

Caracterización de problemas priorizados

Consumo de sustancias psicoactivas

Introducción

Las drogas psicoactivas son sustancias que, cuando se ingieren o son administradas en el organismo, afectan los procesos mentales como la percepción, la conciencia, la cognición, el estado de ánimo y las emociones. Pertenecen a una categoría más amplia, la de las sustancias psicoactivas, categoría que incluye también al alcohol y a la nicotina. “Psicoactivo” no necesariamente implica generación de dependencia. ⁽¹⁾

La producción, venta, distribución o uso no médico de muchas drogas psicoactivas están controlados o prohibidos legalmente. Las drogas psicoactivas tienen diferentes restricciones de acceso, dependiendo de su riesgo para la salud y su utilidad terapéutica.

A nivel internacional, se destacan las siguientes convenciones internacionales sobre drogas relacionadas con el control de la producción, distribución y consumo:⁽¹⁾ la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por un Protocolo de 1972;⁽²⁾ el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas,⁽³⁾ y la Convención de 1988 contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.⁽⁴⁾

El uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y repercute directamente en muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), ⁽⁵⁾ incluidas las relativas a las salud materno infantil, las enfermedades infecciosas (infección por VIH, hepatitis víricas, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles (ENT), la salud mental, las lesiones y las intoxicaciones (se menciona específicamente en la meta 3.5). Se estima que anualmente el 5,3 % (3 millones) de las defunciones están relacionadas con el consumo nocivo de alcohol.⁽⁶⁾

Consumo nocivo de alcohol

El uso nocivo de alcohol es un factor causal para más de 200 enfermedades y trastornos.

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. A nivel mundial, en el grupo etario de 20 a 39 años, un 13,5 % de las defunciones son atribuibles al

consumo de alcohol.⁽⁷⁾

Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA.

Además de las consecuencias en la salud, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. Los efectos crónicos y graves sobre la salud de las poblaciones en relación con el consumo de alcohol están determinados en gran medida por dos dimensiones relacionadas pero separadas: el volumen total de alcohol consumido y las características de la forma de beber.

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

Estrategias costoeficaces:

- Regular la comercialización de las bebidas alcohólicas (en particular, la venta a los menores de edad).
- Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas.
- Promulgar normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad.
- Reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios.
- Aumentar la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas.
- Proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol.
- Poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas.

Respuesta de la OMS

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en acuerdo con los estados miembros publicó la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol.⁽⁸⁾ La estrategia proporciona orientaciones para la adopción de medidas en todos los niveles, incluidas diez esferas en las que

se recomienda que se adopten políticas e intervenciones con miras a la toma de medidas nacionales encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y los principales componentes de la acción mundial para apoyar y complementar las actividades en los países.

El Informe Mundial sobre Alcohol y Salud 2018 ⁽⁷⁾ aporta información sobre la carga del consumo nocivo de alcohol en la salud de la población. En 2018, la OMS lanzó la iniciativa SAFER, acrónimo en inglés de las cinco intervenciones más costoefectivas para reducir el consumo nocivo de alcohol: reducir disponibilidad, manejo y consumo de alcohol, intervenciones breves y tratamiento, publicidad, políticas de precios e impuestos.⁽⁹⁾

Situación en Uruguay

- Consumo de alcohol per cápita (CAP, ACP en inglés)*

De acuerdo con el Global Status Report on Alcohol and Health 2018,⁽⁸⁾ en relación con lo observado en la región, todos los países presentan un consumo mayor al consumo promedio mundial (6,4 litros de alcohol puro/hab. 15 años y más). Uruguay es el que presenta el consumo más alto en relación con el consumo promedio de las Américas (8,0 litros de alcohol puro/ hab. 15 años y más) y en relación con los países de la región. En relación con el consumo por sexo, Uruguay presenta el consumo más alto en hombres, y Chile, en mujeres.

Tabla 1. Consumo de alcohol per cápita (APC)* por país, sexo y año. Año 2016

País	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	Litros de alcohol puro / hab. 15 años y más	Litros de alcohol puro / hab. 15 años y más	Litros de alcohol puro / hab. 15 años y más
Uruguay	10,8 (10,5-11,2)	17,8 (17,2-18,4)	4,5 (4,3-4,6)
Argentina	9,8 (9,5-10,1)	16,1 (15,6-16,5)	4,0 (3,9-4,1)
Brasil	7,8 (7,5-8,0)	13,4 (13,0-13,9)	2,4 (2,3-2,5)
Chile	9,3 (9,0-9,5)	15,0 (14,6-15,5)	7,0 (3,6-3,8)
Paraguay	7,2 (7,0-7,5)	12,2 (11,7-12,7)	2,1 (2,1-2,2)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Global Status Report on Alcohol and Health 2018.

*Registrado y No registrado

**Este indicador es utilizado para la vigilancia del consumo nocivo de alcohol e integra el conjunto de 25 indicadores utilizado por la OMS para realizar la vigilancia mundial de las ENT. Se define como el consumo en litros de alcohol puro ingerido por persona al año, en la población de 15 y más años. Comprende el consumo de alcohol registrado y no registrado.*

- VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general (15 a 65 años) – 2018
(10)

El consumo de alcohol sigue siendo el más extendido entre la población uruguaya. El 93 % de la población de 15 a 65 años ha probado alcohol al menos una vez en su vida. Un 59 % se considera consumidor habitual (ha consumido en el último mes). En relación con la medición anterior (2014) ⁽¹¹⁾ se observa un aumento en las 3 prevalencias.

El consumo es mayor en Montevideo que en el interior. En relación con el sexo, los hombres tienen mayor consumo que las mujeres. Sin embargo, al considerar por ejemplo edad y sexo en la prevalencia en el último año, se observa que el consumo es similar en los jóvenes y que a medida que aumenta la edad es mayor la diferencia del consumo entre hombres y mujeres.

El promedio de edad para el inicio del consumo es de 16,8 años. Al observar el promedio de edad de inicio según edad, la edad de comienzo es mayor en las generaciones mayores que en las más jóvenes.

Tabla 2. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días por sustancia y por grupo de 15 a 65 años. Año 2018. Uruguay

Sustancia	Prev. de vida	Prev. últimos 12 meses	Prev. últimos 30 días
Alcohol	92 %	77,1%	59,4%
Tabaco	64,6%	32,7%	27,9%
Psicofármacos y otros medicamentos*			
Tranquilizantes*	28,2%	13 %	9,7%
Antidepresivos*	13,9%	6,8%	5,3%
Opioides*	13,1%	4,9%	ND
Hipnóticos*	10,0%	3,5%	ND
Estimulantes*	1,3%	0,5%	ND
Cannabis	30,2%	14,6%	8,9%
Cocaína	7,8%	2%	0,6%
ETA**	2,6%	0,9%	0,3%
Hachís	4,1%	ND	ND
Alucinógenos	3,9%	ND	ND

Inhalantes	1,4%	ND	ND
Pasta base	1,4%	ND	ND
Ketamina	0,7%	ND	ND
Crack	0,5%	ND	ND
Heroína	0,1%	ND	ND

Fuente: VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas población general. OUD.

*Con y sin prescripción médica **Estimulantes de Tipo Anfetamínico

ND = Dato no disponible

- VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (13 a 17 años) – 2018 ⁽¹²⁾

En la tabla 3 se presentan las sustancias con mayor prevalencia de vida. En relación con las mediciones de 2014 no se observan cambios significativos.⁽¹³⁾

El alcohol, al igual que ocurre con la población de 15 a 64 años, es lo más consumido.

Tabla 3. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días por sustancia y por grupo de 13 a 17 años. Año 2018. Uruguay

Sustancia	Prev. de vida	Prev. últimos 12 meses	Prev. últimos 30 días
Alcohol	84,3%	72,1%	47,8%
Bebidas energizantes	57,6%	39,3%	19,5%
Tabaco	27,8%	18%	10,4%
Marihuana	24,8%	19,7%	11,1%
Tranquilizantes*	8,3%	5,1%	ND
Cocaína	3,5%	2,2%	0,9%
Alucinógenos	2,9%	1,7%	0,6%
ETA**	2,5%	ND	ND
Éxtasis	1,2%	0,8%	0,3%
Pasta base	0,9%	0,6%	0,2%

Fuente: VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. OUD.

*Sin prescripción médica **Estimulantes de Tipo Anfetamínico

ND = Dato no disponible

Prevalencia de vida: No se observa crecimiento en relación a medición 2016.

Prevalencia últimos 12 meses: Se observa aumento significativo en relación con la medición 2016.

No hay diferencia en el consumo entre varones y mujeres. La evolución histórica muestra que luego de tener un mayor peso en los varones, a partir de 2009 se iguala, con la excepción de 2016 cuando las mujeres superaron a los varones. ⁽¹⁴⁾ La prevalencia aumenta con la edad. Hasta los 14 años, 54,6 %, de 15 a 16 años, 78%, 17 y más años, 85,1 %.

El consumo de alcohol es similar entre estudiantes del interior y los de Montevideo. En 2016 fue mayor en el interior. ⁽¹⁴⁾ El promedio de consumo es de 4,5 días a la semana.

Prevalencia últimos 30 días: Consumo similar entre varones y mujeres.

Mayor consumo en el interior que en Montevideo. El consumo aumenta con la edad.

Edad de inicio: El alcohol es la droga que tiene el menor promedio de edad de inicio, siendo algo mayor en mujeres que en hombres (13 años versus 12,5 años). No hay diferencia entre Montevideo e Interior.

Consumo abusivo: 6 de cada 10 estudiantes que consumieron alcohol en el último mes tuvo uno o más episodios de intoxicación con alcohol. Considerando a todos los estudiantes, casi 3 de cada 10 estudiantes tuvo un episodio por lo menos una vez en el último mes. No hay diferencias con 2016. ⁽¹⁴⁾ No hay diferencias entre varones y mujeres.

Marihuana y alcohol: es mayor la prevalencia de consumo de marihuana entre los que consumen alcohol que entre quienes no lo hacen.

Percepción del riesgo: El alcohol, el tabaco y la marihuana son las sustancias que presentan una menor percepción de riesgo de su uso experimental u ocasional. 7 de cada 10 estudiantes consideran que no se corre ningún riesgo o este es leve si se consume alcohol algunas veces y algo más de la mitad piensa lo mismo del tabaco. El 66 % considera que se corre un gran riesgo al consumir alcohol frecuentemente.

Marco regulatorio

El 23 de diciembre de 2019 se aprobó la ley n.º 19.855 ⁽¹⁵⁾ que creó un marco regulatorio para el consumo problemático de alcohol.

Intervenciones breves: A efectos de implementar las intervenciones breves para reducir el consumo nocivo de alcohol, se elaboró un documento que aún está en etapa de borrador.

Otras sustancias psicoactivas

El uso de sustancias psicoactivas se asocia con riesgos a la salud y con que se desarrolle un consumo problemático. El consumo problemático, en especial cuando no recibe tratamiento, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad y puede llevar a alteraciones en lo personal, familiar, social, académico, trabajo y otras áreas del funcionamiento. Además, el uso problemático está asociado con mayores costos para la sociedad por pérdida de productividad, mortalidad prematura,

aumento de gastos en salud, costos relacionados con la justicia, bienestar social y otras consecuencias sociales.

- 500.000 muertes por año se atribuyen al consumo de drogas ilegales: 350.000 hombres y 150.000 mujeres.⁽¹⁶⁾
- Se estima que 35 millones de personas sufren de trastornos por uso de drogas (consumo nocivo o dependencia).⁽¹⁶⁾
- 270 millones de personas (5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años), consumieron drogas el año anterior.⁽¹⁶⁾
- Solamente el 50 % de los países disponen de metadona para mantener el tratamiento de dependencia de opioides.⁽¹⁷⁾
- Menos del 20 % de los países reportan alta cobertura de tratamiento para dependencia de opioides.⁽¹⁷⁾
- 115.000 personas murieron por sobredosis de opioides en 2017.⁽¹⁸⁾
- Se estima que hay 11,3 millones de usuarios de drogas inyectables, de los cuales 1.4 millones viven con HIV y 5.6 millones con hepatitis C.⁽¹⁹⁾

Las actividades de la OMS para abordar el problema se basan en las siguientes dimensiones:

- Prevención del uso de drogas y reducción de la vulnerabilidad y los riesgos.
- Tratamiento y cuidado de las personas con trastornos por uso de drogas.
- Prevención y manejo de los daños asociados con el uso de drogas.
- Monitoreo y evaluación.

La meta 3.5 del Objetivo 3 de los ODS plantea el compromiso de los gobiernos de fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias. Otras metas también están relacionadas con temas de salud y políticas de drogas: meta 3.3 refiere a terminar la epidemia de SIDA y combatir la hepatitis viral, meta 3.4 sobre prevención y tratamiento de las ENT y promoción de la salud mental, meta 3.8 sobre lograr la cobertura sanitaria universal, y meta 3.b sobre proveer acceso a medicinas esenciales.⁽⁵⁾

Situación Uruguay

En relación con el consumo, desde el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) se realizan desde hace varios años encuestas sobre prevalencia y otros aspectos relacionados con el consumo de drogas. En particular, se destacan las encuestas sobre consumo de drogas en población general (15 a 65 años) y en estudiantes (13 a 17 años). Además

de estas encuestas existen las que se realizan desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) en relación con el consumo de tabaco y alcohol siguiendo los lineamientos de la OMS: GATS (Global Adult Tobacco Survey [Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos]), GYTS (Global Youth Tobacco Survey [Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes]), ENFRENT (Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles), EMSE (Encuesta Mundial de Salud Escolar).

A continuación se presentan algunos datos que surgen de las dos encuestas del OUD. En ambas encuestas para cada droga se pregunta sobre prevalencia de vida (consumo de la sustancia al menos una vez en la vida), en el último año (consumo en los últimos 12 meses) y en los últimos 30 días (consumo en el último mes).

- VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general (15 a 65 años) – 2018 ⁽¹⁰⁾

Se han realizado siete ediciones de esta encuesta (1994, 1998, 2001, 2006, 2011, 2014, 2018), si bien, por diferencias metodológicas, las últimas cinco permiten realizar análisis comparativos y establecer tendencias a partir de ellas. En la tabla 4 se presentan las prevalencias de vida, del último año y de los últimos 30 días para las diferentes sustancias.

Tabla 4. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días por sustancia y por grupo de 15 a 65 años. Año 2018. Uruguay

Sustancia	Prev. de vida	Prev. últimos 12 meses	Prev. últimos 30 días
Alcohol	92%	77,1%	59,4%
Tabaco	64,6%	32,7%	27,9%
Cannabis	30,2%	14,6%	8,9%
Psicofármacos y otros medicamentos*			
Tranquilizantes*	28,2%	13,0%	9,7%
Antidepresivos*	13,9%	6,8%	5,3%
Opioides*	13,1%	4,9%	ND
Hipnóticos*	10,0%	3,5%	ND
Estimulantes*	1,3%	0,5%	ND
Cocaína	7,8%	2%	0,6%
ETA**	2,6%	0,9%	0,3%

Hachís	4,1%	ND	ND
Alucinógenos	3,9%	ND	ND
Inhalantes	1,4%	ND	ND
Pasta base	1,4%	ND	ND
Ketamina	0,7%	ND	ND
Crack	0,5%	ND	ND
Heroína	0,1%	ND	ND

Fuente: VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas población general. Observatorio Uruguayo de Drogas.

*Con y sin prescripción médica **Estimulantes de Tipo Anfetamínico

ND = Dato no disponible

A continuación se transcriben extractos de lo que se menciona en los apartados “Principales Resultados” y “Comentarios Finales”: ⁽¹⁰⁾

- “El estudio de 2018 arroja como principales resultados un aumento del consumo de alcohol y marihuana, la estabilización del consumo del resto de las drogas con respecto a la medición anterior en 2014, con excepción del tabaco que continúa su tendencia decreciente desde el año 2006”.
- “El consumo de alcohol sigue siendo el más extendido entre la población uruguaya. El 93 % de la población de 15 a 65 años ha probado alcohol al menos una vez en su vida. El 77 % declara haber consumido al menos una vez en el último año y un 59 % se consideran consumidores habituales (ha consumido en el último mes). En relación con la medición anterior (2014) se observa un aumento en las 3 prevalencias”.
- “El consumo de tabaco, aunque en forma más desacelerada, continúa descendiendo. Para los últimos 12 meses el consumo declarado de tabaco alcanza al 32,7 %. El hecho que el mayor impacto de la cesación o no incorporación de fumadores se observa en la población más joven hace plausible pensar en un pronóstico de continuidad de este descenso si se mantienen las actuales políticas sobre tabaco”.
- “La marihuana, luego del alcohol y tabaco, es la droga con la que más se experimenta y donde el consumo de los uruguayos presenta un crecimiento constante desde el comienzo de la serie (2001). El 30 % declara haber consumido al menos una vez en la vida y casi la mitad de estos, la ha consumido en los últimos 12 meses (14,6 %). Este indicador de prevalencia en los últimos 12 meses se ubica 5 puntos porcentuales arriba respecto de la medición en 2014”. “No obstante, puede mantenerse que estos

crecimientos son tendenciales y que no reflejan aún los efectos de la reciente regulación. De todos modos, se produce un cambio respecto a 2014 donde la percepción del riesgo del consumo frecuente ha dejado de descender e incluso presenta un leve aumento. Siendo la percepción del riesgo del consumo ocasional o experimental un aspecto que influye sobre las conductas de consumo, se debe ser especialmente proactivo en informar sobre los riesgos asociados al consumo de cannabis (y cualquier otra droga) para el uso recreativo, discriminando especialmente las diferencias con los productos derivados del cannabis para uso medicinal”.

- “Con respecto a los psicofármacos, la evidencia muestra que los tranquilizantes tienen un uso relevante en la población: casi 1 de cada 3 personas los ha consumido a lo largo de su vida. En los últimos 12 meses un 13 % los ha consumido. De estos, lo que constituye un dato de alerta, el 21 % lo ha hecho sin prescripción médica (automedicación)”. “El 7 % de la población ha consumido antidepresivos en los últimos 12 meses, pero en este caso la absoluta mayoría lo ha hecho bajo prescripción médica”.
- En el informe, teniendo en cuenta el crecimiento del abuso de opioides en algunas regiones del mundo, se realizaron algunas preguntas sobre el uso de estos medicamentos en Uruguay. “Los resultados arrojan que el 13,1 % de la población representada ha consumido algún tipo de medicamentos opioides alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, la prevalencia fue de casi del 5 % de la población. En la mayoría de los casos el uso declarado es por prescripción médica y, si bien el riesgo mayor es el abuso o uso indebido con estas sustancias (consumo sin prescripción médica), este todavía es bajo. De todos modos, se requiere de una vigilancia permanente del fenómeno”.
- “Un importante 7,8 % declara haber consumido alguna vez en la vida cocaína, pero este guarismo cae al 2 % cuando se acota el rango temporal a los últimos 12 meses, no presentando diferencias significativas con respecto a la última medición del año 2014”.
- “Las drogas de síntesis, como es el caso de los estimulantes de tipo anfetamínico donde la más popular es el éxtasis, mantienen prevalencias bajas para el consumo actual (últimos 12 meses), no registrando cambios significativos respecto a 2014. El 2,6 % de la población declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida”.
- “Respecto al fenómeno de consumo de pasta base debe advertirse que el método de encuesta en hogares no es adecuado para abordarlo, dado que el consumo de esta sustancia se concentra en poblaciones extremadamente vulnerables que en la mayoría de los casos no reside en hogares sino en situación de calle, refugios u otras formas precarias, por lo que no es alcanzada por los métodos tradicionales de encuesta como el

presente. Para contar con un mejor conocimiento del fenómeno, así como una estimación de mayor precisión se han realizado estudios en esta población específica con un método adecuado para acceder a poblaciones “ocultas”.

- “Para todas las drogas, excepto psicofármacos, el consumo de los varones es mayor al de las mujeres, tanto en la magnitud de consumo como en su intensidad. Las brechas menores se encuentran en el alcohol y tabaco, en tanto las mayores diferencias están en sustancias como la cocaína o pasta base”.
- “Las drogas con las edades medias de inicio más bajas siguen siendo el alcohol y el tabaco donde en promedio el primer contacto se realiza en el entorno de los 16 años. A estas le sigue la marihuana con una edad promedio de inicio de 20 años, la que a su vez, presenta una tendencia creciente, explicado por una mayor incorporación de personas adultas al inicio/experimentación del consumo en los últimos años. El consumo de cocaína y drogas de síntesis tienen la edad media de inicio en el entorno de los 21-24 años y para los psicofármacos el indicador se ubica en el entorno de los 32 años”.
- El alcohol es la sustancia que tiene mayor cantidad de consumidores problemáticos (23,9% de los que refirieron haber consumido alcohol en el último año o sea unas 327.000 personas). Le siguen los tabaquistas con consumo intenso de tabaco (refieren consumo de 10 o más cigarrillos diarios al menos 20 días al mes) que serían unas 277.000 personas. “En las personas que han usado cocaína en el último año se presenta el mayor porcentaje con signos de uso problemático, alcanzando al 43 % de ellas. Para el caso de la marihuana, los signos de uso problemático alcanzan al 16,8 % de los consumidores del último año”.
- “... aproximadamente un 6,3 % de la población objeto del estudio ha solicitado en algún momento de la vida ayuda profesional para dejar el consumo de alguna droga, lo que con datos expandidos corresponde aproximadamente a 100.000 personas”. “Dentro de los que solicitaron asistencia, la gran mayoría de los casos corresponde a cesación tabáquica (72 %), seguida de la demanda de atención por consumo de alcohol (casi 17 %). Del resto de las drogas, es el consumo de cocaína el que genera la mayor solicitud de atención (13 %), proporción cercana a la de la demanda por consumo de alcohol pese a la gran diferencia de prevalencia entre estas dos sustancias”.
- “Los resultados subrayan, al igual que lo sucedido en el Informe del 2014, que para los próximos años deben impulsarse en forma muy activa, tanto las acciones dirigidas a disminuir el consumo abusivo de alcohol como también estimular la búsqueda de tratamiento de aquellas personas que tienen un consumo problemático. “Este estímulo debe darse de la forma más precoz posible y es fundamental la participación del sistema

sanitario en la identificación clínica del uso problemático, situación que en la mayoría de los casos no es reconocida conscientemente por el consumidor. La baja solicitud de tratamiento en el último año de los usuarios problemáticos de alcohol (apenas un 4 %) da cuenta de la gravedad de la situación”.

- “Respecto al mercado regulado de cannabis (marihuana) se consultó a los entrevistados, de 18 años y más, que consumieron marihuana en los últimos 12 meses –estimados en 238.000 personas– por la vía de acceso a la misma. De los resultados se desprende que a menos de dos años de la implementación completa de las tres vías de acceso legales (autocultivo registrado, club cannábico y compra en farmacia) casi una de cada tres personas que consumieron en los últimos 12 meses obtuvo la marihuana, directa o indirectamente, por alguna de estas tres vías reguladas establecidas. En contrapartida, la compra al narcotráfico clásico (dominado por el prensado de origen paraguayo) pasó del 58 % en 2014 al 11 % en el 2018 representando de esta manera una disminución significativa”.

- VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (13 a 17 años) – 2018 ⁽¹²⁾

La encuesta se viene realizando desde el año 2003. Otras ediciones fueron en los años 2005, 2007, 2009, 2011, 2014, 2016, 2018.

En la tabla 5 se presentan las prevalencias de vida, en el último año y en los últimos 30 días para las diferentes sustancias.

En relación con las mediciones de 2016 no se observan cambios significativos.⁽¹⁴⁾

Tabla 5. Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días según sustancia y grupo de 13 a 17 años. Año 2018. Uruguay

Sustancia	Prev. de vida	Prev. últimos 12 meses	Prev. últimos 30 días
Alcohol	84,3%	72,1%	47,8%
Bebidas energizantes	57,6%	39,3%	19,5%
Tabaco	27,8%	18,0%	10,4%
Marihuana	24,8%	19,7%	11,1%
Tranquilizantes*	8,3%	5,1%	ND
Cocaína	3,5%	2,2%	0,9%

Alucinógenos	2,9%	1,7%	0,6%
ETA**	2,5%	ND	ND
Éxtasis	1,2%	0,8%	0,3%
Pasta base	0,9%	0,6%	0,2%

Fuente: VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. OUD.

*Sin prescripción médica **Estimulantes de Tipo Anfetamínico

ND = Dato no disponible

Características en el consumo alguna vez en la vida (prevalencia de vida):

No se observan grandes variaciones en relación con la medición de 2016. El único cambio sería con el consumo de éxtasis que presenta un descenso con relación a 2016. ⁽¹⁴⁾

El alcohol, al igual que ocurre con la población de 15 a 64, es el más consumido. Ocho de cada diez refieren haber consumido alcohol alguna vez en la vida. En segundo lugar están las bebidas energizantes (6 de cada 10). Lo que aportan es un alto contenido de cafeína lo cual produce un potente efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, el cual combinado con alcohol, enmascara sus efectos y aumenta la probabilidad de intoxicación.

En tercer lugar figura el tabaco con casi 3 de cada 10 estudiantes y en cuarto lugar la marihuana con 1 cada cuatro que manifiesta haber consumido por lo menos una vez en la vida.

Un 8 % refiere haber usado tranquilizantes, sin prescripción médica, al menos una vez en la vida. Cocaína, alucinógenos y estimulantes tipo anfetamínico (ETA), 3,5 %, 2,9 % y 2,5 %, respectivamente.

El resto de las sustancias (no todas figuran en el cuadro), tienen una prevalencia de vida de 1 % o menos (por ejemplo. pasta base).

Características en el consumo en los últimos 12 meses (prevalencia último año):

Casi 8 de cada 10 refieren haber consumido una droga en el último año. Representa un aumento significativo en relación con 2016 y se explica por el aumento en el consumo de alcohol y bebidas energizantes.

Alcohol es el que tiene prevalencia mayor (7 de cada 10), bebidas energizantes (4 de cada 10).

El consumo de marihuana, 2 de cada 10 y tabaco algo menos.

Uso indebido de tranquilizantes en 5 de cada 100. Cocaína y alucinógenos 2 de cada 100 estudiantes refiere haber consumido al menos una vez en el último año.

Otras sustancias como éxtasis, estimulantes, hachís y pasta base no alcanzan a 1 de cada 100 estudiantes.

El consumo de marihuana, que tenía un crecimiento desde 2003, mostró una estabilización en

relación con 2018. Con el tabaco ocurre algo similar, aunque la tendencia era al descenso y se estabilizó en relación con 2016. ⁽¹⁴⁾

De todas formas hay que ver en futuras mediciones si esto se consolida.

No hay grandes diferencias en el consumo entre varones y mujeres.

La mayor diferencia es en relación con el consumo de bebidas energizantes (5 de cada 10 varones, versus 3 de cada 10 mujeres).

En el consumo de tabaco las mujeres siempre han consumido más a lo largo de todas las mediciones. En 2018 los valores fueron 19,8 % en mujeres versus 16,1 % en varones. También es mayor el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en las adolescentes.

Con relación a la edad, se observa que la probabilidad de consumir drogas aumenta con la edad.

Al observar por región, el consumo de tabaco es mayor en el interior de Uruguay y el consumo de marihuana es mayor en Montevideo. En el caso del consumo de alcohol no hay diferencias. Sí las hubo en 2016 que mostró mayor porcentaje en el interior que en Montevideo. ⁽¹⁴⁾ También es mayor el consumo en Montevideo de tranquilizantes sin prescripción médica.

Características en el consumo en los últimos 30 días (prevalencia últimos 30 días):

Este indicador se utiliza como aproximación al consumo habitual.

Casi la mitad consumieron alcohol en el último mes, sin diferencias entre varones y mujeres. Sí hay aumento a medida que aumenta la edad. También es mayor el consumo en el interior que en Montevideo (50,5 % frente a 44 %).

El consumo de bebidas energizantes es de 2 cada 10 estudiantes, es mayor en los varones que en las mujeres (24,2 % frente a 15,2 %) pero sin diferencias por edad ni por residencia.

Respecto del consumo de marihuana, la prevalencia es de 11 %, sin diferencias entre sexos. Hay diferencia entre Montevideo 12,6 % e Interior 10,0 % y según rango de edad, alcanzando 2 % entre los de 17 y más años.

En el caso del tabaco, uno de cada diez declara consumo en el último mes, aumentando levemente en mujeres (11,4 %). Hay mayor consumo en el interior (11,9 %) frente a Montevideo (8,5 %). Al igual que lo que ocurre con el alcohol y marihuana, la prevalencia aumenta con la edad.

Consumo de cannabis

La legalización del comercio de cannabis recreativo y la regulación de la comercialización desde el Estado nos pone en la total y absoluta obligación de informar a la población sobre los riesgos frente a su consumo. La bibliografía existente sobre los riesgos frente al consumo de cannabis es escasa y controversial. La reglamentación conjunta del cannabis recreativo y el medicinal y la venta de

ambos en las farmacias ha traído confusión en el imaginario social que amerita una división de los usos, con la clara demarcación de la diferencia en materia de riesgos.

Con respecto del consumo en jóvenes, se observa un aumento gradual desde que se tienen registros, desde 8,4 % de consumo durante el último año en el 2003, hasta un 19,7 % en el 2018 de acuerdo con la encuesta de la Junta Nacional de Drogas (JND),⁽¹²⁾ y el 21,8% de acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud en Escolares 2019,⁽²⁰⁾ y en esta se reporta que el 1,9 % refiere un consumo diario en adolescentes de 13 a 17 años. La adolescencia es la edad de mayor riesgo frente al consumo (cerebros aún inmaduros y en desarrollo).

La regulación del mercado trae a Uruguay la posibilidad de realizar estudios científicos que demuestren los riesgos frente al consumo. Por otra parte, se observa que a diferencia de lo que ocurre con el tabaco, no se ha implementado una batería de acciones como las advertencias sanitarias, políticas fiscales, espacios libres de humo, lo que parece una asimetría y omisión por parte de la autoridad sanitaria en cuanto a acciones en relación con la percepción de riesgo del consumo de cannabis por parte de poblaciones vulnerables. A nivel del personal de la salud se reclama la necesidad de herramientas con información científica para abordar la frecuente consulta por parte de la sociedad en relación con el consumo del cannabis.

El consumo de marihuana es legal, de acuerdo con lo previsto en el artículo 10 de la Constitución de la República del 1967. La producción y distribución de cannabis se regula en la ley n.º 19172 de 2013.⁽²¹⁾ En ella se destaca, con relación a la adolescencia el Capítulo II, artículo 14 “(...) los menores de 18 años de edad e incapaces no podrán acceder al cannabis psicoactivo para uso recreativo...”. A pesar de lo cual las estadísticas nacionales muestran un elevado consumo de marihuana en la población adolescente.

Debemos hacer una distinción entre uso medicinal y uso recreacional del cannabis. El uso medicinal tiene como fin tratar alguna enfermedad o aliviar los síntomas. La marihuana recreacional, a ser vendida en las farmacias, no es un medicamento, dado que no tiene un valor terapéutico. El análisis del uso medicinal requiere un capítulo aparte, nos limitaremos al análisis del problema del uso recreativo de la sustancia.

Una de las variables principales que aumenta la posibilidad de daño y toxicidad de esta sustancia es el momento del desarrollo en que se encuentra quien consume. En la adolescencia, la persona se encuentra en un período crítico del desarrollo cerebral razón por la cual “Cualquier consumo de

sustancias en la adolescencia implica un riesgo porque los sistemas biológicos no han alcanzado su plenitud, por la inmadurez que presentan. El cannabis no escapa a eso. La metabolización es diferente y los efectos también...”.⁽²²⁾

Los efectos adversos del cannabis dependen sobre todo de la vía de administración y de la duración de la exposición. Su toxicidad aguda es baja, y no se registran casos fatales por sobredosis. En las consultas en emergencia se describen episodios agudos, llamados “mal viaje”, dado por crisis de pánico, episodio psicótico agudo, vómitos, este último más frecuente en ingesta.

⁽²²⁾

Los efectos tóxicos crónicos dados por el uso prolongado de la sustancia puede afectar los sistemas respiratorio, endócrino, y nervioso:

- 1) Los efectos de fumar cannabis sobre la mucosa respiratoria comprenden la inflamación de la mucosa bronquial, con mayor prevalencia de bronquitis aguda y crónica; alteración de las defensas antifúngicas y bacterianas de los macrófagos alveolares con predisposición a infecciones respiratorias. Recientemente se ha advertido sobre los efectos de varias formas de contaminación presentes en la planta de cannabis antes de ser secada y prensada. En particular, el *Aspergillus fumigatus* es prevalente en las plantas de cannabis que crecen dentro de las casas, existiendo varios reportes de infección pulmonar al fumar cannabis contaminada con el hongo.⁽²³⁾ Los efectos sobre la función pulmonar y el cáncer broncopulmonar son discordantes. Los estudios concluyen que el consumo inhalado regular es perjudicial para la salud respiratoria y debería desaconsejarse.⁽²⁴⁾
- 2) A nivel endócrino se inhibe la secreción de gonadotropinas de la glándula pituitaria y podría llegar a actuar directamente sobre los ovarios o testículos. La administración crónica de THC disminuye la secreción de testosterona y deteriora la producción de semen por efecto de disminución en la producción de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante.⁽²⁵⁾
- 3) A nivel del sistema nervioso se ha demostrado que el uso crónico de marihuana está asociado con un deterioro de la cognición, que afecta especialmente la memoria a corto plazo y el funcionamiento ejecutivo en los seres humanos. Este deterioro no remitió después de la abstinencia del uso de marihuana. Varios autores han relacionado el uso prolongado del cannabis con el riesgo incrementado de síntomas psicóticos y esquizofrenia, algo que corroboran estudios prospectivos llevados a cabo sobre amplias muestras poblacionales.⁽²⁵⁾

Dependencia y abstinencia

En cannabis si bien la dependencia es baja, el riesgo de desarrollarla aumenta a medida que disminuye la edad de inicio, y es de 0 % si el consumo se inicia luego de los 25 años pero asciende a un 18 % si se inicia en menores de 16 años. En relación con el tipo de consumo, el riesgo de dependencia es de un 25 % si el consumo es diario y el mismo aumenta a medida que aumenta la dosis ⁽²¹⁾. El riesgo en esta etapa de la vida, no solo está dado para desarrollar dependencia, sino que el inicio de un uso regular antes de los 16 años trae aparejado la presentación con mayor frecuencia de síntomas psicóticos transitorios o no, y trastornos de ansiedad, dado que es una etapa de construcción del SNC. (Lo cual también explica el mayor riesgo de efectos neurológicos persistentes, sobre la cognición y la memoria).

La presencia del síndrome de abstinencia está descrita y es mucho menor que el que se presenta para tabaco y alcohol. Este consiste en irritabilidad, inquietud, nerviosismo, pérdida del apetito, pérdida de peso, insomnio, temblor y aumento de la temperatura corporal.

Adulto mayor y consumo abusivo de alcohol y psicofármacos

El consumo problemático de inicio en la vejez, aunque difícil de diagnosticar, es de un mayor potencial de tratar. En nuestro medio, el consumo abusivo de alcohol en personas mayores es poco abordado.

De acuerdo con estudios internacionales, entre 5 % a 10 % de las personas mayores padecen un consumo problemático de alcohol y 30 % de los adultos mayores inicia el consumo luego de los 65 años.⁽²⁶⁾ El trastorno por consumo de alcohol en este grupo etario se relaciona con aspectos de cohortes, cultura histórico-social y hábitos generacionales.

Existen factores identificados que implican una mayor o menor incidencia de trastorno por consumo de alcohol en la vejez. Algunos de los factores que favorecen una menor incidencia son:

- la mala percepción social acerca de la conducta,
- la baja tolerancia familiar,
- las consecuencias sobre la salud,
- las consecuencias en la conducción vehicular,
- las consecuencias en el ámbito financiero.

Factores que aumentarían el impacto de la adicción:

- tolerancia e infravaloración del consumo de parte del profesional sanitario,
- no diagnóstico ni pesquisa en personas ingresadas en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)
- falta de percepción social del problema,

- rechazo y negación familiar,
- aumento del consumo de medicación con o sin recetas.

Con frecuencia, se detecta tardíamente cuando en un ingreso hospitalario la persona realiza un síndrome de abstinencia.

En estos planteos no nos referimos a consumo de psicofármacos (ya que ellos están considerados desde otra área temática), salvo en los referidos a caídas u otros temas que mencionamos en cuanto a su repercusión y lesiones. A modo de ejemplo, y en publicaciones internacionales, hasta 40 % de caídas con fracturas tendrían alguna relación con psicofármacos,⁽²⁷⁾ especialmente BZD. Neurolépticos y antidepresivos (incluso IRSN) también se relacionan con este problema tanto por sedación como por hipotensión, isostática o postprandial.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Drogas [Internet]. OMS. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
2. Organización de las Naciones Unidas. Convención Única sobre estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes [Internet]. Sede de las Naciones Unidas; Jan 24, 1961. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf
3. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia de las Naciones Unidas para la Adopción de un Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas [Internet]. Viena, Suiza; Jan 11, 1971. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas [Internet]. Viena, Suiza; Dec 20, 1988. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
5. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2015 Sep.
6. Organización Mundial de la Salud. El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. OMS [Internet]. 2018 Sep 21; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018 [Internet]. Washington D.C.: OMS/OPS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol [Internet]. Lausanne, Suiza; 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa SAFER [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>
10. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general (15 a 65 años) – 2018 [Internet]. Montevideo: JND; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>
11. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VI Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Informe de investigación [Internet]. Montevideo: JND; 2016. Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf
12. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VIII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media (13 a 17 años) – 2018 [Internet]. Montevideo: JND; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>
13. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VI Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2014. Informe de investigación [Internet]. Montevideo: JND; 2014. Disponible en: https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Enseñanza_Media.pdf
14. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. VII Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media, 2016

- [Internet]. Montevideo: JND; 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>
15. Uruguay. Creación de marco regulatorio para el consumo problemático de bebidas alcohólicas [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.855, Dic 23, 2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19855-2019>
 16. Organización de las Naciones Unidas. World Drug Report 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
 17. Organización Mundial de la Salud. ATLAS-SU: RESOURCES FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS [Internet]. Ginebra: OMS; Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/atlas-sheet.pdf?sfvrsn=7a863b62_2
 18. Organización Mundial de la Salud. Sobredosis de opioides [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose#:~:text=dificultades respiratorias> -, A nivel mundial pueden atribuirse al consumo de drogas unos, opioides aproximadamente 115 000 personas
 19. The Global Fund. Reducción de daños para los consumidores de drogas. Ginebra: The Global Fund; 2020. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/1277/core_harmreduction_infonote_es.pdf
 20. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Datos e informes de países [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>
 21. Uruguay. Regulación y control del cannabis [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.172, Dic 20, 2013. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013>
 22. Colegio Médico del Uruguay. Cannabis y adolescencia, escenarios de riesgo. Montevideo: Colegio Médico del Uruguay; 2016.
 23. Torres V. Compromiso respiratorio en fumadores de marihuana. Rev Urug Med Int. [Internet] 2016;1(3):44-51
 24. Mustata C, Torrens M, Pardo R, Perez C, The psychonaut Web Mapping Group, Farré M. Spice drugs: los cannabinoides como nuevas drogas de diseño. Adicciones. 2009;21:181-186.
 25. García C, Cairabú S. Aspectos farmacognósticos del cannabis. Aporte universitario al debate nacional sobre drogas. Montevideo: Udelar-CSIC; 2012.
 26. Mosel S. Alcohol & Aging: Impact of Alcohol Abuse on the Elderly. Brentwood, TN: American Addiction Centers; 2022. Disponible en: <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/elderly>
 27. Andersen CU, Lassen PO, Usman HQ, Albertsen N, Nielsen LP, Andersen S. Prevalence of medication-related falls in 200 consecutive elderly patients with hip fractures: a cross-sectional study. BMC Geriatrics. 2020;20:121. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01532-9>