



INFORME DEL ESTUDIO NACIONAL A HOGARES SOBRE CONSUMO DE DROGAS
2007

RESUMEN EJECUTIVO

CONSEJO NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y
PSICOTRÓPICAS - CONSEP

OBSERVATORIO ECUATORIANO
DE DROGAS - OED

COMISIÓN INTERAMERICANA CONTRA EL ABUSO DE DROGAS - CICAD-OEA

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO - ONUDD



Directora de la Investigación
Dra. Silvia Corella Ramírez

Estadístico del Observatorio Nacional de Drogas
Ing. Diego Vaca

Elaboración del Informe Final
Silvia Corella Ramírez
Diego Vaca Enríquez
Jaques Laufer, Consultor

Coordinación y Levantamiento del Trabajo de Campo
Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, CEPAR
Centro de Planificación y Estudios Sociales, CEPLAES

Diseño y Digitación de la Base de Datos
CEPAR
CEPLAES

Corrección de Estilo
Patricio Viteri

Diagramación e Impresión
Satre Comunicación

PRÓLOGO

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), a través de su Observatorio Interamericano de Drogas, brindan apoyo técnico y financiero a países sudamericanos en el marco del *Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay*.

En este marco las comisiones nacionales de drogas integrantes del Sistema Subregional realizaron en el año 2008 estudios nacionales sobre el consumo de drogas en estudiantes secundarios, que permitieron por primera vez contar con información comparable entre los países. De la misma manera, durante los años 2006 - 2007, tales comisiones realizaron estudios nacionales en población general de 12 a 65 años, con diseños metodológicos comunes para posibilitar el análisis comparado de los datos. De esta forma y por primera vez estos países pueden comparar datos nacionales en población general sobre consumo de drogas sobre factores de riesgo/protección asociados, además de importante información de contexto relacionada con las políticas públicas en esta materia y los avances en prevención y tratamiento realizados y de los marcos jurídicos que regulan o no el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Sin duda las particularidades culturales, económicas y sociales de cada país son, necesariamente, un elemento a considerar al momento de establecer las comparaciones e interpretar la información relativa al consumo de drogas y de los patrones de uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en los distintos países.

Al mismo tiempo, la información producida contribuye al logro de un diagnóstico adecuado sobre la problemática del consumo en la Subregión y se constituye en un insumo clave para la reorientación y/o evaluación de las políticas preventivas y asistenciales ejecutadas, tanto de los sectores públicos como privados, a nivel nacional o regional. Por otra parte, los países diseñan y ejecutan estudios específicos con el objetivo de contar con información sobre otras poblaciones y

sobre fenómenos asociados al consumo (morbilidad, delitos, poblaciones vulnerables entre otros).

El consumo de drogas que se sitúa entre los retos que enfrenta a los países productores y de tránsito preocupa a las autoridades nacionales que participaron en este estudio comparativo. Se espera que estudios de esta índole no solo puedan aportar a procesos de reflexión sino lo más importante apoyar a contrarrestar su incidencia en la población a través de estrategias y programas fortalecidos que cuenten con el apoyo de todos los actores de los sectores públicos, privados y de la sociedad civil en su conjunto.

FLAVIO MIRELLA
Representante de ONUDD para
Perú y Ecuador y Coordinador
del Sistema Subregional

JAMES MACK
Secretario Ejecutivo de la
OEA/CICAD

DIEGO GARCÍA
Procurador General del Estado

DOMINGO PAREDES CASTILLO
Secretario Ejecutivo del
CONSEP

ANTECEDENTES

La Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) realizó, a través de su Observatorio Ecuatoriano de Drogas (OED), la Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas.

Este estudio se desarrolló en cumplimiento a lo establecido en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay —del cual nuestro país forma parte desde el año 2005—, coordinado por la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (ONUDD). Asimismo se contó con la asistencia técnica y económica del Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), entidad de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Es necesario precisar que se llegó a un consenso entre los equipos técnicos de los Observatorios Nacionales de Drogas de cada uno de los países que participan del Sistema Subregional, en la definición de una metodología que permitiera la comparabilidad de los datos en la subregión.

Partimos de la necesidad de contar con información válida sobre el fenómeno del consumo de drogas en el país, la cual nos permita identificar a la población objetivo según su pertenencia a grupos de riesgo, grupos de usuarios experimentales y consumidores que tengan una relación de dependencia o adicción al consumo de alguna sustancia psicoactiva, y definir prioridades de acuerdo a nuestras especificidades y particularidades como país. Nuestra misión principal es apoyar la toma de decisiones para dar soluciones al complicado tema del consumo de drogas mediante la producción de conocimiento científico, por lo cual la investigación debe ser la base en la que se respalden las intervenciones en materia de drogas, para mejorar la efectividad de las acciones, aprovechar al máximo los pocos recursos disponibles y contribuir a la construcción del conocimiento sobre la realidad de las drogas.

OBJETIVOS

En el Estudio lo que se busca observar es el consumo, y el método elegido es un cuestionario precodificado aplicado a una muestra seleccionada en forma aleatoria de la población estudiada.

El objetivo principal es el de contribuir al fortalecimiento de los programas de acción de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas en el Ecuador. Los objetivos específicos son dos: 1) establecer, dentro de la metodología del Estudio Regional, el nivel de consumo de sustancias psicoactivas de la población ecuatoriana, sus características y patrones principales, y 2) identificar los elementos de la estructura causal del consumo de acuerdo a las variables contempladas en el diseño del estudio, con el fin de orientar la prevención del uso de drogas

MARCO CONCEPTUAL

MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO

Los modelos explicativos iniciales del consumo se caracterizaron por contemplar un número reducido de causas (modelos unicausales). Por ejemplo, el modelo jurídico asimila simplemente al usuario como un delincuente; el modelo médico, como una víctima de una enfermedad, y el modelo psicosocial, como un producto-reflejo del consumismo y del hedonismo social o víctima de sus tensiones.

En una etapa ulterior, se desarrollaron progresivamente modelos a partir de un enfoque que se calificó de "integral" y que no solamente buscó reunir los modelos unicausales anteriores, sino también unir todas las dimensiones del problema: demanda, oferta, marco jurídico, etc. Pero en la prevención concreta del uso de drogas, dicho modelo no logró superar declaraciones extremadamente generales ni elaborar programas concretos.

Actualmente, el modelo de los factores de riesgo y de protección (FRP) se ha convertido en el marco principal dentro del cual se elaboran los programas de prevención. Del modelo integral comparte el abordar un gran número de causas, y de los modelos unicausales, las causas que se identificaron.

Pero ni los modelos unicausales ni los integrales han entendido claramente que el consumidor es un sujeto activo, o actor, y que como todo ser humano viviendo en sus circunstancias específicas, es capaz de tomar buenas o malas decisiones, y en este último caso también puede modificarlas.

La clínica

La clínica, o sea el tratamiento de los cuadros adictivos, también ilustra las contradicciones que existen entre los diferentes modelos terapéuticos. En este sentido, la oposición más profunda se ubica entre el modelo dopaminérgico de la enfermedad crónica del cerebro y el modelo psicológico de la adicción. El primero conoce varias aplicaciones y las llamadas prácticas "vivenciales" constituyen su expresión más extrema, pero también la más primitiva. Asumen que una enfermedad cerebral constituye el núcleo de la adicción y provoca un resquebrajamiento general de la "voluntad", lo cual justificaría la privación de los derechos del sujeto, su captura, encarcelamiento y maltrato sistemático. El delito de privación de los derechos humanos que realizan estas prácticas constituiría una medida de protección para un sujeto que hubiera perdido todo control sobre su relación con el producto. Buscan la sola desaparición del consumo y castigan la "recaída", que se produce generalmente en personas que nunca tuvieron el deseo de dejar de consumir.

El método científico

La prevención tiene ahora más de dos décadas de existencia, pero solo ha desarrollado un número reducido de modelos, que presentan al momento diversidad, heterogeneidad y contradicción. Además, muchos son meramente operativos, o sea diseñados para sostener algunas acciones específicas. Existe por lo tanto una gran necesidad de:

- Mejorar la descripción, la explicación y la previsión (el conocimiento).
- Ayudar una adecuada toma de decisiones (lo político o colocación inteligente de los recursos disponibles).
- Aumentar la calidad de las intervenciones (la acción y evaluación).

El modelo basado en los factores de riesgo y de protección (FRP) se apoyó sobre la hipótesis de la presencia de conjuntos de causas simples que desarrollan un campo de fuerzas antagonistas en el sujeto y que lo empujan hacia el consumo o lo alejan de él. En cierto sentido, se lo puede considerar como una integración aditiva de los múltiples modelos de causa única que han caracterizado los primeros esfuerzos de conceptualización de la prevención.

Este tipo de modelo es sumativo y es el más difundido en prevención. Sus elementos constitutivos pueden prestarse uno por uno a la validación experimental, como por ejemplo en un estudio cuantitativo. Sin embargo, presenta varios problemas.

El primer problema se relaciona con la complejidad de los supuestos FRP identificados. Por ejemplo, si a los anteriores factores relacionados con el sujeto, se añaden otros, vinculados con otras dimensiones, como la familia, los pares, las condiciones socioeconómicas o el mismo producto, este tipo de modelo se vuelve muy rápidamente de difícil manejo, en especial cuando se tiene que diseñar programas de acción a partir de ellos.

El segundo problema se relaciona con la naturaleza cualitativa y su principal limitación, con la ausencia de peso de los diferentes factores: todos se asumen como ejerciendo una misma fuerza de influencia. De esta manera, se podría interpretar este modelo en el sentido de que la suma de los factores de protección, menos la suma de los factores de riesgo, daría el riesgo final en el cual se encuentra el sujeto en algún momento de su vida.

El tercer problema se relaciona con el concepto mismo de causalidad sobre el cual se asienta el modelo de los FRP, el de la causa directa o unidireccional, propio de los esquemas deterministas. No contempla la presencia de bucles de causalidad, donde A influye en B, y B, a su vez, influye en A, tampoco de sistemas de variables desarrollando múltiples interacciones. Este vacío tiene una importante implicación, a más de limitar considerablemente el análisis de la dinámica del consumo. Si los factores identificados influyen en el sujeto de

manera aislada y unidireccional, su modificación implica trabajar con cada uno de ellos, lo cual significa un despliegue importante de recursos y de tiempo.

El cuarto problema se relaciona con las diferencias importantes que existen entre diversos modelos de los FRP, como por ejemplo en cuanto a la dimensión de la familia.

Los modelos explicativos en la prevención del uso de sustancias psicoactivas

En un nivel de la prevención, se busca evitar el encuentro con el psicoactivo. En otro, cuando este encuentro ya se dio, se busca evitar el desarrollo de una relación más intensa con el producto y, finalmente, cuando esta relación se volvió exclusiva o excluyente, se busca deshacerla.

La explicación monocausal de las décadas anteriores se ha transformado en los conceptos de factores de riesgo y de protección, y ellos se han multiplicado en la explicación. Pero cuando se los analiza, se puede reducir esta diversidad a un número más limitado de dimensiones, siendo las principales las siguientes:

- Modelos orientados hacia el producto tóxico.
- Modelos orientados hacia los conflictos tóxicos del sujeto.
- Modelos orientados hacia los contextos tóxicos.

Los *modelos orientados hacia el producto*, a partir de una lectura orgánica del consumo, se concentran sobre los efectos indeseados del psicoactivo en una perspectiva evidentemente informativa, racionalista y disuasiva, buscando convencer a la persona de los peligros somáticos, psicológicos y sociales que produce el consumo de drogas.

Los *modelos orientados hacia los conflictos tóxicos* del sujeto consideran la dinámica de los afectos psicotrópicos del psicoactivo y de los afectos disfóricos ligados a la conflictividad intra e interpersonal del sujeto. Trabajan a partir de la "irracionalidad" del sujeto, consideran la intervención preventiva como un trabajo de elaboración sobre las conexiones mentales que bifurcaron hacia los afectos psicotrópicos.

Finalmente los *modelos orientados hacia los micro y macrocontextos* (el grupo de amigos, el barrio, la sociedad o la "cultura") buscan modificarlos o enriquecerlos para crear ambientes "sanos" o hasta una sociedad ideal que generaría gratificaciones tan importantes para el sujeto que las ligadas al psicoactivo perderían toda importancia.

De hecho, las diferencias tan considerables que presentan estos modelos constituyen un indicador general acerca de su heterogeneidad y de la dificultad de la prevención para construir una teoría única desde la cual se podría diseñar programas eficaces, eficientes y efectivos. Esta disciplina es fragmentada y

todavía constituida por un sinnúmero de teorías locales que abarcan un número reducido de variables. Resulta evidente que se encuentra todavía en los inicios de su desarrollo como teoría científica y, por lo tanto, es aún incapaz de brindar soluciones profundas al problema. Por otro lado, lo que sorprende en esta situación, no es tanto el estado que presenta la prevención en el momento actual, sino la poca importancia dada a la investigación científica como herramienta para poner a prueba las hipótesis que sostienen dichos programas.

Marco conceptual del CONSEP en la prevención del uso de sustancias psicoactivas

El marco conceptual del CONSEP diferencia las siguientes dimensiones:

- Genética
- Constitucional
- Psicológica
- Sociocultural (familia, pares, escolar, comunidad y social)

En estas dimensiones, identifica una serie de factores de riesgo (54) y de protección (60). Por otra parte, aísla los conceptos de “resiliencia” y de “comunicación asertiva”, que parecen constituir el marco conceptual del cual se deberían desprender ciertas estrategias, líneas de intervención y programas de reducción de la demanda. La resiliencia y la comunicación asertiva forman parte de los factores de protección nombrados en este marco. En el texto mencionado, no se pueden evaluar los 104 factores identificados, en términos de su validez y consistencia.

Marco conceptual del Estudio a Hogares

Para entender que el consumo de base pueda brindar una “solución” a una determinada persona, cabe diferenciar los efectos deseados de los efectos indeseados del consumo. Los efectos deseados se relacionan con la producción de un afecto psicotrópico, mientras los indeseados, con los fenómenos negativos producidos por la relación con la droga: dependencia, gastos, problemas añadidos en otros ámbitos, etc. En general, el análisis se concentra sobre los segundos e ignora los primeros.

El presente Estudio calcula en 18 años la edad promedio del primer consumo de marihuana. Si es que la marihuana, como las demás drogas, rodea al sujeto durante toda su vida, ¿por qué su consumo suele producirse a esta edad precisamente? Esta pregunta obliga a orientarse hacia el sujeto, puesto que representa la cantidad que cambia, mientras la otra, la droga, se mantiene constante. Y orientándose hacia el sujeto, se descubrirá que esta edad media corresponde precisamente a una etapa específica en el desarrollo del sujeto: la adolescencia. Consecuentemente, habrá que preguntarse qué hace la adolescencia para que el sujeto sea más vulnerable al consumo de un

psicoactivo. Evidentemente, se tendrá que analizar esta adolescencia en sus mecanismos y, para hacerlo, disponer de un modelo adecuado.

El marco conceptual del presente Estudio contempla las siguientes dimensiones desde las cuales se elaboraron las variables del instrumento.

A. Variables de caracterización del consumo (variables dependientes)

Prevalencia de vida, último año y último mes

Frecuencia de consumo

Gasto económico del consumo

Problemas ligados al consumo

Exposición a prevención y tratamiento

Consumo en la familia, amigos, lugar de trabajo y barrio

Conocimientos sobre las instituciones que manejan el tema de la droga

B. Variables de caracterización del sujeto (variables independientes o hipótesis)

Características sociodemográficas

Ingreso económico

Dinámica familiar

Niñez, adolescencia y vida sentimental

Estado de salud

Vida sexual

Entorno laboral

Tiempo libre

Exposición a programas de prevención y de tratamiento

La presentación de los datos se realiza en dos capítulos principales: el primero se relaciona con la descripción de los niveles de consumo existentes en el Ecuador, y el segundo, con un análisis de los factores asociados al consumo, o sea la prueba de las hipótesis del Estudio.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Población estudiada

Durante la Reunión Técnica y de Coordinación del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre el Uso Indebido de Drogas en Argentina, Chile, Bolivia, Ecuador, Perú y Uruguay, los países acordaron definir como población objetivo a aquella población urbana comprendida entre los 12 y los 65 años de edad, con una muestra que debe ser representativa para el 70% de la población del país, aleatoria, por etapas y sin reemplazos.

Para poder cumplir con este objetivo (y por criterios de presupuesto), se tomó en cuenta, para la elaboración del marco muestral, a las ciudades de más de 50.000

habitantes, para las regiones Costa y Sierra, y de más de 24.000 habitantes para las ciudades de la región Oriental, lo cual mejora la representatividad nacional de la muestra. No se pudo incluir a la provincia de Galápagos en la muestra.

Caracterización del marco muestral nacional

No.	Región	Provincia	Ciudad	Población
1	Costa	Esmeraldas	Esmeraldas	95.124
2	Costa	Los Ríos	Babahoyo	76.869
3	Costa	Guayas	Durán	174.531
4	Costa	Guayas	Guayaquil	1.985.379
5	Costa	Guayas	La Libertad	77.646
6	Costa	El Oro	Machala	204.578
7	Costa	Manabí	Manta	183.105
8	Costa	Guayas	Milagro	113.440
9	Costa	Manabí	Portoviejo	171.847
10	Costa	Los Ríos	Quevedo	120.379
Total Costa				3.202.898
11	Sierra	Tungurahua	Ambato	154.095
12	Sierra	Azuay	Cuenca	277.374
13	Sierra	Imbabura	Ibarra	108.535
14	Sierra	Cotopaxi	Latacunga	51.689
15	Sierra	Loja	Loja	118.532
16	Sierra	Chimborazo	Riobamba	124.807
17	Sierra	Pichincha	Quito	1.399.378
18	Sierra	Pichincha	Sangolquí	56.794
19	Sierra	Pichincha	Santo Domingo	199.827
Total Sierra				2.491.031
20	Oriente	Sucumbíos	Nueva Loja	34.106
21	Oriente	Pastaza	Puyo	24.432
Total Oriente				58.538
TOTAL NACIONAL				5.752.467

Fuente: INEC, censo 2001

La muestra

Las unidades muestrales de la primera etapa fueron los sectores censales definidos por el INEC en el VI Censo de Población y V de Vivienda, realizado en el 2001. Sin embargo, para las ciudades de Quito y Guayaquil, se observó que los sectores censales generaban una muestra muy variable, de tal manera que para disminuir la variabilidad de la muestra se optó por generar “nuevos sectores”, que se denominaron segmentos, los cuales eran el resultado de la adición y sustracción entre manzanas de uno o varios sectores que fueron las unidades primarias del muestreo en las ciudades de Quito y Guayaquil; esto generó una muestra mucho más estable para estas ciudades. Las unidades muestrales de la

segunda etapa fueron las viviendas. Una vez que se seleccionaron los sectores (respectivamente los segmentos), se procedió a realizar una actualización cartográfica de los mismos con la finalidad de actualizar el número de viviendas y hogares presentes. Las unidades muestrales de la tercera etapa fueron los individuos, seleccionados mediante la tabla de Kish.

Cálculo del tamaño de la muestra

El diseño muestral estuvo a cargo del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, CEPAR, para las ciudades de Quito y Guayaquil, y el Centro de Planificación y Estudios Sociales, CEPLAES, para las regiones Costa, Sierra y Oriente. En varias reuniones se coordinaron los factores técnicos necesarios para asegurar que las muestras sean comparables entre sí.

EL INSTRUMENTO

El instrumento fue un cuestionario precodificado y aplicado a manera de entrevista a la persona seleccionada en la vivienda señalada.

EL TRABAJO DE CAMPO

Niveles y funciones

La dirección nacional de la “Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General” estuvo a cargo de la Coordinadora Nacional del SIDUC del Observatorio Ecuatoriano de Drogas.

Para las ciudades de Quito y Guayaquil, CEPAR estableció dos coordinaciones. Para las regiones Costa, Sierra y Oriente, dirigidas por CEPLAES, se establecieron varios niveles.

Aplicación de los cuestionarios

La aplicación de los cuestionarios estuvo bajo la responsabilidad de encuestadores con vasta experiencia y que además recibieron la capacitación correspondiente. A cada supervisor se le dieron instrucciones precisas de la vivienda en la cual se debía realizar la encuesta y el encuestador debía ubicar la manzana (o segmento) en un mapa y dirigirse al sitio para aplicar el cuestionario. En caso de que la persona no se encontrara se hacía una revisita hasta por tres ocasiones; en caso de no encontrar a la persona seleccionada en la tercera revisita, la misma se daba por perdida.

Para la ubicación de los individuos se proporcionó a los encuestadores un mapa donde se encontraba pintado el sector (o segmento) y se especificaba la vivienda a la cual debían acudir los encuestadores a realizar la entrevista. Por ningún motivo el encuestador podía reemplazar la vivienda seleccionada. La selección se

la realizó desde la oficina para no dar oportunidad al encuestador de decidir a quién entrevistar o no. La selección del individuo se la realizó mediante la tabla de Kish.

Distribución del trabajo de campo a nivel nacional

DOMINIO	CIUDAD	ENCUESTAS	TOTAL
SIERRA	Cuenca	246	1020
	Loja	108	
	Ibarra	102	
	Latacunga	48	
	Sangolquí	48	
	Ambato	150	
	Riobamba	144	
	Sto. Domingo de los Colorados	174	
COSTA	Esmeraldas	78	1020
	Machala	192	
	Portoviejo	132	
	Manta	144	
	Milagro	102	
	La Libertad	54	
	Durán	156	
	Quevedo	96	
ORIENTE	Babahoyo	66	1008
	Lago Agrio	558	
	Puyo	450	
QUITO	Quito	2536	2536
GUAYAQUIL	Guayaquil	2579	2579
TOTAL		8163	

LA ELABORACIÓN DE LA BASE DE DATOS

La elaboración de la base de datos estuvo a cargo de CEPAR, bajo las especificaciones solicitadas por el Observatorio Ecuatoriano de Drogas. CEPAR entregó los siguientes productos: base de datos en archivo "SAV" (formato de archivo de SPSS), el diccionario de variables, es decir, los códigos utilizados para la organización de las variables en la base, además de la supervisión de la digitación.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La base de datos de la encuesta constituye un objeto complejo. Los análisis estadísticos univariados permiten una descripción inicial de los datos, de tal manera que se puede tener una visión particular de cada una de las variables estudiadas a través de tablas de frecuencias. Una descripción univariada de las variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas permite calcular la

prevalencia de vida, año y mes del consumo de alcohol, cigarrillo, drogas ilícitas y medicamentos adquiridos sin receta médica.

El concepto de prevalencia

La prevalencia es un concepto de la epidemiología y se define por el cociente entre el número de personas que presentan una determinada característica y una población de referencia multiplicado por una constante, en general 100, para obtener un resultado de fácil lectura. En ciertos casos, se calcula una tasa por 100.000 habitantes cuando el valor del cociente es pequeño. La prevalencia de vida (PV) del consumo de una droga es la relación entre el número de personas que indican que alguna vez en la vida han consumido este producto y la población de referencia. La prevalencia de vida no hace diferencia entre las personas que consumieron una sola vez este producto y las que lo han consumido más frecuentemente. La prevalencia del último año (PA) expresa la proporción entre el número de personas que consumieron una droga durante el último año y la población de referencia, y la prevalencia del consumo durante los últimos 30 días (PM), es la misma relación pero correspondiente a este intervalo de tiempo.

Para la generación de estas prevalencias es necesario contar con algunos criterios que se detallan a continuación:

Drogas individuales. En las prevalencias se toma en cuenta únicamente a los individuos que contestan afirmativamente a las preguntas relacionadas con el consumo de alguna droga.

Combinación de algunas drogas. Se utilizó para la construcción de una variable llamada cualquier droga ilícita, que da cuenta del consumo en esta combinación y se la construye tomando en consideración la tabla de drogas ilícitas.

Para tener una visión más amplia de las relaciones existentes entre las variables es necesario construir tablas de contingencia, en las cuales se analiza la relación entre dos variables específicas. Estas estimaciones incluyen relaciones de prevalencia de consumo en cada dominio estudiado, y dentro de cada dominio, se incluyen tablas de contingencia de variables sociodemográficas y de identificación del individuo. Por otro lado, se incluyen tablas de contingencia de otras variables de interés que pretenden explicar de alguna manera relaciones de causa-efecto dentro de la problemática del consumo de drogas.

Las hipótesis del Estudio

La prevalencia del consumo de SPA se asume como la consecuencia o efecto de ciertas causas, y una parte importante del análisis consiste en identificarlas. Este trabajo se realiza mediante el concepto estadístico de asociación. Existe una asociación cuando al cambiar los valores de una variable, también cambian los valores de otra. Las hipótesis del Estudio están constituidas por todas aquellas

variables que no se refieren a las de prevalencia del consumo y de patrones de consumo, y están conformadas por las variables independientes del Estudio ya que pueden afectar a las primeras.

El problema de la comparación y la construcción de la tendencia

La tendencia permite estimar la evolución del uso de SPA y, cuando se dispone de información sobre otros componentes de la respuesta, tener una idea general sobre su eficacia. Lograr estas metas implica una capacidad instalada para repetir las mediciones a intervalo regular en el tiempo y mantener constantes los parámetros metodológicos de las mediciones, condición que no se ha logrado garantizar entre los estudios realizados en 1988, 1995 y el presente a la población general del Ecuador, ya que el proceso de estandarización de los estudios epidemiológicos en el continente y el OED alcanzó las mediciones después de la Segunda Encuesta Nacional realizada en 1995.

Un segundo elemento que dificulta la comparación entre las mediciones realizadas se relaciona con la tasa de disimulación, o sea la proporción de personas que habiendo usado drogas o estando haciéndolo no lo reportan en el instrumento.

Los métodos de investigación, su complementaridad y sinergia

El objetivo principal del presente Estudio consiste en estimar el nivel de consumo de SPA en la población ecuatoriana, así como sus patrones de consumo y otras variables asociadas. Por lo tanto, se aplicó un cuestionario precodificado a una muestra probabilística y representativa de la población estudiada para poder estimar, a partir de los estadísticos muestrales, los correspondientes parámetros de la población con márgenes de errores conocidos en las variables estudiadas.

El presente Estudio es un experimento que investiga variables cuyo nivel de medición es principalmente nominal y ordinal, y pocas de intervalo o de razón. Cabe indicar que muchas de las variables de la Encuesta han sido medidas con escalas débiles porque no se sabe cómo medirlas en escalas más fuertes o porque representan a fenómenos complejos. Por lo tanto, en el proceso de la construcción de un conocimiento, el tejido causal del consumo de SPA tiene que observarse desde varios ángulos, con el fin de compensar las limitaciones propias de cada método con las fortalezas de otros y poder construir progresivamente una representación de su estructura, sus elementos y las interacciones que ligan estos elementos.

RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE 12 A 65 AÑOS

EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

**Prevalencia de vida (PV), último año (PA) y último mes (PM)
del consumo de cigarrillos u otro tipo de tabaco (%)**

La prevalencia de vida, último mes y últimos 30 días del consumo de cigarrillos u otro tipo de tabaco se establece en 46.8%, 25.2% y 18.4%, respectivamente, a nivel nacional. Se observa una disminución considerable entre las prevalencias, lo cual traduce una reducción del consumo de cigarrillos en la población.

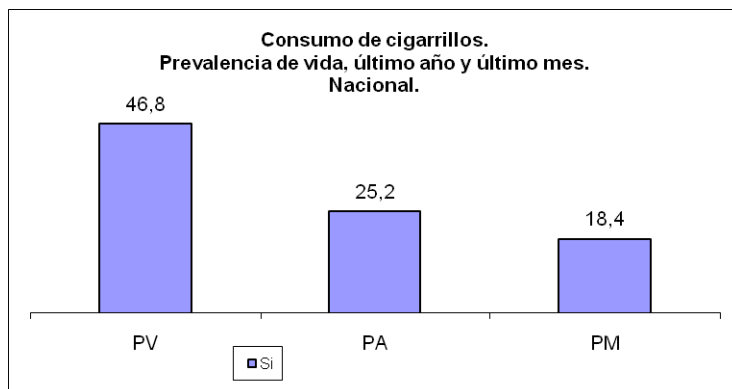


Tabla 1

Población representada		
Prevalencia de vida	Prevalencia últimos 12 meses	Prevalencia últimos 30 días
2.103.091 personas	1.132.930 personas	827.131 personas

Prevalencia de vida del consumo de cigarrillos u otro tipo de tabaco (%) y población representada (#) según dominio

Tabla 2

	Quito	Guayaquil	Sierra	Costa	Oriente	Nacional
PV	60,4	44,0	50,5	33,8	55,5	46,8
Población	616.162	647.127	446.285	354.565	38953	2.103.092

Existen diferencias significativas entre los dominios, siendo la PV mayor en Quito en comparación a Guayaquil y mayor en el Oriente en relación con la Sierra y la Costa.

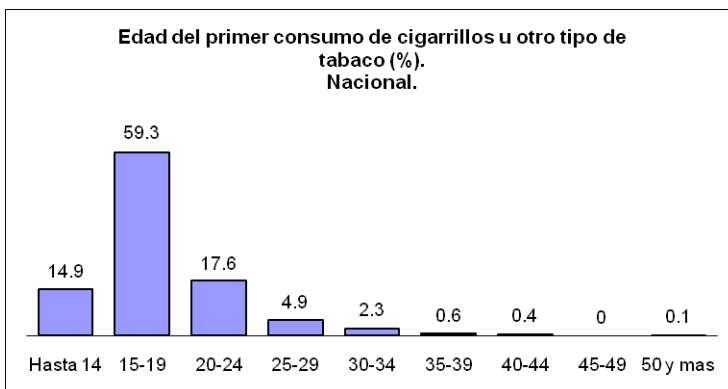
**Distribución porcentual de los consumidores de cigarrillos u otro tipo de tabaco según el género
Nacional**

Tabla 3

		Prevalencia de vida del consumo de cigarrillos	
		SÍ	NO
GÉNERO	MASCULINO	63,6%	36,4%
	FEMENINO	29,9%	70,1%

El consumo de cigarrillos es mayor entre los hombres, siendo significativa esta diferencia.

Distribución de los consumidores según la edad del primer consumo de cigarrillos u otro tipo de tabaco (años)

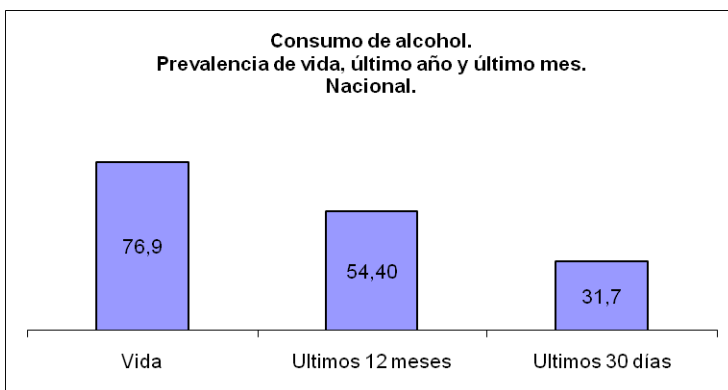


Para el 14.9% de la población que ha fumado alguna vez en su vida cigarrillos, el primer consumo se produjo antes de los 14 años. El rango de edad donde más frecuentemente se produce este primer consumo es el de 15-19

años. La edad promedio del primer consumo se calcula en 18.01 años.

EL CONSUMO DE ALCOHOL

Prevalencia de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días del consumo de alcohol



La PV del consumo de alcohol se calcula en 76.9%, la PA en 54.4% y la PM, en 31.7%.

Tabla 4

Población representada		
Prevalencia de vida	Prevalencia últimos 12 meses	Prevalencia últimos 30 días
3.458.104 personas	2.446.180 personas	1.423.815 personas

Prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de alcohol según dominio (%)

Tabla 5

	Quito	Guayaquil	Sierra	Costa	Oriente	Total
Prevalencia de vida	87.2	76.2	77.5	67.0	85.5	76.9
Prevalencia último año	62.8	54.3	52.9	47.4	58.6	54.4
Prevalencia últimos 30 días	37.9	28.8	30.6	30.6	32.4	31.7

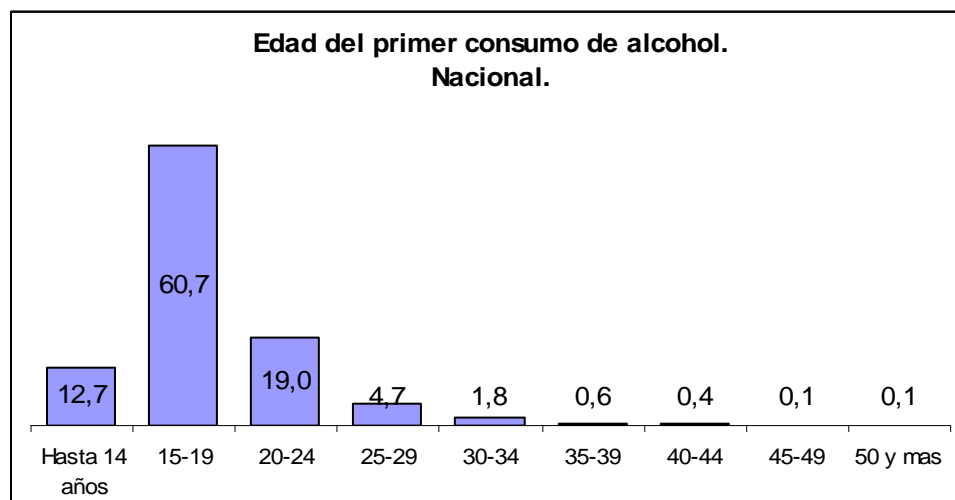
Prevalencia de vida del consumo de alcohol según el género (%)
Nacional

Tabla 6

GÉNERO		Prevalencia de vida del consumo de alcohol	
		SÍ	NO
	MASCULINO	84,1%	15,9%
	FEMENINO	69,8%	30,2%

La prevalencia de vida del consumo de alcohol en los hombres se establece en 84.1% y en las mujeres, en 69.8%.

Edad del primer consumo de alcohol (%)



El 60.7% de la población realizó su primer consumo de alcohol entre los 15-19 años.

Tabla 7

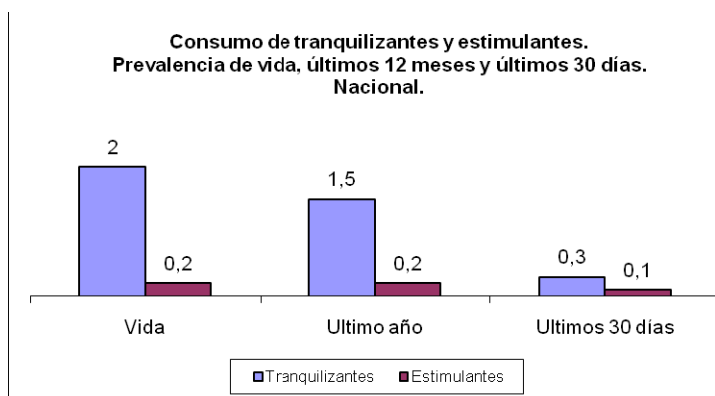
Edad media del primer consumo de alcohol	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
18.1 años	16.0 años	18.0 años	20.0 años

La edad media del primer consumo de alcohol en la población se calcula en 18.1 años.

EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES Y ESTIMULANTES

El consumo de medicamentos tranquilizantes y estimulantes registrado en el Estudio es aquel que se produjo sin prescripción médica.

Prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica



En PV, el consumo de los tranquilizantes (2.0%) es superior al de los estimulantes (0.2%). La prevalencia del consumo de medicamentos psicotrópicos estimulantes y tranquilizantes, cualquiera sea el producto, se calcula

en 2.1% a nivel nacional.

Tabla 8

Población representada: tranquilizantes		
Prevalencia de vida	Prevalencia últimos 12 meses	Prevalencia últimos 30 días
89.784 personas	21.941 personas	11.632 personas

Población representada: estimulantes		
Prevalencia de vida	Prevalencia últimos 12 meses	Prevalencia últimos 30 días
8605 personas	2516 personas	940 personas

Prevalencia de vida del consumo de cualquier medicamento según el género. Nivel Nacional

Tabla 9

GÉNERO		Sí	Casos
		% línea	
	MASCULINO	1,7%	38645
	FEMENINO	2,5%	55293

Entre los hombres, el 1.7% ha consumido alguna vez en su vida un medicamento psicotrópico, mientras que en las mujeres 2.5%, siendo significativa esta diferencia ($\chi^2=.000$).

PERCEPCIÓN DEL RIESGO AL CONSUMIR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

De manera habitual, la población en general asocia con todas las sustancias investigadas un importante nivel de riesgo, ya que más de 9 de cada 10 entrevistados estima que se corre un gran riesgo al consumirlas.

Tabla 10

Tipo de droga	Frecuencia del consumo	Ningún riesgo	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Cigarrillos	Consumo: frecuente	0,2	3,4	94,5	0,2
Alcohol	Consumo: frecuente	0,2	2,8	95,6	1,4
Tranquilizantes/Estimulantes	Consumo: frecuente	0,3	3,2	89,1	7,4
Marihuana	Consumo: alguna vez	1,3	6,2	89,2	3,4
Marihuana	Consumo: frecuente	0	0,8	96,7	3,4
Cocaína	Consumo: alguna vez	0,5	3,3	92,5	3,6

Cocaína	0	0,5	96,2	3,3
Consumo: frecuente				
Pasta base	0,4	2,4	90,8	6,3
Consumo: alguna vez				
Pasta base	0	0,5	93,5	6
Consumo: frecuente				
Éxtasis	0,4	2,3	90	7,2
Consumo: alguna vez				
Éxtasis	0	0,6	92,5	6,9
Consumo: frecuente				

Las sustancias a las cuales la población asocia el mayor nivel de riesgo son la marihuana, la cocaína y el alcohol en consumo frecuente.

FACILIDAD PARA CONSEGUIR DROGAS

La facilidad o no para conseguir una droga suele interpretarse como un indicador de la disponibilidad de la droga en el tejido social y, por ende, de la eficacia de los programas de interdicción. Se asume también que la facilidad de conseguir una droga es un factor de riesgo para el consumo. Pero en una segunda interpretación, se relaciona principalmente con el deseo del sujeto para consumir, el cual lo empujará a identificar las estrategias que le permitan obtener el producto que busca. Por lo tanto, esta variable no tiene una interpretación simple, ya que depende a la vez de la disponibilidad de la droga y de las conexiones de los usuarios entre sí.

Tabla 11

¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir? (%)

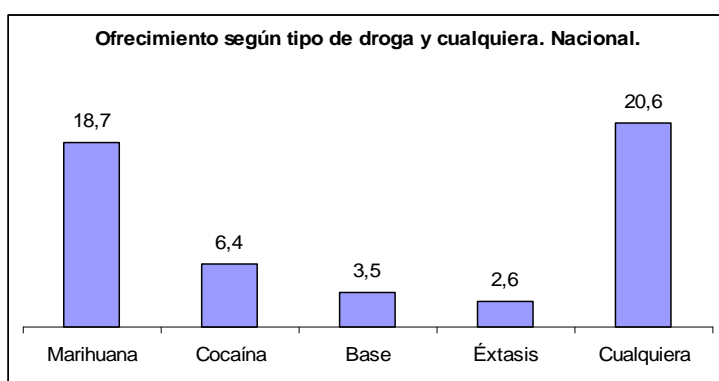
	Fácil	Difícil	No podría	No sabe
Marihuana	23,1	10,7	13,8	52,5
Cocaína	13,5	13,9	15,7	56,9
Base	10,1	13,2	16,3	60,3
Éxtasis	7,9	13,5	16,8	61,9
Heroína	5,9	14	17	63,2
Morfina	5,7	13,7	17,2	63,3

Con estos antecedentes, los datos indican que la marihuana es la droga más fácil de conseguir (23.1%) seguida por la cocaína (13.5%) y la base (10.1%).

OFRECIMIENTO DE DROGAS

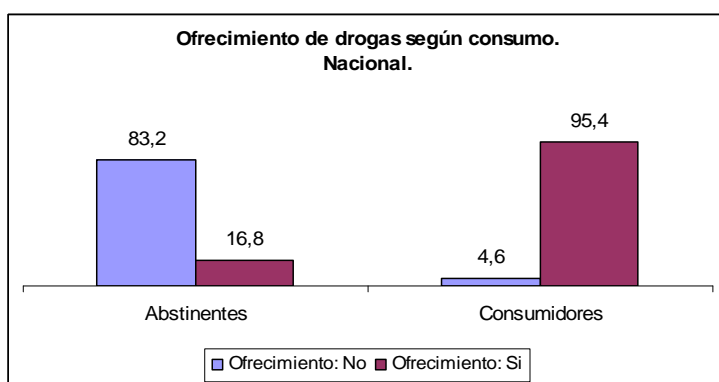
El ofrecimiento se asume generalmente como un mecanismo que favorece la entrada en el consumo para una persona abstinentes. Se trata de una hipótesis

simple, la cual es ampliamente usada en los modelos de prevención, y que se basa sobre un concepto del sujeto como ente pasivo, no de actor. Actualmente, se considera más el deseo latente de consumir, no necesariamente reconocido ni asumido explícitamente por el sujeto, pero capaz de dirigirlo hacia los lugares o las personas donde se encuentra el objeto de su deseo. En ciertos casos, consiste en lograr que el otro satisfaga lo que se está buscando.



La droga más frecuentemente ofrecida es la marihuana (18.7%). Para cualquier droga, esta proporción asciende a 20.6%, lo cual significa que aproximadamente 20 de cada 100 ecuatorianos ha conocido alguna vez en su vida una situación en la cual

hubiera podido consumir.



Entre los consumidores, el ofrecimiento de drogas es alto, 95.4% de los casos, lo cual es coherente ya que en los espacios donde se encuentran, también se hallan otros consumidores.

EL CONSUMO DE DROGAS

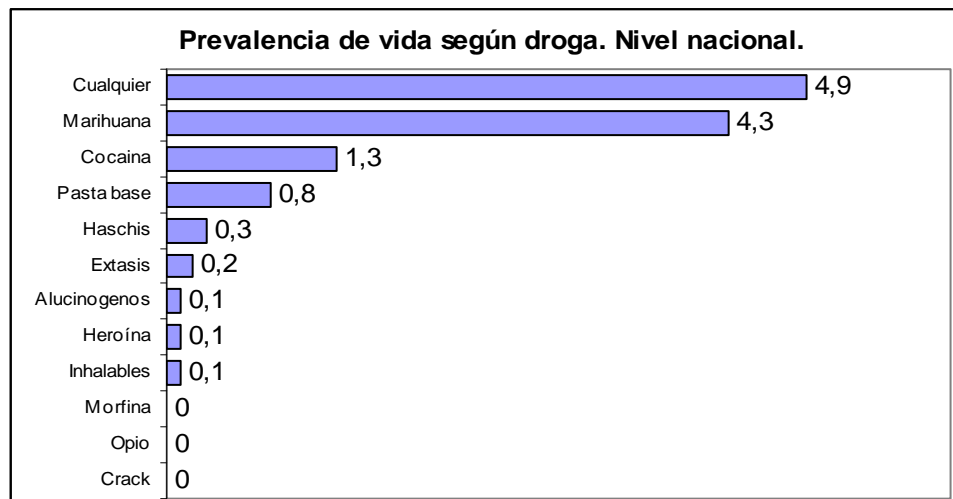
Los datos que a continuación se presentan describen la morfología del consumo de drogas ilícitas en el país, o sea sus proporciones de consumo, así como ciertos aspectos de sus patrones de uso.

Prevalencia de vida del consumo de drogas a nivel nacional (%)

La prevalencia de vida del consumo de drogas (PV) cuantifica a todas aquellas personas que consumieron por lo menos una vez en su vida una droga. Dicha variable no especifica en qué momento se produjo el consumo, el cual puede

haberse dado hace mucho o poco tiempo, en una sola ocasión o en una forma repetida.

Prevalencia de vida según droga



La información muestra que el consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (4.3%), seguido por la cocaína (1.3%) y la pasta base (0.8%). Las demás drogas presentan PV bajas.

Prevalencia de vida según tipo de droga y dominio (%)

Tabla 12

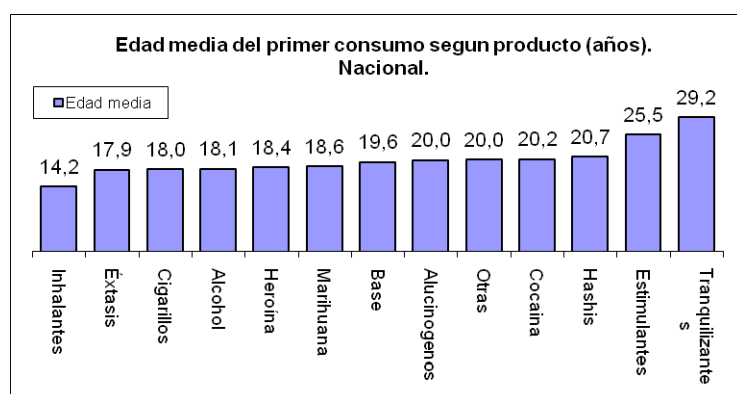
		Quito	Guayaquil	Sierra	Costa	Oriente	Nacional
Inhalantes	Tamaño	3360	1653	0	1089	82	6184
	PV	0,33	0,11	0,00	0,10	0,12	0,14
Marihuana	Tamaño	80034	41242	30373	41649	2112	195410
	PV	7,84	2,80	3,43	3,97	3,01	4,35
Hachís	Tamaño	7821	1241	0	2452	82	11596
	PV	0,77	0,08	0,00	0,23	0,12	0,26
Cocaína	Tamaño	20367	13574	6210	16119	551	56821
	PV	2,00	0,92	0,70	1,54	0,78	1,26
Base	Tamaño	7527	10521	4361	13369	332	36110
	PV	0,74	0,72	0,49	1,27	0,47	0,80
Crack	Tamaño	253	469	0	0	0	722
	PV	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02
Heroína	Tamaño	1434	0	1086	0	0	2520

	PV	0,14	0,00	0,12	0,00	0,00	0,06
Éxtasis	Tamaño	2692	3206	0	1032	88	7018
	PV	0,26	0,22	0,00	0,10	0,13	0,16
Opio	Tamaño	0	469	0	0	0	469
	PV	0	0,03	0	0	0	0,01
Morfina	Tamaño	253	0,00	0	0	0	253
	PV	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Alucinógenos	Tamaño	913	469	0	2408	0	3790
	PV	0,09	0,03	0,00	0,23	0,00	0,08

A nivel nacional, el total de las personas involucradas en el consumo de drogas en prevalencia de vida se estima en 320.893.

Prevalencia de vida según droga y edad media al primer consumo

La droga que más tempranamente se consume son los inhalantes (14.2 años) y las que más tardíamente se usan, los tranquilizantes (29.2%) y los estimulantes (25.2 años). La marihuana, la droga de mayor consumo en el país, suele consumirse por primera vez a los 18.6 años.



Proporción de consumo (prevalencia de vida de cualquier droga) según el género (%)

Tabla 13

	Abstinentes	Consumidores
Masculino	91.4	8.6
Femenino	98.8	1.2

Entre los hombres, la prevalencia del consumo de cualquier droga se calcula en 8.6%, y entre las mujeres en 1.2%, siendo 7 veces mayor el consumo entre los primeros.

Proporción de consumo (prevalencia de vida de cualquier droga) según el dominio (%)

Tabla 14

Quito	Guayaquil	Sierra	Costa	Oriente
8.4	3.3	3.8	4.8	3.9

EXPOSICIÓN A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La exposición a programas de prevención es un indicador de la actividad de la prevención en la población en general y en grupos específicos. Debería constituir un factor general de protección respecto al consumo. La información que a continuación se presenta se relaciona con la cobertura, pero no con el impacto. La cobertura es el tipo y la cantidad numérica de personas alcanzadas por estos programas, mientras el impacto, más difícil de medir, es la tasa de cambio provocada por la exposición a dichos programas de acción.

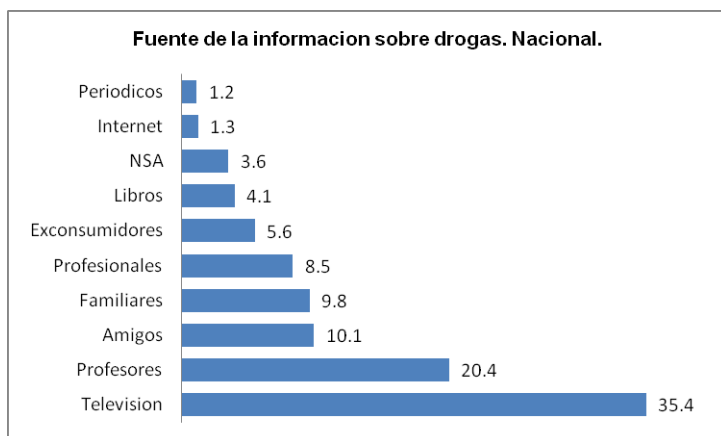
Nivel de información sobre las drogas (%)

Tabla 15

Bien informado	Poco informado	Nada informado
40.2	52.5	7.3

El 59.8% de los entrevistados se declara poco y nada informado sobre las drogas.

Fuente de la información recibida sobre las drogas (%)



La mayor fuente de la información sobre las drogas en la población en general es la televisión (35.4%) y los profesores (20.4%). Esta última información podría constituir un indicador en cuanto al fortalecimiento de las acciones de prevención en el sistema educativo.

Ha asistido a programas de prevención (%)

Tabla 16

No ha recibido	Barrio	Escuela Colegio	Universidad	Lugar de trabajo	Asociaciones	Iglesia	Otro
----------------	--------	-----------------	-------------	------------------	--------------	---------	------

56.2	1.0	25.5	7.6	4.5	1.3	1.7	2.2
------	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

La información muestra que más de la mitad de la población (56.2%) indica que no ha asistido a eventos de prevención como cursos, talleres, charlas, etc.. El tipo de eventos más mencionado es la escuela y el colegio (25.5%), así como la universidad (7.6%). En los demás espacios investigados, la importancia de dichos eventos es baja. Esta información revela la baja cobertura de los programas de prevención en el país.

EXPOSICIÓN A PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

La exposición a procesos de tratamiento se describe de la manera siguiente.

Ha buscado ayuda profesional en los últimos 12 meses para disminuir el consumo de SPA (%)

Tabla 17

Prevalencia	Población representada
0.4	19.408 personas

A nivel nacional, 19.408 personas han buscado ayuda en los últimos 12 meses para disminuir su consumo.

LOS FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las medidas de asociación estiman la magnitud con la que dos fenómenos se relacionan. Constituyen una herramienta estadística para explorar la estructura causal de un fenómeno. El concepto de asociación puede describirse más exactamente con el concepto de covarianza, el cual indica que cuando una variable A crece, otra variable B también crece o decrece. Una asociación puede significar que A es la causa de B, que B es la causa de A, que A y B son causados por C o que A y B no tienen relación uno con otro y que su asociación en los datos analizados se debe a una coincidencia.

En el análisis que a continuación se presenta, la variable Consumo de cualquier droga en prevalencia de vida se considera la variable dependiente, y las demás, las variables independientes.

RELACIONADOS CON EL SUJETO

En cuanto al género, el consumo de SPA es de 8.6 para los hombres y de 1.2 para las mujeres, lo que significa que es 7.17 veces más importante en el género masculino.

En lo que respecta a la **edad**, el consumo crece rápidamente hasta el rango de 20-24 años para mantenerse hasta los 40-44 años a nivel máximo, y luego empezar a disminuir regularmente.

En lo referente al **estado civil**, El mayor nivel de consumo se encuentra entre las personas divorciadas: es 2.8 veces mayor en este grupo en comparación con las personas casadas.

También se observa una diferencia significativa que indica que la proporción de consumidores es mayor en las familias que tienen algún familiar que ha **migrado** al exterior.

Sobre el **nivel educativo alcanzado**, el consumo se presenta principalmente entre las personas que alcanzaron un nivel intermedio o terciario completo en sus estudios (16.0%), postgrado (9.6%), terciaria incompleta (8.8%) y superior incompleta (7.3%). En los **universitarios**, el consumo es mayor entre las personas que estudian actualmente en algún centro superior de estudio (9.1%) en comparación con las personas que no estudian en una universidad (4.7%).

Respecto a la **ocupación**, entre los consumidores hombres, el mayor nivel de uso de drogas se encuentra entre aquellos que trabajan a jornada parcial y no quieren trabajar más (20.1%), los que no hacen nada (13.2%) y los que reciben ingresos de sus familiares (13.0%), y entre las mujeres que consumieron drogas por lo menos una vez en su vida, en las que teniendo trabajo no asistieron por vacaciones (32.4%), las que tienen un trabajo temporal (3.5%) y las que trabajan más de 40 horas semanales.

RELACIONADOS CON LA FAMILIA

La familia no es un contexto del sujeto. Es parte de su estructura profunda. El sujeto se construye dentro de las relaciones que se establecen en su sistema familiar mediante complejos mecanismos de asimilación y acomodación mutuos. Así, la formación del síntoma se produce desde y hacia este sistema familiar y su función ocupa un lugar tanto en sus espacios intrapsíquicos como interpersonales. La descripción de dicha dinámica solo se puede realizar en forma incompleta a partir de un método cuantitativo:

Las personas que viven con amigos y solas presentan el mayor nivel de consumo, 19.0% y 9.5% respectivamente, y las que viven en familias conyugales incompletas (2.9%) y en familias de origen completas (3.9%), el menor nivel. El consumo es más importante en las personas que viven en familias de origen incompletas (6.8%) en relación con las que viven en familias de origen completas (3.9%). Existe una relación general entre la cohesión del sistema familiar y el consumo de drogas, pero esta relación no es simple, y manifiesta la interacción de un sistema complejo de variables no contempladas en el presente cuestionario.

Los informantes cuyo padre murió por suicidio muestran el mayor nivel de consumo (20.9%). Pero si se compara el nivel del consumo en los grupos donde murió el padre y donde no murió, no se observan diferencias significativas.

En personas cuyos padres tienen o tenían una buena relación, la proporción de consumo alcanza 4.3%, mientras que en las personas que indican que sus padres no tienen o no tenían una buena relación, se ubica en 8.1%, o sea casi el doble.

El consumo es mayor en las personas cuyos padres se divorciaron, aunque la diferencia es menos marcada que en el caso de la variable anterior.

En la población en general, es la madre la figura que goza del mayor nivel de confianza (60.9%), tres veces mayor en relación con el padre (21.8%). El mayor nivel de consumo se encuentra entre las personas que no otorgan su confianza a ninguno de sus padres (10.7%).

El mayor nivel de consumo (15.8) se observa en aquellas familias que no apoyan a sus miembros cuando éstos tienen problemas. La capacidad del sistema familiar para ayudar a sus miembros presenta una relación directa con el consumo.

La información obtenida permite precisar los factores más asociados al consumo.

Vivir solo, sólo con amigos o tener una familia de origen incompleta
Haber perdido a su padre por suicidio
Tener padres que no tienen una buena relación
Tener padres que se divorciaron
Vivir en una familia donde la madre es la figura dominante
No poder sentir confianza en ninguno de los padres
Sentirse juntos con la familia y necesitar más espacio
Sentirse juntos con la familia y distante a la vez
Vivir cada cual su vida en la familia
No sentirse satisfecho de la ayuda recibida por los padres para los problemas personales
No discutir lo suficiente los problemas de la familia
Sentir que la opinión personal no cuenta en la toma de decisiones importantes en la familia
Nunca compartir los fines de semana en la familia
No sentirse querido en su familia
Recibir castigo físico en caso de indisciplina
Haber tenido problemas durante la niñez y la adolescencia
Haberse sentido desprotegido durante la niñez y la adolescencia

Estos elementos constituyen indicadores de la presencia de conflictos que se producen o se han producido en el sistema familiar y brindan mecanismos para los programas de acción que trabajan con la familia. También muestran que

dichos programas no pueden limitarse a la sola información, ni a recetas sobre cómo debería funcionar la familia. Deben diseñarse para poder entrar y modificar estos elementos conflictivos.

RELACIONADOS CON LOS CONTEXTOS

En cuanto al nivel de información sobre las drogas, el 59.8% de la población indica que se siente poco y nada informado sobre las drogas. Los consumidores piensan estar más informados sobre las mismas (59.9%) que los abstinentes (39.2%). De manera general, los contextos de los sujetos entrevistados son relativamente pobres en información sobre las drogas ya que solo un 40.2% estima que está bien informado.

En cuanto a la fuente de la información sobre las drogas, en la población en general, la principal fuente identificada de la información es la televisión (35.4%), seguida por los profesores (20.4%). Pero para los consumidores es la televisión (32.5%) y los amigos (17.7%), mientras que para los abstinentes, la televisión (35.6%) y los profesores (21.0%). Se observa un rol débil de la familia (9.8%) y de los profesionales (8.5%) en la transmisión de información sobre las drogas.

Menos de la mitad de la población ha sido expuesta a programas de prevención (43.8%). Después de más de dos décadas de prevención en el país, esta cobertura se estima como insuficiente. No se observa una diferencia marcada entre los abstinentes y los consumidores en cuanto a la cobertura, por lo cual se concluye que el impacto de dichos programas es extremadamente reducido.

En lo que respecta a las personas que consumen drogas en los contextos del sujeto, el 2.5% de los entrevistados indica conocer a alguien en el hogar que consume marihuana; el 0.9%, pasta base; el 0.6%, cocaína y el 3.9%, otra droga. El 12.5% de los entrevistados indica que conoce que algún amigo cercano consume marihuana; 3.7%, pasta base; 3.5%, cocaína, y 7.7%, otra droga. El 4.9% de los entrevistados indica que conoce algún compañero de trabajo o de estudio que consume marihuana; 1.1%, pasta base; 1.0% cocaína, y 6.1%, otra droga.

UN MODELO MULTIVARIADO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La explicación requiere de un proceso que tiene que diferenciar las causas del consumo (variables independientes) del efecto (variable dependiente). En el caso presente, la variable por explicar es el consumo de drogas y el procedimiento consiste en buscar en las variables contempladas en el estudio las que abarcan una relación con el consumo, el sentido y el peso de la influencia, tomando en consideración sus interacciones mutuas.

Definición de la variable dependiente

Los conceptos tradicionales de prevalencia de vida, último año y último mes, no permiten construir fácilmente una clasificación de los consumidores según la importancia de su relación con los productos. En resumen, se dirá que el concepto de prevalencia de vida por sí solo brinda una información general: el sujeto informa que alguna vez en su vida consumió una SPA. Este consumo puede haberse producido tanto hace pocos meses como hace muchos años atrás en su vida. Al comparar la PV con la PA, y en el caso donde no se produjo un consumo en el último año, la indeterminación sigue siendo casi tan importante. El periodo de consumo puede ubicarse en el pasado en cualquier momento. Puede tratarse de un consumo de una sola vez o de un consumo de varios años. En el caso donde existe un consumo en PV y PA, una incertidumbre similar se presenta.

En sujetos jóvenes como los adolescentes, esta indeterminación se reduce de alguna manera ya que en este caso, por su edad, el consumo no puede encontrarse muy atrás en el tiempo; pero en sujetos adultos, como es el caso para la mayoría de las unidades de la muestra de un estudio a la población general, dicha indeterminación aumenta mucho. El consumo puede haberse producido 10 o 20 años atrás en la historia y al clasificar a estos sujetos en el grupo de los consumidores, se comete un error evidente.

En la prevalencia del último mes, o sea aquellos sujetos que iniciaron su consumo durante el último mes, la misma indeterminación se produce: no se sabe cómo evolucionará dicho consumo. No se sabe si se trata de un consumo de poca intensidad que desaparecerá rápidamente o si es el inicio de una relación importante con la droga.

La metodología del Estudio ofrece dos variables para clasificar a los consumidores:

La duración del consumo. Es el tiempo calculado en años o meses entre la edad del primer consumo y la edad en la cual el informante indica que dejó de consumir drogas. Si declaró un consumo durante los últimos 30 días, se considera la fecha de la aplicación de la encuesta.

La frecuencia del consumo. Esta variable se ha medido en el presente Estudio con las categorías: "una sola vez", "algunas veces en los últimos 12 meses", "algunas veces mensualmente", "algunas veces semanalmente" y "diariamente".

Con estas variables se pueden construir los siguientes grupos:

Tabla 18

	Duración baja	Duración alta
Frecuencia baja de consumo	Grupo 1	Grupo 2
Frecuencia alta de consumo	Grupo 3	Grupo 4

consumo		
---------	--	--

El Grupo 1 reúne a los experimentadores o consumidores esporádicos; el Grupo 2 a consumidores regulares y el Grupo 4, a toxicómanos o consumidores compulsivos. El Grupo 3 es más difícil de clasificar ya que reúne un consumo de corta duración, pero de alta frecuencia. Desde el criterio de la duración, está más cercano al Grupo 1, pero desde la frecuencia, más parecido al Grupo 4.

Con las variables disponibles en el cuestionario y al no disponer de información sobre la edad en años del último consumo, se considera lo siguiente.

Edad del informante (v5)

Edad en la cual probó por primera vez (v57)

Consumo alguna vez en la vida (v56)

Consumo durante los últimos 12 meses y últimos 30 días (v61b)

Frecuencia del consumo durante los últimos 12 meses (v61c)

La edad del último consumo se estima a través del consumo durante los últimos 12 meses. Con estas variables se construyen los siguientes grupos.

Tabla 19

	Duración	Frecuencia
GRUPO 1 Ex consumidores	No se ha presentado un consumo durante el último año, pero sí en algún momento de la vida.	La frecuencia del consumo se vuelve secundaria ya que éste no es actual.
GRUPO 2 Consumidores actuales de baja intensidad	Se ha producido un consumo durante el último año y/o durante los últimos 30 días	La frecuencia del consumo se describe de la manera siguiente: Una sola vez Algunas veces durante los últimos 12 meses
GRUPO 3 Consumidores actuales de alta intensidad	Se ha producido un consumo durante el último año y/o durante los últimos 30 días	La frecuencia del consumo se describe de la manera siguiente: Algunas veces mensualmente Algunas veces semanalmente Diariamente

Identificación de las variables independientes

Se realizó una regresión logística binomial para la variable abstinentes-consumidores de cualquier droga en prevalencia de vida con los coeficientes de regresión. Cabe indicar que un coeficiente positivo significa que la variable aumenta la probabilidad de ocurrencia de la abstinencia, mientras que uno negativo, aumenta la probabilidad de no ocurrencia de la abstinencia. Un coeficiente positivo significa que la variable actúa en el sentido de un factor de protección, mientras que uno negativo, de un factor de riesgo. Finalmente, el valor de los coeficientes estima el peso de la variable en la ecuación de regresión.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

EL POSICIONAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DE LA DROGA

La importancia del tema de la droga en la agenda internacional ha ido disminuyendo a lo largo de esta última década. Esta pérdida del posicionamiento de la droga en la agenda pública también es evidente en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), donde la prevención y control de la droga no consta en sus objetivos ni en las metas identificadas.

LA ESTRUCTURA CAUSAL DEL CONSUMO Y LA TENDENCIA

La información relevante en demanda es la tendencia del consumo y su estructura causal. La tendencia mide el comportamiento en el tiempo del nivel del consumo de drogas. Implica la repetición de las mediciones de manera uniformizada y es la variable esencial para la evaluación de la importancia de la demanda de drogas en el Ecuador, así como de la bondad de los programas de acción de prevención y tratamiento. Para el Observatorio Ecuatoriano de la Droga, el desafío consiste en la realización de las mediciones con una frecuencia suficiente. La identificación de la estructura causal del consumo es el problema que mayor atención debería recibir. En este sentido, se tiene que desarrollar un plan que incluya métodos cualitativos y cuantitativos para lograr construir un modelo satisfactorio que permita apoyar los programas de prevención. La movilización de recursos nacionales en cantidad suficiente debería permitir obtener resultados satisfactorios en poco tiempo.

CONCEPTOS, MODELOS Y PROGRAMAS DE ACCIÓN

El método científico es un proceso en el cual se usan experimentos para contestar una pregunta. El primer paso se inicia alrededor de ciertas observaciones realizadas, fortuitas o sistemáticas, que pueden inducir una pregunta. Para responderla, se formula una hipótesis y para comprobar o refutar dicha hipótesis, se diseña un experimento específico, para generar datos que según su análisis, permitirán aceptar o rechazar la hipótesis. El presente Estudio

es el dispositivo experimental que permite poner a prueba una serie de hipótesis sobre el consumo.

La estructura causal del consumo es compleja al implicar un gran número de variables ligadas entre ellas de forma no lineal. El análisis realizado en el presente Estudio usando un modelo de regresión logística binomial y multinomial ilustra este punto. Estas variables tienen un efecto sobre el consumo porque actúan de acuerdo a la constelación de relaciones en la cual se encuentran inmersas. Surgen de esta manera flujos de probabilidades que propagan influencias complejas y no triviales sobre el consumo. La única manera de transformar las opiniones en conceptos consiste entonces en entrar en el largo proceso de la comprobación de hipótesis según el método científico. Dicho proceso toma tiempo ya que hay que acumular datos para poder aceptar y rechazar las hipótesis que se construyen de medición en medición. Lo que importa en esta búsqueda es la capacidad de mantener en el tiempo la dirección misma y el sentido de la investigación. Solo de esta manera se podrá establecer las tendencias del consumo de drogas en el Ecuador y sus causas.

EL OBSERVATORIO ECUATORIANO DE LAS DROGAS

Cuando no se sustentan sobre un modelo sólido, los programas de prevención solo terminan desaprovechando los recursos existentes. En el tema de la droga, cabe hacer una diferencia entre el análisis de la situación y el análisis de la respuesta, y en ambas dimensiones, el OED debe fortalecer su presencia.

El análisis de la situación se refiere al conocimiento del comportamiento del consumo de drogas en el país y a su estructura causal, mientras que el análisis de la respuesta, a los recursos conceptuales, financieros y programáticos con los cuales se interviene en el problema. Ambos se interrelacionan.

Una política para lograr sus objetivos estratégicos tiene por lo tanto que construir un dispositivo especial para observar la situación y otro para mirar la respuesta y responder dos preguntas esenciales: ¿tiene un impacto lo que se hace? y ¿lo que se está haciendo asegura un manejo óptimo de los recursos disponibles en términos de eficacia, eficiencia y efectividad?

Gestión de la información para el monitoreo de la respuesta nacional

El sistema de monitoreo y evaluación (SME) incluye un conjunto específico de indicadores de procesos, resultados e impactos que se recogen periódicamente en cada programa, con el fin de conocer sus avances y el grado de cumplimiento de sus objetivos, el tipo de dificultades que conocen y los ajustes que deben introducirse. Por ello, es importante que en el SME se visualice la estructura de responsabilidad, los mecanismos claros de planificación, documentación, reporte, evaluación y sistematización, así como los recursos técnicos y financieros suficientes que garanticen el éxito del proceso. Cabe indicar que

tanto la Estrategia nacional para enfrentar las drogas (Plan Nacional 1999-2003) como el Plan Nacional de Prevención y Control de Droga 2004-2008 no han sido evaluados y tampoco han logrado construir un dispositivo de monitoreo de la respuesta nacional.

Gestión de la información para el monitoreo de la situación

El monitoreo de la situación implica también la definición de un grupo de indicadores específicos, puesto que lo que hace la respuesta se mide en el cambio del consumo y de otras variables asociadas. Para medir dichos cambios, se necesita elaborar una serie de indicadores normalizados, definir en forma estricta las metodologías con las cuales se los medirán y repetir la medición en el tiempo para poder identificar la tendencia que presentan estos indicadores.

El esfuerzo del OED se ha concentrado sobre los indicadores relacionados con las personas en tratamiento, los estudiantes de enseñanza media y la población general. Salvo para los indicadores de tratamiento, los estudios realizados han brindado una información técnica y confiable. Sin embargo, el monitoreo de la situación tiene que profundizar la medición de dichos indicadores y definir indicadores nacionales específicos.

La medición de la tendencia

La medición de la tendencia requiere la realización de estudios en una frecuencia mayor a la lograda al momento. Esta necesidad implica un mayor apoyo económico nacional al OED ya que las mediciones deberían realizarse aproximadamente cada dos años para los estudiantes de enseñanza media y superior, así como para la población. Es importante estabilizar la metodología utilizada para realizar las mediciones ya que los datos de prevalencia en la población general han sido obtenidos en 1988, 1995 y 2006 con metodologías diferentes. Esta situación no permite establecer al momento la tendencia del consumo y evaluar el éxito de la política.

¿Han identificado adecuadamente la respuesta los sectores que configuran la situación?

Los sectores identificados al momento se describen a continuación, así como las mediciones realizadas.

Tabla 20

Población estudiada	Mediciones realizadas
Centros de tratamiento	Medición continua
Salas de urgencia	La medición se abandonó
Medicina forense	La medición se abandonó
Menores con problemas judiciales	Ninguna
Estudiantes de enseñanza media	1998, 2005

Estudiantes de enseñanza superior	Ninguna
Población en general	1988, 1995 y 2006
Cárceles	2006
Otras: niños de la calle, universitarios, etc.	Mediciones discontinuas

La respuesta ha identificado sectores importantes, pero no ha logrado realizar las mediciones con la frecuencia esperada. Por otra parte, se carece de información en ciertos sectores importantes, especialmente en estudiantes de enseñanza superior, menores con problemas judiciales, hijos y familias de emigrantes, entre otros.

¿Enfrenta la respuesta las variables que realmente determinan el problema?

El OEM elaboró, en el Segundo Estudio Nacional a Hogares (1995), un modelo discriminante sobre la estructura causal del consumo. Se estima que dichos estudios han logrado un análisis lo más profundo posible de la estructura causal del riesgo y del consumo desde su metodología específica. Los modelos construidos han podido identificar, en el conjunto de las variables analizada en estos estudios, las que mayor contribución presentan en la probabilidad de ocurrencia del consumo.

¿Tiene en cuenta la respuesta los obstáculos para lograr sus objetivos?

La respuesta en materia de reducción de la demanda debe orientarse hacia las variables que realmente intervienen en el consumo de drogas. En general, se sigue pensando que la disponibilidad de las drogas constituye la causa principal del consumo. Consecuentemente, y de acuerdo a esta hipótesis, la mayor parte de los recursos se invierten en la represión del tráfico (producción, transporte y comercialización) y asumen que los logros obtenidos en esta dimensión disminuirán el consumo. Sin embargo, la mayor parte de la droga decomisada no es una droga destinada al consumo nacional sino solamente una droga en tránsito hacia los mercados internacionales. La reducción de la oferta como estrategia para enfrentar el consumo afecta la disponibilidad, pero no el deseo para el consumo.

¿Aprovecha la respuesta las oportunidades que existen en el país?

Existen varias oportunidades en el país que el OED y la prevención en general no aprovechan como se debería. La respuesta puede ampliar la profundidad de su análisis en los aspectos siguientes.

Intensificar la relación del OED con la clínica

Las personas que se encuentran en tratamiento por problemas de consumo de drogas constituyen una población que puede brindar una información de primer

orden sobre la estructura causal del consumo. Se debería por lo tanto realizar alianzas estratégicas con ciertos centros con fines de investigación.

Realizar paneles de expertos

Un panel de expertos reúne a profesionales que tienen un conocimiento directo e indirecto específico en materia de drogas. Por otra parte, la experiencia nacional e internacional es mucho más amplia y la prevención en el país tiene que salir del círculo en el cual se encuentra y abrir sus fronteras a nuevas ideas y nuevas experiencias. Un panel de expertos puede apoyar el proceso de identificación de la estructura causal del consumo al integrar los conocimientos cualitativos y cuantitativos.

Realizar la evaluación de la efectividad, eficacia y eficiencia de los programas de prevención

La bondad de un programa de acción puede evaluarse antes de su implementación en una población, al contrario de lo que se suele pensar cuando se lo evalúa después de su ejecución. La condición consiste en trabajar con una metodología de grupos experimentales y grupos controles. Permite disminuir considerablemente los costos y asegura que el programa que se ejecutará en poblaciones tenga realmente impactos probados.

Fortalecer el sector de las organizaciones de la sociedad civil

El esfuerzo de la investigación en droga a nivel nacional no puede limitarse a la sola actividad del OED, ya que el conocimiento es universal y las necesidades son múltiples. El Observatorio debe por lo tanto apoyar con recursos económicos y técnicos todas las iniciativas que se enmarcan dentro de los objetivos nacionales.

Territorializar el OED

En su proceso de fortalecimiento, el OED debe buscar aliados estratégicos en los territorios a través de los gobiernos provinciales, de los municipios y de sus instancias de coordinación. Debería existir un esfuerzo mayor para motivar a los gobiernos y a los actores locales para realizar un diagnóstico territorial a partir del cual organizar su respuesta dentro de los objetivos identificados en el marco nacional de acción de prevención y control de la droga.

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ECUADOR

La evaluación del nivel del consumo presente en el Ecuador a nivel nacional se estima en 4.9% en prevalencia de vida, cualquiera sea el producto usado, sin considerar los estimulantes (0.2%), tranquilizantes (2.0%) y la categoría Otras drogas (0.1%). Dicha medición demuestra que se mantienen los niveles de consumo en el país. La droga más consumida es la marihuana (4.3%), seguida por

la cocaína (1.3%) y la base (0.8%). Entre las drogas de bajo uso, el hachís (0.3%) y el éxtasis (0.2%) representan los productos de mayor prevalencia de consumo. El 14.7% de la población a nivel nacional indica que durante los últimos 30 días se emborrachó una o más veces, lo cual designa una población de 574.358 personas.

Debido al diseño muestral usado que selecciona un hogar donde elegir un informante, ciertos grupos de población no han podido ser representados en la muestra, como es el caso de las personas que viven en aglomeraciones de menos de 30.000 personas, o sea la población rural e indígena, las personas privadas de libertad, los grupos inmersos en fenómenos de movilidad social o laboral, y de desplazamiento, los consumidores en centros de tratamiento, las personas relacionadas con el trabajo sexual y otros

Se estima que el país tiene que enfrentar una población de alrededor de 309.087 personas involucradas o que alguna vez se involucraron en el consumo de una o más drogas.

ACERCA DEL MODELO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

LA VARIABLE DEPENDIENTE

Para lograr verificar los factores de riesgo, se tiene que llegar a una definición adecuada de la variable dependiente, la cual tiene principalmente que lograr una clasificación correcta de los consumidores. Como ya se indicó, el concepto de prevalencia brinda la información más clara para el consumo del último año y el de prevalencia de vida termina generando una información borrosa que aporta pocos detalles sobre la historia del consumo más allá del año. Por esta razón, la realización de análisis multivariantes debe construir una clasificación lo más adecuada posible de los consumidores e iniciarla desde el mismo instrumento de medición.

De hecho, la información más importante se relaciona con:

- a) El consumo actual o pasado, es decir la determinación de si el sujeto ha dejado de consumir o si sigue consumiendo. En el primer caso, se lo calificará de ex consumidor, y en el segundo, de consumidor actual.
- b) La definición de la duración del consumo debe basarse sobre dos variables esenciales: la edad del primer consumo y la edad del último consumo. La diferencia entre estos dos momentos temporales brinda la duración del consumo.
- c) La tercera variable se relaciona con la frecuencia promedio del consumo durante estos dos momentos temporales y permite afinar la clasificación de los consumidores.
- d) Finalmente, se pueden usar ciertas variables adicionales para especificar con mayor detalle dichos grupos. Una de ellas se refiere a los periodos de abstinencia que pueden haber existido o no entre estos momentos. Un consumo continuo

puede tener mayor gravedad que un consumo que ha conocido periodos de abstinencia.

LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Finalmente, cabe evaluar la calidad del conocimiento que ha organizado el presente Estudio y que refleja el conocimiento general de los actores. El instrumento consta de dos secciones. La primera se relaciona con las variables descriptivas del consumo, y la segunda, con un conjunto de variables supuestamente explicativas del consumo. Cada una de estas últimas constituye una hipótesis. En un análisis multivariante, una manera de evaluar la fuerza de dicho conocimiento consiste en usar un modelo de regresión logística en sus diferentes etapas, evaluar los grupos de variables que se introducen progresivamente en el análisis en su capacidad de clasificación de los grupos. Un indicador esencial de un conocimiento acertado se relaciona con la proporción de casos correctamente clasificados a partir de variables que no se relacionan con el mismo consumo.

Variables sociodemográficas, individuales y familiares

Las variables sociodemográficas, individuales y familiares del Estudio clasifican correctamente a solo el 12.3% de los consumidores. Cuando a las anteriores se añaden las variables relacionadas al nivel de información, el porcentaje de clasificación correcta de los consumidores sube a 42.9%. Con las variables relacionadas con el consumo en los entornos de la casa, del trabajo y de los amigos, el modelo clasifica correctamente el 64.9% de los consumidores. Con las variables relacionadas con el consumo de drogas en el entorno laboral, el porcentaje de consumidores bien clasificados sube a 76.2%.

Este proceso exige una sinergia entre los principales actores de la reducción de la demanda: la investigación, la prevención y el tratamiento. No entender esta necesidad conduce a seguir ejecutando programas de acciones de limitada eficacia.

La prevención tiene que realizar una crítica seria de su saber y de su quehacer, ser transparente y rendir cuentas. Debe analizar por qué carece en gran medida de objetivos concretos y por qué suele describir lo que hace, y no lo que logra, o sea cuál es la razón para no evaluar sus resultados, sino solamente sus procesos. Pero fundamentalmente, tiene que examinar si se puede mantener su objetivo oficial, "prevenir la farmacodependencia", o sea intervenir algo que todavía no ha acontecido.

En una sociedad ansiógena y saturada de drogas donde un cierto número de personas y grupos se encuentran, por su historia íntima, en situación de vulnerabilidad, se estima que las principales estrategias de reducción de la demanda deben lograr una reingeniería de la política en los siguientes aspectos.

1. Reorganizar los programas hacia una función de alerta que permita a las personas prepararse ante el riesgo que presenta la existencia de las drogas. Esta estrategia, a la cual se deberían asociar los mismos usuarios, propone una redefinición del concepto tradicional de información sobre las drogas que persigue objetivos lejanos y no de preparación y de acción anticipada.
2. Favorecer la construcción de competencias personales y sociales para lograr el desarrollo de una habilidad de autocontrol que permita evaluar y manejar la situación propia de vulnerabilidad, o sea en personas no involucradas en el consumo pero que podrían hacerlo, en personas que ya consumen para lograr una práctica más segura de autocontrol en el mismo consumo, mitigar el daño de su abuso, así como en los entornos inmediatos para limitar los daños colaterales y aumentar su capacidad de contención.
3. Construir mecanismos que permitan la mediación de conflictos en la convivencia entre las personas implicadas en el consumo y las que no lo son. La mediación es un proceso no adversarial y cooperativo que debe reemplazar el concepto de "guerra a las drogas" o de ganadores y perdedores implícito en la actual política antidroga.
4. Eliminar el castigo y el estigma sobre los usuarios para ampliar el acceso a los servicios, mejorar la capacidad de acogida y de adherencia de estos últimos, fuera de la violencia y respetando los derechos humanos. Cabe observar que en la respuesta pública actual, existen más consumidores en el sistema penal que en el sistema de salud.
5. Focalizar las acciones en las poblaciones vulnerables y no en la opinión pública, focalizar el control de la oferta en el crimen organizado y no en el pequeño vendedor, y focalizar el tratamiento en los consumidores problemáticos.
6. Desconcentrar la política hacia los gobiernos locales y favorecer la construcción de soluciones nuevas asumiendo que lo que ha fracasado a escala nacional no puede repetirse a escala local.