118	27	1
ITF	7			7

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Incidencia del alcohol en siniestros según área geográfica y procedencia del dato

El área geográfica y la procedencia del dato se relacionan directamente, dado que la Policía Caminera obtiene la información, dada su jurisdicción, en rutas nacionales; mientras que los datos provenientes de la Policía de Tránsito corresponden a la zona urbana del departamento de Montevideo⁵⁰.

De los siniestros relevados por la Policía Caminera -55 casos- comprobamos un total de espirometrías con presencia de alcohol de 10 casos, lo cual significa un 18% del total de siniestros (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Número de siniestros con presencia de alcohol relevados por Policía Caminera por resultado de análisis según día de la semana. Nov-dic. 2006.							
Día de la semana	Total	Resultado de análisis					
		C/Alcohol	Desde 0 hasta 0,3	Desde 0,3 hasta 0,8	Desde 0,8 hasta 2	2 o más	Sin dato
Total	55	10	4	0	0	6	2
Lunes	3	0	0	0	0	0	1
Martes	7	1	0	0	0	1	0
Miércoles	7	0	0	0	0	0	0
Jueves	10	1	1	0	0	0	1
Viernes	9	2	0	0	0	2	0
Sábado	10	1	1	0	0	0	1
Domingo	9	5	2	0	0	3	0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio del Interior.

De este 18% con presencia de alcohol, se registró un 7,5% con una medición que va de 0 a 0,3G/l; un 0% de 0,3 a 2 G/l y un 11% con más de 2 G/l. Este 11% se encontraba con una cantidad superior a lo establecido por la ley vigente en el momento de realizado el estudio y del actual proyecto de ley que cuenta con media sanción parlamentaria.

De los datos relevados por Policía de Tránsito -146 casos- tenemos un total de espirometrías con presencia de alcohol de 19 casos, un 13% del total de siniestros (véase cuadro 4). Los 4 casos restantes corresponden al ITF.

⁵⁰ Excepcionalmente, Policía Caminera colabora con alguna Seccional correspondiente a la Jefatura de Policía de Montevideo realizando la prueba espirométrica.

Cuadro 4. Número de siniestros con presencia de alcohol relevados por Policía de Tránsito por resultado de análisis según día de la semana. Nov-dic. 2006.

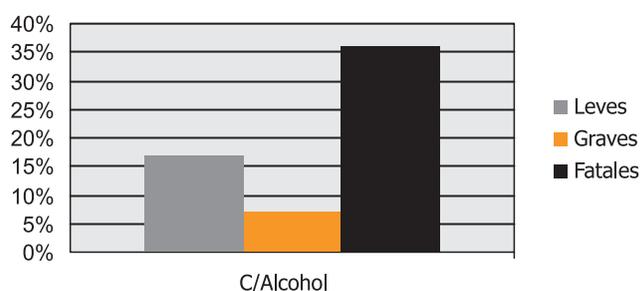
Día de la semana	Resultado de análisis						
	Total	Con alcohol	Desde 0 hasta 0,3	Desde 0,3 hasta 0,8	Desde 0,8 hasta 2	2 o más	Sin dato
Total	146	19	3	4	6	6	0
Lunes	16	3	0	1	0	2	0
Martes	18	0	0	0	0	0	0
Miércoles	20	1	0	1	0	0	0
Jueves	20	2	1	0	0	1	0
Viernes	23	1	0	0	0	1	0
Sábado	35	7	1	1	4	1	0
Domingo	14	5	1	1	2	1	0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio del Interior.

Del 13% con presencia de alcohol, se registró un 2% con una medición que va de 0 a 0,3G/l, un 3% de 0,3 a 0,8 G/l, un 4% de 0,8 a 2 G/l y un 4% con más de 2 G/l, esto implica que un 8% del total de siniestros se encontraba con una ingesta superior de alcohol a la permitida por la ley vigente en el momento de realizado el estudio; teniendo en cuenta el proyecto de ley antes mencionado el porcentaje ascendería al 11%.

Incidencia del alcohol por tipo de siniestros (leves, graves y fatales)

**Gráfico 1.
Gravedad del siniestro**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Puede observarse en el gráfico 1, que del total de siniestros leves, el 17% tiene presencia comprobada de alcohol. La incidencia encontrada en los siniestros graves es menor –7%–, aunque consideramos que esta cifra podría ser consecuencia de anomalías al momento de determinar la gravedad del siniestro en la situación de campo, visto que contradice la experiencia internacional que indica que a mayor gravedad del siniestro mayor incidencia del alcohol. El porcentaje de presencia de alcohol obtenido en los siniestros fatales es del 36% del total de los mismos (véase cuadro 5).

Cuadro 5. Número de siniestros con presencia confirmada de alcohol por gravedad del siniestro según resultados de análisis. 2006.				
Resultado de análisis*	Gravedad del siniestro			
	Total	Leves	Graves	Fatales
TOTAL	33	26	3	4
Desde 0 hasta 0,3	7	6	1	0
Desde 0,3 hasta 0,8	5	4	0	1
Desde 0,8 hasta 2	6	5	1	0
2 o más	15	11	1	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Notas:

* Los análisis corresponden a espirometrías realizadas por funcionarios policiales y alcoholemias realizadas por ITF

** Medidos en gramos por litro G/l

En relación al total de siniestros con presencia confirmada de alcohol, podemos observar que 63,6% superaba el máximo legalmente admitido durante el período ventana y que el 78,8% supera el mínimo admitido por el proyecto de ley actualmente en discusión parlamentaria (véase cuadro 6).

Cuadro 6. Porcentaje de siniestros con presencia confirmada de alcohol por gravedad del siniestro según resultados de análisis. 2006.				
Resultado de análisis*	Gravedad del siniestro			
	Total	Leves	Graves	Fatales
TOTAL	100,0%	78,8%	9,1%	12,1%
Desde 0 hasta 0,3	21,2%	18,2%	3,0%	0,0%
Desde 0,3 hasta 0,8	15,2%	12,1%	0,0%	3,0%
Desde 0,8 hasta 2	18,2%	15,2%	3,0%	0,0%
2 o más	45,5%	33,3%	3,0%	9,1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Notas: * Los análisis corresponden a espirometrías realizadas por funcionarios policiales y alcoholemias realizadas por ITF

** Medidos en gramos por litro G/l

Siniestros por sexo

El total de los involucrados⁵¹ en los siniestros que integran la muestra es de 299, la utilización del número total de involucrados no presenta dificultades ya que no se registran siniestros donde dos o más de ellos tengan análisis positivos de alcohol⁵².

La distribución obtenida por sexo indica que en el período ventana los involucrados en siniestros de tránsito del sexo masculino fueron 262 (88%) y que los del sexo femenino fueron 37 (12%). El número de casos femeninos es muy bajo respecto al de varones, pero esto no implica nada significativo si no se calcula la cantidad de mujeres en la circulación vial (véase cuadro 7).

51 Se entiende por involucrado al actor de un siniestro de tránsito con posibilidad de responsabilidad del mismo; se puede tratar de conductores, peatones o quienes guían un vehículo de tracción a sangre, para el presente estudio se considera en la categoría conductores.

52 Es decir, si hubiera un siniestro con más de un involucrado con alcohol detectado, el número total de siniestros con presencia comprobada de alcohol sería menor al número total de involucrados con esta característica.

Sexo	Total	C/alcohol
Total	299	33
Masc.	262	30
Fem.	37	3

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

Los 33 involucrados con presencia de alcohol representan el 11% del total relevado, e indica la necesidad de indagar específicamente sobre la presencia de alcohol en el tránsito en general. La diferencia en la participación en los siniestros de tránsito por sexo, precisa de un estudio que permita conocer el tiempo de conducción por género en el área referida, para ser analizada.

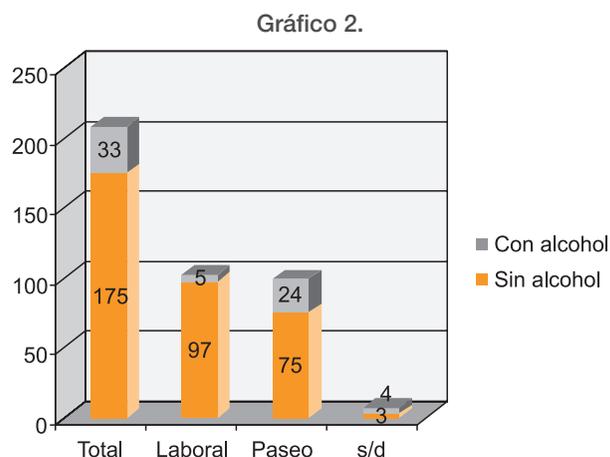
Se constató que entre las tres mujeres con presencia de alcohol como resultado de espirometrías, sólo una de ellas tenía valores mayores a 0,8 mg de alcohol (véase cuadro 8).

Resultado de análisis	Sexo		
	Total	Masc.	Fem.
Total	33	30	3
Desde 0 hasta 0,3	7	6	1
Desde 0,3 hasta 0,8	5	4	1
Desde 0,8 hasta 2	6	5	1
2 o más	15	15	0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

Tipo de conducción (laboral o paseo⁵³)

Se aprecia una distribución casi en partes iguales entre quienes fueron protagonistas de siniestros trabajando (143 involucrados) y quienes no estaban trabajando en el momento del hecho (146 involucrados). Las cifras de alcohol en siniestros aquí resultan significativas: entre quienes se encontraban trabajando, la presencia de alcohol fue del 15% del total de espirometrías positivas -5 casos-, mientras que en la conducción de paseo se concentra el 73% de los casos de espirometrías positivas, que ascienden a 24 (véase gráfico 2 y cuadro). Los casos sin datos corresponden a cuatro fallecidos, datos proporcionados por el Instituto Técnico Forense en los que no se consigna el tipo de conducción de los accidentados.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

53 Estos datos corresponden al formulario aplicado por los funcionarios del Ministerio del Interior en el terreno. Ver formulario: Anexo I.

Cuadro 9. Porcentaje de involucrados con presencia detectada de alcohol, por tipo de conducción según resultado de análisis. Nov-dic 2006.

Resultado de análisis	Tipo de conducción			
	Total	Laboral	Paseo	Sin dato
Total	100	49	48	3
Con alcohol	16	2,5	11,5	2
Desde 0 hasta 0,3	3	0,5	3,0	0
Desde 0,3 hasta 0,8	2	0,5	1,5	0
Desde 0,8 hasta 2	3	1,0	22,5	0
2 o más	7	0,5	5,5	1

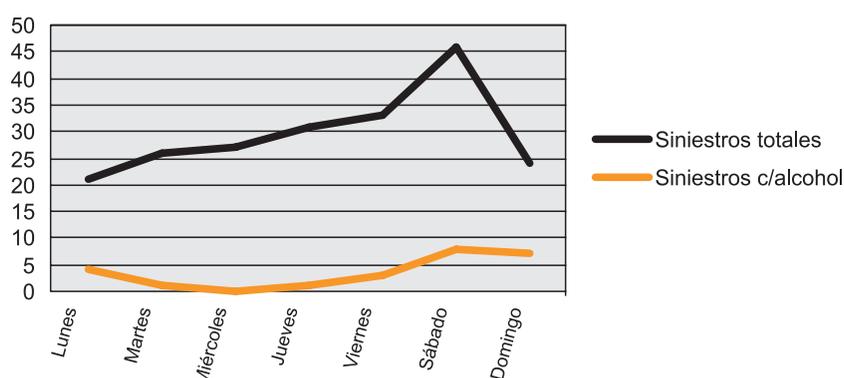
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

Siniestros totales y con presencia de alcohol por día de la semana

Si observamos la distribución obtenida por días notamos que el 22 por ciento de los siniestros ocurrieron los sábados. Luego le siguieron en magnitud, con un 16 por ciento, los días viernes. Sábados y domingos del período considerado son los que suman mayor incidencia de alcohol en los siniestros, con un porcentaje de 30 y 33 por ciento respecto del total de quienes registraron alcohol positivo. Entre los viernes, sábados y domingos se halló un 72% de siniestros sobre el total con presencia de alcohol. Si bien los domingos no registraron muchos siniestros (12%), de un total de 24 siniestros registrados, 11 tenían presencia de alcohol, lo cual constituye el mayor porcentaje (46%) de presencia de alcohol por día (véanse gráfico 3 y cuadro 10).

Gráfico 3.

Número de siniestros por días de la semana



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Cuadro 10. Porcentaje de siniestros con presencia detectada de alcohol, por resultado de análisis según día de la semana. Nov-dic. 2006.

Día de la semana	Total Con alcohol	Resultado de análisis				
		Desde 0 hasta 0,3	Desde hasta 0,8	Desde hasta 2	2 o más	Sin dato
Total	100,0%	21,2%	15,2%	18,2%	45,5%	18,2%
Lunes	12,1%	0,0%	3,0%	0,0%	9,1%	9,1%
Martes	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%
Miércoles	3,0%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Jueves	9,1%	6,1%	0,0%	0,0%	3,0%	3,0%
Viernes	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%
Sábado	30,3%	6,1%	3,0%	12,1%	9,1%	6,1%
Domingo	33,3%	9,1%	6,1%	6,1%	12,1%	0,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

Tal como era de estimar, la mayor cantidad de siniestros de tránsito asociados al alcohol ocurren en el fin de semana, encontrándose las mayores cantidades de G/l de alcohol en los involucrados, relacionándose a la conducción de paseo (véase gráfico 3 y cuadro 10).

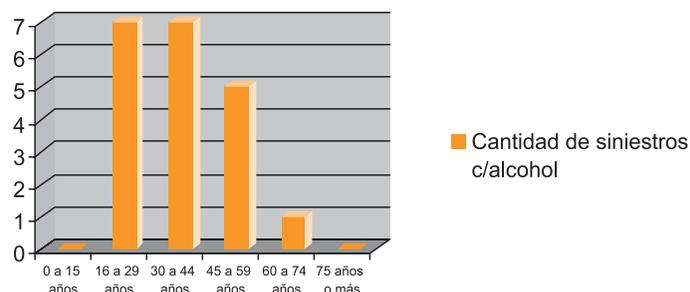
Siniestros por rango de edad

Se utilizó el siguiente rango de edad, el cual tiene en cuenta las particularidades del tránsito: licencia de conducir a partir de los 16 años de edad para ciclomotores.

Los adultos de 30 a 44 años constituyen el porcentaje mayor de siniestros en estado de ebriedad 27% (9 casos), seguidos por los jóvenes de 16 a 29 años con un porcentaje algo menor: 24 % (8 casos). La magnitud desciende cuando la edad supera los 45 años, con un porcentaje del 18% (6 casos) para la franja etárea que va desde de los 45 a 59 y un porcentaje del 6 % (2 casos) para los adultos de 60 a 74 años. No se han registrado casos que involucren a personas de más de 74 años, ni de menos de 16 (véase gráfico 4).

Gráfico 4.

Siniestros con presencia de alcohol por edad



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Encontramos una cifra muy alta de involucrados sin datos que registran un análisis de más de 0.8 G/l. Es razonable suponer que existieron dificultades para completar el formulario debido la condición del involucrado, en otros, los casos sin datos corresponden a fallecidos con información faltante (véase cuadro 11).

Edad	Resultado de análisis					
	Total	Desde 0 hasta 0,3	Desde 0,3 hasta 0,8	Desde 0,8 hasta 2	2 o más	Sin dato
Total	33	7	5	6	15	6
Sin dato	8	2	0	1	5	2
0 a 15 años	0	0	0	0	0	0
16 a 29 años	8	2	2	2	2	0
30 a 44 años	9	3	1	2	3	2
45 a 59 años	6	0	1	1	4	1
60 a 74 años	2	0	1	0	1	0
75 años o más	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF.

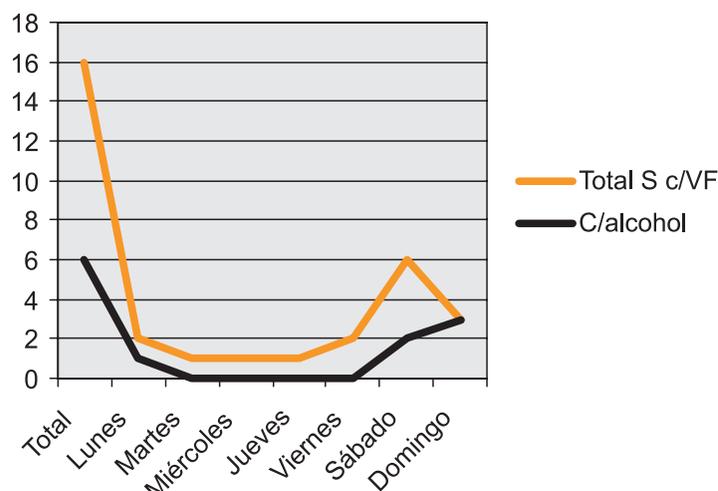
Desde los 16 a los 29 años, la cantidad de G/l de alcohol se distribuye en igual medida a lo largo de las cuatro categorías, esto indica que el 50% de los jóvenes a quienes se les realizó espirometrías se encontraban con niveles de alcohol que superaban el 0,8 G/l permitido por la ley, dentro del marco del proyecto de ley ya mencionado, sería el 75%; mientras que de 30 a 44 años casi el 60 % se ubica por encima de los niveles de alcohol permitido. Esta situación se radicaliza entre los 45 y 59 años de edad, en este último caso, el 83% se encontraba por encima de los 0,8 G/l y el 100% sobre el 0,3G/l. Dado el tamaño de la muestra $n=33$, estos resultados deben ser considerados con cautela, pero indican tendencias sobre las que valdría la pena profundizar en futuros estudios.

Censo de siniestros con fallecidos⁵⁴

Total de la muestra obtenida: 16 Siniestros fatales⁵⁵.

De los 16 siniestros relevados, 2 no cuentan con ningún dato referente a presencia o ausencia de alcohol, estos siniestros involucran a 3 fallecidos, y representan un 12,5% del total.

En el gráfico podemos observar la distribución de los siniestros fatales y la presencia de alcohol relativa a los mismos.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

Relevamos incidencia del alcohol plenamente demostrada en 6 siniestros fatales, 37,5% del total.

⁵⁴ Datos contruidos a partir de los aportados por Policía Caminera, Policía de Tránsito, Laboratorio de Toxicología del ITF (Montevideo) y Morgue del ITF de Montevideo (con seguimiento a 30 días recomendado por ONU). Se tomó contacto con los Forenses de Pando y Ciudad de la Costa para completar la información aportada por Policía Caminera y no corroborada por ITF. El Dr. Risso de la Morgue de Pando y su colaboradora Lorena se mostraron con buena disposición, llevaron adelante una revisión de los fallecidos en siniestros de tránsito para el período estudiado y obtuvieron un fallecido pero sin datos, en la medida que no accedieron al expediente. En el caso de los Médicos Forenses de la Ciudad de la Costa, no existe un lugar donde puedan centralizar los expedientes. Si bien ambos dicen realizar alcoholemia de rutina estos valiosos datos no son sistematizados y muchas veces tampoco son requeridos por el Juzgado competente. Dadas estas carencias institucionales cabe aclarar que este estudio puede ser considerado un censo para la ciudad de Montevideo y contará con faltantes correspondientes al resto del Área Metropolitana.

⁵⁵ Dos casos quedan fuera por no contar con fecha del hecho claramente establecida.

Día de la Semana	Total	Total C/alcohol	Resultado de análisis			
			desde 0 a 0,3	desde 0,3 a 0,8	desde 0,8 a 2	mayor de 2
Total	16	6	0	1	2	3
Lunes	2	1	0	0	0	1
Martes	1	0	0	0	0	0
Miércoles	1	0	0	0	0	0
Jueves	1	0	0	0	0	0
Viernes	2	0	0	0	0	0
Sábado	6	2	0	0	0	2
Domingo	3	3	0	1	2	0

Fuente: elaboración propia en base a datos recabados por MI e ITF.

Nota: se consideran los resultados de espirometrías realizados en el lugar del hecho a conductores involucrados y el resultado de análisis de alcoholemia a las víctimas.

Como se puede observar en ningún caso se registró presencia de alcohol por debajo de los 0,3 G/l. La distribución de los siniestros con víctimas fatales acompaña la tendencia señalada en el análisis de la muestra respecto a mayor presencia de alcohol. Al analizar los rangos horarios por día de la semana, este hecho se mantiene, situándose entre las 23 y las 6 horas desde la noche del sábado a la mañana del lunes, cabe destacar que a lo largo del período ventana no se encuentran días lunes feriados.

Día de la Semana	Rango horario (Nº de Siniestros con víctimas fatales)					
	Total	Total C/alcohol	0 a 1	2 a 6	21 a 23	Sin dato
Total	16	6	1	3	1	1
Lunes	2	1	0	0	1	0
Martes	1	0	0	0	0	0
Miércoles	1	0	0	0	0	0
Jueves	1	0	0	0	0	0
Viernes	2	0	0	0	0	0
Sábado	6	2	1	1	0	0
Domingo	3	3	0	2	0	1

Fuente: elaboración propia en base a datos recabados por Ministerio del Interior e ITF.

Nota: se dejaron fuera los rangos horarios en los que no fue observada presencia comprobada de alcohol, para facilitar la visualización del cuadro.

El total de fallecidos fueron 17.

Fallecidos con resultado de análisis de alcoholemia positivo: 5 (29,5% del total), todos ellos con valores que superan el 0,3 G/l en sangre. Se señala estado de ebriedad por parte del personal médico interviniente en el lugar del hecho en 1 caso más, falleciendo el herido grave en el centro asistencial al que fue trasladado sin que fuera realizado un

análisis de alcoholemia a posteriori, por lo dicho en el parte médico se puede afirmar que el resultado se ubicaría por encima del 0,8 G/l.

Fallecidos con resultado de análisis de alcoholemia negativo: 4 de 17, representado un 23,5% del total.

Fallecidos sin resultado de alcoholemia: 8, corresponde a un 47% del total.

Examen solicitado por el juzgado competente, sin resultado de alcoholemia remitido por el departamento de toxicología: 1.

No solicitadas: 5 (en uno de estos casos el análisis fue realizado y el resultado negativo ha sido incorporado en los análisis tenidos en cuenta en el presente informe)

Sin datos sobre solicitud de análisis judicial: 2 siniestros, 3 fallecidos (en un caso no fue realizada por el Laboratorio de Toxicología del ITF en Montevideo, y los otros dos corresponden al Juzgado de la Ciudad de la Costa, no siendo posible acceder a la información correspondiente)

A partir de los 13 fallecidos con información disponible (en cuatro casos no hay datos) se señala:

Fallecidos por sexo:

Mujeres: 5 fallecidas, 3 de entre 21 y 33 años de edad y dos de entre 78 y 80 años respectivamente, 3 peatonas, una ciclista y dos conductoras de bi rodado (una bicicleta y una moto), solamente en un caso encontramos presencia comprobada de alcohol, del 0,4 G/L, 1 resultado de alcoholemia negativa y tres sin análisis solicitado.

Hombres: 8 fallecidos, 1 joven de 19 años con 3,8 G/l, se trata de un peatón embestido por tren; 62 y 78 años respectivamente peatones sin presencia de alcohol comprobada, luego encontramos 3 fallecidos entre 30 y 56 años motociclistas con dos alcoholimetrías positivas y una negativa, uno sin datos con alcoholemia positiva y un taxista de 56 años de edad sin presencia de alcohol.

Respecto a la incidencia del alcohol por tipo de conducción, se mantiene la tendencia analizada en la muestra, no encontrándose ningún caso de conducción laboral con alcohol en sangre (ver: Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3. Número de conductores por presencia de alcohol según tipo de conducción. Nov-Dic.2006

Tipo de conducción	Presencia de alcohol			
	Total	Sin alcohol	Con alcohol	s/d
Total	17	11	3	2
Laboral	6	6	0	0
Paseo	4	2	2	0
s/d	6	3	1	2

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Interior e ITF

En suma, en nuestro censo de siniestros fatales se confirma la tendencia internacional de una altísima incidencia del alcohol en los mismos. La trabajosa realización de este relevamiento brindó una valiosa información para la construcción del dispositivo de sistema de información permanente que se ofrece.

Conclusiones

En el presente informe podemos ofrecer algunas conclusiones, tanto para la determinación de la incidencia del alcohol en los siniestros de tránsito, así como para el avance hacia un sistema nacional de información permanente que permita medirla de un modo sistemático.

Con respecto a la incidencia del alcohol, un 16% de los siniestros presentó consumo de alcohol en alguno de sus protagonistas. Entre los datos de la ciudad de Montevideo el alcohol detectado correspondió al 13% del total de los siniestros, mientras que en los relevados por Policía Caminera el porcentaje fue del 18%.

Entre los siniestros fatales ocurre un salto en la incidencia del alcohol -consistente con la experiencia internacional- llegando a un total de 6 siniestros fatales entre 16 casos totales. Incluso la incidencia del alcohol podría ser mayor, puesto que en todos ellos falta examen a uno de los involucrados.

Lo anterior indica una correlación muy significativa entre el consumo de alcohol (al menos 37,5% de nuestros casos) y los siniestros de tránsito fatales.

El proceso de purga de los datos permitió avanzar en la coordinación y el relacionamiento entre las diferentes instituciones involucradas.

Podemos señalar una altísima confiabilidad de los datos que se obtendrán en el dispositivo que presentamos, si es que se parte del supuesto de alcanzar una cantidad similar mensual a los casos del estudio ventana (208 siniestros estudiados, sin tomar el censo de siniestros fatales) y bajo las mismas condiciones.

Ahora bien, para un análisis más afinado de la incidencia del alcohol en el tránsito sería necesario indagar la presencia de alcohol en el mismo mediante un estudio exploratorio por muestreo al azar y cálculo de flujos; de la misma forma se impone estudiar las horas de conducción por sexo, rango de edad y conducción laboral y de paseo. La información resultante de estos estudios nos permitirá conocer el grado de asociación existente entre el consumo de alcohol y la siniestralidad del tránsito. Permitiría, además, conocer el comportamiento de las variables más relevantes para analizar la siniestralidad del tránsito. Como ejemplo: es un indicador poco relevante la relación entre la cantidad de siniestros por habitante, más certero resulta conocer la cantidad de siniestros por vehículo, mucho más preciso aún es contar con datos confiables sobre la siniestralidad respecto al tiempo efectivo de conducción de los vehículos que circulan en el tránsito.

La posibilidad de aplicar el dispositivo que proponemos a continuación a un nivel nacional se basa en el supuesto de que se hagan los ajustes señalados; si no se realizan, no es posible poner en funcionamiento el dispositivo, ni siquiera para el área metropolitana.

Por último, es en el sistema de salud donde debería emprenderse un estudio que indague en profundidad los costos sociales de los siniestros de tránsito en general y con incidencia del alcohol en particular. Un estudio que proponga un seguimiento de los lesionados graves de los siniestros de tránsito, de aquellos casos que suelen producir secuelas permanentes y discapacidades en sus víctimas.

7. Niños y jóvenes en situación de calle: un estudio descriptivo - exploratorio sobre consumo de drogas y factores asociados – Uruguay 2007

Autoría: El estudio fue auspiciado por ONUDD (Oficina contra la Droga y el Delito apoyando financiera y técnicamente el mismo. El diseño, y la supervisión del trabajo de campo estuvo a cargo del Observatorio Uruguayo de Drogas. La Dirección del Trabajo de Campo estuvo a cargo de Mag. Soc. Agustín Lapetina., Educ. Soc. Marcos Claverol y Dr. Gabriel Rossi (Responsable del Área de Tratamiento de la Secretaría Nacional de Drogas). El procesamiento estadístico de los datos fue realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas y la redacción del informe Final fue realizado por Lic. Héctor Suárez (Observatorio Uruguayo de Drogas), Dr. Gabriel Rossi (Responsable Area Tratamiento de la Secretaría Nacional de Drogas y los asesores externos Mag. Soc. Agustín Lapetina.y Ps. Marcos Claverol.



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

Antecedentes

Este estudio se encuentra enmarcado en los objetivos propuestos por el proyecto subregional de investigación patrocinado por ONUDD y CICAD OEA que Uruguay integra junto a Argentina, Bolivia, Chile; Ecuador y Perú.

Para el 2008 se pretende contar con información armonizada y comparable de consumo de drogas de estas poblaciones específicas.

El antecedente de este proyecto de investigación es el “Levantamiento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras” realizado por la Secretaria Antidrogas de Brasil (SE-NAD) y el Centro Brasileiro de Informaciones sobre drogas psicotrópicas (CEBRID) Universidad Federal de San Pablo, el que fue respaldado por CICAD OEA (2004).

Justificación del Estudio

En Uruguay el mundo infantil y adolescente no escapa a la presencia del consumo de drogas. Un reciente estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas en estudiantes de enseñanza media aporta datos preocupantes sobre el excesivo y abusivo consumo de Alcohol, tabaco y marihuana en los jóvenes escolarizados del Uruguay⁵⁶. Fuentes secundarias, como Centros de Tratamiento y estudios cualitativos realizados por otras organizaciones, reportan un importante consumo de Pasta base en este mismo segmento etéreo, pero fundamentalmente en la población no escolarizada y más empobrecida de nuestra sociedad⁵⁷.

La situación de calle de niños y adolescentes es un fenómeno característico (pero no exclusivo) de las sociedades con bajo desarrollo e inclusive en vías de desarrollo. La gran cantidad de niños/as, adolescentes y familias que viven en situación de calle en los conglomerados urbanos, es una muestra de las fuertes asimetrías sociales que sufre nuestro país, a partir de un proceso de modernización heterogéneo y desintegrador⁵⁸. Los sectores más vulnerables

⁵⁶ *Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Observatorio Uruguayo de Drogas. Octubre 2005. El estudio consigna que el 50% de los jóvenes consume alcohol habitualmente y la mitad de ellos tiene episodios de abuso de alcohol (borracheras) por lo menos una vez al mes. Con respecto al tabaco un 24% fuma habitualmente. Los experimentadores de marihuana alcanzan al 13% de los jóvenes y a los 17 años en Montevideo este porcentaje se eleva al 32%.*

⁵⁷ *El estudio en emergencias Hospitalarias realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas en Marzo 2007 (con prueba biológica) consigna que el 11% de los consultantes presentaba consumo de PBC.*

⁵⁸ *En Uruguay se estima que existen más de 3000 niños y jóvenes en situación de calle, de los cuales 1000 tienen una cobertura*

desde el punto de vista social cuentan con escasos activos y capitales sociales generando factores de deterioro en las unidades familiares y comunitarias. Éstas, inmersas en una inestabilidad y escasez de ingresos, tienden a incorporar a los niños en actividades económicas de subsistencia reduciendo su participación escolar e incorporando a los niños en forma dramática en el mundo adulto, produciendo una importante moratoria social. La obtención de recursos económicos alternativos para hacer frente a necesidades acuciantes del entorno familiar, opera como un factor significativo –aunque no el único interviniente- en el inicio de una situación de calle.

El consumo de drogas lícitas e ilícitas, parecen acompañar este escenario. Si bien existen diversas situaciones de calle, la mayoría de ellas trae consigo un alto riesgo para el consumo problemático de drogas. Además de factores de riesgo individuales y /o familiares, el contexto de la calle de por sí constituye un medio de mayor exposición a riesgos.

Estos niños y jóvenes, serían entonces más vulnerables al acceso y al consumo de drogas y estarían más expuestos a situaciones de violencia, déficit en atención en salud, prácticas sexuales de riesgo (embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual como VIH/SIDA, Hepatitis B), reproducción de la pobreza, etc.

Asimismo, la accesibilidad a sustancias psicoactivas, se expande a todas las franjas etáreas, en particular en la niñez y la adolescencia. Dicho fenómeno tiende a ser estructural ya que los indicadores disponibles darían proyecciones más próximas a la estabilización regular del consumo que a su disminución⁵⁹.

Sin embargo no todos los jóvenes y niños en esta situación son consumidores de drogas. Es por ello entonces que se torna esencial para la elaboración de estrategias de prevención efectivas conocer los factores de riesgo y protección del consumo de drogas presentes en esta población⁶⁰.

El presente estudio de corte epidemiológico - a través de la indagación sobre aspectos vinculados a la situación de calle de niños y jóvenes, los niveles de consumo de sustancias legales e ilegales, las razones de su uso, la percepción del riesgo y de la vulnerabilidad, las expectativas de futuro, entre otras dimensiones - genera una masa de datos cuantitativos. Esta información se transforma en un potente insumo para orientar políticas públicas y promover acciones de prevención del consumo problemático y de promoción de la salud integral en niños y jóvenes en situación de calle.

Estos estudios, cobran una relevancia especial en temas complejos como lo es el consumo de drogas en general, y de esta población en particular. Comúnmente muchos estudios se han apoyado en posicionamientos especulativos o emocionales, muchas veces fundamentados en casos particulares o de baja representatividad.

En este sentido, la disponibilidad de informaciones más amplias y realistas posibilita abarcar el contexto de forma menos tendenciosa, aumentando las probabilidades de lograr políticas más adecuadas a las reales prioridades.

Asimismo, en su abordaje también cualitativo, permitirá conocer en profundidad aspectos esenciales como actitudes, expectativas y estrategias de vida que comúnmente no son consignados por los estudios de carácter cuantitativo.

En definitiva, el objetivo fundamental de este estudio será la contribución a la elaboración de estrategias que permitan ayudar a que esta población pueda gozar de los derechos fundamentales consagrados en el Código del Niño y Adolescente, como ser los derechos de igual oportunidad y acceso a los bienes sociales y ayudar al pleno desarrollo de sus capacidades físicas, mentales, morales, espirituales y sociales, en condiciones de igualdad y libertad. Prevenir el consumo abusivo de drogas, es también colaborar con la no – reproducción de la pobreza y fundamentalmente de la no- exclusión social de estos sectores.

Conocer este contexto y, fundamentalmente, cómo intervenir en él, es el primer paso para poder elaborar políticas sociales más adecuadas para sus necesidades.

parcial de asistencia a través del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) en forma directa en sus locales o a través de convenios con ONG'S.

59 *Los estudios sobre el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en Uruguay muestran que el uso de drogas está extendido entre los adolescentes, siendo la edad de inicio promedio de 13 años para las drogas legales y entre 14 y 15 para la marihuana, Por área geográfica, a mayor concentración geográfica, mayores tasas de consumo..(fuente: JND/ODU, Segunda Encuesta Nacional y Tercera en Montevideo sobre consumo de drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.*

Objetivos

Objetivos generales.

Describir la magnitud y características del consumo de drogas legales e ilegales en la población de Niños y Jóvenes en situación de Calle atendidos por el sistema INAU, que sirva de información de base para la implementación de intervenciones en los diferentes campos de la realidad en que vive esta población objetivo.

Objetivos específicos.

Describir características socio-demográficas y del contexto general de situación de calle.

Identificar factores de riesgo y protección para el consumo problemático de drogas.

Estimar prevalencia de vida, anual y actual del consumo de sustancias psicoactivas

Identificar sustancias psicoactivas utilizadas, patrones de consumo y vías de administración

Evaluar comportamientos asociados al consumo de drogas: Primera experiencia, forma de adquisición y medios para obtenerlas

Describir las prácticas de riesgo y de prevención para la transmisión del VIH y otras ITS

Indagar sobre expectativas y efectos de su consumo.

Ficha técnica.

Diseño muestral: Muestra no probabilística en dos etapas. Primera, a través de la selección de las Instituciones y, segunda, de los Niños y Adolescentes de acuerdo al perfil establecido.

Se incluirán en el Informe todos los casos que hayan completado el 80% de las entrevistas en las instituciones seleccionadas.

Selección de casos: Censo en cada Instituto de cobertura durante un periodo de 14 días.

Tamaño de la muestra efectiva: 95 casos válidos.

Universo: La población estudiada fue el conjunto de Niños y Jóvenes de 9 a 18 años en situación de calle atendidas por el INAU y organismos no gubernamentales en el Departamento de Montevideo y dos ciudades del Interior del país (Maldonado y Rivera)⁶¹.

Perfil de la muestra: Fueron incluidos aquellos Niño/as y adolescentes, hombres y mujeres, que participan de una propuesta educativa, más específicamente de proyectos calle. Los mismos debían sostener un vínculo con el programa o proyecto, así como un fuerte vínculo educativo con los educadores de referencia, el cual permitiría acceder a la información buscada y haber comenzado con dichas actividades de sobrevivencia en la calle por lo menos tres meses antes de la entrevista.

Son niños que realizan estrategias de supervivencia en calle, entendidas como recreación, mendicidad, deambular por las calles, estrategias en conflicto con la ley, actividades laborales específicas (cuidar coches, hacer malabares, limpiar parabrisas, venta en ómnibus, etc). con una carga horaria de 8 horas semanales como mínimo. Dichas actividades deben revestir aspectos de vulnerabilidad y deben ser vividas “subjetivamente” como situaciones de calle, descartando aquellas donde se realiza un acompañamiento de una actividad adulta (vendedores ambulantes, feriantes).

Instrumentos utilizados: Se utilizaron 2 cuestionarios, un cuestionario centrado en el consumo de drogas y otras prácticas de riesgo (adaptado del original desarrollado por la Universidad de San Pablo UNIFESP de Brasil y CEBRID) y otro cuestionario referido a la Salud Mental (SDQ - CAS)⁶². A ambos ejes temáticos los llamaremos – de aquí en mas- Consumo de Drogas y Salud Mental.

Método de recolección: Cuestionarios individuales y auto-administrados por educadores referentes debidamente entrenados. (Encuesta de drogas y SDQ-CAS, Cuestionario de Capacidades y Dificultades de Robert Goodman)

⁶¹ Se excluye de esta muestra el grupo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle “extrema”, se entiende a este perfil como “una población mayoritariamente masculina, de bajas edades, con marcada desvinculación de la convivencia familiar, al punto que en gran parte de los casos la familia no constituye ya un punto del circuito que recorren”. Documento de INAU (2006). Este grupo tiene un vínculo esporádico con las instituciones debido a su situación, por lo cual se decidió (en coordinación con las citadas instituciones) no incluirlos en este estudio.

⁶² Cuestionario de Capacidades y Dificultades de Robert Goodman

Lugar de recolección: Instituciones de cobertura y en calle

Análisis de datos: El análisis cuantitativo de los datos se desarrollara con el Programa de procesamiento estadístico SPSS versión 11.5.

Fases del proyecto

El proyecto se estructuró de acuerdo a las siguientes fases e instancias de trabajo:

Instancias de trabajo del equipo técnico coordinador de la investigación con los siguientes cometidos: definir los cuestionarios definitivos a implementar, definir el perfil de la muestra (Instituciones), coordinación con instituciones, planificación y ejecución de la jornada de capacitación.

Ronda de entrevistas presenciales y telefónicas para relevar el interés para participar en la investigación

1 Taller de capacitación y entrenamiento para el uso de los instrumentos de investigación con todos los educadores. El mismo tuvo una duración de 4 horas

Seguimiento presencial y telefónico durante las 6 semanas del trabajo con los distintos educadores e instituciones.

2 Visitas a Rivera y Maldonado.

En total se desarrollaron 95 entrevistas a niños/as y adolescentes (63 hombres y 32 mujeres). La edad promedio fue de 13.77 años y la moda de 12 años. Participaron de la investigación las siguientes instituciones. Por Montevideo: Gurises Unidos (18 entrevistas), El Abrojo (18 entrevistas), CIPPUS (17 entrevistas), y del Programa Calle de INAU (La Escuelita y Casacha 17 entrevistas) y por el Interior del País: Centro Abierto de Rivera (25 entrevistas) y Rescatando Sonrisas de Maldonado (25 entrevistas)

A lo largo de todo el proceso de la investigación participaron 26 educadores de las instituciones mencionadas.

Principales Emergentes.

Perfil de la población en estudio.

Población mayoritariamente masculina, con un promedio de edad cercano a los 14 años y que en su mayoría hace más de un año se encuentra en situación de calle. Casi la mitad de ellos admite encontrarse en esta situación por “problemas en la casa” y uno de cada cinco se fue de su casa por consumo problemático de sustancias en la familia. Los hogares de origen son básicamente extendidos y compuestos y cuyo liderazgo es esencialmente materno. El 27% declara estar “solo” en la calle y la misma la comparte fundamentalmente con hermanos y pares. Seis de cada diez jóvenes dejó de estudiar o tiene retraso escolar⁶³. Su actividad principal en la calle es obtener sustento para si mismo (45.3%) o para la familia (24.2%). Entre 6 y 8 horas es el tiempo promedio en la calle y obtienen en sus actividades como recursos económicos aproximadamente 5 dólares diarios.

En cuanto a la vulnerabilidad por situación de calle la mitad de ellos declara haber sido agredido o amenazado en la calle y cuatro de cada diez jóvenes confiesa haber sido agredido por parte de la policía. Sólo uno de cada cuatro ha recurrido a la misma para solicitar ayuda.

Sólo el 30% de los niños y jóvenes encuestados conocen los derechos de los niños y adolescentes consagrados en el código respectivo pero la mitad de estos no saben de que se trata.

Pese a su temprana edad el 40% (fundamentalmente hombres) ya ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida y también en los últimos 12 meses. Sobre temas sexuales son muy pocos los que tienen confianza para hablarlo con sus padres y si con su grupo de pares aunque un importante 27% declara no hacerlo con nadie. El 73% declara que usa algún método anticonceptivo para sus relaciones sexuales pero no todas las veces, siendo apenas el 35% el que los utiliza siempre. Sin embargo manifiestan conocer los mecanismos y lugares para obtener los condones u otros medios anticonceptivos. El 72% declara haber usado condón en su última relación sexual.

En cuanto a la salud mental un dato preocupante es que uno de cada diez encuestados admite por lo menos un intento de autoeliminación⁶⁴.

Tabla 1. Distribución por sexo

⁶³ Retraso escolar definido como “dos o más años de rezago en relación a la edad cronológica.

⁶⁴ Sobre este punto específico ver el capítulo específico en Anexo 1.

Sexo	%
Varón	66.3
Mujer	33.7
TOTAL	100



EDAD PROMEDIO : 13.7 años.

Base: total de la muestra



Tabla 2. Nivel educativo

	Porcentaje
Nunca estudió	7,4
Primaria incompleta	47,4
Primaria completa	2,1
Secundaria incompleta	14,7
Dejó de estudiar en primaria	23,2
Dejó de estudiar en secundaria	5,3
Total	100,0

Base: Total de la muestra.

Tabla 3: Tiempo de supervivencia en calle

	Porcentaje
Válidos	
No recuerda	9,5
Menos de 6 meses	3,2
Entre 6 meses y un año	11,6
Entre 1 y 2 años	25,3
Entre 3 y 5 años	28,4
6 años o más	22,1
Total	100,0

Base: Total de la muestra.

Tabla 4. Motivos de estrategia de calle.

Decidió estrategia de calle por problemas en la casa	%
SI	54.3
NO	45.7



Tabla 5. Razones de incomodidad en la casa

Razones de incomodidad en la casa	%
Discusiones, bronca exagerada	61.9
Amenazas con objetos, armas, castigos	26.3
Tentativa o abuso sexual	4.8
Otros	100



Agresores
Padre 14.3%
Madre 19%
Hermanos 4.8%
Otros 61.9%

Base: Encuestados que manifestaron incomodidad en la casa

La mitad de los agresores estaban bajo los efectos de alguna droga, especialmente alcohol



Tabla 6. Motivos principales de situación de calle.

Principal motivo de situación de calle	%
Sustento para sí mismo	45,3
Sustento para la familia	24,2
acompañar padre, tíos, abuelos	1,1
Acompañar hermanos	5,3
acompañar a otros	3,2
para divertirse	10,5
No tiene nada mejor que hacer	2,1
Discusiones constantes en la casa	4,2
Abuso sexual	1,1
Padres o responsable abusaban alcohol y otras drogas	1,1
Nunca estuvo en la calle	1,1
Otros	1,1
Total	100,0

Base: Total de la muestra.

Tabla 7. Principales actividades de sustento

	%
Mendiga	23.2
Cuida autos	35
Trabaja	35.8
Vende cosas	17.9
Otros	23

Base: Total de la muestra.

Tabla 8- Ha tenido relaciones sexuales.

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
SI	50	20	40
NO	50	80	60
TOTAL	100	100	100

Base: Total de encuestados

Uso de condón u otro método anticonceptivo

Nunca	22.6
Algunas veces	12.9
La mayoría de las veces	16.1
Siempre	35.5
NS / NC	12.9



Ocho de cada 10 encuestados conoce la forma de acceder a condones

Consumo de sustancias.

Como principales datos descriptivos encontramos:

Ocho de cada diez encuestados ha experimentado alguna vez en la vida con alguna droga (legal o ilegal). En cuanto a las ilegales, el 35.8% de los mismos ha experimentado con las mismas. Se presentan diferencias importantes en cuanto a la magnitud del consumo por sexo y por rango de edad (menores de 13 años – 13 años y más). Para este corte, las diferencias más importantes se encuentran para Marihuana y Cocaína y derivados (pasta base, crack).

Las drogas mas experimentadas son el alcohol (77.9%) y el tabaco con 56.8% de la población en estudio.

Tomadas en su conjunto, la experimentación con cualquier droga ilegal alcanza el 35.8% de la población estudiada,

siendo la marihuana la sustancia más experimentada (32.6%), aunque también se presentan altas tasas de consumo de Pasta Base y solventes declarados ambos por el 11.6% de los entrevistados. En estas dos sustancias las tasas de experimentación son notoriamente superiores que en el resto de la población (general y en similar tramo de edad). Por ejemplo, en estudiantes no alcanzan al 1%). La alta experimentación con solventes es un importante hallazgo del estudio y confirma una de las hipótesis previas a la investigación. Otro hallazgo importante respecto a esta sustancia es que el consumo de la misma en un alto porcentaje fue “sustituida” por el consumo de Pasta Base cuando esta aparece en el mercado.

Para todas las sustancias es muy baja la edad de inicio, siendo el alcohol en las legales y los solventes (legales pero de uso ilegal) las de uso más prematuro. La Pasta Base presenta un promedio de 13 años como edad de inicio pero hay que considerar que esta sustancia recién ingresó a nuestro país en el año 2003. Como dijimos anteriormente, esta sustancia sustituyó en altos porcentajes a los solventes en esta población.

Asimismo, observamos que el “gap” entre la experimentación y el uso regular es muy estrecho, fundamentalmente en marihuana y pasta base. También observamos en la tabla 7 que en todos los casos la mayoría de los usuarios que experimentaron con alguna sustancia continuaron su uso en el último año. Para los últimos 30 días las sustancias con mayor frecuencia de consumo son la marihuana y la pasta base.

En cuanto a la poli experimentación - y teniendo en cuenta todas las sustancias - la misma alcanza el 54% de la población total (74% de los consumidores), es decir, 3 de cada 4 entrevistados consumidores experimentaron con varias sustancias. Casi el 30% de los consumidores declara haber consumido más de una droga simultáneamente.

En cuanto a la frecuencia de consumo, el tabaco, el alcohol y la marihuana presentan altas tasas de prevalencia en los últimos 30 días, donde encontramos que aproximadamente - y para las tres sustancias - el 50% de los consumidores lo hace habitualmente.

Tabla 9: Consumo de drogas. (en porcentajes)

Sustancia	Experimentación	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Edad de inicio	Edad de inicio consumo regular
Tabaco	56.8	54.7	47.4	11.09	12.20
Alcohol	77.9	69.5	42.1	10.75	12.47
Marihuana	32.6	31.6	18.0	12.53	12.61
Solventes	11.6	6.3	3.2	11.50	12.83
Pasta base	11.6	10.5	7.5	13.30	13.30
Cocaína	7.4	7.3	2.1	12.85	15.00
Crack	1.1	0.	0	s.d	s.d
Alucinógenos	2.1	1.1	0	14.00	14.00
Éxtasis	1.1	1.1	0	15.00	18.00
Otras drogas.	6.3	5.2	1.1	14.00	14.75

Base: Total de la muestra

Tabla 10: Experimentación con drogas según rango de edad. (en %)

Sustancia	12 años y menos	13 años y más
Tabaco	36.4	67.7
Alcohol	60.6	87.1
Marihuana	12.1	43.5
Solventes	6.1	14.5
Cocaína y derivados	6.1	21.0
Otras drogas.	0	8.1

Base: Total de la muestra.

Dinámica del consumo.

Salvo para el caso de las drogas legales donde ya estaba presente con altas tasas el consumo, la situación de calle conforma un factor de riesgo muy importante para el consumo de drogas ilegales. El inicio en dicho consumo para la gran mayoría se da cuando ya se encuentran en la situación de calle. La accesibilidad a las sustancias, tanto legales como ilegales, es muy alta. En todos los casos, 8 de cada 10 entrevistados compra personalmente excepto cocaína la cual consiguen a través de grupos de pares fundamentalmente. También hay una gran facilidad para conseguirlas, excepto cocaína. Ambos aspectos indican la alta presencia y disponibilidad de las sustancias en los contextos habituales de estos niños y jóvenes.

El consumo en situación de calle implica serios riesgos para estos niños y jóvenes dada su situación de vulnerabilidad. El 18% declara haber corrido algún tipo de riesgo en la calle luego de haber consumido alcohol u otras drogas. También declaran haber tenido algún tipo de conducta anti-social y uno de cada cuatro tuvo algunas veces malas experiencias luego de un consumo “mal viaje”, la mayoría de ellos relacionados con problemas físicos o de salud.

En cuanto a las motivaciones para el consumo de sustancias se presentan algunas diferencias según sean consumidores o no. Para los consumidores las principales motivaciones se distribuyen mayoritariamente en motivaciones lúdicas (“es divertido”) y fundamentalmente para “acompañar a los amigos”. Los no consumidores presentan un alto porcentaje de respuestas “no sabe” y le dan mayor peso relativo a móviles como “para sentirse desinhibido” o porque “es fácil conseguir”. De todas formas, el tema de “imitación” y lo lúdico siguen siendo las principales razones de uso.

Tabla 11. Inicio del consumo según situación de calle (en %)

Sustancia	NS/NC	Antes	Después
Tabaco	7.7	26.9	65.4
Alcohol	20.0	23.1	56.9
Marihuana	3.6	3.6	92.9
Solventes	0	10.0	90.0
Cocaína	0	14.3	85.7
Pasta Base	8.3	8.3	83.3
Otras drogas (alucinógenos, crack, éxtasis).	0	0	100

Tabla 12: Accesibilidad a las drogas (Porcentaje de respuestas positivas)

	La consigue personalmente	Es fácil conseguirlas
Alcohol	93.7	93.2
Marihuana	90.9	71.4
Cocaína	50	16.7
Pasta Base	100	66.7
Solventes	100	83.3

Base: Consumidores drogas ilegales últimos 12 meses.

Tabla 13: Situaciones de riesgo en situación de consumo (% de respuestas positivas).

	%
Arriesgo su vida de alguna manera	16.7
Robó	26.4
Estuvo irritado, enojado, agredió a otros	44.4
Quedó sin capacidad de reacción, lento y de eso aprovecharon otros	14.9
Se durmió con la bolsa mientras aspiraba inhalantes	2.2
Tuvo un mal viaje luego de consumir alcohol u otras drogas	25.4
Tuvo sexo a cambio de conseguir drogas	3.5

Base: Encuestados que consumieron alguna droga.

Tabla 14: Motivos para consumir drogas según situación de consumo.

Motivos de uso.	Nunca probó drogas ilegales	Probó / usa drogas ilegales
NS / NC	38.5	6.7
Es divertido	29.2	43.3
Para sentirse mas fuerte	8.3	10.0
Para desinhibirse	20.8	13.3
Porque es fácil de conseguir	8.3	0
Porque la usan los amigos	37.5	56.7
Para olvidar hambre, frío	8.3	16.7
Otros	12.5	16.7

Base: total de entrevistados. Respuesta múltiple.

Factores de Protección

Un dato importante es que casi siete de cada diez encuestados consumidores han intentado o desean dejar de consumir drogas pero fueron muy pocos los que pidieron ayuda para ello. Sólo el 17% recurrió o fue apoyado institucionalmente para ello (básicamente INAU).

Existen algunos datos que actúan como factores de protección para los cuales es necesario realizar un análisis mas profundo en la medida que pueden brindar excelentes herramientas para el abordaje de la problemática en esta población específica. Consultados los niños y jóvenes sobre las razones para dejar el consumo de drogas o no haberlas consumido nunca se destaca que:

En ambos grupos el miedo a los efectos de las sustancias es relevante, tanto sea por experiencia como por la percepción de sus riesgos. Este punto es mas fuerte entre aquellos que ya han experimentado con las mismas.

En el grupo de los que nunca experimentaron, el rechazo familiar o del grupo de pares a su consumo constituyen los principales factores de protección.

También la identificación de necesidades o deseos presentes o futuros pueden ser importantes insumos para las tareas de prevención y / o intervención en esta población específica. Trabajar se presenta como el deseo o expectativa de futuro más relevante reflejándose nuevamente la moratoria existente entre el ciclo evolutivo y la realidad a la cual se encuentran inmersos. Esto se refleja también en los deseos de contar entre sus principales expectativas el poder "divertirse más". En el presente la realización de deportes o hacer y escuchar música son actividades demandadas por estos niños y jóvenes. En cuanto a la expectativa de futuro surgen la identificación de problemáticas familiares y realidades económicas que les gustaría resolver. El tener trabajo también se percibe como un valor a futuro muy importante.

Tabla 15: Factores de protección para el no consumo de drogas. (% de respuestas positivas)

	Dejaron de usar	Nunca consumieron
NS / NC	23.8	11.8
MI familia es contraria a que consuma	14.3	44.1
Mis amigos o pareja son contrarios a que consuma	0	7.4
Por miedo a la Policía	4.8	4.4
Por los problemas de salud que trae	28.6	44.1
Por miedo a volverse adicto	23.8	20.6
Porque al usarla pasaba mal	28.6	35.3
Otras.	23.8	8.8

Base: No consumidores de drogas ilegales.

Tabla 16: Que le gustaría hacer

Que le gustaría hacer	
Trabajar	63.2
Estudiar, escribir	45.3
Deportes	55.8
Jugar	40.0
Pasear	40.0
Ver TV	43.2
Música	50.5
Pintar	28.4
Tener novio / a	37.9
Descansar	30.5
Nada	5.3
Otros	16.9

Base: total de encuestados. Respuesta múltiple.

Tabla 17. Expectativas de futuro

Que le gustaría que le pasara en el futuro	
Trabajar	58.1
Estudiar	33.3
Divertirse, jugar	19.4
No tener problemas con policía	4.3
No tener problemas salud	7.5
Conseguir lugar para vivir	29.0
Resolver problemas personales	18.3
Mejorar relación con la familia	26.9
Consumir menos drogas	5.4
Tener para comer siempre	9.7
No precisar ayuda	1.1
Otros	26.9

Base: total de encuestados. Respuesta múltiple.

Salud Mental: Capacidades y Dificultades

Aplicación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ – CAS)

Resultados para niños en situación de calle y para grupo de enseñanza secundaria.

Se incorporó a la Investigación de niños en situación de calle el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ – CAS de Robert Goodman) de aplicación a nivel internacional. Es un cuestionario autoadministrado de investigación de antecedentes de 25 puntos, de los cuales cada uno consiste en 5 puntos, generando puntuaciones para los síntomas de: problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los pares, problemas emocionales y conducta pro- social.

Cada uno de los aspectos mencionados se releva en la encuesta a través de estos cinco ítems, con puntuación de 0 a 2⁶⁵, obteniéndose así cinco escalas cuya puntuación puede variar de 0 a 10.

Está especificado que para obtener la puntuación total de dificultades se suman las cuatro escalas que refieren a los problemas, y se excluye la escala Pro Social, construyéndose un índice general cuya puntuación puede variar entre 0 y 40.

En todos los casos, cuanto mayor valor asume el índice (tanto general como para cada una de las dimensiones analizadas), mayores son las dificultades.

Por no existir datos poblacionales normalizados para este Test, los datos se compararon con una muestra de adolescentes, estudiantes de enseñanza secundaria ⁶⁶ con promedio similar de edad⁶⁷.

El tamaño de la muestra para niños / adolescentes en situación de calle fue de 95 casos y para el grupo de enseñanza secundaria de 163.⁶⁸

Para el análisis y comparación del Índice General se utilizó la distribución de las mismas (asumiéndose como distribuciones normales desde el punto de vista estadístico), y algunos estadísticos descriptivos como media, mediana, moda, valores mínimos y máximos y algunos cortes de percentiles que se presentan a continuación.

65 Valores: 0: casi nunca; 1: es cierto algunas veces; 2: casi siempre es cierto.

66 Esta muestra fue realizada por la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) en un instituto de enseñanza secundaria privada de Montevideo (2005).

67 Para los Niños en situación de calle la edad promedio es de 13.7 y para la muestra de niños escolarizados la edad promedio es 14.4

68 Si bien esta distribución presenta cierta asimetría, a los efectos de comparar muestras resulta un instrumento adecuado ya que esta población se asume como una buena aproximación a la población escolarizada promedio.

Para la inferencia estadística, se realizaron las pruebas de diferencia de medias para muestras independientes⁶⁹, en este caso tanto para el Índice General como para los diferentes ítems.

Resultados.

Índice General.

En los gráficos 1 y 2 se presenta la distribución del valor que toma para cada persona de ambas muestras el índice general. La distribución del grupo de enseñanza secundaria está volcada sobre la izquierda, hacia los valores más bajos, presentando una distribución normal pero asimétrica. Los niños en situación de calle se concentran en valores superiores a 15, siendo la distribución de esta población mucho más homogénea, pero dentro de valores más altos.

En ese sentido, los estadísticos indican una mayor proporción de niños con las dificultades medidas en el test, para la población de niños en situación de calle que para el grupo de enseñanza secundaria.

Con respecto a los valores que asume el índice general, resulta estadísticamente significativa la diferencia en los valores promedio. (T test- sig= 0.000)

Gráfico 1: Valor que toma el índice general para grupo de enseñanza secundaria y para Niños en situación de calle.

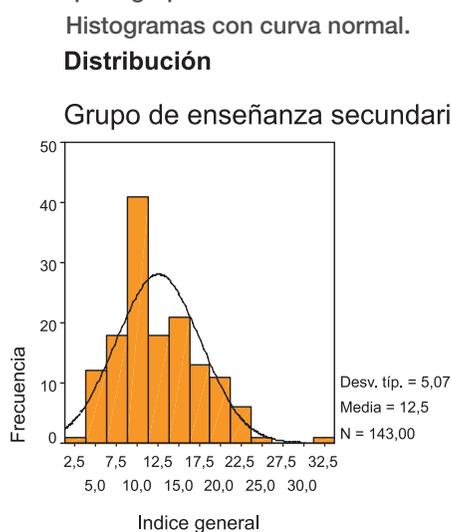


Gráfico 2.

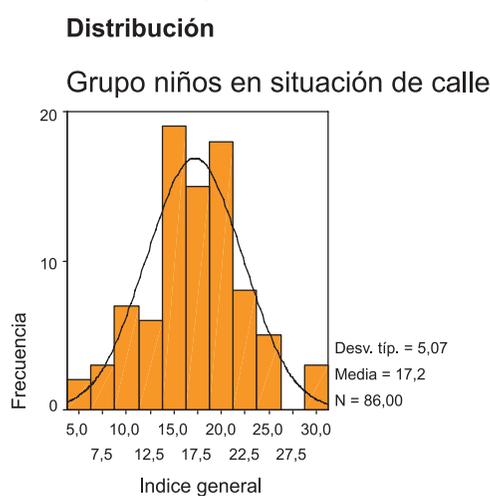
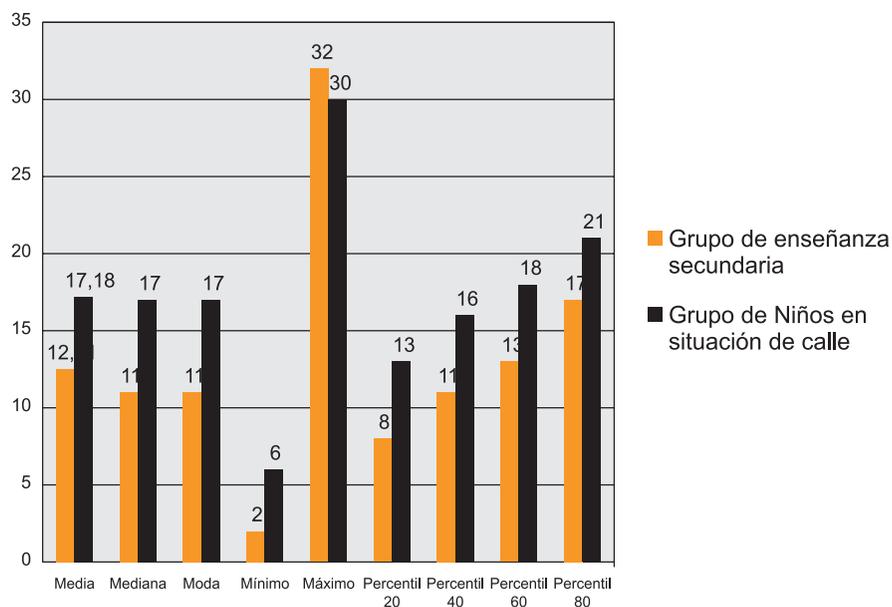


Gráfico 3. Comparación de valores que asume el índice general para grupo de enseñanza secundaria y niños en situación de calle.



Resultados por Ítem.

En el gráfico 4 se pueden ver las diferencias que asumen los valores promedio de las cinco escalas para ambas poblaciones, encontrándose diferencias estadísticamente significativas para todos los índices excepto Pro Social, lo cual coincide con las especificaciones previamente establecidas (. T test significación = 0,682),

La menor diferencia la encontramos en el índice de Hiperactividad (T test significación = 0.044), lo cual podría explicarse por el alto porcentaje de niños / jóvenes, con valores altos en el índice de hiperactividad en ambas poblaciones. Para los índices de Problemas de conducta, Problemas emocionales y Problemas con los pares el T test tiene una significación = 0.000.

En resumen, encontramos que para cada uno de las dimensiones indagadas y con significación estadística el grupo de niños en situación de calle presenta para este test una mayor presencia de dificultades que su grupo de pares utilizado como control.

Por otro lado, además de lo observado respecto a la homogeneidad del grupo de niños en situación de calle, respecto a los valores que asumen los índices del SDQ, tanto a nivel de diferentes tramos de edad como por sexo, aparece un mayor índice de hiperactividad y de problemas emocionales en las mujeres.

Otra forma de ver estas diferencias se presenta en el Gráfico 5 en el cual se observan los casos que asumen valores de 6 o superior, valores que resultan lejanos y por encima de la media⁷⁰, es decir aquellos casos que presentan mayores dificultades.

En ese sentido resulta llamativo el alto porcentaje (29.1%) de jóvenes pertenecientes al grupo de enseñanza secundaria que tiene índices de hiperactividad alto (6 o superior)

Para los niños en situación de calle, hay importantes porcentajes de niños que tienen altos los valores de cada uno de los índices: Problemas de conducta un 22%, Problemas emocionales el 36.4%, Hiperactividad el 36.4%, Problemas con los pares el 13.3% y el Índice (negativo) de conducta pro social 11.2%.

El test y la vinculación con el consumo de drogas.

No resulta posible realizar el análisis de la vinculación de los valores del test con el consumo de drogas, en forma comparativa, en razón que no se cuenta con los datos de consumo de la población utilizada como control.

Tampoco se puede realizar en forma contundente un análisis de esta asociación con el consumo de drogas ilegales en el grupo de niños en situación de calle, debido fundamentalmente al número de casos resultante en la muestra como consumidores de las mismas.

Sí aparece en los niños en situación de calle una relación entre la frecuencia de consumo de alcohol, y los índices

70 Valores de las medias en Gráfico 4

de hiperactividad (a mayor hiperactividad mayor consumo) y de conducta pro social (a menor conducta pro-social, mayor consumo).

Gráfico 4. Valor Promedio que asume cada una de las escalas para Niños en Situación de calle y grupo de enseñanza secundaria.

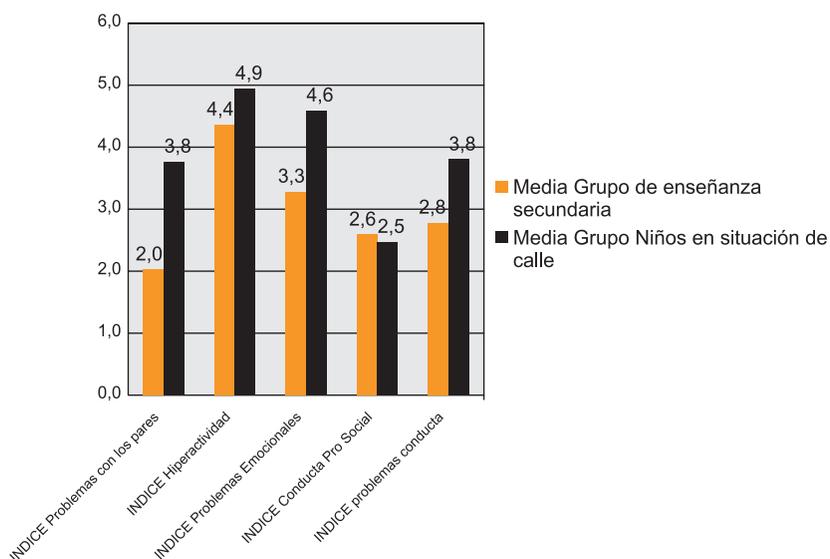


Gráfico 5. Porcentaje de niños / adolescentes con resultados de 6 o más para las diferentes Escalas del SDQ.

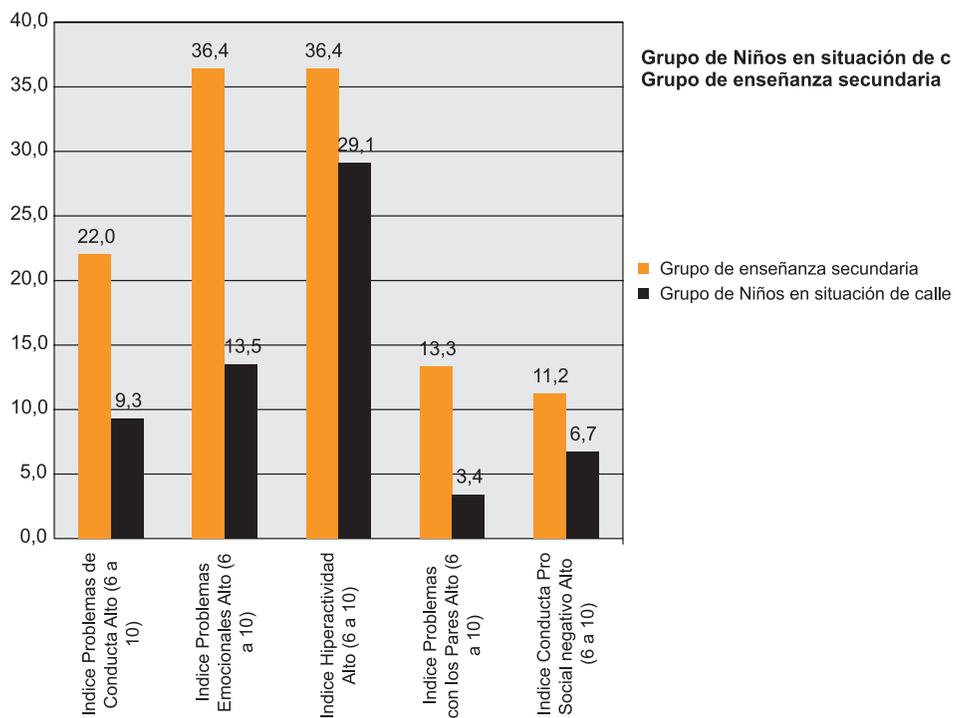
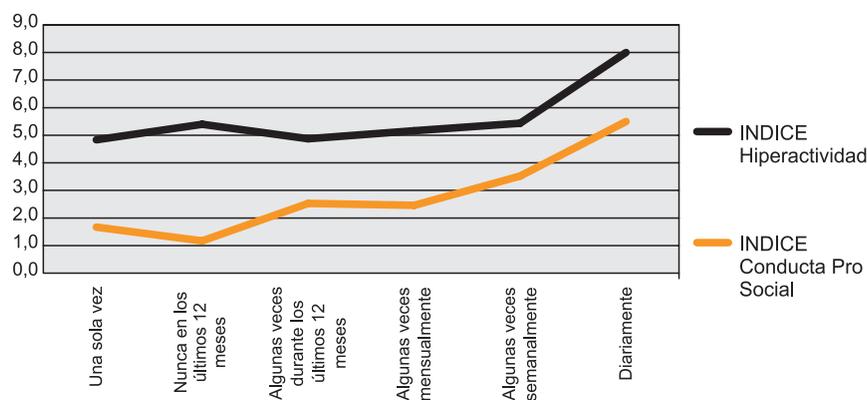


Gráfico 6. Índices de Hiperactividad y de Conducta Pro Social (negativo) según frecuencia de consumo de alcohol.



Análisis

El diagnóstico y atención de la salud mental de los niños y niñas en situación de calle constituye un aspecto a ser considerado en los abordajes de los diferentes programas y proyectos.

Recientes investigaciones como la de Alcalde, Atocha, Carvajal, Liberti y Piaggio citados por Llorens (2005) elaboran un perfil psicológico de una población de niños de calle en Perú, de las que destacamos:

Carencias materiales y afectivas importantes

Familia percibida como amenazante.

Condiciones precarias de vida que someten a los niños a situaciones de desprotección y vulnerabilidad crónica.

Vivencias frecuentes de maltrato con correlatos de estrés postraumático frecuentes como la presencia de recuerdos intrusivos de tipo flash backs.

Vivencias de minusvalía.

Conductas externalizantes: hiperactividad, provocación, desafío y agresividad.

Experiencia sexuales tempranas

Tendencia a relacionarse con los demás a través de la provocación

Alto consumo de drogas

Los componentes detallados y sistematizados en la investigación mencionada, pueden coincidir en líneas generales con las descripciones de los operadores de campo de nuestro medio, en el área de proyectos dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Antes bien, a la hora de abordar aspectos ligados a la caracterización del perfil psicológico de este grupo poblacional, se plantean una serie de interrogantes:

¿Cuántos de estos elementos del perfil son determinados por las condiciones de vida ligadas a la extrema pobreza?

¿Cuántos por aprendizaje de modelos parentales o de pares?

¿Cuántos por trastornos mentales?

En la práctica cotidiana de los proyectos, se observa muchas veces, que el diagnóstico y la atención de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, pasa a ser comprendida y explicada casi en su totalidad, por las condiciones de vida de extrema deprivación, discomfort y estrés a los que estos niños se ven sometidos. En este sentido, la misma pierde visibilidad como campo de problemática específico que requiere atención desde el ámbito sanitario. En el otro extremo, los operadores de campo relatan que cuando se logra dar atención a la salud mental, la misma muchas veces se reduce a una intervención farmacológica, que muchas veces desconoce las condiciones concretas de vida de los sujetos. Nuevamente y desde otro lugar, la visibilidad del campo de la problemática se parcializa.

En este apartado, se incluye el análisis de los datos recabados, buscando caracterizar aspectos ligados a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

En relación a los parámetros que mide el cuestionario SDQ, surgen diferencias significativas en relación al grupo de estudiantes de secundaria, en lo que refiere a los índices de problemas con los pares, problemas emocionales y problemas de conducta, tanto en el valor promedio que asume cada una de las escalas como en el porcentaje de niños con resultados de 6 o más para las diferentes escalas (gráficos 4 y 5).

En todos los parámetros estudiados los índices a los que llega la población en situación de calle son más altos que el grupo de enseñanza secundaria, encontrándose también en el segundo resultados significativos en los parámetros de hiperactividad y problemas emocionales

Resulta también destacable que en el cuestionario de "Consumo de drogas" el 10 % de la muestra de niños de calle refiere haber tenido un intento de autoeliminación en su vida.

Si bien el SDQ es un instrumento de screening por lo cual no es posible hacer diagnóstico, estos datos ponen en evidencia la presencia de conductas ligadas a la esfera del humor, y especialmente a cuadros de estirpe depresiva que requerirían un diagnóstico confirmatorio siendo situaciones de riesgo a nivel de salud mental de estas poblaciones estudiadas.

Hay un porcentaje importante de niños en estas condiciones de vida de calle que no resultan sintomáticos a las dimensiones estudiadas, por lo que se supone existan factores protectores a dichas situaciones. En relación a lo anterior Keen (1990) citado por Llorens (2005) afirma que el locus de control interno o el grado en que los jóvenes se atribuyen la capacidad de controlar en alguna medida las situaciones de sus vidas, es una de las variables protectoras principales que diferencian a los jóvenes que muestran más síntomas psiquiátricos de aquellos que no los presentan.

Elementos para la Discusión

A partir de los datos obtenidos por la investigación y **solo a modo de primeras hipótesis exploratorias de trabajo** - merecedoras todas de posteriores estudios en profundidad - creemos necesario destacar los siguientes elementos:

A. Motivos para estar en la calle y experimentar con drogas ilegales

La vulnerabilidad social y familiar como factor inicial de la situación de calle.

La inestabilidad y deterioro de las unidades familiares y su escasez de ingresos son factores que generan la incorporación de los niños y adolescentes en actividades económicas de subsistencia (propia o familiar) reduciendo por lo tanto su dedicación a la escolarización y acelerando drásticamente la moratoria psicosocial que media en el pasaje al mundo adulto.

De todas formas, del conjunto de entrevistas puede deducirse que la situación de calle no es generada exclusivamente por necesidades económicas, existiendo otros factores como ser la violencia familiar, relaciones vinculares conflictivas y la ausencia de patrones mínimos de contención afectiva.

El conflicto con el mundo adulto y la autoridad.

Un alto porcentaje de encuestados manifestó haber sido agredido en la calle y particularmente por parte de autoridades policiales. Esto puede responder muchas veces a los juicios de etiquetamiento desacreditante existente en el imaginario social y que se ve homologado parcialmente en la relación conflictiva con las autoridades policiales.

El consumo de drogas como adaptación al medio social.

El grupo de pares consolida una situación de calle ya que los mismos pasan a ser su grupo de referencia. El alto porcentaje de niños y jóvenes que le atribuyen la principal motivación para la iniciación en el consumo de drogas parece validar esto. Si pertenecer a un grupo es condición importante para consolidar su situación de calle, el consumo de sustancias juega un papel primordial para la pertenencia al mismo - en tanto por supuesto - exista consumo en esos grupos.

Nivel de "independencia económica" y experimentación con drogas ilegales.

El alto porcentaje de niños y jóvenes cuyo principal móvil para estar en la calle es la de obtener recursos económicos y las altas tasas de experimentación con drogas podrían estar indicando una posible asociación positiva entre el nivel de independencia económica y la mayor probabilidad de experimentación con drogas ilegales. Sería interesante poder profundizar la relación entre motivo para estar en calle, tipo y calidad de apego familiar y nivel de riesgo para la experimentación con drogas ilegales.

Diversión y experimentación con drogas ilegales. 29 % de las personas que han experimentado con drogas ilegales manifiesta estar en calle por “diversión”. Si bien se debería profundizar mucho más en el significado de la palabra “diversión” como motivo para estar en calle, resulta interesante destacar que las drogas al igual que la calle, también ofrecen a muchos de estos niños y adolescentes la posibilidad de divertirse, posibilidad no exenta naturalmente de distintos riesgos.

B. Razones para la experimentación con drogas ilegales

Marihuana y solventes: curiosidad y pertenencia grupal. Del 100% de los entrevistados que han experimentado con marihuana, 48 % lo han hecho motivados por la curiosidad y por saber “como se sentía”, mientras que un 38% lo hizo con el objetivo de acompañar a amigos que la estaban utilizando. Estos motivos típicamente adolescentes de iniciación en el consumo, confirman 2 de las razones más frecuentes en la experimentación adolescente en todo el mundo (tanto con drogas legales como ilegales.) De las 10 personas que manifiestan haber experimentado con solventes, 8 lo han hecho también debido a las mismas razones.

C. Intereses e ilusiones personales y experimentación con drogas ilegales

Factores de riesgo para la experimentación. De los entrevistados que han experimentado con drogas ilegales, el 53 % desearía como principal interés poder resolver problemas personales y un 44 % desearía poder mejorar su relación con la familia. En las personas que ya han experimentado, estos son los 2 deseos/intereses que aparecen más frecuentemente mencionados. Estos 2 motivos (muy frecuentemente asociados al comienzo de una situación de calle) como son los problemas con la familia y muy vinculados a ellos, los problemas personales, podrían estar dando una pista acerca de

1. su relevancia como factores de riesgo para el inicio del consumo
2. la importancia del consumo de algunas drogas como factores para la “mitigación” del stress personal inducido por algunas familias.

Factores de protección para la experimentación. Importante es de destacar aquí que el 64% de los entrevistados nunca experimentaron con ninguna droga ilegal, es decir, aproximadamente de cada 10 entrevistados 6 nunca probaron drogas ilegales. Esta constatación contradice, en parte, una hipótesis frecuentemente manejada que atribuye a toda la población de calle un altísimo consumo de sustancias ilegales. Al preguntarles acerca de lo que más les gustaría hacer en su vida, vemos que aparecen 3 factores con un posible valor de protección: del 100 % a quienes les gustaría hacer deportes, 75% nunca probó drogas ilegales; del 100 % a quienes les gustaría estudiar, un 72 % nunca experimentó con drogas ilegales y finalmente del 100 % a los que les gustaría ocupar su tiempo con propuestas recreativas, el 83% nunca experimentó con una droga ilegal. Estos tres motivadores e ilusiones para el futuro: hacer deportes, estudiar y participar de propuestas recreativas bien podrían estar indicando su potencial relevancia como factores de protección y como posibles significantes (a tener en cuenta) para la construcción de identidades más saludables no centradas en el consumo de drogas.

Es muy importante destacar también la existencia de un 21% de “Abstemios” de cualquier tipo de droga (legal e ilegal), lo cual permitiría inferir la presencia y acción de factores de protección, los cuales serían necesarios de profundizar en futuras investigaciones.

D. Derechos de los niños y experimentación con drogas ilegales⁷¹

Nivel de conocimiento sobre los derechos y experimentación con drogas ilegales. Un 60 % de los entrevistados que manifiestan no conocer sus derechos no ha probado ninguna droga ilegal, mientras que del total de los que si los conocen, un 69% nunca ha experimentado. Resulta bastante sorprendente el importante número de entrevistados que manifiesta no conocer ninguno de sus derechos, máxime si tenemos en cuenta que todos los entrevistados participan activamente de programas estatales o de ONGs en los cuales la promoción y el trabajo sobre los derechos de niños y adolescentes es uno de los ejes centrales de acción. Por otra parte, sería interesante poder contar con más casos para evaluar con significación estadística la posible asociación entre el nivel de conocimiento de sus derechos y el nivel de experimentación y consumo de drogas ilegales.

71 Estas posibles asociaciones requerirían de un análisis con mayor número de casos y diversidad de variables.

E. Sexualidad y uso de drogas

Edad de inicio sexual y experimentación con drogas ilegales. Del total de los encuestados que ya han tenido por lo menos una relación sexual (N=36), el 61 % ha probado drogas ilegales mientras que del total de aquellos que nunca han tenido relaciones sexuales (N=55), solo un 16 % ha probado drogas ilegales. Aquí aparece una posible asociación entre el inicio en la experimentación sexual y el inicio en la experimentación con drogas ilegales, máxime si tomamos en cuenta que ambos comportamientos de riesgo son altamente prevalentes en el pasaje de la niñez a la adolescencia. De los 37 que han tenido relaciones sexuales, 22 lo ha hecho antes de los 14 años (60 %) y de ellos, 14 (64%) ha experimentado con drogas ilegales. Estos datos indican la precocidad creciente de ciertos comportamientos de riesgo, la cual va en la misma dirección que los datos de investigaciones similares con otras poblaciones de adolescentes y jóvenes.

Uso del condón y experimentación con drogas ilegales. De 11 entrevistados que no usaron condón en su última relación sexual, 7 (64%) experimentaron con drogas ilegales, mientras que del total de 28 que si lo usaron, 18 (64 %) experimentó con drogas ilegales. Estas dos variables merecerían un análisis con mayor profundidad, a partir del cual se pudieran establecer o descartar posibles correlaciones entre las percepciones de riesgo para el contagio de enfermedades infecciosas y las percepciones de riesgo con relación a la probabilidad de desarrollar un uso problemático de drogas.

Salud mental y consumo de drogas

En la presente investigación es destacable lo relacionado a los problemas emocionales que reportan estos niños/adolescentes en situación de calle y su diferencia con una población que no presenta las mismas condiciones de vida. Cabe plantearse la posible incidencia que tendrían los parámetros emocionales en el consumo problemático de drogas en esta población vulnerabilizada. No poseemos datos en cuanto al consumo de sustancias de la otra población, por lo que no podemos comparar este parámetro con el grupo de enseñanza secundaria.

Si bien el cuestionario SDQ no tiene capacidad diagnóstica podemos marcar que existe una tendencia hacia la posible existencia de trastornos en la esfera de la salud mental en la población estudiada.

Un aspecto al cual se le viene dando cada día mayor importancia, por su frecuencia y sus implicancias terapéuticas, es el de los "trastornos duales". Nos referimos a la comorbilidad entre Trastorno por abuso de sustancias (TAS) y algún otro tipo de trastorno mental no relacionado con el consumo de sustancias.

La noción de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas tiene la utilidad de ampliar el campo de comprensión de los diferentes trastornos, que operando en forma combinada, configuran diferentes cuadros clínicos que requieren respuestas terapéuticas distintas implementadas simultáneamente (Guimón, 1989).

Esto puede tener especial relevancia en cuanto a la población estudiada ya que los estudios han encontrado generalmente que el comienzo de otros trastornos psiquiátricos preceden al TAS. Esto podría relacionarse a la gran cantidad de tiempo (en ocasiones años) requerida para lograr criterios de diagnóstico para el abuso y dependencia de sustancias más que para otro tipo de trastorno psiquiátrico. Teniendo en cuenta que estamos frente a poblaciones muy jóvenes un diagnóstico adecuado puede ser preventivo para asegurar una mejor calidad de vida.

Los datos referidos en cuanto a hiperactividad y consumo de alcohol, en los niños en situación de calle pueden marcar una tendencia en cuanto a la relación entre el Trastorno con déficit atencional con Hiperactividad (TDAH) y el consumo problemático de alcohol. Si bien la hiperactividad es un síntoma que puede estar determinada por múltiples factores, también es parte de una tríada diagnóstica⁷² en relación a este trastorno, de alta prevalencia en la infancia y el que en niños en edad escolar es de aprox. 6% a un 9% de la población general.

Al respecto Biederman (2004) refiere: "Existe una superposición bidireccional entre TDAH y el TAS. El estudio de comorbilidad entre TAS y TDAH es relevante para ambos, la investigación y práctica clínica en pediatría del desarrollo, psicología y psiquiatría, con implicancias para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y atención de la salud. La identificación de factores de riesgo específicos de TAS en pacientes con TDAH permitirá tratamientos más puntuales para ambos trastornos en las primeras etapas de su aparición, amortiguando potencialmente la enfermedad, incapacidad y el pobre pronóstico a largo plazo en adolescentes y adultos con esta comorbilidad."

72 criterios del DSMIV para el TDAH

Desde el punto de vista de la salud pública dada la alta prevalencia de TDAH y el alto riesgo de desarrollar TAS, la identificación y tratamiento precoz de estos trastornos comórbidos puede mejorar la calidad de vida de estas poblaciones.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio del presente estudio sería fundamental poder desarrollar:

- Estudios con mayor representatividad estadística de la diversidad de situaciones de calle y de consumo de drogas de niños y adolescentes, tanto en Montevideo como en los diferentes departamentos del interior del país.
- Investigaciones que puedan profundizar en la confirmación o revisión de algunas de las hipótesis de trabajo construidas a partir de esta primera investigación.
- Estudios que utilicen metodologías y técnicas de corte cualitativo (entrevistas en profundidad, grupos focales, etc.) que permitan obtener información complementaria sobre las variables estudiadas, información que normalmente es de difícil acceso a través de la aplicación de instrumentos como las encuestas.
- Desarrollar instancias colectivas de presentación de los resultados de la investigación con las diferentes instituciones participantes del estudio, con el objetivo de poder aportar a la construcción de una mirada más integral y más rica de las prácticas educativas cotidianas que desarrollan las instituciones.
- Desarrollar instancias colectivas de presentación y análisis de los resultados de la investigación, con los distintos actores políticos públicos y privados con competencias en la materia, de forma de promover la construcción de políticas focales de abordaje de la temática de las drogas con la población de niños y adolescentes en situación de calle.

8. Indicadores del control de la oferta

Autoría: El Informe es elaborado por el Observatorio Uruguayo de Drogas en base a la información remitida por las agencias involucradas.

Introducción

El Observatorio Uruguayo de Drogas cuenta con un Sistema Básico de Consolidación y Generación de Datos relacionados con la Oferta destinado a:

Mostrar las tendencias del tráfico ilícito de drogas en el País.

Auxiliar en la recolección de información estadística del área de control de la oferta de drogas

Favorecer la formación de redes de información dentro del País.

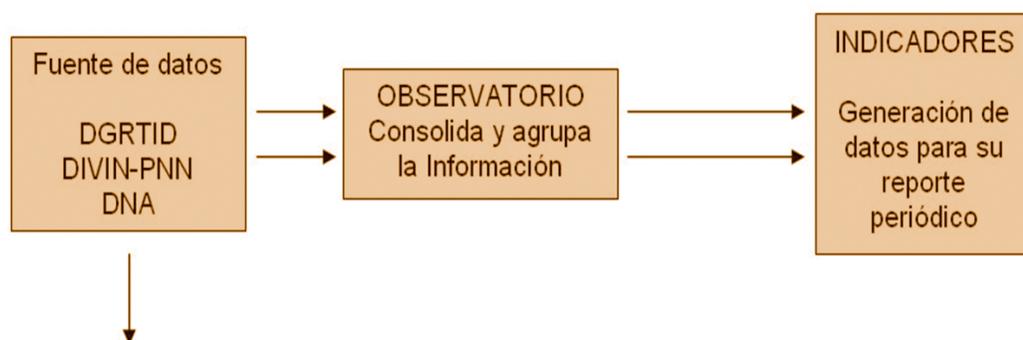
Contar con un diagnóstico nacional preciso de todos los aspectos relacionados con el fenómeno de las drogas y sus delitos conexos.

Para ello utiliza instrumentos estandarizados de recolección de Información susceptibles de medir los cambios en el espacio y en el tiempo de forma rápida y precisa, permitiendo desarrollar políticas y estrategias adecuadas para afrontar las necesidades, así como desarrollar parámetros que permitan evaluar la efectividad de las mismas.

En este Informe preparado especialmente para esta publicación, se presentan y describen los principales Indicadores de OFERTA.

Fuentes de Información

La información es obtenida del reporte diario de todas reparticiones gubernamentales dedicadas a la represión del tráfico de drogas. El observatorio Uruguayo de Drogas consolida y agrupa la información y elabora los indicadores pertinentes para su reporte periódico.



- Incautación de drogas⁷³
- Incautación de productos químicos
- Incautación de armas, equipo, dinero e inmuebles
- Áreas de cultivo de drogas
- Laboratorios de fabricación de drogas
- Personas detenidas, procesadas y condenadas
- Actividades de control del lavado de activos

⁷³ Se entiende por incautación la prohibición temporal de transferir, convertir, enajenar o mover bienes, o la custodia o el control temporales de bienes.

Construcción de indicadores

Para medir la magnitud y tendencia en el escenario de la OFERTA y los delitos asociados, el OUD utiliza un conjunto de indicadores básicos de control que se presentan en este Informe. La información es presentada en resumen mensual y /o trimestral según indicador.

1. Número de procedimientos
2. Volumen de Sustancias incautadas
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Pasta Base
 - Otras
3. Incautaciones por Organismo
 - Marihuana
 - Cocaína
 - Pasta Base
4. Personas Intervenidoas
 - Detenidos
 - Procesados

Presentación de la Información.

En este informe se presentará una evolución de los indicadores desde el 2003 como así también se harán algunas precisiones respecto a la terminología y/o características relevantes de la información presentada. Para la mayoría de los indicadores se presentará el resumen anual.

Indicador 1 – Número de procedimientos.

El número de procedimientos realizados por las fuerzas de interdicción (con resultado efectivo) desde el año 2003 hasta Diciembre del 2007 presenta un permanente incremento. Comparando el año 2003 con 2007 se ha más que duplicado el promedio mensual de los mismos. Mientras que en el año 2003 se hicieron 23 procedimientos promedio mensuales, este promedio se elevó a 60 procedimientos mensuales en 2007.

Gráfico 1 – Total de procedimientos realizados por año

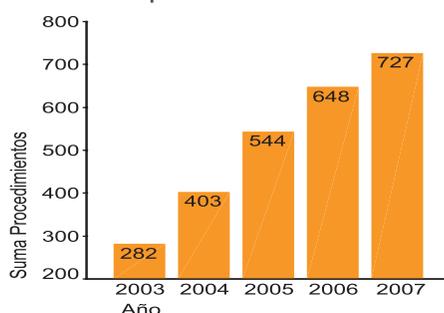


Tabla 1 – Total de procedimientos realizados y promedio mensual (por año)

Año	Procedimientos	Promedio mensual	Desvío estandar
2003	282	23.5	7.28
2004	403	33.5	8.32
2005	544	45.33	14.01
2006	648	54.00	12.38
2007	727	60.58	13.47
Total	2604 ⁷⁴	43.4	17.48

74 Total de incautaciones en los 60 meses estudiados.

Indicador 2 – Volumen de Sustancias incautadas.

2.1 - Marihuana

La tabla 2 presenta el promedio y total por año (en Kilos) de la incautación de Marihuana. Como se puede observar la misma presenta una tendencia a la disminución respecto al pico registrado en el 2004 para los dos siguientes años pero en el 2007 tiene un volumen de incautación record para toda la serie estudiada. No obstante, hay que destacar que en este año se realizó en un único procedimiento una incautación de casi 780 kilos.

De todos modos, y aún excluyendo los procedimientos de gran volumen observamos que el año 2007 es el que presenta más incautaciones realizadas.

Tabla 2 – Marihuana: Incautaciones totales y promedios por año

Año	Total (en kilos)	Promedio mensual	Promedio mensual recortado(*)
2003	620	51.71	28.53
2004	1245.43	104.70	81.68
2005	969.66	80.80	68.37
2006	444.96	37.08	33.91
2007	1819.19	151.61	124.90
Total	5111.04	85.18	--

* Es el promedio excluyendo los casos extremos al 5%.

2.2 - Cocaína

Presenta un promedio estable de incautaciones hasta el año 2006 donde se da un incremento muy importante. Aportan al mencionado incremento grandes incautaciones de Cocaína destinada a su comercialización en el exterior (352 kilos en un único procedimiento en 2006 y en 2007 también en un único procedimiento se incautaron 495 kilos). Pero al igual que la marihuana, excluyendo estos casos igualmente el volumen incautado en 2007 registra su record histórico con un promedio mensual de 36 kilos (media recortada al 5%).

Tabla 3 – Cocaína: Incautaciones totales y promedios por año

Año	Total (en kilos)	Promedio mensual	Promedio mensual recortado(*)
2003	49.92	4.15	3.60
2004	36.72	3.06	2.71
2005	53.94	4.49	2.92
2006	471.03	39.25	23.90
2007	696.27	58.02	36.81
Total	1307.88	21.79	-

* Es el promedio excluyendo los casos extremos al 5%

2.3 - Pasta Base de Cocaína.

El registro de incautaciones de Pasta Base de Cocaína como tal comienza en Diciembre 2003. Esta sustancia comenzó a distribuirse en nuestro país unos meses antes pero no se llevaba registro específico y se informaba como Cocaína. De todos modos hasta esa fecha era de escasa magnitud su presencia. A partir del año 2004 y hasta el 2006 se incrementó año a año el volumen incautado de esta sustancia, teniendo un descenso para el 2007.

Tabla 4 – Pasta Base de Cocaína: Incautaciones totales y promedios por año

Año	Total (en kilos)	Promedio mensual	Promedio mensual recortado(*)
2003	sin datos	sin datos	sin datos
2004	29.55	2.46	2.09
2005	49.33	4.11	4.01
2006	98.17	8.18	6.35
2007	71.54	5.96	5.68
Total	248.58	7.88	-

* Es el promedio excluyendo los casos extremos al 5%

2.4 – Otras drogas

El volumen de incautaciones de otras drogas como Éxtasis, LSD, Hashis y Heroína en el quinquenio estudiado presenta magnitudes marginales. Incluso, incautaciones importantes de éxtasis de 2005 y 2007 (ver tabla 5) y las dos incautaciones de Heroína permiten plantear la hipótesis de que eran sustancias “en tránsito” en nuestro país.

Tabla 5 –Otras drogas: Incautaciones totales y promedios por año

Año	EXTASIS		LSD		HACHIS		HEROÍNA	
	Unidades	Procedimientos	Dosis	Procedimientos	Gramos	Procedimientos	Gramos	Procedimientos
2003	18	1	0.5	1	0	0	12133	1
2004	20512	3	100	1	111.20	3	0	0
2005	856.5	7	5	3	51	2	15568	1
2006	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	23474	3	3	2	2	1	0	0
Total	44860	14	108.5	7	164.2	6	27701	2

Indicador 3 – Incautaciones por Organismo

Los Organismos encargados de la represión del tráfico de drogas y que en sus procedimientos pueden incautar sustancias son:

Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas (DGRTID)

Unidades Básicas de la Policía (UBP)

División Investigaciones y Narcotráfico de la Prefectura Nacional Naval (DIVIN-PNN)

Dirección Nacional de Aduanas (DNA)

3.1 – Marihuana

	2003	2004	2005	2006	2007
	%	%	%	%	%
DGRTID y UBP	100,0	99,8	92,6	97,1	100,0
DIVIN-PNN	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
DNA	0,0	0,1	7,4	2,7	0,0

3.2 – Cocaína

	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
DGRTID y UBP	84,6	79,2	100,0	97,3	99,7
DIVIN-PNN	15,4	20,8	0,0	0,1	0,0
DNA	0,0	0,0	0,0	2,6	0,3

3.3 – Pasta Base de Cocaína

	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
DGRTID y UBP	Sin datos	100,0	69,8	93,6	94,1
DIVIN-PNN	Sin datos	0,0	4,2	6,4	5,9
DNA	Sin datos	0,0	25,9	0,0	0,0

Indicador 4 – Personas intervenidas

4.1 - Detenidos

El número de detenidos por investigación por ilícitos relacionados con drogas tuvo un importante incremento en el 2007, confirmando la tendencia que comenzó a manifestarse el año anterior. Esto tiene relación con el aumento registrado también en el número de procedimientos. El porcentaje de detenidos por procedimientos se mantiene con pocas variaciones a partir del año 2005. Con respecto al género, la gran mayoría de los detenidos es del sexo masculino (casi 8 de cada 10 detenidos para toda la serie es hombre). En los años 2005 y 2006 se observa un cambio importante en la relación apareciendo un mayor porcentaje de detenidas mujeres, proceso que parece comenzar a revertirse nuevamente.

Tabla 6 – Detenidos por año y promedio mensual

Año	Total detenidos	Promedio mensual	Promedio mensual recortado(*)
2003	1849	154.08	129
2004	1549	132.83	126.81
2005	1248	104.00	105.00
2006	1566	130.5	109.5
2007	2178	181.5	181
Total	8435	140.58	-

Gráfico 2 – Detenidos por procedimiento

Detenidos por procedimiento

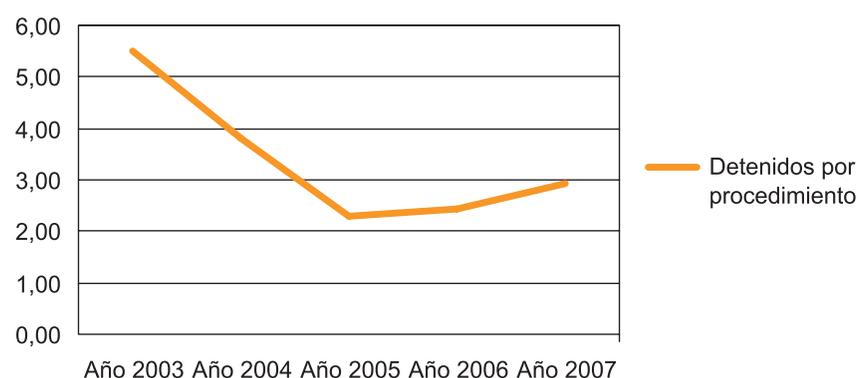


Tabla 7 – Índice de masculinidad (detenidos)*

Año	Media	Desv. típ.
2003	,8328	,07846
2004	,8165	,06838
2005	,7454	,14828
2006	,7702	,03059
2007	,7840	,07102
Total	,7898	,09077

* Índice de masculinidad : Total de hombres / Total detenidos.

4.2 - Procesados

El número de procesados mensuales viene incrementándose desde el año 2003. Esto no sólo se explica por el aumento en los procedimientos sino también contribuye una mayor “eficacia” en la relación detenidos/procesados. En el año 2003 era 0.20 (2 de cada 10 detenidos era procesado) y para el 2007 esta relación se incrementó a 4 de cada 10.

Otro cambio que se viene registrando es el incremento en los dos últimos años del porcentaje de mujeres procesadas en relación a los hombres.

Tabla 8 – Procesados por año y promedio mensual

Año	Total procesados	Promedio mensual	Promedio mensual recortado(*)
2003	283	23.58	20.92
2004	329	27.41	26.40
2005	363	30.25	30.27
2006	466	38.83	38.37
2007	606	50.5	51.0
Total	2047	34.11	-

Gráfico 3 – Procesados por procedimiento

Procesados por procedimiento

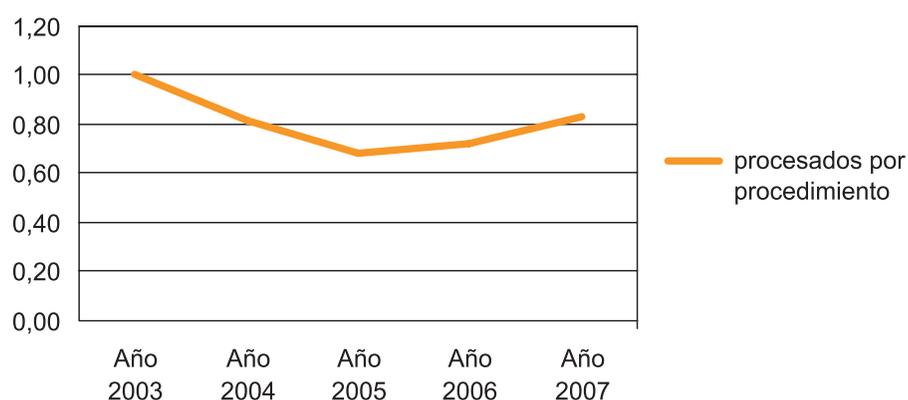


Tabla 9 – Índice de masculinidad (procesados)*

Año	Media	Desv. típ.
2003	,8004	,09181
2004	,7064	,13907
2005	,8182	,06937
2006	,7316	,07315
2007	,7187	,09312

* Índice de masculinidad: Total hombres / Total procesados.

9. Indicadores de prevención.

Autoría: El presente informe fue elaborado por Lic. Gabriela Olivera, Responsable del Área de Reducción de la Demanda de la Secretaría Nacional de Drogas

En este capítulo el objetivo es mostrar en forma general, los distintos esfuerzos que la Secretaría Nacional de Drogas esta realizando en materia de políticas preventivas y asistenciales, niveles de cobertura, años de experiencia .etc.

En **URUGUAY** existen programas preventivos **en población escolar** y de Enseñanza Media, partiendo en los 8 años hasta 17 años. Para la población escolarizada entre 8 y 12 años se cuenta con 4 programas de abordaje inespecífico en el marco de la prevención de la salud y el desarrollo de habilidades para la vida.

Los programas son La aventura de la vida (promoción de salud). Programa Garabatos (habilidades para la vida) “Habilidades para la ciudadanía” (reforzamiento de valores comunitarios) y Habilidades para la huerta (habilidades para la vida). Estos programas se ejecutan a nivel nacional desde el 2003. Se cubrieron hasta el 2006, 40.696 escolares (538 escuelas en todo el país). Los programas arriba mencionados tienen como población objetivo tanto a los alumnos, como a los docentes, para los que existe material específico. Se trata de 4 Programas de abordaje inespecífico: en el marco de la Promoción de Salud y el desarrollo de Habilidades para la Vida.

1) “Aventura de la Vida” es un programa de promoción de la salud, desde la educación en valores con énfasis en la prevención del uso problemático de drogas.

El proyecto, orientado a niños y niñas que cursan el tercero, cuarto, quinto y sexto año escolar, tiene como soporte didáctico un álbum de figuritas (coleccionables) que recibe cada alumno y que será completado durante el transcurso del año lectivo a medida que el docente trabaje con cada una de las 36 figuritas. Asimismo, cuenta con un álbum de trabajo familiar y otro para guía del docente. El material desarrolla cuatro ejes temáticos: autoestima, habilidades para la vida, drogas y hábitos saludables

2) Programa y Láminas “Garabatos”, se trabaja con la Aventura de la Vida, se trata de 10 láminas que trabajan las Habilidades para la Vida

3) Habilidades para la Ciudadanía – La casa del barrio. Se apuesta a fomentar los valores y la responsabilidad ciudadana en niñas y niños, a promover la participación en la vida de la comunidad con una visión crítica y proactiva y a facilitar la comprensión de la función socio-económica de los tributos. Se utiliza un cuaderno para el docente y un cuaderno de historietas con actividades para los escolares.

4) Habilidades para la Huerta: Propuesta uruguaya para el trabajo de las Habilidades para la Vida a través de la realización de Huertas Orgánicas en el ámbito escolar, familiar y comunitario. Pretende promover estilos de vida saludables y estrategias de desarrollo sostenible y sustentable proporcionando recursos para que niños y docentes puedan conocer y profundizar el trabajo con huertas orgánicas asociándolo al desarrollo de habilidades para la vida. Se trabaja con un bibliorato de fichas de cultivo para escolares: más de 40 fichas didácticas sobre los cultivos y el manejo del suelo, donde los niños tienen información sobre las huertas orgánicas, espacios para agregar datos de interés para mejorar los cultivos y secciones específicamente diseñadas para que dibujar y responder preguntas.

Para la población escolarizada entre 12 y 17 años se encuentra el programa “Centros Educativos Responsables”, a nivel nacional. Tiene como finalidad sensibilizar, actualizar y capacitar, brindando elementos centrales para la prevención del uso problemático de drogas y estrategias que les permitan un mejor abordaje y comprensión de la problemática en los centros educativos.

Durante la primera fase, año 2003, se capacitaron 3000 docentes y 2000 directores, sub directores e inspectores de todo el país.

La segunda fase, comprende la implementación de Programa “Reto de la Libertad”, programa centrado en el trabajo conjunto y en equipo, de los profesores de la escuela y de los padres en el núcleo familiar. Facilita el análisis de la publicidad y los mensajes que transmiten los medios de comunicación. Se pretende con este programa favorecer la creatividad del alumno en el diseño de alternativas positivas que contribuyan a un claro “SI A LA VIDA”, como verdadero “RETO DE LA LIBERTAD”, fomentar la adquisición de valores sociales y hábitos de vida saludables, favorecer el análisis de la influencia de la publicidad en la sociedad de consumo, estimular en los alumnos el pensamiento crítico en torno a la importancia de la comunicación humana, desarrollar en los alumnos diferentes mecanismos de defensa ante las estrategias utilizadas en la oferta del consumo de drogas, contribuir a potenciar el conocimiento de

los alumnos en torno a los efectos que las distintas drogas tienen sobre el organismo. El RETO DE LA LIBERTAD, es un programa dirigido a la población escolarizada de 11 a 14 años, cuyo objetivo fundamental es la prevención del consumo de drogas y que consiste en un video y una guía didáctica como apoyo para el profesor en el aula. Se utilizan fichas del alumno, para las dinámicas grupales. Se realiza una evaluación de cada una de las actividades propuestas en la Guía.

En la tercera fase, se da continuidad al trabajo de evaluación de lo actuado y selección de las mejores herramientas preventivas por parte de la Comisión Mixta: Junta Nacional de Drogas y Educación. Se ha dado cobertura a 1300 alumnos de Enseñanza Media y se llevan capacitados aproximadamente 4500 personas referentes de los equipos de Centro Educativos (docentes, adscriptos, directores, etc.)

En relación a programas **preventivos en el ámbito laboral**, se encuentra en fase de planificación, aprobando una estrategia que implica Pautas para la Negociación Colectiva (con inclusión de Cláusula Marco en los Consejos de Salarios) y Protocolo de Actuación ante situaciones de consumo de alcohol y drogas en el trabajo. En el marco de este Protocolo, se crea la Unidad de Vigilancia que está ubicada en el Departamento de Salud Ocupacional del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Esta Unidad tiene el objetivo de apoyar la aplicación de acciones preventivas y de tratamiento con respecto a los problemas de consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral, mediante la realización de un diagnóstico de la persona involucrada, la realización de un plan terapéutico, la derivación del trabajador a los servicios correspondientes, brindar asesoramiento a los servicios de salud si hubiere y la vigilancia del cumplimiento del Protocolo en cuanto a especificaciones del plan terapéutico. Complementariamente con ello, desde la Fundación, que trabaja el tema para la Sindical Nacional del país, PIT-CNT, en el Programa de Prevención en el ámbito laboral, llevado adelante conjuntamente, se aborda la sensibilización y formación de referentes sindicales como también técnicos y trabajadores. Luego de la formación, se espera se formulen proyectos de prevención en las empresas.

El programa preventivo en el **ámbito comunitario** se encuentra en fase de capacitación de equipos que aplicarán el programa en todo el país. Este programa es de entrenamiento en habilidades educativas familiares para padres y familias.

Uruguay tiene un programa preventivo **para niños y jóvenes que viven en zonas marginales**, iniciado en el año 2006, denominado "KO a las Drogas". Consiste en la apertura de academias de boxeo para población de zonas marginales que puedan practicar deportes como medio para el logro de hábitos saludables de vida. En el 2007 se encuentran cubiertos por el programa 2400 jóvenes.

No existen programas específicos en medios de comunicación de masas, pero se organizan talleres con responsables y periodistas de los medios de comunicación al momento de presentar Informes de Investigación y el modo de trabajar la Información.

En relación a la información disponible sobre **Centros de Tratamiento**, el país cuenta, a través del Observatorio Uruguayo de Drogas, con un registro de centros de tratamiento con y sin convenio para dependientes de drogas. La cobertura es nacional, que se actualiza trimestralmente. Este registro cuenta con 56 centros de los cuales 20 son públicos, que atienden población general, uno público especializado en menores. También existe un centro especializado en población detenida. Estos centros atendieron en el año 2006 4394 usuarios problemáticos según el último censo realizado por el Observatorio Uruguayo de Drogas.

Respecto de la información **sobre pacientes en tratamiento**, se dispone de información al 2006 de los pacientes que están en tratamiento en los Centros de Atención. Esta información está disponible sólo para Montevideo y el 67% es atendido por el sistema privado o con convenio con INAU (Instituto Nacional del Menor).

En cuanto a programas de tratamiento en población privada de la libertad, se implementó a fines del 2007 un servicio de rehabilitación mediante la modalidad de Acompañante Terapéutico.

En materia de metodologías de evaluación de programas de prevención, sólo se cuenta con la evaluación implícita en los programas respectivos (si cuenta con ello). Actualmente sólo el programa Aventura de la Vida cuenta con evaluación.

Y en programas de tratamiento, en el año 2006 se comenzó a evaluar y a realizar seguimiento en tratamiento del principal centro de referencia de asistencia y tratamiento de Uruguay (Portal Amarillo). Actualmente además se presentó en Parlamento un proyecto de Ley que normatiza los tratamientos e incluye la evaluación. Están en etapa de ejecución. En el 2007, se aprobó por parte del Ministerio de Salud Pública el manual de procedimientos y normativas legales para la autorización de los centros de tratamiento. Incluye ficha de registro y seguimiento.

