

ESTUDIO LOCAL DE
**CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y
ACCESIBILIDAD** | Noviembre 2015

**Colonia
Caroya**

Provincia
de Córdoba

República
Argentina



PUBLICADO ABRIL 2016



Secretaría de Programación para la
Prevención de la Drogadicción y la
Lucha contra el Narcotráfico
Presidencia de la Nación



OBSERVATORIO
ARGENTINO DE DROGAS

Secretaría de Programación para la Prevención de la
Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico
(SEDRONAR)

Secretario de Estado
Mg. Roberto Moro

Dirección del Observatorio Argentino de Drogas
Dra. María Verónica Brasesco

Coordinadora Área de Epidemiología
Dra. Ernestina Rosendo

Responsables del Estudio
Lic. Valeria Kierbel
Lic. Juan Manuel Dias

Abril 2016



Secretaría de Programación para la
Prevención de la Drogadicción y la
Lucha contra el Narcotráfico
Presidencia de la Nación

Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en la Provincia de Córdoba

Colonia Caroya

Noviembre 2015

Indice

Prólogo	6
Presentación	7
Agradecimientos	10
Capítulo I: Definiciones conceptuales y metodológicas	11
1.1. Definiciones conceptuales y marco teórico.....	11
1.2. Diseño metodológico.....	13
1.2.1. Objetivos.....	13
1.2.2. Material y métodos.....	13
1.2.3. Diseño muestral.....	14
1.2.4. Alcance.....	15
1.2.5. Trabajo de Campo.....	15
Capítulo II: Sobre el Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en la Provincia de Córdoba: Villa 9 de Julio y Colonia Caroya	16
2.1. Muestra y distribución del trabajo de campo.....	16
2.2 Mapeo y trabajo de campo.....	17
Capítulo III: Caracterización socio-demográfica de la población	18
3.1. Distribución por edad y género.....	18
3.2. Cobertura de Salud.....	19
3.3. Trayectorias educativas.....	20
3.4. Condición de actividad de los entrevistados.....	22
3.5. Programas sociales.....	23
3.6. Caracterización de los entrevistados según Principal Sostén de Hogar (PSH).....	25
3. 7 Caracterización del uso del tiempo y vínculos.....	25
Capítulo IV: Consumo de sustancias psicoactivas	29
4.1. Consumo de alcohol y tabaco.....	29
4.1.1. Consumo problemático de alcohol.....	31
4.2. Consumo de psicofármacos.....	33
4.2.1. Consumo problemático de psicofármacos.....	33
4.3. Consumo de marihuana, cocaína y pastillas mezcladas con alcohol.....	34
4.3.1. Consumo problemático de marihuana.....	36
4.4. Consumo de solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias.....	38
4.5. Edades de inicio promedio.....	39
Capítulo V: Accesibilidad y trayectorias terapéuticas	40
5.1. Percepciones sobre el consumo propio.....	40
5.2. Percepciones sobre el consumo de otros.....	43

Capítulo VI: Problemas y recursos de los vecinos del barrio	45
6.1. Recursos percibidos en el barrio	48
6.2. Problemas vividos por los entrevistados o sus familiares.....	48
6.3. Conocimiento de programas o actividades de prevención del consumo problemático en el barrio	49
 Capítulo VII: Opinión	 50
7.1. Percepción de la problemática	51
7.2. Propuestas de medidas a tomar en el barrio	51
	52
Bibliografía	54

Prólogo

El escenario de la problemática del consumo de drogas se encuentra en un punto bisagra en el cual se produce un desplazamiento de la interpretación normativa de los consumos de sustancias desde el ámbito penal al sanitario. Este movimiento interpela las prácticas clínicas e institucionales, como también los modos de producir información al respecto. Situar la mirada desde la salud permite focalizar los esfuerzos en los usuarios y su vinculación con las distintas ofertas preventivas y asistenciales.

Este nuevo enfoque requiere que la investigación arroje datos relevantes y oportunos para comprender a los consumos problemáticos en su complejidad e integralidad, incluyendo también el análisis de las respuestas que se brindan en diferentes instituciones.

El estudio que presentamos a continuación implementa un abordaje de tipo territorial y comunitario para efectuar un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes barrios y/o municipios de nuestro país. Este enfoque es estratégico en tanto entiende que la investigación sobre los consumos de sustancias debe incluir tanto los patrones y la magnitud del consumo como el impacto del mismo en la vida cotidiana de las personas; y principalmente, la accesibilidad a los sistemas preventivos, terapéuticos y asistenciales.

Este estudio permite efectuar un diagnóstico a nivel local y ofrecer datos a escala microsocia, una dimensión que no puede ser abordada desde los estudios y estadísticas nacionales. En un país como Argentina, donde la heterogeneidad territorial es la regla y no la excepción, este estudio, a través de metodologías específicas, construye información estratégica que aporta a la toma de decisiones y a la comprensión de un fenómeno complejo como el consumo de sustancias, a nivel de los barrios y localidades.

El trabajo que se desarrolla aquí se inscribe entonces en el objetivo de construir abordajes desde la comunidad, desde la multiplicidad de realidades locales y de comprender el fenómeno de los consumos de sustancias psicoactivas desde la complejidad que lo caracteriza. Al incorporar a los actores sociales involucrados directa o indirectamente en la temática se busca además fortalecer el trabajo de redes intersectoriales, así como incorporar una pluralidad de miradas para profundizar nuestra comprensión de este fenómeno.

Presentación

El Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR tiene como objetivo sistematizar y analizar información estadística relacionada con los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el territorio nacional, así como también promover líneas de investigación que contribuyan al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas vinculadas con dicha temática. Con el propósito de aportar información rigurosa, útil y de calidad, las líneas de acción de SEDRONAR se orientan a caracterizar los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en los diferentes territorios, provincias y regiones a fin de construir un mapa en donde sea posible identificar “zonas críticas” en el territorio nacional y desarrollar, en consecuencia, las respuestas político-institucionales más adecuadas a esas realidades. Así, se articulan el análisis micro y macro social, y se integran diferentes estrategias metodológicas que aportan perspectivas complementarias sobre las múltiples dimensiones de esta problemática.

En este marco, una de las principales líneas de trabajo es el desarrollo de estudios que permitan caracterizar los diversos consumos a nivel local, así como también aportar elementos para comprender con qué recursos socio-sanitarios cuentan las personas que requieren atención para sí o para otros significativos. Este estudio promueve la participación de los municipios y de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales afines con el propósito de conformar un proyecto plural, interdisciplinario y federal para la producción de información sobre una temática compleja.

Desde esta perspectiva, los Estudios locales de consumos problemáticos y accesibilidad a recursos socio-sanitarios tienen como propósito conformar un proyecto plural que articule el trabajo de SEDRONAR, organismos provinciales, municipios, instituciones, organizaciones, grupos y/o personas que están trabajando -de manera directa o indirecta- en el tema de los consumos problemáticos de drogas en barrios o localidades de nuestro país; se plantea como meta la construcción de un diagnóstico local utilizando herramientas de la epidemiología comunitaria. Desde este estudio se busca ofrecer a los actores locales un mayor y mejor conocimiento, una síntesis de información, sobre lo que sucede en sus territorios de pertenencia en materia de consumo problemático de drogas y, especialmente, en torno a la accesibilidad de los usuarios de drogas a los sistemas terapéuticos y preventivos.

Los antecedentes de esta propuesta de investigación de la SEDRONAR incorporan varios de los valiosos aportes del epidemiólogo en drogas Hugo Míguez, quien fue pionero en el desarrollo de ventanas epidemiológicas en nuestro país en los años 90. Estos estudios relevaban información relativa al consumo de sustancias legales e ilegales, en comunidades, municipios, etc., mediante modelos de vigilancia epidemiológica de inserción comunitaria, denominados Centros de Estudios Locales (CEL)¹.

Los estudios nacionales aportan una mirada general, amplia, tanto a nivel

1 - SEDRONAR apoyó la creación de 50 CEL en todo el territorio argentino entre los años 1998 y 1999.

provincial como nacional. Estos estudios son de suma relevancia en la medida en que ofrecen datos estadísticos para realizar un análisis nacional o regional, así como también permiten comparar la situación de nuestro país en relación con la de otros países de la región. Sin embargo, es frecuente que a partir de esta mirada situada en lo “macro” se pierdan de vista y se diluyan las realidades locales.

A partir de esta línea de estudios se busca complementar esta mirada general. Partiendo del reconocimiento de que es en el plano territorial y en la vida cotidiana de los barrios en donde se expresan y constituyen las problemáticas relacionadas al consumo de drogas. Esta investigación tiene como objetivo producir información que visibilice la situación de un barrio o municipio y ofrezca además algunos elementos para la reflexión sobre la construcción de dispositivos preventivo-asistenciales. Esto necesariamente involucra la participación de actores gubernamentales de diferente nivel así como también el trabajo de organizaciones y grupos que brinden algunas herramientas para futuras intervenciones.

Pensemos, por ejemplo, cuántas veces los referentes sociales y/o trabajadores de salud que están en contacto con la vida cotidiana de los barrios comentan desconcertados los datos estadísticos a nivel nacional o provincial: *“si en nuestro barrio casi todos los pibes de 13 años fuman marihuana, ¿Cómo es posible que la prevalencia de consumo actual sea del 5%?”*; o se preguntan por las maneras de intervenir o derivar frente a una situación determinada: *“¿Qué hacemos cuando vemos a un chico consumiendo?; ¿Qué se puede hacer, o dónde se puede ir para ayudar a un vecino con problemas?”*

Los diagnósticos locales aportan elementos que podrían ser adecuados para responder, al menos, algunos aspectos de estas preguntas tan frecuentes. En primer lugar, a partir de conocer mejor no sólo qué consume la población de un barrio, o cuánto consume, sino cómo los consumos problemáticos afectan la vida cotidiana de la persona o de alguien cercano. Pero además, se propone dar un paso más, para saber qué es lo que hacen las personas frente a los consumos problemáticos: ¿Buscan ayuda o lo resuelven en la privacidad de la esfera doméstica? Si consultan, ¿A quién? ¿Dónde? ¿Qué respuesta encuentran? Estas preguntas buscan comprender problemas frecuentes que se presentan en la atención de los consumos problemáticos, en especial la escasa consulta espontánea sobre estas problemáticas, y las dificultades que existen muchas veces para acceder a la atención oportuna o contención frente a un problema de consumo. Este es un aspecto a abordar desde estos estudios, con el fin de aportar elementos que permitan precisar y explicitar fortalezas y debilidades de los recursos que disponen los territorios, barrios o comunidades, para poder pensar estrategias más adecuadas que promuevan una mayor y mejor accesibilidad a los mismos.

Por último, se busca a través de la participación comunitaria fomentar la reflexión colectiva de los actores locales como ser: instituciones de salud, educación, deporte, cultura; organizaciones sociales y políticas; clubes, iglesias, referentes territoriales, vecinos, etc. con el objetivo de que en esa reflexión se aborden problemas relacionados directamente con el consumo, pero buscando también discutir cómo este tema se asocia a los procesos de inclusión/exclusión social y la protección de los derechos sociales y humanos. Creemos que un diagnóstico local debe ser realizado a través de la participación social de la comunidad para que esa información sea

construida y utilizada por quienes pueden generar los cambios necesarios.

Agradecimientos

Desde el equipo de SEDRONAR queremos agradecer especialmente la colaboración de todos los actores sociales e institucionales que participaron y que con su compromiso hicieron posible la realización de este estudio.

Agradecemos en primer lugar a la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) del Área de Ciudadanía Estudiantil y Comunicación de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) a través de la cual se impulsó la realización del Estudio Local y desde donde se llevó a cabo la coordinación general del mismo. En este sentido, agradecemos especialmente a *Eliana Lopez, Belén Maldonado y María Martínez*, cuya participación y responsabilidad en la tarea fueron fundamentales para garantizar el trabajo tanto de organización previa como del armado y bajada al territorio, como todo lo referente a los requisitos y pautas administrativas. Por otro lado, sin la coordinación local en el territorio, el trabajo de campo no hubiera sido posible, por ello agradecemos especialmente a los coordinadores locales: *María Laura Contessi, Fabián Marchetti y Diana D'Olivo*; y a las instituciones locales que participaron: *Área de Desarrollo Social y la Secretaría de Desarrollo Humano Municipalidad de Colonia Caroya*, a través de su secretario el Sr. *Gustavo Massotti*. Por último, fue muy importante la participación de los encuestadores, todos estudiantes de la UNC -a quienes no podemos nombrar por motivos de extensión-, que se capacitaron y trabajaron en el territorio con suma responsabilidad, lo que permitió alcanzar los objetivos de manera óptima.

Trabajos de campo como el realizado en Colonia Caroya (Córdoba) demuestran que la participación intersectorial es la clave para un trabajo profundo, serio y útil para la comunidad. Esperamos los siguientes resultados y análisis aporten a este camino de un abordaje distinto de los consumos problemáticos.

EQUIPO OAD-SEDRONAR

Marco Conceptual y Metodológico

■ 1.1. Marco Teórico

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad trabaja en dos grandes ejes: los consumos problemáticos y la accesibilidad a los recursos socio-sanitarios. Ambos requieren ser precisados para acercarnos a definiciones que nos permitan dar un marco apropiado para interpretar los resultados obtenidos, así como a los instrumentos producidos para la recolección de datos.

Por empezar, la noción de consumos problemáticos es una construcción relativamente reciente. La distinción clásica que suele utilizarse en la bibliografía es la que diferencia: uso, como esporádico, recreativo, o incluso indicado para el tratamiento de algún síntoma; abuso, como el uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y la llamada “adicción” o “dependencia”, en donde aparecen rasgos físicos o psíquicos de un “impulso irrefrenable” por el consumo de dicha sustancia. La idea de consumos problemáticos nos permite incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. Primero, “consumos” en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias. Por otro, al incorporar lo “problemático” se busca identificar aquello que interfiere en la vida de ese sujeto en particular, y sobre lo que ese sujeto tiene para decir.

De esta forma, lo que supone el concepto de consumo problemático es que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Estas diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. Siendo un instrumento cuantitativo, esas particularidades podrán ser observadas pero también cuantificadas, medidas, puestas en relación y comparadas.

Por otro lado, este estudio aborda la problemática del consumo desde el enfoque de la accesibilidad a los servicios de atención y rehabilitación. El concepto de accesibilidad en salud ha sido abordado de múltiples maneras, para los fines de este estudio de diagnóstico local, utilizaremos principalmente la noción de accesibilidad como un vínculo “(...) que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los Servicios” (Barcala y Stolkiner, 2000, p.283). Así, para acceder a un recurso no alcanza con que

éste se encuentre cerca (accesibilidad geográfica) de quien lo necesita, ya que existen mecanismos invisibles -pero que pueden hacerse observables-, que hacen que quienes consultan o piden algún tipo de ayuda o asesoramiento respecto al consumo, propio o de un ser querido, no tengan respuestas o, peor, tengan respuestas desacertadas que los expulsan de las redes institucionales y los dejan a la deriva.

Para dimensionar la complejidad intrínseca al concepto de accesibilidad, incluimos las dimensiones (Rossi, 2007) que atraviesan esta relación recursos-sujeto que estamos trabajando:

Accesibilidad geográfica: toma de medida clásica sobre la distancia (metros, kilómetros) o tiempo (minutos, horas) de distancia entre la persona y el efector. Se asume que a menor complejidad, menor distancia.

Accesibilidad económica: referida al acceso gratuito o pago de los servicios de salud, o de otros servicios como medicamentos, análisis, prácticas, instrumentos.

Accesibilidad cultural: en relación al vínculo médico-paciente, y referida a las representaciones, ideas, creencias y valores, así como los hábitos, prácticas y actitudes de profesionales de la salud y usuarios.

Accesibilidad jurídica: en relación a la cobertura de los pacientes.

Accesibilidad administrativa: referida a las características burocráticas de entrada a los servicios (pedido de turno previo, requerimiento de identificación, tiempo de espera, etc.).

Partiendo de estos conceptos, con el objetivo de establecer en qué magnitud se encuentran recursos institucionales accesibles a los entrevistados, les realizamos preguntas que buscan reconstruir el camino recorrido por ellos en las distintas instituciones del barrio o del municipio, qué respuesta obtuvieron y cuántas veces tuvieron que recurrir por el mismo problema. El concepto de “trayectoria terapéutica” se refiere a los conjuntos de prácticas, estrategias y valoraciones que los sujetos despliegan en su vida cotidiana para lidiar con la enfermedad (Alves, 2014). A través de este itinerario, los sujetos se vinculan con la comunidad y las instituciones. Buscamos en este estudio dar cuenta de algunos de los recorridos de los sujetos en busca de atención, de las relaciones que establecen con distintos actores e instituciones, como así también del amplio abanico de saberes, prácticas y valores, que articula en ese proceso. En este sentido, la “trayectoria terapéutica” es necesariamente una noción relacional, y por ello se articula con el concepto de accesibilidad como vínculo que trabajáramos antes.

Por último, es de enorme importancia el aporte teórico de Eduardo Menéndez (2003) para entender los datos construidos en este estudio en términos de accesibilidad, siendo que uno de los aspectos abordados y mediante los cuales pretendemos construir información de utilidad, se refiere a las estrategias de auto-cuidado de los sujetos frente a los padecimientos que el consumo propio o ajeno suscita. Según el autor, la “atención” no puede reducirse a los mecanismos de abordaje bio-médicos de las enfermedades o padecimientos, sino que incluye a todas las actividades que, de manera intencional, buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. De esta manera, se incluyen entre las “estrategias de atención” a diversas formas y técnicas, así como diversos indi-

cadores para la detección de los problemas, y por tanto diversos criterios de curación. Así, esta noción se vuelve particularmente importante para nuestro estudio, ya que reconoce otras formas de atención que requieren ser reconocidas, especialmente en el campo de las adicciones donde abunda la incertidumbre y las dificultades en las respuestas desde el sistema de salud ortodoxo. Los usos populares, y especialmente, algunas formas de auto-atención serán visibilizados y reconocidos en este abordaje, tanto como las formas de atención “tradicionales”, es decir, asociadas a la medicina y psicología.

■ 1.2. Diseño metodológico

1.2.1. Objetivos

El objetivo general del presente estudio es construir un diagnóstico local sobre consumos problemáticos de sustancias y sobre la accesibilidad de los sujetos a los recursos socio-sanitarios, a partir de un trabajo de articulación intersectorial e interjurisdiccional, focalizando en:

1. Describir y analizar la situación local respecto a:
 - ◆ Los consumos de sustancias y patrones de consumo.
 - ◆ Contextos de vida y relaciones sociales.
 - ◆ Percepciones de los sujetos respecto a su propio consumo.
 - ◆ Trayectorias institucionales de los sujetos en búsqueda de ayuda y/o tratamiento para sí o para otros significativos.
2. Fortalecer las redes intersectoriales de trabajo en el área.
3. Comprometer y sensibilizar a los miembros de la comunidad, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y educación, etc. en la problemática
4. Diseñar la herramienta adecuada para el registro sistemático de la información

1.2.2. Material y métodos

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo, bajo un diseño descriptivo-transversal que incorpora las siguientes acciones, que a continuación se detallan:

Actividades de preparación de campo

- a) Reuniones de organización previas al desarrollo del trabajo de campo con encuestas. Definición de prioridades y mapeo del barrio y/o municipio. Actores implicados: instituciones u organismos del Estado local que llevan adelante la propuesta.
- b) Reuniones de diagnóstico inicial con actores y referentes barriales/vecinales, organizaciones, instituciones específicas o inespecíficas. Información de la experiencia de actores clave del territorio: trabajadores de la salud, educación, referentes barriales, trabajadoras vecinales.

Instrumentos de recolección de datos

- c) Recolección de información de fuentes secundarias (nacionales o locales).
- d) Encuesta de Consumos Problemáticos y Accesibilidad (SEDRONAR-OAD) -se la describe más adelante-.
- e) Observación directa. Antes y durante el trabajo de campo.

Actividad de cierre de campo

- f) Taller de devolución y discusión de resultados.

En relación al punto d, el estudio sobre Consumos Problemáticos y Accesibilidad se realizó a través de un cuestionario estructurado producido por el equipo técnico del SEDRONAR-OAD, que describimos a continuación:

Dimensiones a relevar:

1. Socio-demográfica y personal-vincular.
2. Consumo problemático de sustancias y consumo problemático de alcohol
3. Trayectorias institucionales de los sujetos en busca de ayuda
4. Recursos institucionales y redes del barrio
5. Opinión

La primera de ellas indaga sobre los aspectos sociodemográficos de los entrevistados, como nivel educativo, situación ocupacional y cobertura de salud. Una segunda dimensión, indaga acerca de la percepción sobre aspectos generales en relación al consumo de sustancias. En tercer lugar, se indaga por el vínculo de los entrevistados con las instituciones de los distintos ámbitos locales (salud, culturales) que intervienen directa o indirectamente en la problemática. La cuarta dimensión consulta por los recursos institucionales existentes en el barrio. Por último se indaga la opinión sobre las políticas implementadas en los últimos años y sobre algunas ideas en torno a la problemática del consumo.

1.2.3. Diseño muestral

Se empleó una muestra no probabilística por cuotas, en la cual la distribución de los casos a relevar corresponde al peso proporcional de la población entre 15 y 65 años de cada área seleccionada, tomando como base para su cálculo los datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2010. El tamaño de la muestra está ligado a: 1) la cobertura geográfica definida para cada estudio y; 2) las aperturas o cruces que se consideran para el análisis de la información. Cuanto mayor sea el nivel de apertura de los resultados, mayor cantidad de encuestas serán necesarias. En el estudio se trabaja con aperturas territoriales a nivel local.

El proceso de encuestado fue a través de visitas a los hogares de los barrios en los que se trabajó, y dentro de los mismos se seleccionaron aleato-

riamente las personas a entrevistar.

Las características de los grupos de población a relevar se definen siempre antes del armado de la muestra usando como lineamiento los objetivos del estudio y la información obtenida de las reuniones de mapeo previas al trabajo de campo del estudio (puntos a y b). El aporte de los actores locales es de suma importancia en la determinación de las zonas prioritarias donde realizar el estudio como así también en la decisión de ampliar o disminuir el número de entrevistados en algunos de los grupos de edad y/o género.

1.2.4. Alcance

Este estudio se aplicó en territorios definidos, geográficamente delimitados y relativamente pequeños (barrios/áreas programáticas), cuya aplicación requirió de la articulación de la mirada de distintos sectores implicados en el abordaje del problema de los consumos de sustancias directa o indirectamente. Por las características propias de la muestra, los resultados del estudio tienen un alcance local y no podrán ser extrapolados más allá de la población a la que refieren. De todas formas, se ha mostrado su validez para estimar tendencias y describir características de un territorio y, fundamentalmente, los datos serán de suma relevancia para los actores intervinientes en el proceso.

1.2.5. Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó durante un período de tiempo no mayor a 2 semanas. La recolección de los datos a través de la encuesta del estudio estuvo siempre a cargo del equipo técnico del SEDRONAR-OAD, quien además colaboró con el reclutamiento de los encuestadores y llevó a cabo su capacitación.

Para el trabajo de campo se requirió de la acción de tres tipos de actores, con distintas responsabilidades:

- ◆ Coordinador/es del trabajo de campo local: uno regional/local por municipio y en caso de requerirlo, coordinadores por barrio o sección.
- ◆ Encuestadores.
- ◆ Tutores: quienes acompañan el trabajo de los encuestadores actuando como facilitadores.

Sobre el Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en Córdoba: Colonia Caroya

■ 2.1. Muestra y distribución del trabajo de campo

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad se llevó a cabo en la ciudad de Colonia Caroya, Provincia de Córdoba. El mismo se realizó a partir de la articulación entre el OAD-SEDRONAR y la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) a través de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE).

A partir de ello, se acordó trabajar en una primera reunión con los responsables del estudio (OAD-SEDRONAR y la SAE de la UNC), los referentes municipales, coordinadores locales y encuestadores. Estos últimos fueron estudiantes de carreras afines designados para tal función, y los coordinadores locales fueron dos referentes municipales designados para la tarea. De esta forma, en este primer espacio se contó con las condiciones para abordar: los fundamentos teóricos de la investigación, el mapeo inicial, el geo-referenciamiento de la zona (reconocimiento del lugar, intercambio de información sobre la zona, distribución de las áreas), y la organización del trabajo de campo.

En una segunda reunión, se realizó una capacitación sobre los aspectos vinculados a la forma de completar el cuestionario y la importancia de captar la totalidad de los sujetos asignados por la muestra para mejorar la representatividad de los datos. En este espacio se definió también en cómo se realizaría dicha muestra. En este caso, las cuotas habían sido planeadas de la manera que se muestra en la Tabla 1, y se respetaron perfectamente, agregándose 2 encuestas complementarias a las pedidas por el equipo técnico.

◆ **Tabla 1. Muestra por cuotas de edad y sexo para Colonia Caroya, Córdoba**

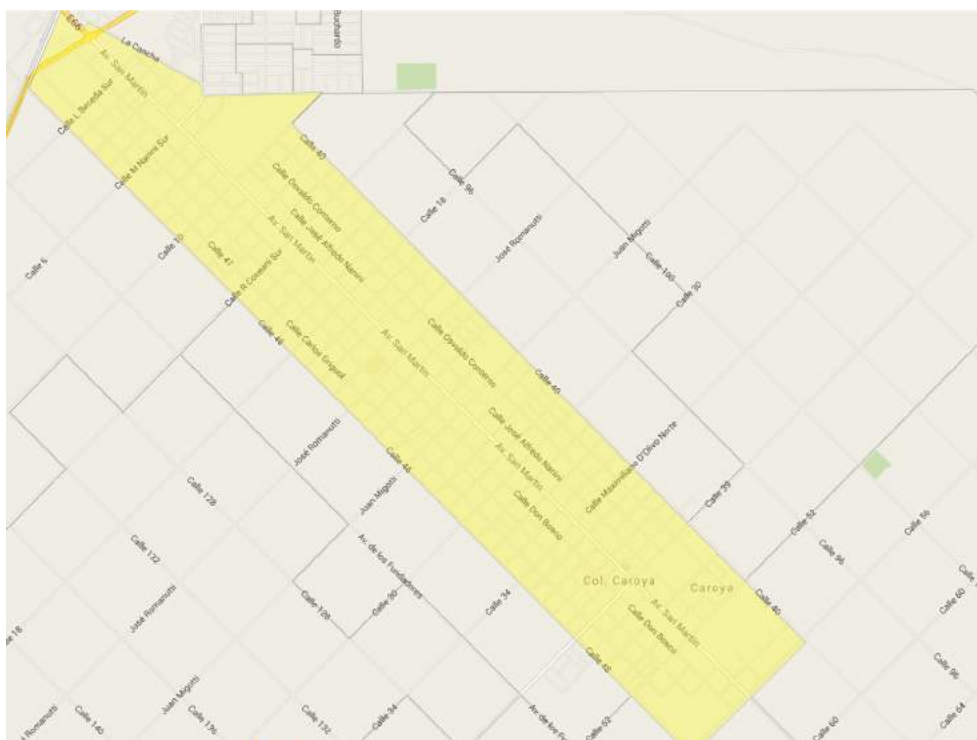
Grupos	Varones	Mujeres	Total
15-21	50	49	99
22-30	44	44	88
31-40	44	48	92
41-50	34	36	70
51-65	24	28	51
Total	196	204	400

Se realizaron entonces **402 encuestas efectivas**, las cuales se distribuyeron siguiendo el patrón de cuotas que había sido indicado en la capacitación por los agentes de SEDRONAR. El trabajo de campo se realizó durante dos semanas del mes de noviembre del año 2015. Los coordinadores locales que participaron del mapeo inicial estuvieron también a disposición del equipo que estuvo trabajando en el territorio durante esos días, acompañando, orientando y ayudando a los encuestadores.

La carga de la base de datos, procesamiento y elaboración del Informe final se hicieron en SEDRONAR.

■ 2.2. Mapeo y trabajo de campo

Colonia Caroya es una ciudad del centro de la provincia de Córdoba, Argentina, en el departamento Colón, sobre la RN 9. Es una ciudad lineal, atravesada por la Avenida San Martín, arteria de 9 kilómetros de extensión cubierta de plátanos (la más larga del país con esta característica). Cuenta con 16.168 habitantes (INDEC, 2010), lo que representa un incremento del 17% frente a los 13.806 habitantes (INDEC, 2001) del censo anterior.



En el trabajo de campo los encuestadores encontraron zonas que denominaron muy “conservadoras”, por ejemplo, uno de los barrios está compuesto por gendarmes que relacionaban la problemática del consumo directamente con un tema de seguridad. Por otro lado, si bien se trabajó de la mano del municipio, las personas no estaban informadas respecto del relevamiento y esto entorpeció la entrada a los hogares para la encuesta. Asimismo, en los barrios donde fueron acompañados por referentes, encontraron mejor recepción.

03

Caracterización socio-demográfica de la población de Colonia Caroya

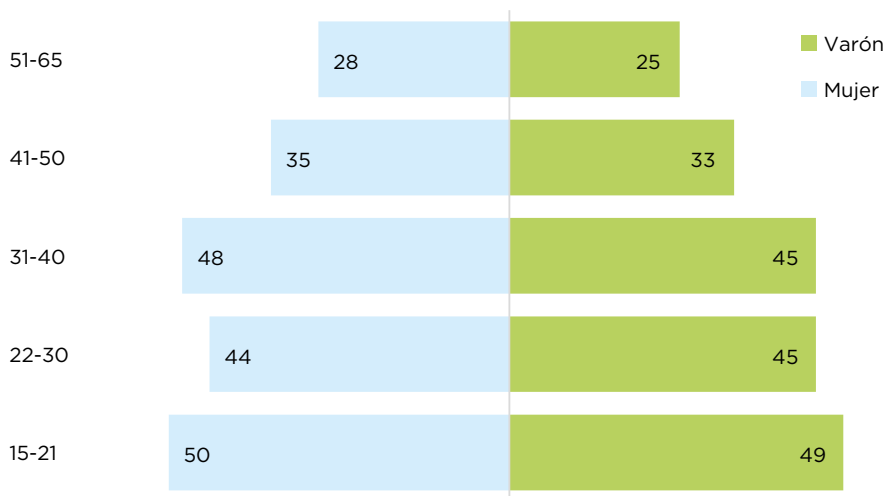
Nota: Toda la información y los análisis que se presentan sobre las características generales de la población y el consumo de sustancias problemáticas, se realizaron con fines estrictamente descriptivos. En el mismo sentido, los resultados que se presentan en los siguientes apartados sirven exclusivamente a los fines de describir puntualmente la población de los barrios relevados para este operativo (Ver Capítulo 1, "Alcance")

■ 3.1. Distribución por edad y género

La cantidad de entrevistados en los hogares de Colonia Caroya de la provincia de Córdoba, alcanzó un total 402 personas. De ellos el 51% fueron mujeres y el 49% varones. Como ya se mencionó en el apartado metodológico, la distribución por sexo y edad de los entrevistados fue acorde al peso proporcional de la población de entre 15 y 65 años, conforme a la información que surge del último Censo de Población y Viviendas, Año 2010.

En la distribución de edad se observa una base de la pirámide angosta en el grupo de 15 a 21 años de edad, debido en parte a la mayor importancia que toma el envejecimiento poblacional a nivel país como también en Colonia Caroya. Si bien se observa una distribución uniforme entre ambos sexos en casi todos los grupos etarios, se da una participación levemente mayor de las mujeres respecto a los hombres entre los 51 a 65 años y entre los de 31 a 40 años. Por otro lado, ambos sexos concentran la mayor cantidad de casos en los grupos de 15 a 21 años.

◆ Gráfico 1: (%) Entrevistados según sexo y edad.

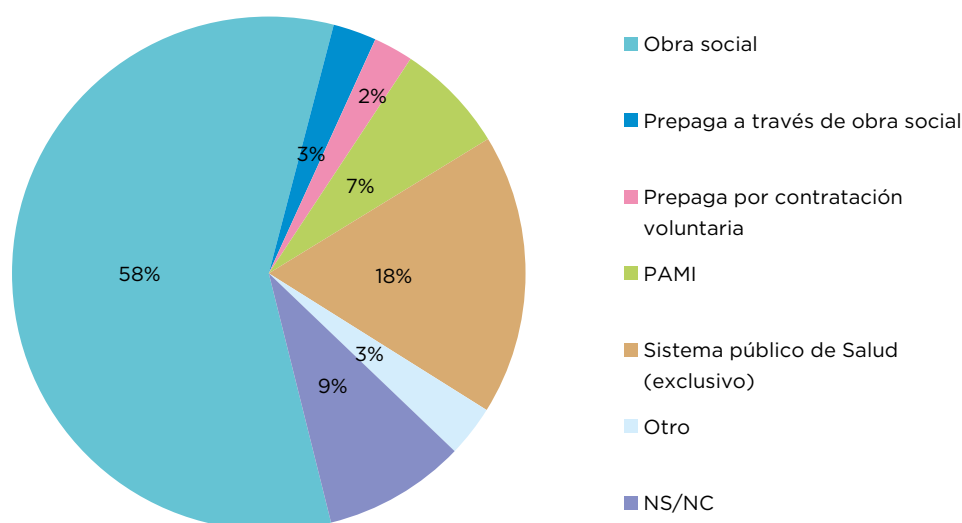


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 3.2. Cobertura de Salud

Respecto a la cobertura de salud de los entrevistados, la mayor proporción posee **Obra Social** (que incluye monotributo social) alcanzando el **58%**. Si a esta proporción se le adiciona la cobertura de salud proveniente de Prepagas a través de Obras Sociales y contratación voluntaria (5%), se puede afirmar que 6 de cada 10 encuestados posee cobertura de salud proveniente del subsistema de obras sociales o subsistema privado. Por su parte, la proporción de encuestados con cobertura de salud pública exclusiva representó al 18% del total de los entrevistados². Mientras que el 7% posee PAMI y el 9% otra forma de cobertura social.

◆ Gráfico 2: (%) Entrevistados según cobertura de salud.

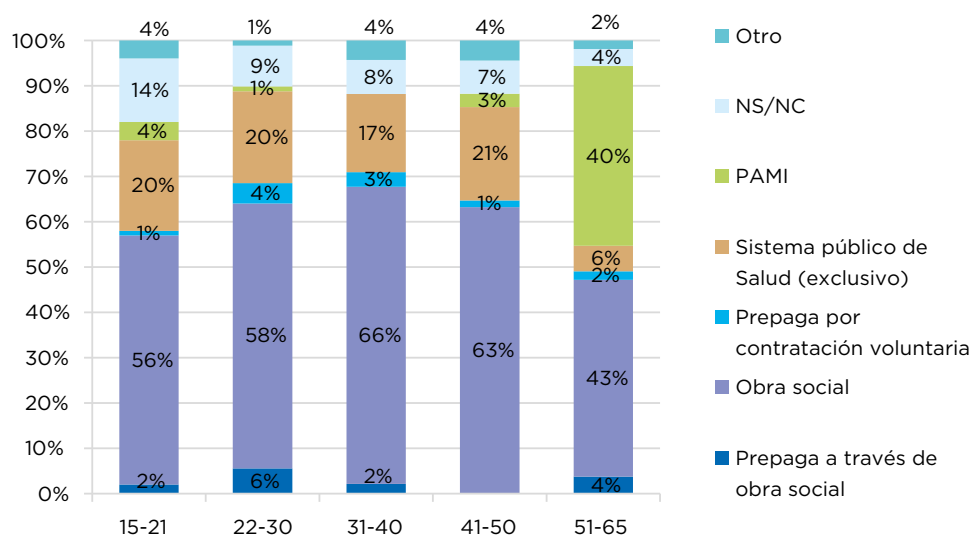


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

Asimismo, la proporción de encuestados para cada cobertura de salud no varió significativamente entre varones y mujeres, pero se observan algunas diferencias por grupos etarios. La mayoría de los encuestados posee obra social, cualquiera sea el rango etario analizado, entre las personas **de 31 a 40 años se registra el valor más alto**, 71% (incluyendo prepaga a través de obra social y contratación voluntaria), seguido por los de 22 a 30 años (68%). Las personas de mayor edad presentan la mayor proporción de consultantes que poseen PAMI (40%). Por otro lado, la proporción de encuestados que posee cobertura de salud pública exclusiva oscila entre 17% a 21%, mientras que entre las personas mayores alcanza sólo al 6% de los encuestados.

² - Este análisis se puede complementar a partir del análisis de los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares, tomando el período 2003-2013. Si bien no es el objetivo del estudio, a través del mismo se puede comprobar que en la medida que se incrementa la tasa de registro laboral y de empleo de calidad, también aumenta la proporción de hogares cubiertos por el sistema de obras sociales, a la vez que decrece el número de hogares que deben acudir al subsistema público.

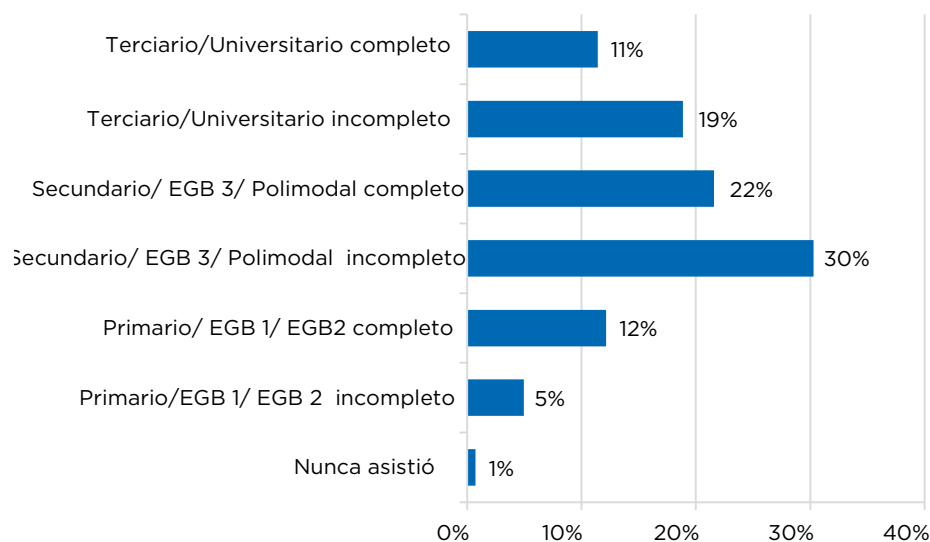
◆ Gráfico 3: (%) Entrevistados por rango etario según cobertura de salud.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 3.3. Trayectorias educativas

◆ Gráfico 4: (%) Entrevistados según nivel educativo alcanzado.

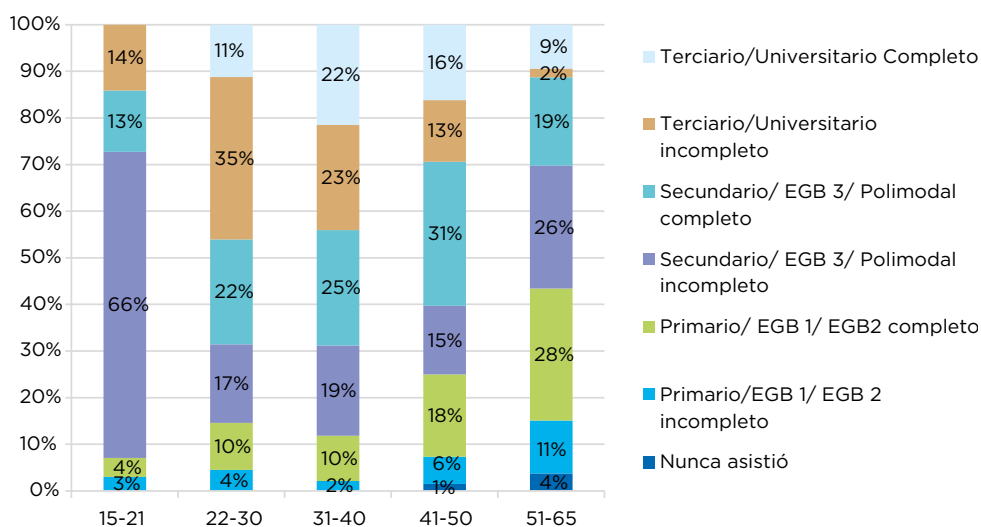


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

En cuanto al nivel educativo, la mayor parte de los entrevistados tiene hasta secundario incompleto (30%), mientras que el 22% completó hasta este nivel. En cuanto a los niveles superiores, el 19% tiene terciario/universitario incompleto y el 11% terciario/ universitario completo, es decir, que la mayoría de los encuestados terminó el secundario. Por otro lado, 9 de cada 10 entrevistados completaron el nivel primario, mientras no lo hicieron el 6% (dentro de éstos, el 1% de la población no tuvo instrucción y el 5% no terminó el nivel primario).

A partir del análisis realizado se pudo observar que el nivel educativo alcanzado por los entrevistados varía según el rango etario. En este sentido, fue posible observar que entre quienes tienen entre 15 y 21 años la proporción de entrevistados que alcanzó el nivel medio (Secundario), ya sea completándolo o no, es casi el 80%, proporción que disminuye a medida que la edad de los entrevistados aumenta. Lo inverso ocurrió respecto del nivel de educación primaria. Así, entre quienes tienen 51 años y más, el porcentaje de los que sólo completaron este nivel asciende (28%) y fue decreciendo entre los grupos etarios más jóvenes, entre los de 15 a 21 años resultó el 4%. Asimismo, el 35% de los entrevistados de 22 a 30 años tiene nivel de educación superior, ya sea terciario/universitario incompleto o completo y a partir de ahí va decreciendo con la edad.

◆ Gráfico 5: (%) Entrevistados según último nivel educativo alcanzado, por rango etario.



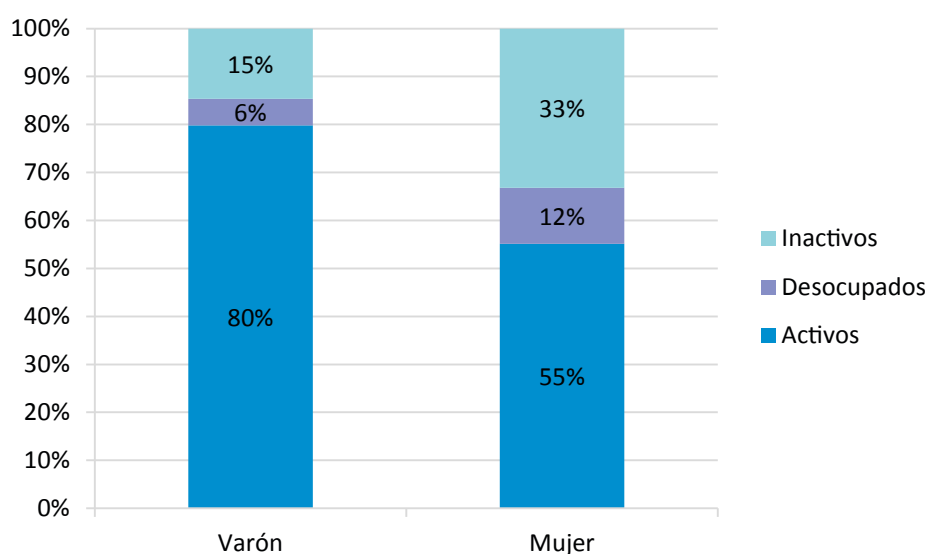
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 3.4. Condición de actividad de los entrevistados

Tomando como referencia las definiciones teóricas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se calculó la condición de actividad para los entrevistados de 15 años y más (100% de los entrevistados, ya que la población definida para el estudio son las personas de 15 a 65 años de edad, residentes en hogares), siendo las posibles categorías analíticas: “ocupado”, “desocupado” e “inactivo”³.

Del total de entrevistados de 15 años y más, el 67% son ocupados, el 24% inactivos y el 9% desocupados. Tal como se puede apreciar en el gráfico a continuación, la condición de actividad difiere según el sexo de los entrevistados. Así, la proporción de ocupación es significativamente mayor entre los varones respecto de las mujeres, siendo estas 80% y 55% respectivamente. Asimismo, la condición de inactividad entre las mujeres (33%) resultó más elevada respecto que la de varones (15%).

◆ Gráfico 6: (%) Condición de actividad de los entrevistados de 15 años y más por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

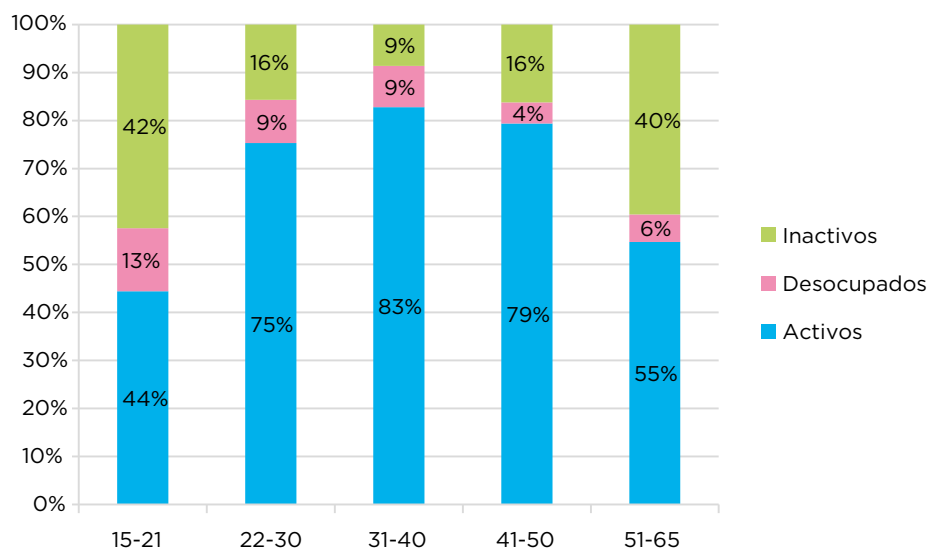
Entre los entrevistados ocupados las categorías ocupacionales que presentaron mayor frecuencia fueron:

- ◆ Empleado/a u obrero/a del sector privado 31% (ascendiendo a 35% en varones y descendiendo a 25% en mujeres);
- ◆ Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo 28% (27% entre varones y 28% entre mujeres);
- ◆ Empleado/a obrero del sector público 18% (ascendiendo a 22% en varones y descendiendo a 10% en mujeres);

³ - La población económicamente activa la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Para la medición de este concepto, se considera la población entre 14 y 65 años. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Por población ocupada se entiende el conjunto de personas entre 14 y 65 años que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de

- ◆ Servicio Doméstico 8% (21% entre las mujeres);
- ◆ Trabajos esporádicos - Changas 7% (en ambos sexos es del 7%);
- ◆ Patrón/ empleador cuentapropista con personal a cargo 6% (7% entre varones y un 4% entre mujeres), y
- ◆ Trabajador familiar⁴ sin remuneración fija 1% (1% entre varones y 2% entre mujeres).

◆ **Gráfico 7: (%) Condición de actividad de los entrevistados de 15 años y más por edad.**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

En cuanto a la condición de actividad de los entrevistados según grupos de edad, se pueden observar algunas particularidades. El grupo que cuenta con una mayor proporción de personas activas es el de 31 a 40 años y luego el de 41 a 59 años. Las personas más jóvenes registran los niveles más altos de inactividad (42%) y de desocupación (13%).

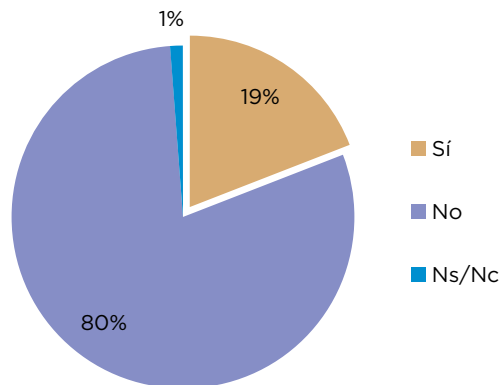
■ 3.5. Programas sociales

El 19% de los hogares relevados manifestó percibir algún tipo de Programa Social. Del total de los subsidios (por parte del Estado) recibidos por cada hogar, el 78% correspondió a la Asignación Universal por Hijo, y un 7% al Plan Progresar. Por otro lado, las pensiones no contributivas representan el 6% del total de los hogares que recibe algún tipo de subsidio. El resto de los planes identificados tuvo una incidencia mucho menor, no superando el 1% (Planes municipales/provinciales y becas estudiantiles nacionales).

Por su parte, un 7% de los Hogares declaró recibir otro tipo de plan, sobre los cuales no se indagó y por tal motivo no podemos saber a qué tipo de plan corresponde.

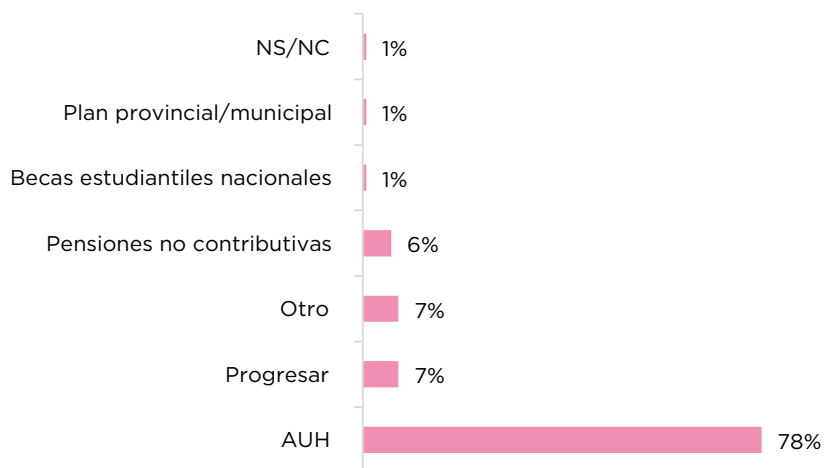
de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). La población desocupada se refiere a personas entre 14 y 65 años que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo y están disponibles para empezar a trabajar. La población inactiva refiere al conjunto de personas menores de 14 o mayores de 65 años que no son económicamente activas, es decir personas que no tienen trabajo y no lo buscan activamente.

◆ Gráfico 8: Hogares que reciben Programas Sociales (%)



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

◆ Gráfico 9: (%) Proporción de Programa Sociales



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 3.6. Caracterización de los entrevistados PSH

El 34,5% de los entrevistados refirió ser el principal sostén de sus respectivos hogares (PSH). De ellos, el 73% son varones y el 27% mujeres. El promedio de edad de los entrevistados PSH fue de 39 años, no observándose diferencias significativas entre varones y mujeres. En este sentido, el 57,5% de los entrevistados PSH tiene entre 31 y 50 años, el 25% tiene entre 15 a 30 años de edad y el 17% son personas de mayor edad (51 a 65 años).

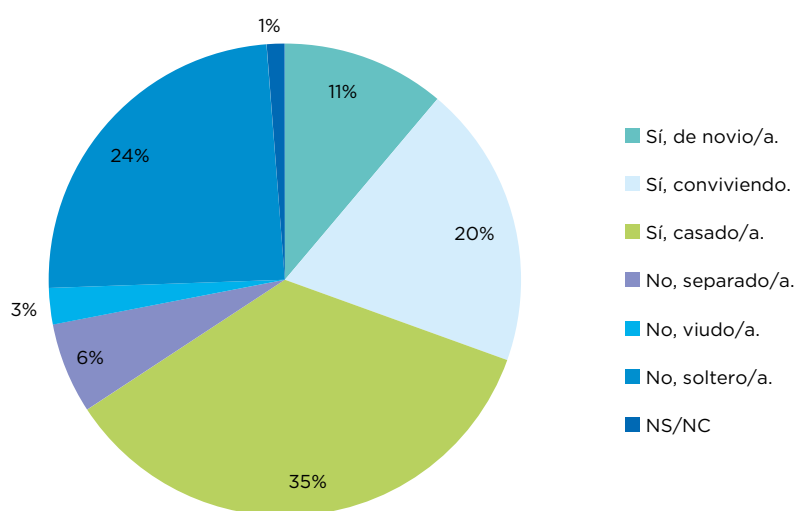
El 64% de los PSH posee obra social, ya sea a través de obra social o por contratación voluntaria, mientras que el 19% tiene cobertura de salud pública exclusiva y el 9% posee PAMI.

■ 3.7. Caracterización del uso del tiempo y vínculos

3.7.1. Vínculos y recursos ante los problemas

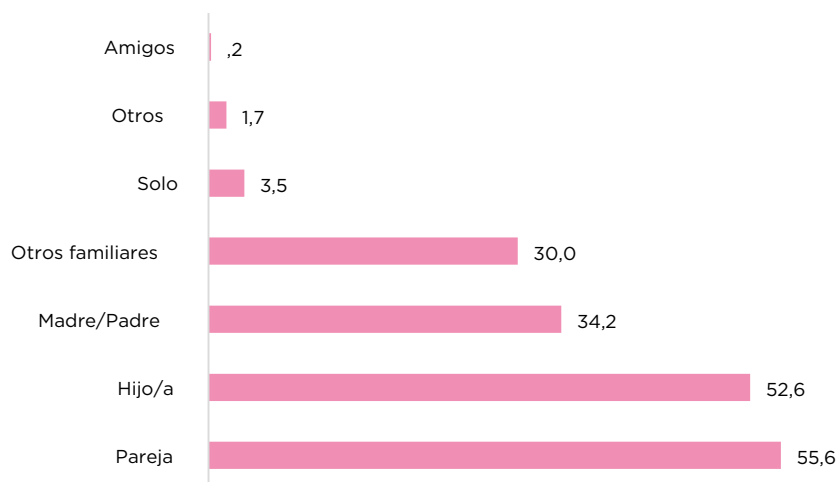
Los encuestados son en su mayoría personas que están en pareja como puede observarse en el gráfico, y más del 50% de la población vive con su pareja. Un cuarto de la población es soltera. Luego, gran parte de la población vive acompañada de su grupo familiar más o menos ampliado: hijos, padres u otros familiares. Asimismo, analizamos estos datos a la luz de la cantidad de opciones seleccionadas por los encuestados, y encontramos que el 70% vive con dos personas o más, y que solamente el 3,5% de la población encuestada vive sola; por tanto, cerca del 25% vive acompañado por una persona. Esta información es útil para pensar en las redes de sostén inmediato de las personas en esta localidad.

◆ Gráfico 10: (%) Situación de pareja del encuestado



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

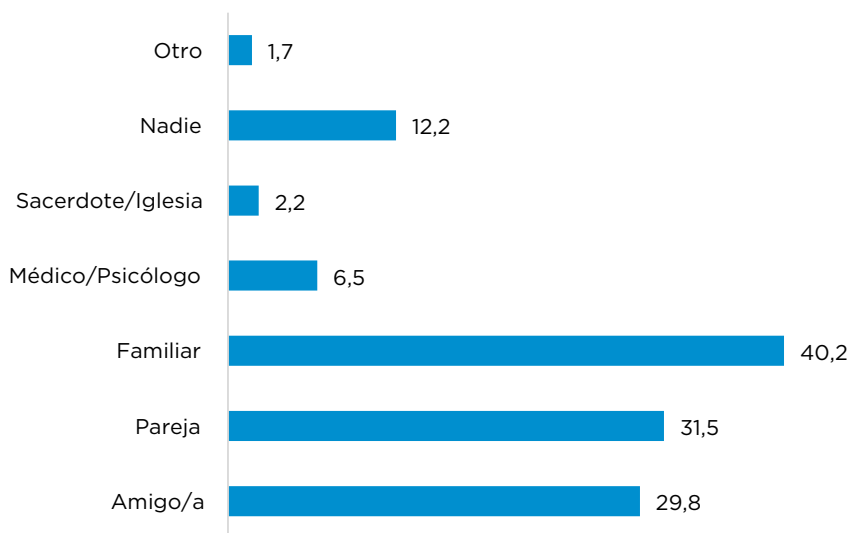
◆ Gráfico 11: (%) Con quién/es vive el encuestado



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402 (sobre respuestas múltiples)

Cuando se consultó acerca de los recursos vinculares a la hora de resolver un problema, o algo que angustiara al encuestado, estos respondieron **principalmente que recurren a familiares, sus parejas o amigos**, y en menor medida al médico o psicólogo y a la Iglesia. Resulta significativo que el 12,2% decide no hablar de sus problemas con nadie.

◆ Gráfico 12: (%) ¿A quién recurre cuando tiene un problema o una situación que lo angustia?

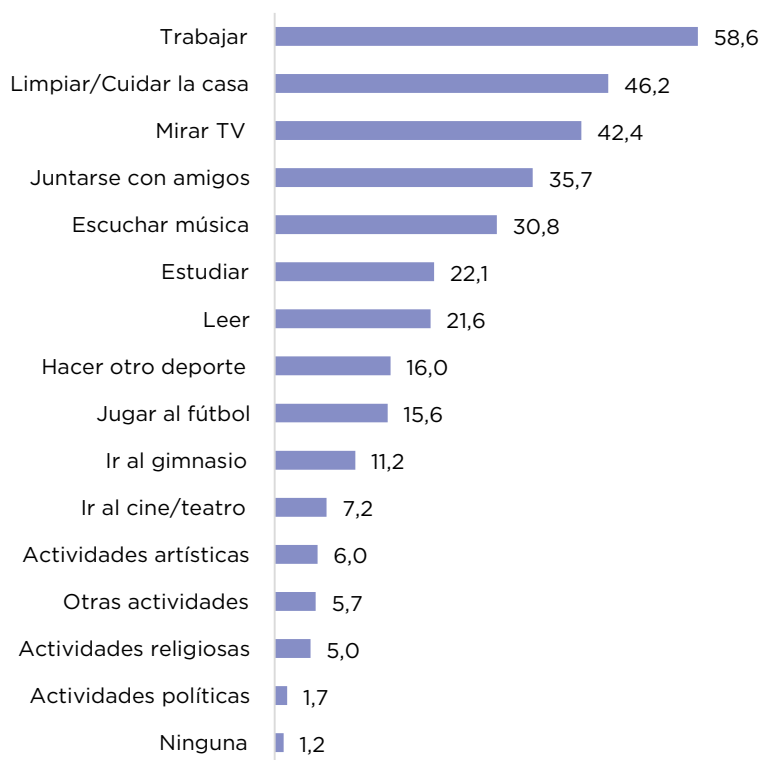


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402 (sobre respuestas múltiples)

3.7.2. Uso del tiempo

Por lo que podemos observar, las personas encuestadas tienen como actividades predominantes trabajar, limpiar y cuidar su casa, y mirar TV. Si bien son actividades de la esfera privada, que no implican necesariamente vínculos construidos con otros, en cuarto lugar aparece como actividad el juntarse con amigos. Otras actividades que realizan cotidianamente son también caseras, tales como escuchar música o leer. Mientras que alrededor del 22% dijo estudiar, y cerca del 15% jugar al fútbol o hacer deporte semanalmente. Destacamos asimismo que alrededor del 50% de los encuestados hacen simultáneamente hasta dos de estas actividades, mientras el otro 50% hace entre 3 y 6 actividades simultáneamente. El 18% dijo hacer una sola actividad y sólo el 8% hace más de siete actividades semanales. Entre otras actividades encontramos fundamentalmente estar o acompañar a los hijos o nietos, coser, tejer, cuidar las plantas. Prácticamente no se realizan actividades religiosas o políticas entre los encuestados.

◆ Gráfico 13: (%) Uso del tiempo cotidiano



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402 (sobre respuestas múltiples)

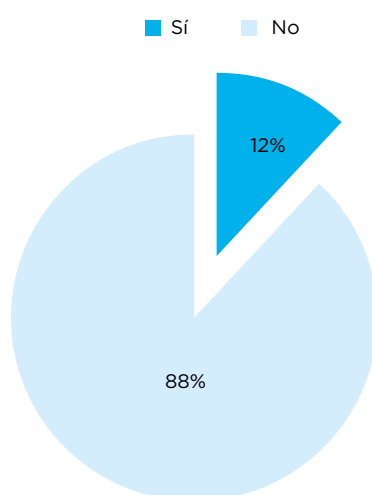
Si bien las diferencias de género no son importantes en muchas actividades, encontramos por ejemplo que limpiar la casa y cuidar de ella presenta frecuencias más elevadas en mujeres que en varones; por el contrario, trabajar tiene una mayor frecuencia en éstos últimos. Las mujeres, por otro lado, leen más que los varones, realizan más actividades políticas, religiosas y artísticas. Asimismo, hay más mujeres

que varones declarando leer, escuchar música y estudiar. A diferencia de lo hallado en otros estudios, en Colonia Caroya las mujeres hacen casi tanta actividad física como los varones, a excepción del fútbol.

3.7.3. Participación en la comunidad

Como se puede observar, **la gran mayoría de la población no participa de actividades con otros en la comunidad**, sólo lo hace el 12%. De ellos, mencionaron como espacios de participación: el Centro Vecinal, el Club deportivo, la Iglesia, la cooperadora de la escuela, la agrupación política, la murga, el sindicato, la biblioteca popular, etc.

◆ Gráfico 14 (%) ¿Participa en alguna organización social, club, mesa barrial, u otros?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

04

Consumo de sustancias psicoactivas

A continuación se presentan los principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas:

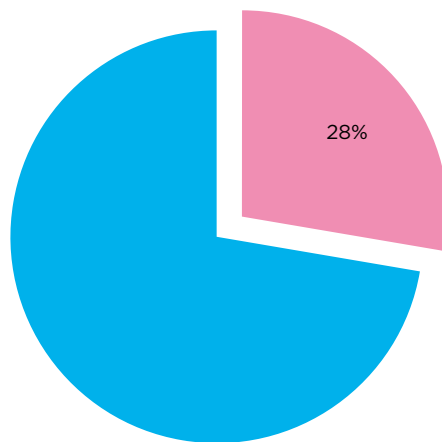
- ◆ La prevalencia de vida es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población consumió determinada sustancia al menos una vez en la vida.
- ◆ La prevalencia de año es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población que consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 365 días.
- ◆ La prevalencia de mes es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población que consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 30 días.

Los datos se presentan de manera global para los cuatro barrios, en los casos en los que se observó alguna particularidad se puntualizan los respectivos comentarios.

■ 4.1. Consumo de alcohol y tabaco

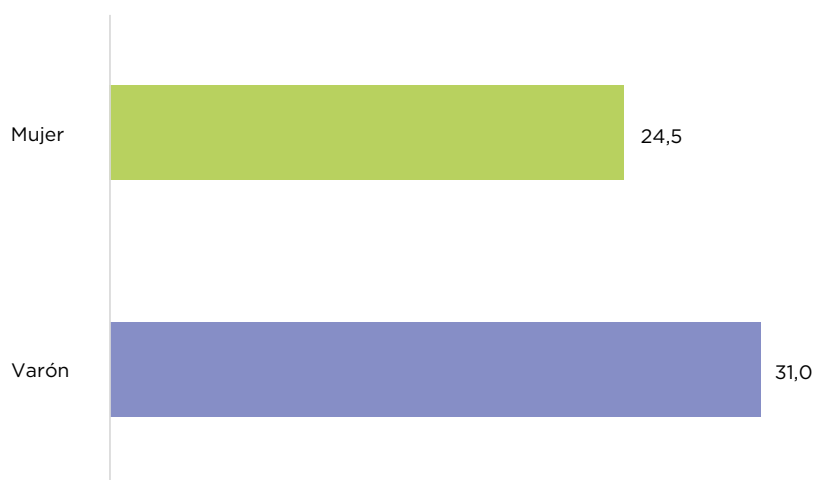
Respecto al consumo de **tabaco**, un 31,4% fumó cigarrillos en el último año y un 28% durante el último mes. Las mujeres fuman menos que los varones, como puede observarse en el Gráfico.

◆ Gráfico 15: Prevalencia (%) de mes en tabaco.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

◆ Gráfico 16: Prevalencia (%) de mes en tabaco por sexo.

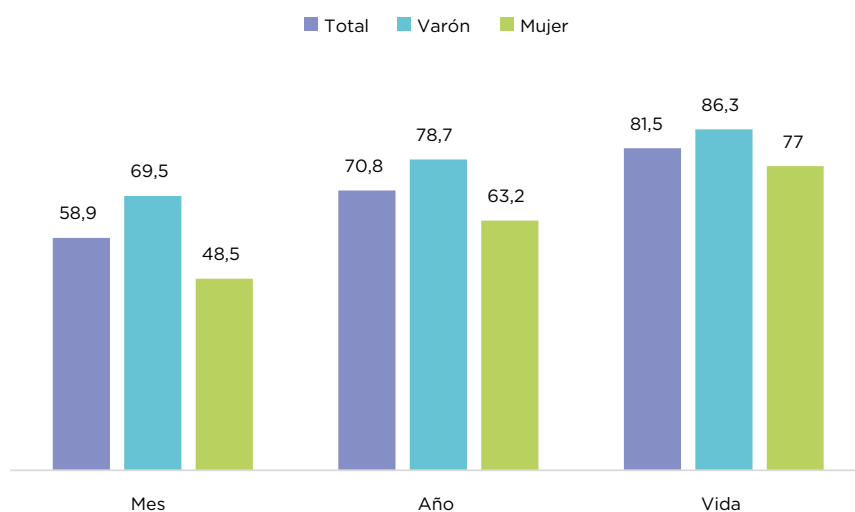


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

El consumo de **tabaco** provoca en la Argentina la muerte de aproximadamente 40 mil personas al año, y es el causante del 16% de todas las muertes cada año⁵. Además explica el 15% del gasto anual en salud, generando altos costos sanitarios que son superiores a lo recaudado en concepto de impuestos al cigarrillo. Si bien la prevalencia de tabaco ha ido descendiendo en los últimos años (aproximadamente 40% en 1999 a 33,4% en 2005 - datos de población de 18 a 64 años), la misma continúa siendo una de las más elevadas de América Latina⁶.

El consumo de **alcohol** constituye una de las principales causas de carga de enfermedad en Argentina, es así que del total de muertes por causas asociadas al consumo de drogas, un 23% de las mismas corresponden al alcohol⁷.

◆ Gráfico 17: Prevalencias (%) de consumo de alcohol por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

5 - Los datos corresponden al Estudio de Mortalidad relacionada al consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2011, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. Publicado 2014. <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4062>

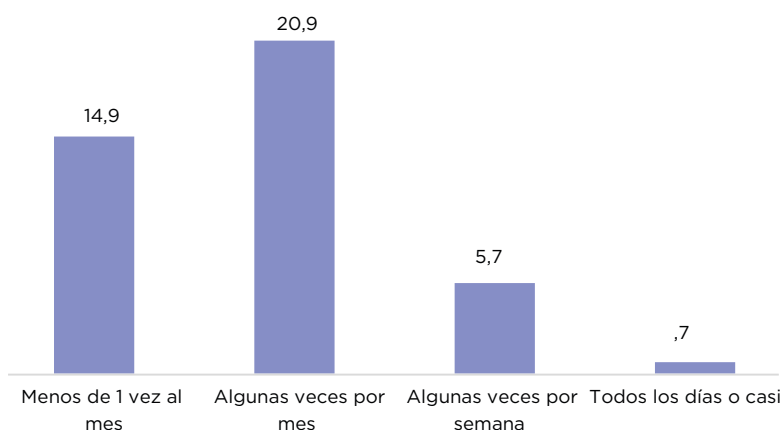
6 - Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf

Considerando esta sustancia, del total de entrevistados, un 81,5% declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 71% lo hizo en el último año, y el 59% durante el último mes, lo que se considera consumo actual. Como se puede observar en el gráfico anterior, los varones consumen más alcohol que las mujeres, aunque las diferencias no son marcadas.

4.1.1. Consumo Problemático de Alcohol

Por las características propias de este estudio y la necesidad de diseñar un instrumento de recolección breve, se abrevió en 5 indicadores la escala del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. Se seleccionaron los indicadores que incluyen sólo a quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, a fin de dar cuenta de la presencia o no de síntomas vinculados con el uso perjudicial de bebidas alcohólicas. Para ello se toma como referencia de “consumo problemático” 6 tragos o más de bebidas alcohólicas, o su equivalente en 2 litros de cerveza o un litro de vino.

◆ **Gráfico 18: Frecuencia (%) consumo problemático de alcohol.**



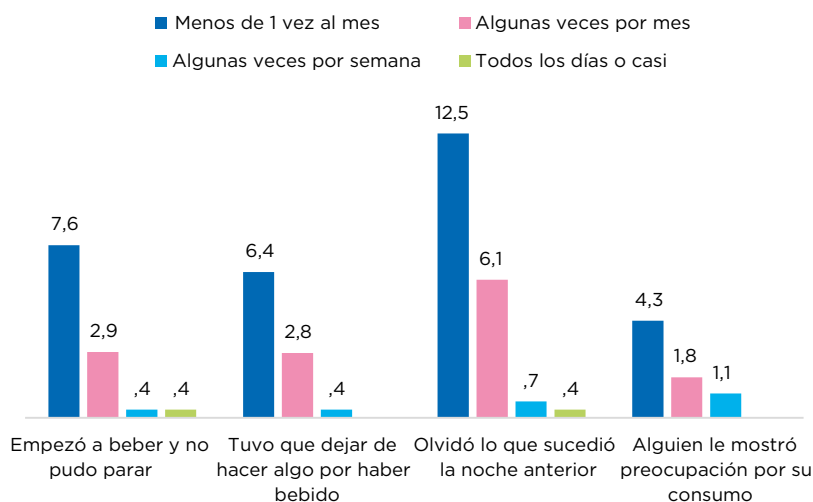
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 284 (consumidores de alcohol del último año)

El gráfico permite observar que el consumo habitual frecuente de alcohol (de 6 tragos o más, como indica el AUDIT) presenta en esta población las siguientes características:

- ◆ el 15% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol menos de una vez por mes.
- ◆ el 21% de los encuestados que consumieron alcohol el último año dijo consumir esa cantidad algunas veces al mes.
- ◆ el 5,7% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol algunas veces por semana, y;
- ◆ el 0,7% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades todos los días o casi todos los días.

Destacamos que estas proporciones de consumo excesivo de alcohol son mayores en varones que en mujeres, especialmente en las frecuencias referidas al consumo más frecuente (algunas veces por semana y por mes).

◆ **Gráfico 19: AUDIT. Frecuencia (%) de consumo problemático de alcohol.**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 284 (consumidores de alcohol del último año)

Dentro de los consumidores actuales o recientes de alcohol, encontramos algunas situaciones que pueden indicar consumo problemático, como ser conductas compulsivas en el consumo: el 3% dijo que algunas veces por mes no ha podido parar de beber una vez que habín empezado; mientras que al 7,6% le sucede ésto menos de una vez al mes.

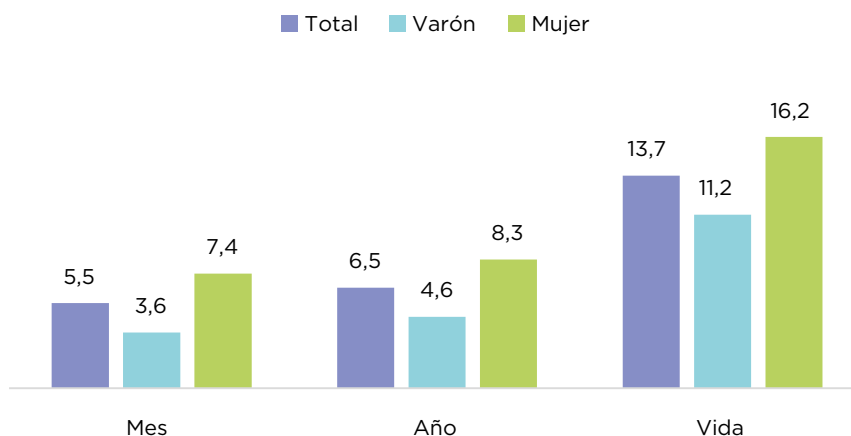
Por otro lado, al 6,4% le ha sucedido que no pudo hacer algo que se esperaba de él o ella menos de una vez por mes. Mientras, el 12,5% dijo no haber podido recordar lo sucedido la noche anterior menos de una vez al mes, mientras que lo mismo le sucede algunas veces por mes al 6%. A un 4,3% de los encuestados su entorno le ha manifestado algún tipo de preocupación mensualmente.

Cabe destacar que estas problemáticas relacionadas al consumo excesivo de alcohol suelen ser declaradas por una proporción considerablemente mayor en varones que en mujeres. Sin embargo, en este caso, las mujeres muestran consumos excesivos semejantes a los varones en lo que respecta a las menores frecuencias (menos de una vez al mes), mientras que los varones declaran consumo excesivo frecuente en mayor proporción. La mayor diferencia la vemos respecto a la preocupación mostrada por otros, donde las mujeres casi no declaran que alguien se haya manifestado preocupado por su consumo.

Estas medidas pueden tomarse como un dato a considerar para trabajar en estrategias de atención y prevención del consumo problemático de alcohol, ya que podrían mostrar una tendencia general.

■ 4.2. Consumo de psicofármacos

◆ Gráfico 20: Prevalencias (%) de consumo de psicofármacos por sexo.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

Respecto al consumo de **psicofármacos**, el 13,7% de los entrevistados declaró haber consumido psicofármacos alguna vez en la vida, un 6,5% lo hizo en el último año y un 5,5% durante el último mes. Como se puede observar en el gráfico, las prevalencias de consumo en todos los casos son más importantes en las mujeres que en los varones.

Considerando aquellos que respondieron haber consumido psicofármacos (55 personas), se analiza además el tipo y forma de administración de los mismos. Los tranquilizantes son los más consumidos de este género, ya que el 58,5% de estas personas declara su consumo, aunque un 20,8% dijo haber consumido tanto tranquilizantes como estimulantes. Mientras tanto, la forma de administración más común es bajo receta (71%).

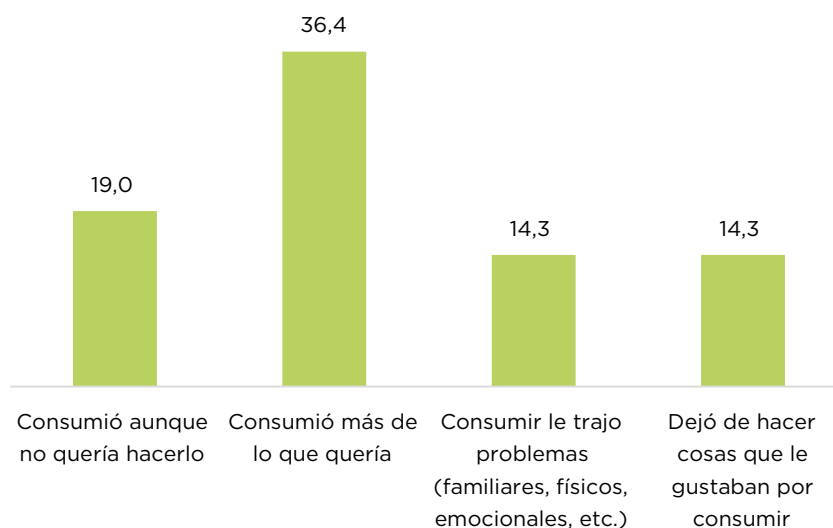
Dentro de los que consumieron psicofármacos **bajo prescripción médica** (39 personas) encontramos que la mayoría obtuvo la receta de un médico clínico (38,5%) o psiquiatra (41%), mientras que una minoría lo hizo a través de médicos otras especialidades como: neurólogo, traumatólogo, cardiólogo, cirujano e incluso según declara un encuestado, un psicólogo.

Quienes dijeron haber consumido **sin prescripción médica** son 16 personas, 7 de las cuales obtuvieron los psicofármacos *en la farmacia sin receta*, mientras el resto lo hizo a través de un amigo o de un familiar.

4.2.1. Consumo problemático de psicofármacos

En el caso de los psicofármacos, la frecuencia del consumo no puede ser considerada de por sí como problemático en tanto la prescripción médica puede indicar la toma diaria del mismo, o incluso la toma "a demanda". En este caso, la mayoría de las personas que consumen psicofármacos actual o recientemente lo hacen de manera diaria (8 personas) o menos de una vez al mes (8 personas).

◆ Gráfico 21: Prevalencias (%) de consumo problemático de psicofármacos



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 26 (total de consumidores de psicofármacos del último año y mes)

Asimismo, y considerando que los consumidores actuales y recientes de psicofármacos son 26 personas, analizaremos los datos desde la cantidad absoluta de personas y su representación porcentual:

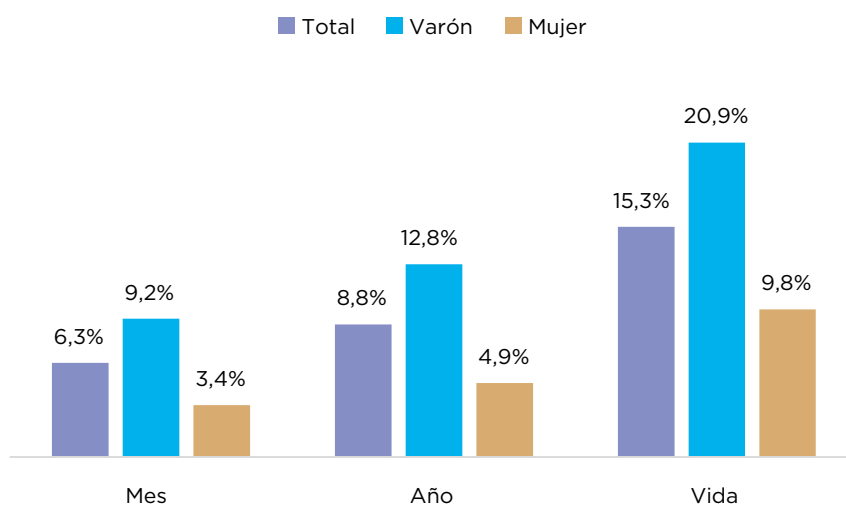
- ◆ 4 personas (el 19%) dijeron haber consumido psicofármacos sin tener la intención de hacerlo;
- ◆ 8 personas (el 36,4%) dijeron haber consumido más psicofármacos de lo que querían;
- ◆ 3 personas (el 14,3%) manifestaron haber tenido problemas (familiares, personales, o de otro tipo) a partir del consumo de psicofármacos;
- ◆ 3 personas (el 14,3%) dijeron haber dejado de hacer cosas que les gustaban por el consumo de psicofármacos.

Estos datos pueden servir para reflexionar sobre el uso racional de medicamentos y sus efectos en la vida cotidiana.

■ 4.3. Consumo de marihuana y cocaína

Según la información obtenida, el 15,3% de los entrevistados ha consumido **marihuana** alguna vez en la vida, mientras un 8,8% lo hizo en el último año y un 6,3% durante el último mes, o lo que podría considerarse como consumidores actuales de esta sustancia en este territorio. En cantidad de personas, se trata de 61 que declararon haber consumido esta sustancia. Al comparar las prevalencias de consumo de **marihuana por sexo**, se observan diferencias marcadas entre varones y mujeres, en tanto que entre las mujeres casi un 10% dijo haber consumido marihuana alguna vez en su vida, y el 3,4% lo hace actualmente. Sin embargo, en los varones, la prevalencia de consumo actual es del 9,2%, mientras que el 12,8% dijo haber consumido esta sustancia en el último año.

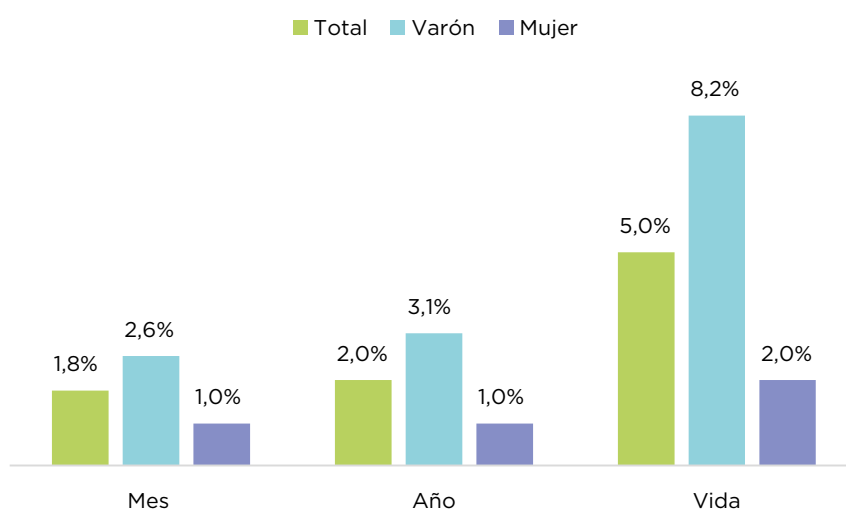
◆ **Gráfico 22: Prevalencias (%) de consumo marihuana por sexo**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

En relación a la **cocaína**, un 5% de los entrevistados manifestaron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida, el 2% lo hizo en el último año, y el 1,8% en el último mes (consumo actual). Estas respuestas involucran a 20 personas que respondieron positivamente a esta pregunta. Del mismo modo, al comparar las prevalencias de consumo de **cocaína por sexo**, cabe destacar que sólo 4 mujeres declararon haber consumido esta sustancia, y 2 de ellas lo hacen actualmente, mientras las otras dos lo hicieron hace más de un año. Por el contrario, entre los varones la prevalencia de vida es del 8,2%, la de año 3,1% y la de mes un 2,6%.

◆ **Gráfico 23: Prevalencias (%) de consumo cocaína por sexo**

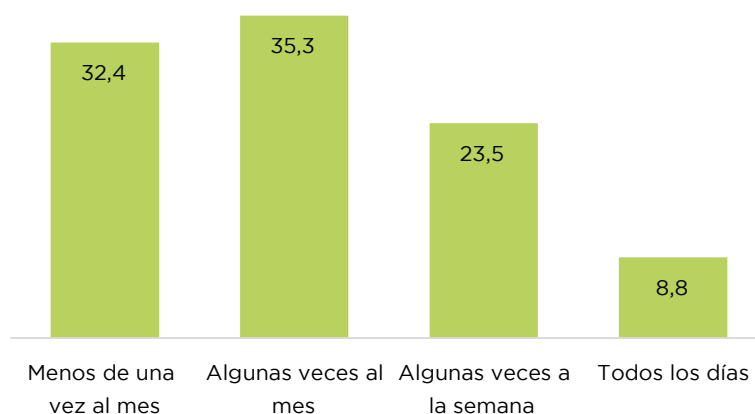


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

4.3.1. Consumo problemático de marihuana y cocaína

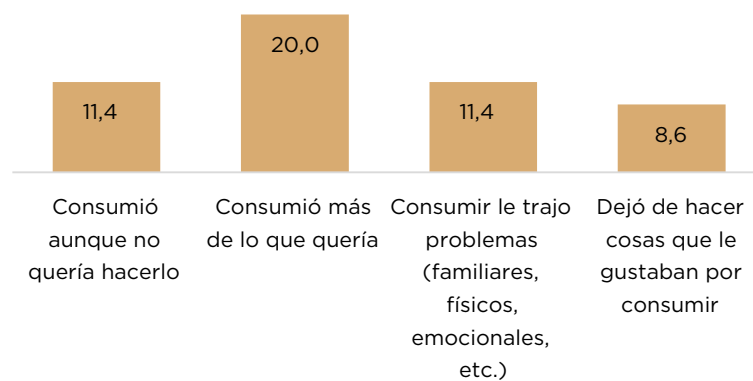
A continuación se observa cómo se distribuyen las frecuencias del consumo de marihuana entre los que dijeron haber consumido en el último año o mes, es decir, sobre un total de 35 personas, y la interferencia que produce el consumo en sus vidas cotidianas.

◆ **Gráfico 24: Frecuencias de consumo de marihuana**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 35 (total de consumidores de marihuana del último año y mes)

◆ **Gráfico 25: (%) Consumo problemático de marihuana**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 35 (total de consumidores de marihuana del último año y mes)

Destacamos en primer lugar que dentro de los consumidores actuales o recientes (35 personas), **el 35,3% consume marihuana algunas veces por mes**, mientras el 23,5% lo hace semanalmente. Por otro lado, se observa que:

- ◆ el 20% (7 personas) declaró que alguna vez consumió más marihuana de lo que quería;
- ◆ el 11,4% (4 personas) dijo haber tenido problemas (familiares, personales u otros) por el consumo de marihuana; el 11,4% (4 personas) dijo haber consumido más marihuana aunque no quería hacerlo;
- ◆ el 8,6% (3 personas) dijo haber dejado de hacer cosas que le gustaban por consumir.

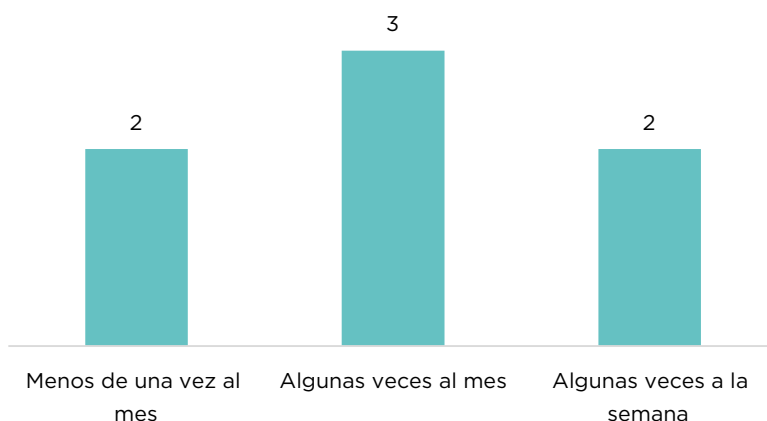
taban por consumir marihuana.

Asimismo, destacamos que tanto en prevalencias como en indicadores de consumo problemático, son muchos más los varones que las mujeres los implicados.

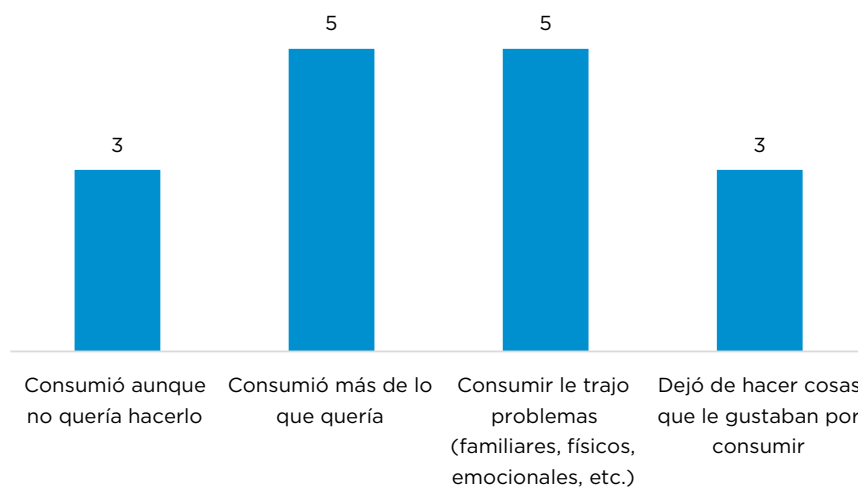
Por otro lado, la marihuana ocupa el cuarto lugar entre las sustancias que motivaron la preocupación por el propio consumo (luego de tabaco, alcohol y cocaína) y el segundo lugar de preocupación por el consumo de otros (ver capítulo V), y además esta sustancia aparece entre las sustancias con la que tuvieron *problemas los entrevistados o los familiares de los entrevistados* (ver capítulo VI), por sí sola o en combinación con cocaína.

Debido a la escasa cantidad de datos para consumidores actuales o recientes de cocaína, presentaremos la información discriminada por cantidad de personas y no porcentajes, ya que no es posible establecer proporciones.

◆ **Gráfico 26: Frecuencias (expresado en cantidad de personas) de consumo de cocaína**



◆ **Gráfico 27: Consumo problemático de cocaína (expresado en cantidad de personas)**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 8 (total de consumidores de cocaína del último año y mes)

Los entrevistados que declararon consumo de cocaína en el último año o mes fueron **8 personas** en total, es decir, el **2%** del total de entrevistados. Como se puede observar en el gráfico anterior, 3 de esas personas consumen cocaína algunas veces por mes, mientras que en los 2 de ellos lo hacen diariamente, y otras 2 lo hacen de manera poco frecuente⁸.

Los indicadores de consumo problemático de cocaína muestran que:

- ◆ 5 personas tuvieron problemas familiares o personales por el consumo de cocaína y la misma cantidad consumió más de lo que quería;
- ◆ 3 personas dejaron de hacer cosas que le gustaban hacer por consumir cocaína, y la misma cantidad consumió aunque no quería hacerlo.

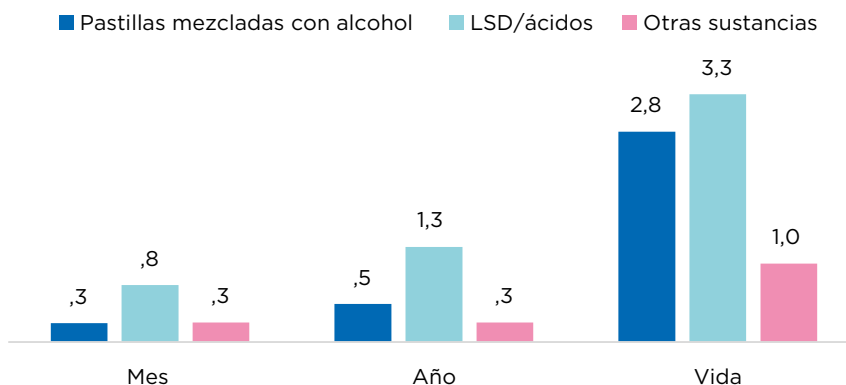
Por otro lado, esta sustancia es la más declarada como aquella con la que *tuvieron problemas los entrevistados o los familiares de los entrevistados* (ver capítulo VI), por sí sola o en combinación con otras sustancias. Además está en tercer lugar (luego del tabaco y el alcohol, sustancias legales) entre las sustancias que provocan preocupación por el consumo de otros, y también entre las que suscitaron preocupación por el consumo propio (ver capítulo V).

■ 4.4. Consumo de otras sustancias

El LSD (ácido) y las pastillas mezcladas con alcohol parecen ser las drogas de baja prevalencia más elegidas por los encuestados. Como se observa, el 3,3% de la población consumió LSD en su vida y el 1,3% en el último año. Por otro lado, el 2,8% consumió alguna vez pastillas con alcohol, mientras que el consumo de Pasta Base no es declarado en esta población.

Se destaca que de las proporciones mostradas para estas drogas las mujeres prácticamente no participan.

◆ Gráfico 28: Prevalencias (%) de consumo de otras sustancias



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

⁸ - En este caso hay un caso perdido (missing), por lo cual el total es 7 (siete) en lugar de 8 (ocho).-

■ 4.5. Edades de inicio promedio

Las edades de inicio promedio son un sencillo y útil recurso para pensar las estrategias más eficaces de prevención, trabajando en las franjas etarias correspondientes, intentando captar a los sujetos antes de su inicio en el consumo, para así disminuir la tasa de incidencia⁹ y, a largo plazo, las tasas de prevalencia. Por otro lado, es de mucha utilidad conocer el valor mínimo en edades de inicio, para poder ajustar al máximo las políticas de prevención.

Respecto a la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias legales, según lo manifestado por los entrevistados, encontramos:

- ◆ Para el **tabaco** se encuentra en los 16,6 años de edad, mientras la edad mínima de inicio declarada es de 6 años de edad en un caso, aunque se encontraron más casos entre los 10 y los 11 años de edad.
- ◆ Para el **alcohol** la edad de inicio promedio es de 16,8 años de edad, mientras que la edad mínima declarada es de 10 años.
- ◆ La edad de inicio promedio en **psicofármacos** es de 36 años de edad, mientras las edades mínimas se ubican entre los 9 y los 16 años de edad.

En las sustancias ilícitas, encontramos que:

- ◆ Para el consumo de **marihuana** la edad de inicio promedio es de 18,2 años, mientras la edad más baja de inicio declarada fue de 12 y 13 años de edad.
- ◆ En el caso de la **cocaína**, el promedio de edad es más alto, de 17 años de edad, mientras la edad más baja para su inicio en el consumo fue entre los 13 y los 14 años.
- ◆ Respecto a las **pastillas con alcohol**, el promedio es de 17,6 años de edad de inicio y la edad mínima es de 14 y 15 años de edad.
- ◆ Para el **LSD** la edad de inicio es de 18,8 años de edad y la mínima de 15 años.

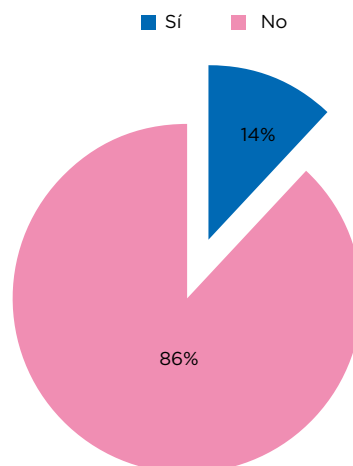
⁹ - La incidencia anual es el indicador que estima la cantidad de consumidores nuevos de una sustancia, es decir, que consumieron por primera vez durante el último año.

Accesibilidad y Trayectorias Terapéuticas

5.1. Percepciones sobre el consumo propio

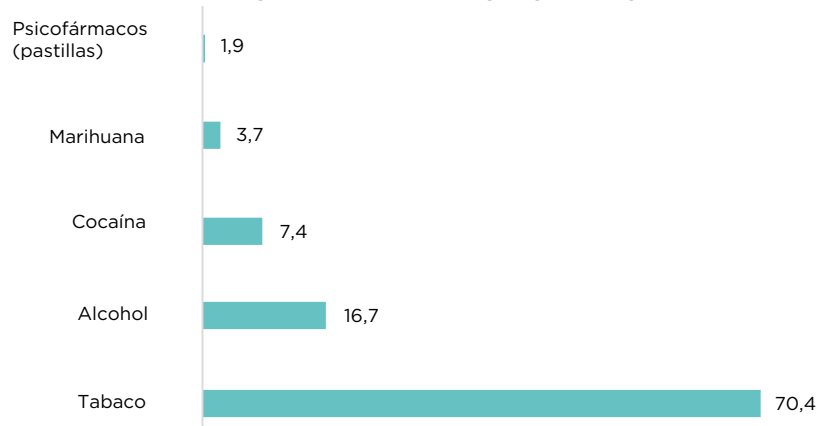
El **14%** de los entrevistados manifestó **sentirse o haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia**, y la sustancia que más le generó preocupación es el tabaco, seguido por el alcohol y la cocaína, y luego la marihuana. Otras sustancias mencionadas fueron psicofármacos e ibuprofeno. El **48%** manifestó seguir preocupado por su situación de consumo, sin haber podido resolverla.

◆ Gráfico 29: (%) Preocupación por el consumo propio de alguna sustancia



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

◆ Gráfico 30: (%) Tipo de sustancia que preocupa



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 54 (personas preocupadas por su consumo)

Analizaremos las sustancias ilícitas y el alcohol, que son las que requieren en la actualidad mayor atención de las políticas sanitarias. Entre los motivos de preocupación priman los relacionados a los **efectos físicos negativos**, es decir, a los efectos sobre la salud física que producen algunas sustancias. En este punto los encuestados se refirieron a los efectos de la cocaína y el alcohol.

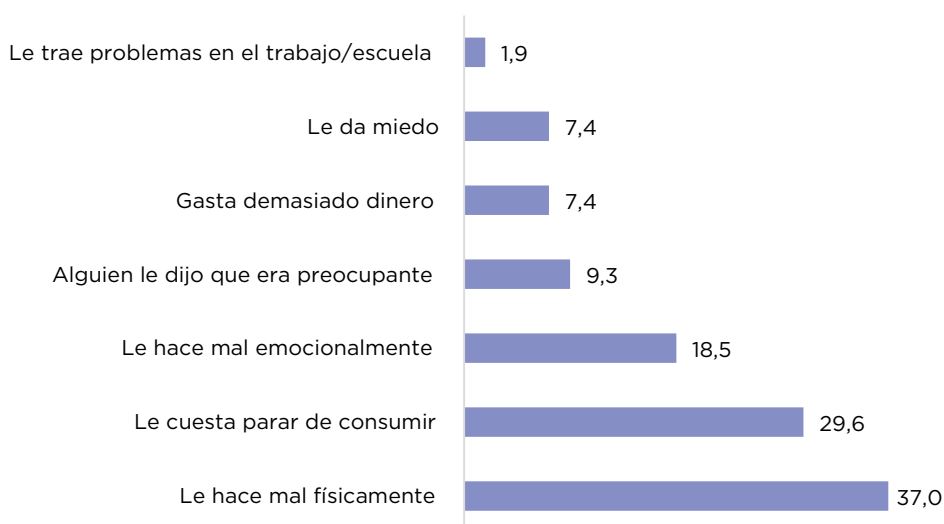
Por otro lado, la **compulsión** en el consumo o la dificultad o incapacidad para dejar de consumir implica a buena parte de los encuestados, principalmente en lo que hace al consumo de alcohol, y en segundo lugar a la cocaína.

También aparecen otros motivos que merecen atención, como el **sentirse mal emocionalmente** por el consumo. En este caso aparecen referidos al alcohol, a la marihuana y a la cocaína.

La intervención de otros significativos que señalan o manifiestan preocupación por el consumo propio se relaciona con el consumo de alcohol y cocaína. Esto nos permite pensar el lugar de las redes de contención social y familiar en estos problemas y la necesidad de reforzarlas o de trabajar con esos vínculos para acceder a los sujetos con problemas de consumo.

Otros motivos de preocupación, como el **miedo**, se refieren sobre todo al consumo de alcohol, mientras que entre los motivos **económicos** aparece el consumo de psicofármacos y cocaína.

◆ **Gráfico 31: Motivos (%) de preocupación por consumo de sustancias**

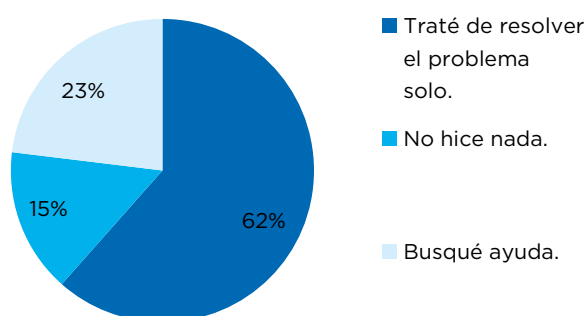


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 54 (personas preocupadas por su consumo)

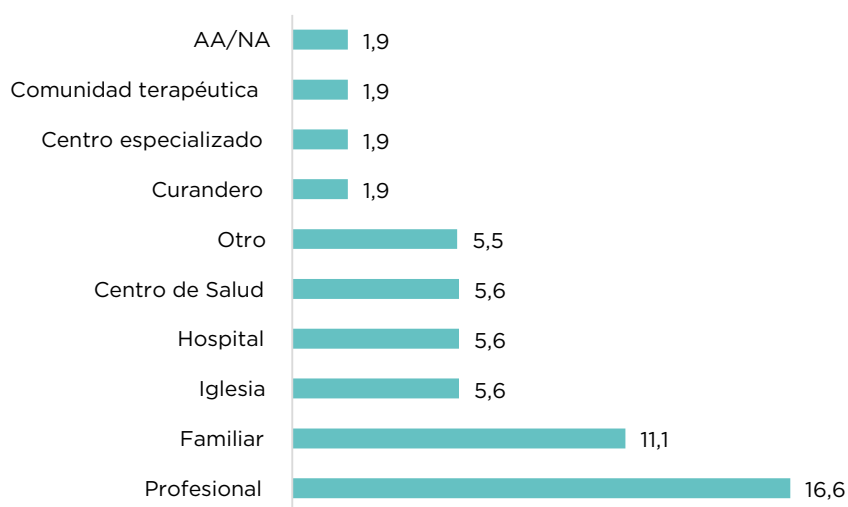
Respuestas frente a la preocupación por el consumo propio

La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es resolver el problema de manera, en principio, *individual*. Así, entre los entrevistados que se manifestaron preocupados por el consumo de alguna sustancia, encontramos que la mayoría intentó resolver el problema solo (62%), contra un 23% que buscó ayuda de terceros y un 15% que no hizo nada con esa preocupación.

◆ Gráfico 32: Respuestas frente a la preocupación (%)



◆ Gráfico 33: Lugares y/o personas a los que pidieron ayuda (%)



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 54 (personas preocupadas por su consumo)

En lo que respecta al consumo problemático de sustancias, asistimos en general a una forma de resolución de problemas centrada en lo que Eduardo Menéndez (2003) llamaría “*estrategias de auto-atención o auto-cuidado*”, que se manifiestan como una intención individual o familiar orientada a prevenir, dar tratamiento y/o controlar el consumo, sin la participación de formas de atención externas (sea bio-médicas, psicológicas, populares o de otra índole).

Siguiendo estos datos, y tomando el total de 32 personas que dijeron haber intentado resolver el problema de manera individual, encontramos que las estrategias de auto-atención involucran en igual proporción bajar la intensidad del consumo (43,8%) y dejar de consumir (43,8%). Otras **estrategias de autoatención** fueron hacer una promesa o dejar junto con otra persona que esté en la misma situación. También mencionaron la búsqueda de información. Los entrevistados declaran en su mayoría haber tenido éxito con las mismas.

Entre los que **no hicieron nada** (8 personas), encontramos que la mayoría no consultó porque no quiso hacerlo. Habría que indagar mejor qué significa “no querer” consultar, con qué motivos se relaciona, y qué efectos tiene en las personas con problemas de consumo.

Respecto a los **recursos de ayuda** frente a esta problemática, si bien la mayoría no consultó (31,5%), encontramos que varias personas recurrieron a profesionales (16%), y en segundo lugar a familiares (11%). No hubo en Colonia Caroya quienes hayan recurrido a amigos por este problema. En menor medida los recursos más recorridos son principalmente la Iglesia, el Centro de Salud y el Hospital (aproximadamente el 5% de la población recurrió a estos lugares), y además algunas personas concurrieron a un Centro especializado (Centro Cubano de Rehabilitación), a un curandero, y a una comunidad terapéutica. Por último, algunos dijeron haber recurrido a internet y a terapias alternativas para resolver este problema.

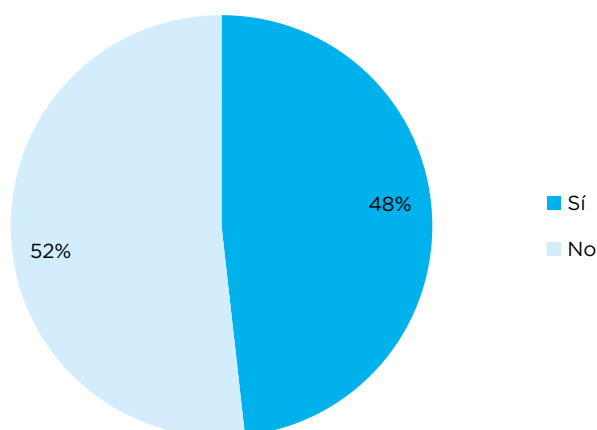
Asimismo, la mayoría de los que consultaron fueron sólo a un lugar por ayuda, y no repitieron la demanda en otros lugares o personas, aunque 7 encuestados dijeron haber consultado en dos o tres lugares en búsqueda de ayuda. La preocupación por el consumo propio suele ser más reticente al pedido de ayuda, y una vez que se hizo no suele repetirse, de ahí que sea necesario trabajar con la noción de “*respuesta oportuna*” frente a este tipo de demandas entre los distintos actores involucrados.

Por último, en la evaluación que hicieron los encuestados de los lugares donde fueron a pedir ayuda, encontramos que: en la mayor cantidad de casos fueron atendidos, en dos casos fueron derivados (uno por un profesional, otro por el centro de salud). Muchos adjudican evaluaciones buenas y muy buenas de la atención, y destacamos que las malas evaluaciones (notas de 1 a 5) se encuentran entre el curandero, una de las consultas a profesional, una consulta al hospital, y la comunidad terapéutica.

■ 5.2. Percepciones sobre el consumo de otros

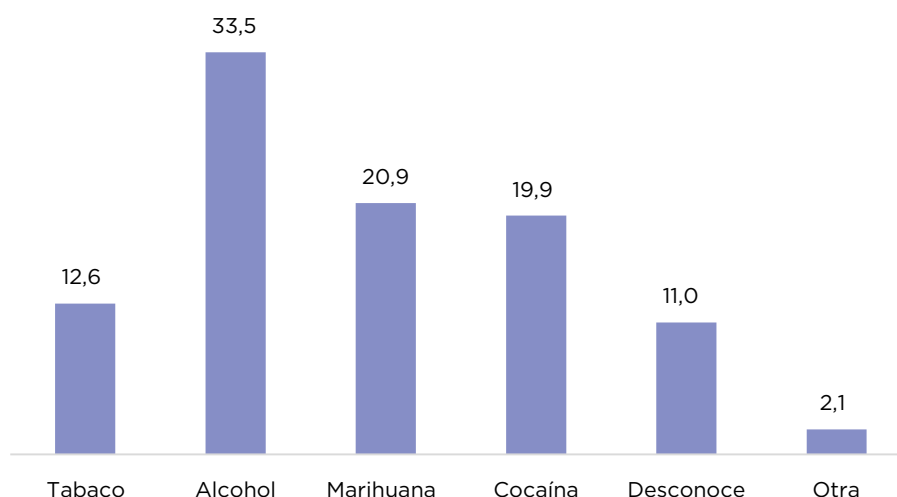
Como se observa a continuación, frente a la preocupación por un otro aumenta significativamente la respuesta positiva, siendo el **48% de los encuestados los que se han preocupado por alguien cercano, y el 62% de ellos continúa preocupado** por la misma persona en la actualidad. El 32% de los entrevistados se preocupó por algún amigo, y el 27,7% lo hizo por su padre, madre, hermano/a o hijo/a. El 5% se preocupó por su pareja. Los demás se preocuparon por otros familiares o conocidos.

◆ Gráfico 34: (%) Preocupación por el consumo de otros



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

◆ Gráfico 35: (%) Tipo de sustancia que preocupa



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 191 (personas preocupadas por el consumo de otros)

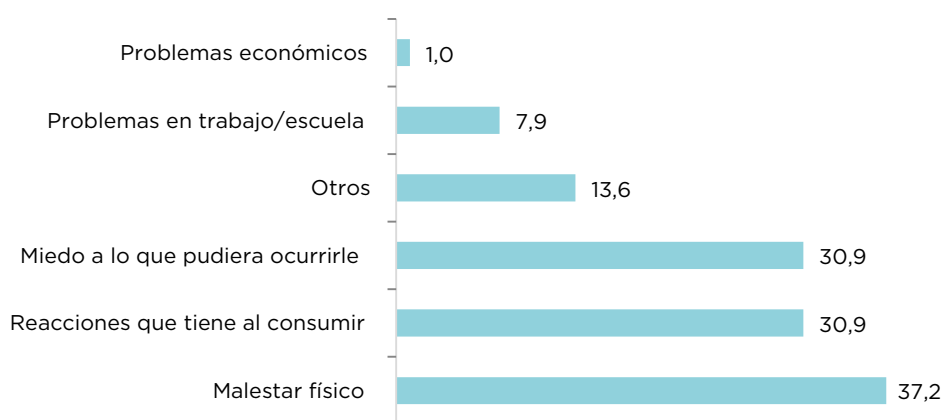
La sustancia por la que más se preocuparon fue el alcohol (33,5%), seguido por la marihuana (21%) y la cocaína (20%), que preocupan casi por igual. Por otro lado, un 11% dijo estar preocupado pero desconocer la o las sustancias de consumo de esa persona. Otras sustancias consumidas son: ácidos, pasta base y combinaciones de sustancias.

Respecto a los motivos de esta preocupación, el 37% está preocupado por el **malestar físico** que observa le genera, o que cree que se le genera a esta persona. El 31% se preocupa por el **miedo de lo que pudiera ocurrirle** a esta persona de seguir consumiendo, y en la misma proporción, por las **reacciones** que tiene esta persona cuando consume. En menor medida,

aparecen preocupaciones más relacionadas a lo social, como **problemas en el trabajo/escuela o problemas económicos**.

Estos motivos, además, están en relación con las sustancias motivo de preocupación. Por ejemplo, la preocupación por el malestar físico se relaciona principalmente con el consumo de tabaco, y con la mayoría de los que respondieron desconocer la sustancia de consumo. Asimismo, las reacciones que tienen las personas al consumir preocupan principalmente por el consumo de cocaína. Por otro lado, la mitad de los que se preocupan por el consumo de marihuana manifiesta preocuparse por el miedo que tienen (sin especificar) respecto a qué podría pasarles de seguir consumiendo.

◆ **Gráfico 36: Motivos (%) de preocupación por consumo de sustancias**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 191 (personas preocupadas por el consumo de otros)

Respuestas frente a la preocupación por el consumo de otros

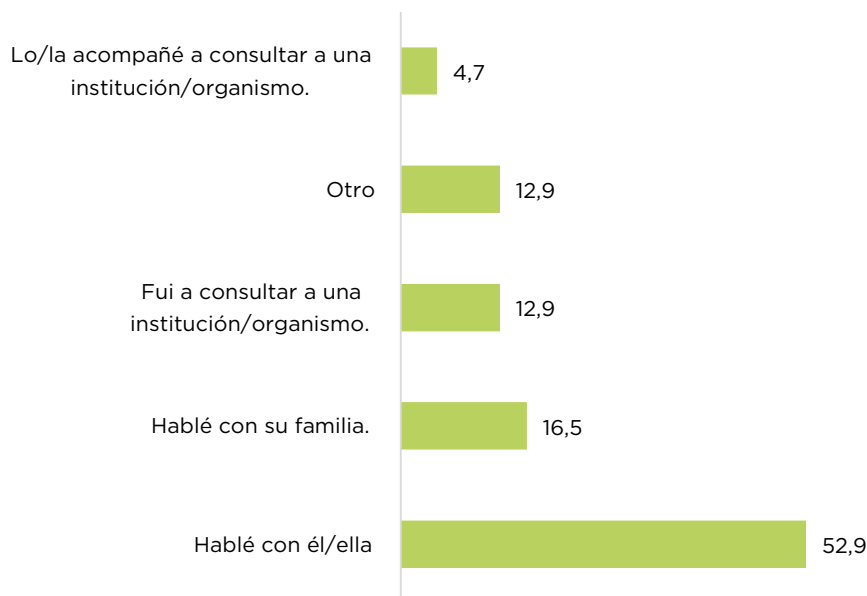
En lo que respecta a la ayuda u orientación solicitada por los entrevistados frente a problemas de consumo, observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de un familiar o de un amigo que cuando se trata de un problema propio.

En este caso, si bien es más frecuente la búsqueda de ayuda que en el consumo propio, **la mayoría (54%) no hizo nada frente a esa preocupación por otro. Pidieron ayuda o realizaron algún tipo de intervención el 46%** de los encuestados que dijeron estar preocupados por un tercero, es decir, un total de 88 personas.

En el Gráfico observamos que los recursos más utilizados se circunscriben en la esfera privada-individual, en tanto sólo el 13% dijo haber recurrido a una institución y el 5% lo acompañó a consultar. El resto de los encuestados afirmó principalmente haber hablado con la persona (53%) o su familia (16,5%), dando cuenta de una percepción del consumo de sustancias como un problema privado -íntimo- de las personas. Entre otros recursos encon-

tramos fundamentalmente la consulta a psicólogos, y en menor medida hablar con los amigos, la escuela, la Iglesia, y en un caso se buscó la internación en una clínica psiquiátrica.

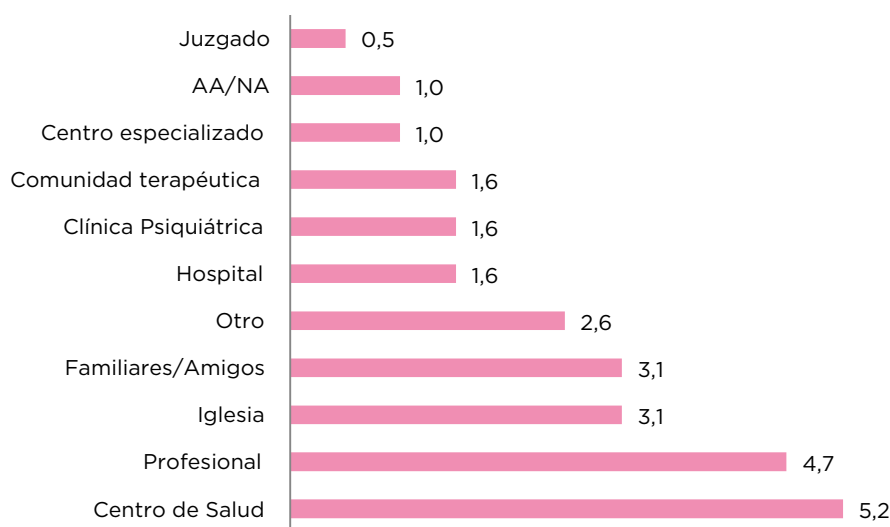
◆ **Gráfico 37: (%) Primeras respuestas frente a la preocupación por el consumo de otro**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 88 (personas preocupadas por el consumo de otros que buscaron ayuda)

Se observa una diferencia respecto a la preocupación por el consumo propio: **cuando se trata del consumo de personas cercanas, es más común la consulta en instituciones especializadas o relacionadas con la problemática**, como puede observarse en el Gráfico.

◆ **Gráfico 38: (%) Lugares y/o personas a los que pidieron ayuda**



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 191 (personas preocupadas por el consumo de otros)

Los motivos que argumentaron las personas que decidieron **no hacer nada** (54%, es decir, un total de 102 personas) frente a esta preocupación fueron principalmente que **no quisieron** (36,7%), o que **no supieron a dónde ir** (19,4%). Es importante destacar este dato, dado que referencia la falta de información o de conocimiento de los recursos, y se corresponde con lo manifestado como observación durante el trabajo de campo de los encuestadores. Además, varias respuestas se refirieron a no haber querido “meterse”, porque “no hacía falta”, o se sentía “incómodo”; o en otras respuestas, se planteó que la persona por la cual se preocupó no tenía “voluntad” o interés en consultar, o que no lo observa como un problema. Asimismo, un **6,1% dijo que no hay adonde ir en el barrio** frente a estas situaciones, y una persona dijo no haber tenido dinero o transporte para ir a consultar.

Respecto de los **recursos de ayuda** frente a esta problemática, encontramos que el 5% de los encuestados preocupados por el consumo de otros recurrieron al centro de salud, mientras el 4,7% recurrió a un profesional. El 3% buscó ayuda en la Iglesia y en la misma proporción lo hicieron con amigos o familiares. Entre otros lugares recorridos se mencionan: el Hospital y la Clínica Psiquiátrica (1,6%) y la Comunidad terapéutica (1,6%). Por otro lado, otros recursos elegidos por los encuestados fueron la policía y el asistente social.

Por otra parte, **la gran mayoría de los que consultaron fueron sólo a un lugar por ayuda**, y no repitieron la demanda en otros lugares o personas, al igual que con el consumo propio. **Sólo dos personas dijeron haber consultado en dos lugares, una persona dijo haber recurrido a ocho lugares distintos por ayuda.** De nuevo se hace necesario revisar las nociones de respuesta oportuna y de accesibilidad a los recursos de atención frente a estas características que asume la búsqueda de respuesta al problema de consumo en otros.

Por último, la evaluación realizada por los encuestados respecto de los lugares donde acudieron a pedir ayuda, encontramos que en casi todos los casos fueron atendidos, a excepción de dos derivaciones (desde el Centro de salud y desde el Hospital) y una persona que afirmó no haber sido recibida en la Iglesia. Las evaluaciones de la atención son, en general, buenas. Los casos de evaluaciones con puntajes muy bajos (de 1 a 5) los encontramos especialmente en la evaluación de la atención de la comunidad terapéutica, y hay una evaluación negativa respecto a la clínica psiquiátrica, el centro de salud y el hospital. Destacamos, sin embargo, que la mayoría de las evaluaciones superan los 7 puntos, lo cual significa concepciones “buenas” y “muy buenas” de la atención recibida.

Señalamos además, que del total de encuestados, **30 personas (7,5%) estuvieron preocupados tanto por su consumo como por el consumo de otros.**

Recursos de los vecinos del barrio

■ 6.1. Recursos percibidos en el barrio

A diferencia del capítulo sobre accesibilidad (Capítulo IV), en este punto **las preguntas se le realizaron al total de encuestados**, ya que las mismas se orientaron a conocer a qué instituciones o lugares *recurren o recurrirían* en el caso de tener ellos mismos o algún familiar/amigo distintos tipos de problemas: abuso de alcohol, consumo de drogas, maltrato o violencia doméstica, violencia institucional, y angustia o depresión. Cuando se preguntó por el consumo de drogas, se incluyó una pregunta para conocer de qué droga se trataba, para captar de manera más acabada el fenómeno del consumo en los territorios. En este sentido, se indagó en los entrevistados acerca del conocimiento de dispositivos formales -privados o públicos- e informales que intervinieran de alguna u otra forma en las problemáticas mencionadas.

Como se puede observar en la tabla, no se obtuvieron en la toma del dato demasiadas respuestas positivas en esta pregunta¹⁰. Sin embargo, las respuestas obtenidas pueden orientar sobre ciertos patrones de modo de resolución de problemáticas en el barrio.

Para los **problemas de abuso de alcohol** encontramos que los recursos principales son el centro de salud u organismos especializados, entre los que se destaca AA (Alcohólicos Anónimos) y, a continuación, los familiares.

En cuanto al **consumo problemático de sustancias**, sucede algo similar que en el consumo de alcohol: la mayor cantidad de respuestas se ubica entre el centro de salud y el organismo especializado, entre los que sólo se menciona la “comunidad terapéutica”. La Iglesia y los familiares también son recursos apelables ante esta problemática.

Ante **situaciones de angustia, depresión y miedos**, las personas afirmaron acudir, principalmente, al centro de salud y a sus familiares. Entre otros recursos mencionados, están el psicólogo particular y la Iglesia.

En los casos de **violencia doméstica** aparecen como recursos la policía y los familiares. En cuanto a la consulta sobre situaciones de **violencia institucional**, el desconocimiento de esta problemática por parte de los encuestados, conlleva una ínfima cantidad de respuestas positivas, por lo cual no resulta posible extraer conclusiones al respecto.

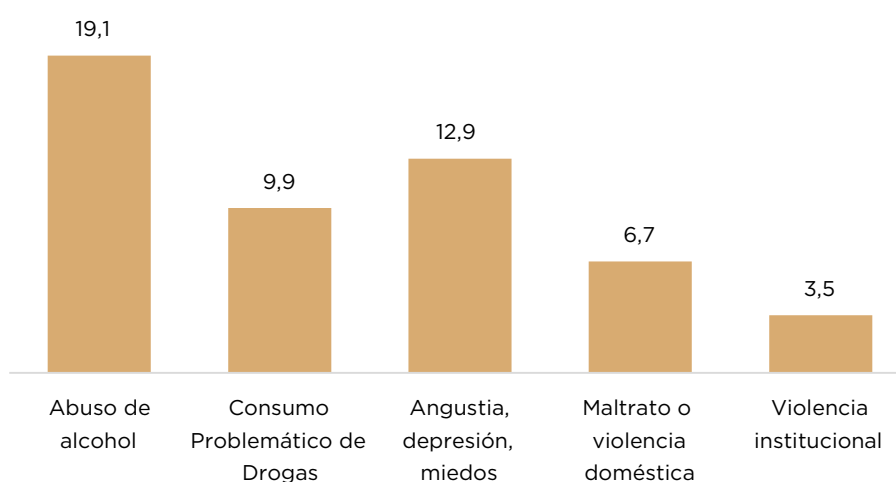
¹⁰ - Esto puede deberse a particularidades en la administración del instrumento, informadas por los coordinadores generales, quienes se refirieron respecto a dificultades al momento de preguntar por estos temas al finalizar la encuesta.

■ 6.2. Problemas vividos por los entrevistados o sus familiares

Respecto a los problemas vividos por los vecinos de Colonia Caroya, encontramos que el 19% dijo haber experimentado -ellos o algún familiar- abuso de alcohol, el 10% problemas de consumo de sustancias, el 13% dificultades relacionadas con la angustia y la depresión, el 6,7% experimentó situaciones de violencia doméstica y el 3,5% situaciones de violencia institucional.

Respecto a las sustancias con las que tuvieron problemas los encuestados, y en consonancia con el capítulo VI, la sustancia más mencionada es la cocaína (sola o combinada), seguida por la marihuana.

◆ Gráfico 39: (%) problemas de los entrevistados o de sus familiares



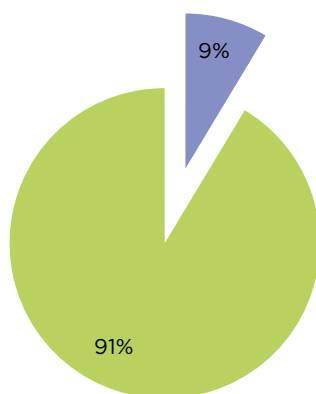
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 6.3. Conocimiento de programas o actividades de prevención del consumo problemático en el barrio

Por último, la mayoría de los entrevistados (91%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio. Entre los que conocen (9%) se menciona principalmente a: programa AA (Alcohólicos Anónimos); el CIC (centro de Integración Comunitario) del barrio; charlas en el Centro de Salud; una clínica en Jesús María; un programa de jóvenes del municipio; el REMAR.

◆ Gráfico 40: (%) Conocimiento de programas de prevención o asistencia en el barrio

■ Sí, conoce. ■ No, no conoce.



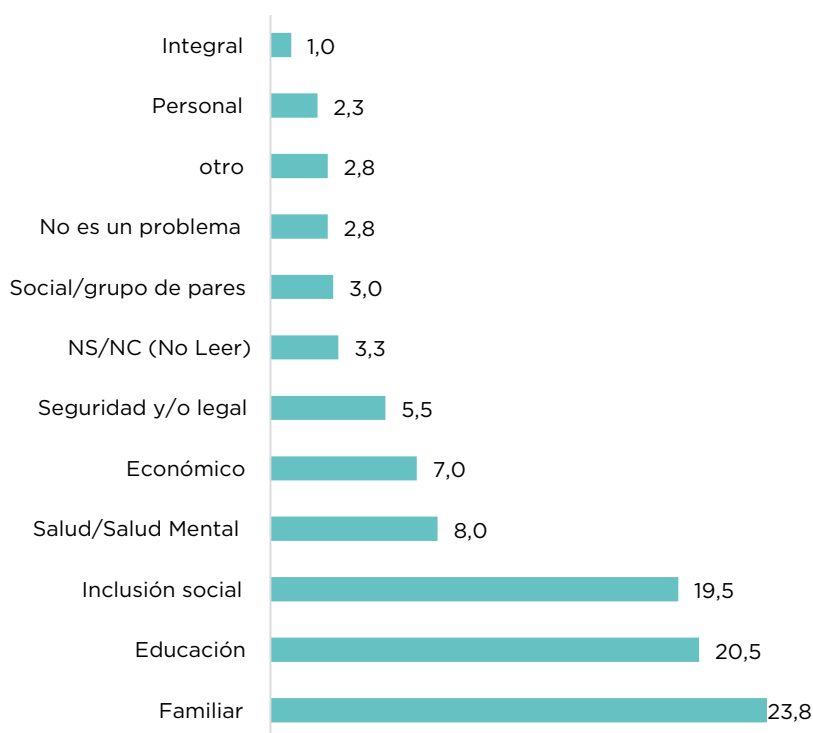
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

07 Opinión

7.1. Percepción de la problemática

Como se observa en el gráfico, el 24% de los entrevistados percibe al problema de la droga como un problema familiar, mientras que el 20,5% piensa que es de educación, y el 19,5% lo considera de inclusión social. De esta manera, podemos afirmar que la mayoría de la población entiende que el consumo problemático de drogas forma parte de las esferas vinculares-afectivas y sociales. En menor medida, se lo entiende como un problema de salud mental (8%) o económico (7%).

◆ Gráfico 41: (%) Tipo de problema según los encuestados



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

En relación con esta percepción de la problemática, el 24,3% de los encuestados eligió como mejor opción de tratamiento para el consumo problemático la consulta al psiquiatra, médico de otras especialidades y/o psicólogo (ver gráfico 42), orientado hacia un enfoque de resolución clínico-individual de la problemática. En el mismo sentido, el 17% piensa que el mejor tratamiento es “entrar a una comunidad terapéutica” y el 11% considera que es mejor “internarse”. Por tanto, si bien la mayoría entiende al problema como de orden familiar, educativo y de inclusión social, para muchos la

solución o tratamiento pertinente es del orden de la salud mental individual, y además, en muchos casos la solución aparece lejos o fuera de la comunidad. Desde otro punto de vista, encontramos que para el 18,3% de los encuestados el mejor tratamiento es “tener educación y trabajo”, lo que aporta una mirada más social al tratamiento de los consumos.

Entre otras medidas propuestas encontramos: ir a la iglesia, alejarse del barrio, grupos de apoyo, el diálogo, medidas de seguridad (dirigidas a los consumidores) y medidas de seguridad dirigidas al narcotráfico.

◆ Gráfico 42: (%) Mejor medida terapéutica según los encuestados



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Colonia Caroya, Córdoba, 2015. N: 402

■ 7.2. Propuestas de medidas a tomar en el barrio

Se les consultó a los entrevistados por las **medidas que creían necesarias para ser implementadas en su barrio en torno a la problemática de drogas**. Las múltiples respuestas pueden ordenarse en torno a ejes que permiten dar cuenta de cómo se está pensando el problema de las drogas en este barrio:

- **Vínculos:** muchos vecinos proponen enfocarse en talleres, charlas, espacios de contención individual y familiar, y de “educación a las familias” para poner límites o contener a los chicos, entendiendo al consumo como efecto de alguna carencia afectiva o vincular.

- **Educación y función de la escuela:** muchas propuestas se orientan a reforzar la prevención a partir de la educación, y ubican a la escuela en un rol central desde este punto de vista. Se plantean talleres y charlas en escuelas, y cambios en la formación docente.

- **Accesibilidad:** en muchas de las propuestas aparece la necesidad de “crear” centros de atención y comunidades terapéuticas “públicas”. Se plantea la necesidad de mayor acceso a organismos especializados y a

profesionales de la salud mental (especialmente psicólogos).

- **Seguridad:** muchos vecinos plantearon la necesidad de que haya más control policial en el barrio, identificar y detener a los narcotraficantes o a quienes vendan las drogas en la comunidad, controlar la venta de alcohol a menores y, en otras propuestas, también controlar y detener a los que consumen. También se propuso en este eje: “patrulleros todo el día”, “uso de las FFAA (fuerzas armadas)”, entre otros.

- **Información:** varias propuestas se orientan a demandar charlas y talleres informativos sobre drogas, incluso sobre síntomas y sobre abstinencia. Se mencionan campañas de prevención.

- **Inclusión Social:** muchas propuestas se orientan a establecer políticas de empleo para los jóvenes, para generar puestos de trabajo.

- **Uso del tiempo:** algunas propuestas se orientaron a crear actividades orientadas a los jóvenes. Según los vecinos, hacen falta actividades gratuitas recreativas, deportivas o artísticas para “ocupar el tiempo”.

- **Legalidad:** algunos vecinos propusieron la legalización del consumo de drogas.

Bibliografía

Fuentes de datos:

Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf

Estudio de Mortalidad relacionada al consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2011, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. Publicado en 2014. <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4062>

Material de apoyo teórico citado:

- Alves, P. (2014) "Narrativas de itinerários terapêuticos e doenças crônicas", 29ª Reunión Brasileira de Antropología, 3 al 6 de agosto de 2014, Natal/RN (GT 010)

- Menéndez, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1 [cited 2015-07-01], pp. 185-207.

- Rossi, D.; Pawlowicz M.; Singh D. (2007) "Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud". Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.



Secretaría de Programación para la
Prevención de la Drogadicción y la
Lucha contra el Narcotráfico
Presidencia de la Nación



OBSERVATORIO
ARGENTINO DE DROGAS