PN-ABT-912
92977

# ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL Y HABITOS TOXICOS EN EL PARAGUAY

Noviembre 1991

PROYECTO MARANDU del COMITE PARAGUAY-KANSAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

# ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL

# Y HABITOS TOXICOS EN EL PARAGUAY

**Noviembre 1991**

**PROYECTO MARANDU** del COMITE PARAGUAY-KANSAS

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**

Este informe presenta los resultados del **Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay** (Noviembre 1991), realizado mediante un esfuerzo del **PROYECTO MARANDU**, en el marco de apoyo al **Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas**, del **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**. La finaciación del Estudio provino de **Development Associates, Inc.** y la **Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) en Paraguay.**

Información adicional sobre el Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay se puede obtener en el **Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD)**, Curupayty 226 casi Eligio Ayala, Telfs: 212-540, 22-941, 207-373 Fax: 212-540 Asunción Paraguay.

**© COMITE PARAGUAY-KANSAS**
**Curupayty 226 casi Eligio Ayala**
**Asunción - Paraguay**

B

# ESTUDIO NACIONAL SOBRE SALUD MENTAL Y HABITOS TOXICOS EN EL PARAGUAY


**Agustín Carrizosa** — Director del Proyecto MARANDU

**Carlos Gauto** — Director Adjunto del Proyecto MARANDU

**Hugo A. Míguez** — Investigador Principal
Director de la investigación

**María Cristina Pecci** — Investigador Asociado
Jefe de Trabajo de campo

**José Luis Benza** — Muestrista

**Gabriela Ruíz Díaz** — Analista de Sistemas

**Corina M. Cazenave** — Secretaría Técnica

**Encuestadores:**

Julia B. Ferreira, Concepción M. de Cantero,Basilia Martínez, Alba Rosa de Germinario, Adela I. de Silvero, Adela Agüero, María Emilia González, Beatriz Romero, Lourdes R. Giménez, Perla Espínola, Marina Cazenave, Gladys M. Villamayor, Fermina González, Carlos Pérez, Walter Kurth.

**Supervisión del Trabajo de campo** Myriam Morínigo, Olga A. de Fogel

***Asesores***

*Nacionales:*

**Juan María Carrón** — Centro Paraguayo de Estudios de Población

*Internacional:*

**Joel Jutkowitz** — Development Associates, Inc.

# TABLA DE CONTENIDOS


**Summary** V

**CAPITULO 1 Reconocimiento** 1
**CAPITULO 2 Introducción** 3
**CAPITULO 3 Antecedentes** 5
**CAPITULO 4 Metodología** 9

**4.1 Desarrollo del cuestionario** 9

a) Síndrome depresivo 9
b) Uso y abuso de sustancias psicoactivas 11
c) Actitudes y conocimientos generales vinculados a temas de la salud mental 13
d) Información sociodemográfica 14
e) Traducción del cuestionario a la lengua guaraní 14

**4.2 Estudio de validez y confiabilidad** 15

a) Introducción 15
b) Objetivos 16
c) Metodología 17
d) Resultados 19
   I) Validez 19
   II) Confiabilidad 21
   III) Modificaciones 23
e) Conclusiones 23

**4.3 Diseño Muestral** 24

a) Universo 24
b) Marco muestral 25
c) Modelo muestral 26
d) Metodología 27
e) Ponderaciones 27
f) Intervalos de confianza 28

**4.4 Trabajo de Campo y Proceso de Datos** 31

a) Aspectos generales 31
b) Definiciones de campo y funciones 32
c) Resultado de las visitas a las viviendas 33
d) Principales datos demográficos de la muestra estudiada 33
e) Procesamiento de los datos 39

**CAPITULO 5 Análisis de resultados** 41

5.1 Aspectos globales 42
5.2 Aspectos complementarios 73

**CAPITULO 6 Discusión** 85
**CAPITULO 7 Conclusiones** 95
**CAPITULO 8 Bibliografía** 97
**CAPITULO 9 ANEXOS** 99

## TABLA DE CUADROS

**Parte I**

***Capítulo: Antecedentes***

I-1 Valor de la producción de bebidas, tabaco y psicofármacos
I-1 Importación de principales tipos de bebidas y tabacos
I-3 Drogas decomisadas 1986-1987-1988
I-4 Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Paraguay. 1982.

***Capítulo: Validez y Confiabilidad***

I-5 Síndrome depresivo. Resultados cuestionario y evaluación clínica
I-6 Dependencia del alcohol. Resultados cuestionario y evaluación clínica
I-7 Dependencia de medicamentos. Resultados cuestionario y evaluación clínica
I-8 Dependencia de sustancias ilícitas. Resultados cuestionario y evaluación clínica
I-9 Síndrome depresivo. Resultados primera y segunda entrevistas
I-10 Dependencia del alcohol. Resultados primera y segunda entrevistas
I-11 Dependencia de sustancias. Resultados primera y segunda entrevistas

***Capítulo: Trabajo de Campo y Proceso de Datos***

I-12 Distribución de la muestra a nivel nacional según sexo y edad
I-13 Población del país por sexo según grupo de edades. 1988
I-14 Clasificación de la muestra según ocupación del entrevistado
I-15 Clasificación de la muestra según nivel educativo
I-16 Clasificación de la muestra según estado civil
I-17 Clasificación de la muestra según estrato socioeconómico
I-18 Clasificación de la muestra según país de nacimiento y país de residencia hasta los 12 años de edad

**Parte II**

***Capítulo: Análisis de resultados***

***Punto 1: Aspectos globales***

II-1 Autoevaluación del estado de salud en los últimos 12 meses, según sexo.
II-2 Consultas médicas en los últimos 12 meses, según sexo
II-3 Hospitalización en los últimos 12 meses, según sexo
II-4 Autoevaluación del estado de salud en los últimos 12 meses, según estrato muestral

II-5 Consulta médica en los últimos 12 meses, según estrato muestral
II-6 Hospitalización en los últimos 12 meses, según estrato muestral
II-7 Porcentaje de síntomas de malestar depresivo, según sexo
II-8 Puntajes agrupados del SRQ, según sexo
II-9 Porcentaje de síntomas de malestar depresivo, según estrato muestral
II-10 Puntajes agrupados del SRQ, según estrato muestral
II-11 Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados
II-12 Prevalencia, en varones, de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados
II-13 Prevalencia, en mujeres, de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados
II-14 Prevalencia del abuso de bebida alcohólica, según sexo
II-15 Prevalencia del abuso de medicamentos psicotrópicos (UFPM), según sexo
II-16 Prevalencia del consumo de drogas, según sexo
II-17 Prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados, según Estrato 1: Asunción metropolitano
II-18 Prevalencia del abuso de bebida alcohólica, según sexo. Asunción metropolitano
II-19 Prevalencia del abuso de medicamentos psicotrópicos (UFPM), según sexo. Asunción metropolitano
II-20 Prevalencia del consumo de drogas, según sexo. Asunción metropolitano
II-21 Prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados en el Estrato 2: Ciudades restantes
II-22 Prevalencia del abuso de bebidas alcohólicas, según sexo. Ciudades restantes
II-23 Prevalencia del abuso de medicamentos psicotrópicos (UFPM), según sexo. Ciudades restantes
II-24 Prevalencia del consumo de drogas, según sexo. Ciudades restantes
II-25 Población de 12 a 45 años que, en los últimos 30 días, fumó cerca de 1 paquete de cigarrillos o más, según sexo, grupos de edad, nivel económico-social, y puntaje en síndrome depresivo
I-25.1 Prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, según sexo y síndrome depresivo
II-26 Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, abusó de las bebidas alcohólicas, según sexo, grupos de edad, nivel económico-social, y puntaje en síndrome depresivo
II-27 Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, usó medicamentos psicotrópicos fuera de prescripción médica, según sexo, grupos de edad, nivel económico-social y puntaje en síndrome depresivo
II-28 Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, consumió drogas, según sexo, grupos de edad, nivel económico-social y puntaje en síndrome depresivo
II-29 Opiniones de los entrevistados acerca del riesgo de habituación al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a diferentes productos, según sexo

II-30 Opiniones de los entrevistados acerca del riesgo de habituación al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a diferentes productos, según estratos muestrales
II-31 Opiniones de jóvenes entre los 12 y 24 años ante sentencias sobre el trabajo y el estudio, según sexo y estrato muestral
II-32 Opiniones de jóvenes entre los 12 y 24 años ante sentencias sobre la resolución de problemas, según sexo y estrato muestral
II-33 Opiniones de jóvenes entre los 12 y los 24 años ante sentencias sobre el uso de sustancias psicoactivas, según sexo y estrato muestral
II-34 Selección de acuerdo a importancia de diferentes temas, según sexo y estrato
II-35 Selección dentro de un conjunto de problemas de salud del que se consideró como más prioritario, según sexo y estrato

***Punto 2: Aspectos complementarios***

II-36 Hábito de fumar, según cantidad de cigarrillos diarios en el último mes
II-37 Consumo de bebidas alcohólicas, según tipo de bebida
II-38 Abuso de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según frecuencia de episodios y tipo de bebida
II-39 Abuso de bebida alcohólica durante los últimos 12 meses, según sexo
II-40 Razones del consumo de aspirina o similares
II-41 Medicamentos psicotrópicos usados fuera de prescripción médica por la población de 12 a 45 años, de acuerdo a clasificación por analgésicos, sedantes, hipnóticos y estimulantes
II-42 Inhalación deliberada de sustancias disolventes, según tipo de producto
II-43 Inhalación deliberada de sustancias disolventes en los últimos 30 días, según frecuencia de la inhalación
II-44 Oferta de marihuana de acuerdo a la edad del entrevistado en ese momento, según sexo
II-45 Percepción de consumo de marihuana en los últimos 12 meses, según sexo
II-46 Percepción de consumo de marihuana en los últimos 12 meses, según tipo de relación
II-47 Oferta de cocaína de acuerdo a la edad del entrevistado en ese momento, según sexo
II-48 Percepción del consumo de cocaína en los últimos 12 meses, según sexo
II-49 Percepción del consumo de cocacína en los últimos 12 meses, según tipo de relación

# SUMMARY

## THE EPIDEMIOLOGY OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE IN PARAGUAY (*)

Hugo Míguez
María Cristina Pecci

### Introduction

For the past few years, there has been concern in the South American region about the manner in which the abuse of psychoactive substances affects the general population. Paraguayan health and education authorities have pointed out in different forums their interest in having a national scale epidemiologic study on drug and alcohol consumption on which to base an adequate response to such a diverse and complex phenomenon.

The National Department of Mental Health of the Ministry of Public Health and Social Welfare, in coordination with the Paraguay-Kansas Committee, sponsored a poll to measure the use and abuse of psychoactive substances in the ten most populated cities of Paraguay, among the urban population from twelve to forty five years of age.

A study of the existing data concerning this issue (5) revealed that:

a) Official statistics on diseases requiring notification show a very low number of medical consultations for drug dependency.
b) No official data was available on alcohol and tobacco consumption.
c) No data from national scope probability studies on the use of drugs in the general population existed, and the types of abuse and addiction were unknown.

**(*) The present study was developed at the Comité Paraguay-Kansas, funded by the Agency for International Development (USAID) and coordinated by Development Associates, Inc.**

The decision to perform a prevalence study on these issues was made in the awareness that the intake of toxic substances is a behavior subject not only to social censureship but that it may also imply breaking laws or regulations, and whose study therefore presents difficulties. To try to avoid this obstacle, the interviews were conducted anonymously and individually by specially trained interviewers. Still, we believe that the data obtained gives conservative picture of the problem studied.

**Methodology**

The questionnaire was prepared to gather basic information on four areas: a) depressive syndrome; b) use and abuse habits; c) attitudes and knowledge; d) demographic information. The depressive syndrome was measured using the Symptoms Questionnaire (Self Reporting Questionnaire - SRQ) of the World Health Organization (3). With the results of the validation process performed with the instrument, a point index of eight or more affirmative answers was adopted as the threshold for depression cases.

With respect to the consumption of psycoactive substances, the following were included: tobacco, alcoholic beverages, medicines (analgesics, sedatives, hypnotics, stimulants), opiates, hallucinogens, marihuana, cocaine, and inhalable substances.

Regarding permitted psychoactive substances, it was necessary to be precise about frequency and quantity so that the concepts of use and abuse could be operative. In the case of alcoholic beverages, the reference established was a single case of ingestion of 100 cc of absolute alcohol, beginning with the concept of the total amount of calories supplied to the daily diet by alcohol (9). The different volumes implied according to the type of drink were specified, and a study was made to determine sale units and their names («rayas»-shots-«cuartos») in the places of consumption, as well as the quantities involved. The questionnaire's indicators were determined based on this information in the case of drinks and other substances with non-standard measuring units.

Pharmaceutical products were considered with and without medical prescription. For each group of psychotropics (sedatives, hypnotics, etc.) lists with commercial names were prepared, which were incorporated to the questionnaire with the help of supplementary cards that the interviewee could review to find, according to his or her own experience, the substance used with or without a prescription.

For all substances studied, inquiry was made on whether consumption prevalence was sometime in the lifetime, in the last twelve months, and in the last thirty days.

Likewise, for each substance the issue of dependence and its consequences was explored, in the case of alcohol, with questions of the CAGE (10) and, for the other substances, a selection of questions prepared on the basis of diagnostic criteria of the DSM-III-R (2).

In the chapter on demographic information, special importance was given to social and economic classification in order to study prevalence distribution by social segment. Classification was based on the head of household's occupation and level of education.

The questionnaire was prepared and then translated into Guarani, since Paraguay has a bilingual culture which combines, in normal conversation, words and grammar from Guarani and Spanish (a mixture known as «Yopara»). The translation into Guarani was done by an expert in popular education. To check this translation, the Guarani version was again translated to Spanish by another specialist to detect and adjust the changes that may have been introduced in the indicators as a result of the change of languages. The final version in Guarani was incorporated, together with the corresponding guide, to be used by the bilingual interviewers in thoses cases where communication was required or improved with the use of Guarani.

Validity and Reliability: Before initiating data collection, the validity of the questionnaire for measuring depressive syndrome, alcohol dependence and other psychoactive substances dependence (medicines and illegal drugs) was tested. For this purpose a non random sample of fifty two men and women of different social and economic levels was chosen. Some were in-patients, while others belonged to self-help groups or rehabilitation institutions (12). They were interviewed separately by a psychiatrist or clinical psychologist and then by an interviewer trained for this purpose. For the clinical evaluation, and in order to reduce variations associated with the use of different classification systems, a brief list of the DSM-III-R criteria was included. The sensitivity and specificity values were: Depressive Syndrome: SEN= 89.4%, SPE= 90.9%. Alcohol dependence: SEN= 89.4%, SPE= 84.8%.
Medicine dependence: SEN= 100.0%, SPE= 90.5%. Illegal substance abuse: SEN= 89.8%, SPE= 97.6%. To study reliability, the questionnaire was applied once again and the degree of agreement was measured with the Kappa coefficient. Its values were: .77 for depressive syndrome, .82 for alcohol abuse, and .75 for abuse of other substances.

Sample design: The universe of this study was defined as all people between the ages of 12 and 45 living in private homes in the larger urban areas of the country. Cities with more than twenty thousand inhabitants were selected: metropolitan Asunción (1,044,109 inhab.), Ciudad del Este (101,727), Pedro Juan Caballero (52,598), Encarnación (41,303), Concepción (30,531), Caaguazú

(30,262), Presidente Franco (27,369), Villarrica (25,577), Coronel Oviedo (23,574), Hernandarias (20,053). The sample framework used was the set of city plans provided by the General Department of Statistics and Census (DGEC), which were prepared based on maps used in the 1982 Census, updated with information from the National Electric Power Administration. The accuracy of representation of the available plans was estimated to be greater than 95%. An unproportional stratified aleatory sample design by conglomerates was adopted, with different sampling procedures for each stratum. These were: Stratum 1, Metropolitan Asunción. Stratum 2, the other cities. A sample size of 700 interviews was estimated for metropolitan Asunción and 200 for each one of the other cities. With this distribution, an under representation of Stratum 1 was achieved and an over representation of Stratum 2. The reason for this distribution was the smallness of some of the expected prevalences (less than 1%) which could go undetected with smaller population samples. To adjust the effects of under and over representation introduced, weights which expanded the family, the home, the block, and the conglomerate were applied. Stratum 1 comprised 32 conglomerates and Stratum 2 included 17. In each conglomerate, a number of blocks proportional to the total number it contained was selected; the selection was random and systematic. In each block two homes were selected randomly. In each one of them a family was also selected randomly, and within this family, only one person between 12 and 45 years of age was interviewed. In order to calculate reliability intervals, approximation to the binomial through the normal was used, employing the formula P+/-Z P(100-p)/N-1 95% confidence, Z=1.96 // 99% confidence, Z=2.575 to calculate the superior and inferior limits.

Field Work: It started at the beginning of April 1991 with the training of interviewers and with 93 interviews conducted in a pilot study in Asunción, Coronel Oviedo and Villarrica. Interviewing for the poll began May 6 in Asunción and finished eleven weeks later in the city of Concepción. Fifteen interviewers, 2 supervisors and a field work director were employed.

## RESULTS

The total number of complete interviews was 2,484, with an overall success rate of 92.2%. There was a 1.2% rejection rate; these were not substituted. The data appearing in chart Nº 1 constitutes a socio-demographic profile of the sample.

**Table 1: Distribution of the urban population sample, ages 12 to 45, according to sex. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Age Group | TOTAL Population value | % | MALE Population value | % | FEMALE Population value | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12-14 years | 98,830 | **12.0** | 40,688 | **13.0** | 58,141 | **11.6** |
| 15-19 years | 176,922 | **21.4** | 77,409 | **24.7** | 99,513 | **19.8** |
| 20-24 years | 135,269 | **16.4** | 52,520 | **16.8** | 82,748 | **16.5** |
| 25-29 years | 121,759 | **14.8** | 46,626 | **14.9** | 75,133 | **15.0** |
| 30-34 years | 105,046 | **12.7** | 28,250 | **9.0** | 76,796 | **15.2** |
| 35-39 years | 89,190 | **10.8** | 28,898 | **9.3** | 60,292 | **12.0** |
| 40-45 years | 88,114 | **10.7** | 38,530 | **12.3** | 49,584 | **9.9** |
| Total | 825,149 | **100.0** | 312,921 | **100.0** | 502,208 | **100.0** |

The profile of the age structure of the sample distribution is fairly close to that resulting from the estimate obtained for 1988, by linear interpolation, 1982 census data, between 1985 and 1990.

With respect to the presence of depressive disorders in the urban population between 12 and 45 years of age, 21% classified it as probable «case», according to the definition previously indicated of eight or more affirmative answers to the twenty questions of the SRQ.

**Table 2: Grouped points of the SRQ in urban popultion from 12 to a45 years of age, according to sex. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Points SRQ | Total % | Males % | Females % |
|---|---|---|---|
| 0-7 | 77.8 | 90.0 | 71.7 |
| 8-10 | 13.3 | 7.4 | 17.1 |
| 11 and + | 7.7 | 2.6 | 11.2 |
| Base: | (825,149) | (312,921) | (502,208) |

(a) In this table, and in following ones, there may be differences in the total percentage (less than 100) because the 1.2% of rejections is considered as part of the total distribution.

Gender differences markedly significant: the relative frequency of depressive syndrome is almost three times greater among women.

**Table 3: Prevalence of psycoactive substance abuse and associated disorders in urban population between 12 to 45 years of age. Weighted percentages. Paraguay, 1991. (Base: 825,149).**

| | PREVALENCE | | | DISORDERS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Substance | once in lifetime | last 12 months | last 30 days | Health problems | Continuous use | Dependency feeling | Difficulty to interrupt | Dose increase | Incapacity to abstain | Emotional problems | Social problems |
| Aspirin and similar | 70,6 | 69,4 | 48,5 | 2,1 | 9,7 | 4,6 | 2,3 | 4,7 | 2,6 | | |
| Analgesics -WMP | 24,2 | 21,4 | 12,3 | 0,7 | 2,4 | 1,5 | 0,6 | 1,5 | 1,0 | 0,1 | |
| Sedatives -WMP-s | 5,7 | 3,7 | 2,3 | 0,1 | 1,1 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | |
| Hipnotics -WMP- | 1,4 | 0,9 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | |
| Stimulants -WMP- | 4,6 | 2,1 | 1,9 | 0,6 | 1,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | |
| Opiates | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Hallucinogens | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 1,4 | 0,3 | .. | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,5 | 0,3 |
| Inhalables | 1,9 | 1,1 | 1,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Cocaine | 0,3 | .. | .. | 0,1 | .. | .. | .. | . | .. | 0,1 | .. |

WMP: Without Medical Prescription

**Table 4: Prevalence of alcohol abuse and consumption of tobacco in lifetime and associated disorders in urban population between 12 and 45 years. Weighted percentages. Paraguay, 1991. (Base: 825,149).**

| | PREVALENCE | | | | DISORDERS | | | Medical consult. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tobacco | use | Occa-sional | regular in the past | regular at present | Inc. of abstain. | Health problems | Abuse percept. | |
| | 32,4 | 13,2 | 5,5 | 13,5 | 11,0 | 3,4 | 13,6 | 1,6 |

| | PREVALENCF | | DISORDERS | | | | | Medical consult. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcohol | use | abuse | Abuse percep. | Ab.perc. by others | Inc. of abstaining | Difficult. work/stud. | Fights and penalties | |
| | 79,5 | 35,6 | 9,0 | 10,7 | 4,1 | 2,9 | 2,6 | 0,6 |

The analgesics with more extended consumption, as aspirins and the like showed 70.6% prevalence once in lifetime (only surpassed by alcoholic beverages) and 48.5% in the last 30 days. Other analgesics without medical prescription varied between 24.2% prevalence once in a lifetime and 12.3% in the last month. Several disorders associated with the use of these substances can be observed, such as the increase of doses to obtain the same effect or difficulties in interrupting the intake. The group of analgesics included the highest rates and the greatest presence of disorders associated with dependence thereto.

Among medicines, the group most commonly identified for its psycoactive properties is that of sedatives, hypnotic substances and stimulants. Sedatives and stimulants used without medical prescription had a greater prevalence, with more frequent references to disorders for the former.

In the group of illegal substances, inhalable substances reached the highest prevalence: 1.9% said they had inhaled at sometime with the purpose of experiencing the effects. In the last month and in the last year prevalences had little representation for illegal substances except inhalables. Marihuana, with 1.4% prevalence, has one of the highest disorder frequencies linked to dependence.

The use sometime in a lifetime of cocaine was 0.3%, followed by opiates with 0.2%, and hallucinogens with 0.1%.

Use of alcoholic beverages is almost 80%; abuse (more than 100 cc of absolute alcohol at one time) affects 35.6% of the population between 12 and 45 years of age. Together with smoking, which has 32.4% prevalence once in a lifetime,

alcohol abuse is linked to important disorders associated with dependence, which may be estimated at about 4%. The relation between self-perception of abuse and the contrast with low medical consultation is noticeable: consultations for alcohol abuse is 0.6% and for tobacco 1.6%.

Table 5 indicates for different time periods abuse of some of the substances that compose the group of medicines without medical prescription (sedatives and/or hypnotics and/or stimulants), drugs (marihuana and/or cocaine and/or hallucinogens and/or inhalables), and alcoholic beverages.

**Table 5: Prevalence of abuse of psychoactive substances in urban population ages 12 to 45. (Weighted data).Paraguay, 1991.**

| Abuse | Psychotropic medicines (WMP) Number | % | Illicit drugs Number | % | Alcohol Abuse Number | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sometime in lifetime | 85,413 | **10.3** | 30,685 | **3.7** | 293,560 | **35.6** |
| Last twelve months | 51,578 | **6.2** | 16,117 | **1.9** | 261,038 | **31.6** |
| Last thirty days | 34,246 | **4.1** | 11,692 | **1.4** | 212,773 | **25.8** |
| Base: | (825,149) | | (825,149) | | (825,149) | |

In population terms, adjusted to the shorter time period, it can be estimated that in April 1991, approximately thirty four thousand people between 12 and 45 years of age took some psychotropic medicine without medical prescription and almost twelve thousand individuals took some kind of illegal drug in the studied urban areas. For the same population group, in those last thirty days, almost three out of ten people were engaged in alcohol abuse (beer and/or wine and/or distilled beverages).

The alcohol abuse behaviors occur significantly more in men. The frequency of alcohol abuse starting at age 18 increases almost four times, that of psychotropic medicines doubles after age 17 and then decreases from age 30 together with the intake of illegal drugs. Among women, the consumption of WMP psychotropic medicines quadruplicates after seventeen years of age. Among women, illegal drug intake decreases as the age of the interviewee increases.

**Table 6:** **Prevalence of psychoactive substance abuse in the last twelve months among 12 to 45 years old, according to sex and age group. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Group of substances | Male 12-17 | Male 18-29 | Male 30-45 | Female 12-17 | Female 18-19 | Female 30-45 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcoholic beverages | 16.9 | 66.3 | 69.0 | 8.3 | 22.4 | 21.8 |
| Psychotropic medicines (WMP) | 3.7 | 8.8 | 5.7 | 2.6 | 9.9 | 8.0 |
| Illegal drugs | 2.5 | 2.7 | 1.2 | 2.7 | 1.4 | 1.8 |
| (Base) | (89,942) | (127,301) | (95,677) | (113,545) | (201,990) | (186,673) |

With respect to prevalence distribution of psychoactive substance abuse according to socio-economic level, no significant differences were noticed among males in terms of alcohol abuse between the various strata. Non-medical use of psychotropics and use of illegal drugs decreases slightly in the middle segment. Among females, significant differences are observed between social segments, with a noticeable increase in alcohol abuse in middle segments and in the abuse of psychotropic medicines WMP and illegal drugs in the lower segments.

**Table 7:** **Prevalence of psychoactive substance abuse in the last twelve months in urban population ages 12 to 45 according sex and socio-economic level. (Weghted data). Paraguay, 1991.**

| Group substances | Male Socio-economic level High | Male Middle | Male Low | Female Socio-economic level High | Female Middle | Female Low |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcoholic beverages | 52.0 | 49.1 | 56.0 | 17.8 | 26.1 | 15.1 |
| Psychotropic medicines | 6.7 | 4.4 | 5.8 | 6.3 | 5.8 | 7.6 |
| Illegal drugs | 2.7 | 1.2 | 2.6 | 0.6 | 1.5 | 2.7 |
| (Base) | (73,240) | (96,945) | (142,736) | (113.563) | (148,914) | (239,731) |

**Table 8: Prevalence of psychoactive substance abuse in the last twelve months in urban population ages 12 to 45, according to sex and depressive syndrome. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Group of substances | Males Depressive Syndrome YES | NO | TOTAL | Females Depressive Syndrome YES | NO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcoholic beverages | 63.0 | 51.8 | 52.9 | 20.6 | 18.3 | 18.9 |
| Psychotropic medicines | 15.9 | 4.4 | 5.5 | 7.9 | 6.3 | 6.8 |
| Illegal drugs | 6.3 | 1.7 | 2.2 | 4.7 | 0.7 | 1.8 |
| (Base) | (31,383) | (281,538) | (312,921) | (142,047) | (30,161) | (502,208) |

Psychotropic medicine abuse is almost four times greater among males with depressive syndromes than among males without depression. They also abuse two times more than females in their same situation.

The difference in illegal drug use is also significant. When a depressive syndrome exists, the frequency of use of these substances increases.

The prevalence of regular tobacco consumption was clearly greater among males.

**Table 9: Prevalence of regular tobacco consumption in urban population ages 12 to 45 according to sex and age group. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Age | Total | Males | Females |
|---|---|---|---|
| 12-17 years | 0.3 | 0.4 | 0.3 |
| 18-29 years | 5.9 | 11.1 | 2.7 |
| 30-45 years | 7.3 | 13.1 | 3.8 |
| (Base) | (825,149) | (312,921) | (502,208) |

Daily cigarette smoking -close to 20 or more- during the last thirty days before the interview includes nearly forty five thousand people ages 12 to 45; predominantly males over 18.

**Table 10: Prevalence of smokers of 20 and more cigarettes per day in the last month, in urban population ages 12 to 45, according to sex and age group. (Weighted data). Paraguay, 1991.**

| Age | Total | Males | Females |
|---|---|---|---|
| 12-17 years | . . . | 0.1 | . . . |
| 18-29 years | 2.2 | 4.7 | 0.7 |
| 30-45 years | 3.1 | 6.1 | 1.3 |
| (Base) | (825,149) | (312,921) | (502,208) |

Among males, regular tobacco consumption is two times more frequent in the low stratum and, among those who during the last month smoked approximately 20 cigarettes per day, the frequency of the depressive syndrome was twice as great. Among females this phenomenon is not be observed.

The poll studied, other than the measurement of consumption behavior, an evaluation of beliefs and behaviours linked to the use of psychoactive substances among young people between 12 and 24 years of age. For this purpose, different value statements were presented to this group for agreement or disagreement. We will refer to the statements that may be grouped in the following categories: a) ways to solve problems, and b) use of psychoactive substances.

**Table11: Opinions of young people ages 12 to 24 about value statements on problem solving, according to sex. Urban population. (in %). Paraguay, 1991. (Males: 170,617; Females: 240,402; weighted data).**

| Statements | | Agrees | Disagrees | Doesn't know |
|---|---|---|---|---|
| When one is in trouble it is better to ignore it. | **Total** | **32.2** | **63.9** | **3.9** |
| | Males | 35.9 | 61.8 | 2.3 |
| | Females | 29.5 | 65.0 | 5.0 |
| Nothing is more important than to live the present without worries. | **Total** | **56.2** | **40.6** | **3.1** |
| | Males | 52.9 | 43.6 | 3.4 |
| | Females | 58.6 | 38.5 | 2.9 |
| To enjoy life it is always necessary to ignore some prohibition. | **Total** | **29.1** | **63.2** | **7.8** |
| | Males | 34.0 | 58.4 | 7.6 |
| | Females | 25.6 | 66.6 | 7.9 |
| Base: | | (825,149) | (312,921) | (502,208) |

Approximately one third of the young people agrees with the statements denying or escaping the problems. Ignoring the problem and transgression, as requirements for enjoyment, are emphasized more by males. More than half of the young people of both sexes agree with the idea that a present free from all worries is above anything else. In this case females reach the highest agreement percentage, 58.6%.

**Table 12: Opinion of young people between 12 and 24 years of age on value statements about the use of psychoactive substances, according to sex. Urban population (in %). Paraguay, 1991. (Males: 170,617; Females: 240,402. Weighted data).**

| Statements | | Opinion of the interviewees | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Agrees | Disagrees | Doesn't know |
| Is normal for males to get bored at a party if there is no beer. | **Total** | **56.8** | **33.6** | **9.6** |
| | Males | 52.3 | 36.8 | 10.9 |
| | Females | 60.0 | 31.4 | 8.6 |
| It is common for females to take nerve pills. | **Total** | **34.9** | **33.5** | **31.6** |
| | Males | 30.6 | 23.3 | 46.1 |
| | Females | 37.9 | 40.7 | 21.3 |
| It is normal for most young people to have taken marihuana once in their lifetime. | **Total** | **21.2** | **63.6** | **15.1** |
| | Males | 16.4 | 67.1 | 16.6 |
| | Females | 24.7 | 61.2 | 14.1 |
| Taking marihuana once or twice does not cause great risk. | **Total** | **24.5** | **55.2** | **20.3** |
| | Males | 22.8 | 64.5 | 12.7 |
| | Females | 25.7 | 48.6 | 25.7 |
| The use of cocaine to have fun is not harmful if it is done with enough care. | **Total** | **19.6** | **58.5** | **21.9** |
| | Males | 21.0 | 63.2 | 15.8 |
| | Females | 18.7 | 55.1 | 26.2 |
| (Base) | | (825,149) | (312,921) | (502,208) |

More than half agrees that boredom is an expected fact if there is no beer at a young people's party. Only one third rejects the idea. Another third accepts that females «take nerve pills»; the rest is distributed in like parts between disagreement and ignorance on the subject. Twenty percent agrees as common fact that young people test marihuana at sometime. Fifteen percent does not have an opinion on the matter. If the global answers to the two final questions about risks related with the consumption of marihuana and cocaine are considered, it may be concluded that more than 40% does not have a clear idea about the risks, ignores them, or otherwise underestimates these risks. Both males and females share these percentages.

**DISCUSSION**

At the end of September 1988, resolution Nº XV of the plenary of the WHO/PAHO included a concise and graphic overview on the situation of health in the Latin American and Caribbean region (13). Therein changes recorded in world morbi-mortality profile as social and economic development advanced during this century appear from the first stages, with the predominance of infectious diseases, to the last stages linked to health problems related to rapid development without physical and human environment protection. The report concludes that these profiles, considered as succesive stages in some regions, occur however in our countries simultaneously. Today, at a time when the region faces the arrival of cholera together with problems of use of «bazuco» or inhalable substances, those conclusions remain valid.

To drug abuse and endemic alcohol and tobacco problems, the epidemic advance of different psychoactive substances is now added (11); an expected consequence of the historical change introduced by legal and illegal massive scale production and international distribution thereof.

These problems take hold in the excessive population growth of the cities and they develop where disorganization affects family and community identity (4). Meanwhile, a large generation of young people participates in this rapid and compulsory urbanization, constrained by the loss or distancing from its primary systems of psychological support: the family and the community. The individual's capacity to face affliction and disease is in such a way reduced (6). Disorders such as violence, alcohol and drug abuse, among other indicators of this «last stage», thus find more permeable ways of entrance.

This study researched consumption behavior of a representative sample of Paraguayan population between 12 to 45 years of age, living in the ten largest cities of the country. The study showed a wide variety of substances and use standards. Some distinctive characteristics associated in some cases to wide margins of tolerance towards abuse, specifically towards legal substances, alcohol, tobacco, and psychotropic medicines should be pointed out.

In Asunción, 62% of the young people between 12 and 17 years of age have had alcoholic beverages, 16.3% engaged in alcohol abuse at least once (mainly with beer), 7.4% does so regularly at least for the last year. What originated this standard of behavior? Only 1% of these young people once thought that he/she was drinking too much, 3% received a warning from someone close to him/her, none of them consulted a physician or other professional for abuse. The global results indicate that this profile is not exclusive of a group of young people or a city. 31.6% or the population between 12 to 45 years of age drank abusively in the last year, 25.8% in the last 30 days. However, only 0.6% consulted a physician or other professional at sometime for his/her way of drinking.

10.3% of the interviewees used sedatives, hypnotics or stimulants at least once without medical prescription. From these 1.4% are between ages 12 and 17. Note that in projections even small percentages may represent a large number of people in absolute terms. In this last case, we may be talking about an approximate number of 12,000 young people who have used psychopharmaceuticals without a prescription at least once in their lifetime.

These legal substance consumption standards are generally covered by social tolerance. The low levels of abuse perception by the individual and others around him/her, the little impact on emotional or social disorders identified associated to excess, seem to support this observation, indicating low cognitive dissonance between the behavior and the socially expected. The group of questions which investigated tolerance towards legal and illegal drugs obtained clear consumption rejection percentages of 30% and 60% respectively in young people between 12 and 24.

Rates of deliberate inhalation of solvents coincide proportionally with the data gathered by the school poll of 1982 (5). Although the data refers to a different population than this study (home residents), the truth is that inhalable substances remain as one of the most important abuse problems. Compared with data from more recent studies in the region, with similar methodologies for groups of ages 12 to 65, the 1.9 global prevalence of inhalables in Paraguay is close to Ecuador's 1.6% and to that of Mexico City, with 1.0% (1) (7).

Marihuana, with a global prevalence of 1.4%, increases remarkably in cities close to illegal growing areas, where it reaches 1.8%. The global rate is much lower that in Mexico City, with 3.5%, in Ecuador 4.3%, and in Costa Rica 3.7% (8).

Cocaine hydrochlorate consumption presented 0.3% total prevalence. This relatively small consumption rate is similar to the rate in Mexico City 0.4%, Costa Rica 0.5%, and it is lower that Ecuador's 1.0%. In Paraguay, cities close to the borders, where there is intense commercial activity, the life prevalence reaches 0.8%.

Substance abuse standards are related to behaviors tending to evade or deny conflict. This is observed in one third of the young people who agreed, for example, that «when one is in trouble the best thing to do is to ignore it» and in other similar questions of the interview.

Within a framework of prevalence of more than 20% of individuals with depressive disorders and with data indicating 3% have suicide thoughts, peoples´ ideas on how to get out of their conflicts become epidemiologically important in the field of mental health and psychoactive substance use. Agreement with statements implying a treatment of difficulties based on denial indicates, disregarding the person's real intake behavior, preference towards escaping rather that towards the alternative of transforming reality or transforming oneself faced with reality. This orientation is part of the risk that threatens a group that does not yet consume, but that already participates in a «dry model» of addiction, probably as problematic and paralyzing as consumption itself.

In the opinion of the population, problems related to mental health have far less priority than others such as cholera or AIDS. Until december1991, There have not been cases of cholera in Paraguay so far, and there are at present 131 cases of AIDS (94 carriers). Without failing to see the potential of these disorders, but considering the rates of depressive problems or psychoactive substance abuse, this opinion indicates the importance of stressing and improving the changes initiated in Paraguay; changes directed towards gaining a uncensured view of man and his problems, towards a modest but irreplaceable participation of mental health in the building of common welfare.

# RECONOCIMIENTO

Este estudio fue llevado a cabo gracias al interés, dedicación y esfuerzo de instituciones y personas que actuaron convencidas de la importancia que tenía para el Paraguay contar con información relevante para sus programas de salud mental. Por este medio deseamos hacer llegar nuestro reconocimiento a aquellos que de manera más directa nos dieron su apoyo.

Este estudio fue posible gracias a la participación de las siguientes instituciones: Development Associates, Inc., Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Bautista, Hospital Neuropsiquiátrico, Hospital Universitario, Universidad Católica «Nuestra Señora de la Asunción», Dirección Nacional de Narcóticos. Así mismo se destaca particularmente la colaboración de los Centros de Salud de las ciudades de Encarnación, Villarrica, Caaguazú, Coronel Oviedo, Concepción, y Pedro Juan Caballero.

Nuestro reconocimiento especial a la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), que dió el apoyo financiero para la realización de esta investigación.

Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de sus autores y no reflejan, necesariamente, las opiniones de las instituciones y personas que dieron su apoyo.

***Dr. Agustín Carrizosa***
***Director***
***Proyecto MARANDU***

***Asunción, noviembre de 1991***

# INTRODUCCION

Existe desde hace unos años, dentro de la región sudamericana, una honda preocupación sobre la forma en que el abuso de sustancias psicoactivas afecta a la población general.

Conocedores de que estos problemas no respetan fronteras, las autoridades sanitarias y educativas iniciaron la búsqueda de información que les permitiera llegar a un diagnóstico. Estudios epidemiológicos nacionales en Perú (1987), México (1990), Costa Rica (1991), Colombia (1987), Ecuador (1990), junto a otras mediciones, fueron pasos de importancia para ir teniendo una visión global del problema. Las consecuencias del uso creciente de alcohol y drogas ha llevado a los grupos organizados del sector salud a reorientar sus esfuerzos en la materia con el fin de dar una respuesta integral a un problema diverso y complejo como es la farmacodependencia. Es en este sentido que la información epidemiológica ha pasado a tener un lugar clave en la planificación actual sustentando programas y contribuyendo a la fijación de prioridades.

Paraguay no fue una excepción dentro de este marco regional. En múltiples foros las autoridades de Salud destacaron su interés por llevar adelante un estudio que diera un perfil del consumo de sustancias psicoactivas de su población para poder elaborar una respuesta sanitaria adecuada. El gobierno del Paraguay, por medio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, institucionalizó el Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas. En el conjunto de actividades a desarrollar dentro de este plan se otorgó prioridad a la realización de una encuesta de hogares, destinada a medir el uso y abuso de sustancias psicoactivas, en las diez ciudades más pobladas del Paraguay. Esto pudo llevarse a cabo mediante el apoyo de USAID, que impulsó este estudio por vía de Development Associates Inc. y del Comité Paraguay-Kansas.

El propósito de esta investigación fue dar un primer paso en el conocimiento del problema estimando la magnitud y naturaleza del uso de drogas en la población con edades entre los 12 y 45 años. Asimismo, describir algunas de las creencias y actitudes asociadas a su consumo.

De esta manera el proyecto procura dar apoyo empírico al razonamiento de los problemas de salud aportando: a) información relevante que sirva de marco para el diseño de programas preventivos y de estrategias de asistencia pertinentes que tengan probabilidades de éxito; b) dando un perfil de creencias y actitudes relacionados al uso de sustancias psicoactivas que apoye la elaboración de mensajes y contenidos educativos en la materia; c) sentando las bases para la comparación con otros estudios nacionales de otros paises de la región.

Es conveniente tener presente que el consumo de sustancias tóxicas es un comportamiento no sólo sujeto a la censura social sino también que puede implicar la transgresión de leyes o disposiciones.

De esta forma, su reconocimiento por la vía de una encuesta presenta diferentes obstáculos que han tratado de salvarse parcialmente mediante: el carácter anónimo de la entrevista, su realización en forma individual e independiente para cada individuo, la preparación de los encuestadores.

Sin embargo se considera, al igual que en otros estudios nacionales, que las estimaciones de prevalencia obtenidos por encuestas domiciliarias son estadísticas conservadoras sobre el problema tal como éste se presenta en la comunidad.

# ANTECEDENTES

Un examen general acerca de la información existente sobre el uso indebido de drogas en el Paraguay, antes de que se efectuara esta investigación, indicaba que:

- En las estadísticas oficiales de morbilidad se registraba un número muy bajo de consultas por farmacodependencia en las diferentes regiones sanitarias en que se subdivide el país.

- No se contaba con estadísticas nacionales sobre el consumo de alcohol y tabaco. Sin embargo se presumía una alta prevalencia de consumidores a partir de los volúmenes que alcanza la producción nacional y la importación de esos productos (1).

- No existían datos de estudios probabilísticos de alcance nacional referidos al uso de drogas en la población general, desconociéndose el número de usuarios y de adictos. Se consideraba al fenómeno de la dependencia como relativamente reciente, condicionado, entre otras cosas, por la producción de marihuana en algunas zonas del país y por la mayor disponibilidad de drogas sintéticas (2).

Durante 1989 se llevó a cabo en el Paraguay una compilación de información sobre sustancias psicoactivas. Esta, realizada por encargo de la Organización Panamericana de la Salud, fue llevada a cabo por G. Fogel en julio de ese año. En la misma se destacó la importancia de la producción de alcoholes y su importación al igual que el tabaco. En lo relativo a otras sustancias se menciona como problema «la permanente desviación de drogas de los canales ilícitos, particularmente de depresores, estimulantes, analgésicos (codeína) e inhalantes».

**Cuadro I-1.: Valor de la producción de bebidas, tabaco y psicofármacos para diferentes años en millones de guaraníes.**

| Año | Bebidas alcohólicas | Tabaco | Psicofármacos |
|---|---|---|---|
| 1980 | 15.465,4 | 1.739,9 | 724,2 |
| 1981 | 17.270,7 | 2.019,4 | 693,2 |
| 1982 | 19.280,3 | 2.033,4 | 620,3 |
| 1983 | 16.401,3 | 2.469,3 | 590,9 |
| 1984 | 18.006,4 | 2.415,8 | 790,4 |
| 1985 | 18.379,4 | 2.459,0 | 952,5 |
| 1986 | 18.524,3 | 2.522,0 | 918,9 |
| 1987 | ——— | 2.650,3 | 970,3 |

Fuente: Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Perfil Nacional del Paraguay. G. Fogel 1989.

**Cuadro I-2: Importación de principales tipos de bebidas y tabacos. Resumen. (En miles de dólares FOB)**

| Producto | 1986 | 1987 |
|---|---|---|
| Vinos | 1.764,0 | 2.085,2 |
| Whisky | 22.434,4 | 26.176,0 |
| Otras Bebidas | 1.624,0 | 2.774,0 |
| Cigarrillos | 7.471,8 | 9.191,6 |
| TOTAL | 33.294,2 | 40.226,8 |

Fuente: Consumo de Sustancias Psicoactivas. Perfil Nacional del Paraguay. G. Fogel. 1989.

A los problemas anteriores, agrega el informe «La producción de marihuana en algunas zonas del país y su oferta clandestina al consumo local».

Los resultados señalaron los siguientes porcentajes de consumo para las sustancias que se apuntan a continuación:

**Cuadro I-3: Drogas decomisadas en 1986-1987-1988.**

| Drogas | Cantidades | | |
|---|---|---|---|
| Clorhidrato de cocaína | 32 kg. | 36 kg. | 312 kg. |
| Marihuana cosechada y prensada | 17.375 kg. | 31.462 kg. | 27.375 kg. |
| Semilla de marihuana | 109 kg. | 75 kg. | 181 kg. |
| Cera de marihuana | 800 unid. | 1.957 unid. | 1.236 unid. |
| Anfetaminas | 10.000 unid. | —— | 149 unid. |
| Lanzaperfumes | 157 unid. | —— | 48 unid. |

Fuente: Consumo de Sustancias Psicoactivas. Perfil Nacional del Paraguay. G. Fogel. 1989.

Se menciona en el informe de referencia que la producción, cosecha y tráfico de marihuana en la frontera paraguayo-brasileña es estimada en 3.000 toneladas de marihuana por año, con un valor aproximado de 60 millones de dólares.

En 1982, el gobierno Paraguayo a través del Ministerio del Interior solicitó la cooperación de las Naciones Unidas para el diseño de una investigación sobre el tema. Con el aporte de la Dra. Noemí Velez, consultora de la Organización Mundial de la Salud, se llevó adelante el diseño de un cuestionario autoadministrado que fue aplicado a una muestra de 1.000 estudiantes secundarios y universitarios de Asunción. Posteriormente, bajo la dirección del Dr. G. Fogel, esta encuesta fue aplicada a 8.000 estudiantes secundarios y universitarios, en establecimientos educativos de 24 ciudades.

**Cuadro I-4: Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en estudiantes de secundaria y universitaria del Paraguay (*). Encuesta autoadministrada. 1982.**

| | |
|---|---|
| Inhalantes | 6,2 % |
| Depresores solamente | 6,2 % |
| Marihuana y otras combinaciones | 2,2 % |
| Anfetaminas solamente | 0,5 % |
| Pasta-Cocaina solamente | 0,7 % |
| Otras combinaciones | 3,9 % |

Fuente: Consumo de sustancias psicoactivas. Perfil nacional del Paraguay. G. Fogel. 1989.

(*) Distribución original con porcentajes en base a subtotal de consumidores.

Sostiene el informe que las drogas de mayor consumo en ese momento en el país eran el alcohol, la marihuana, los depresores, los estimulantes y los inhalantes.

# METODOLOGIA

## 4 - 1 DESARROLLO DEL CUESTIONARIO

A partir de diferentes reuniones con miembros de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y los investigadores contratados por el Comité Paraguay-Kansas se determinaron cuatro áreas claves para recoger información epidemiológica sobre consumo de drogas: a) Síndrome Depresivo; b) Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas; c) Actitudes y Conocimientos Generales vinculados a temas de Salud Mental; d) Información sociodemográfica.

### a) Síndrome Depresivo

En materia de Salud Mental se optó por incluir una batería de preguntas dirigidas a conocer diferentes niveles de malestar psíquico. Para este propósito se escogieron las veinte preguntas correspondientes al Cuestionario de Síntomas (Self-Reporting Questionnaire-SRQ) que fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de Salud Mental (3) (4). De la misma forma, las instrucciones para la aplicación de estas veinte preguntas constituyen una versión modificada de las que acompañan al cuestionario ilustrado de síntomas del Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria.

Dentro del campo de la Salud Mental, la consideración en particular del síndrome depresivo se justifica en la medida que los cuadros de este tipo, incluyendo aquellos considerados como trastornos adaptativos o duelo no patológico, están entre los problemas psicológicos más comunes del paciente y su familia.

Esto es así tanto para los países desarrollados como para los de economías intermedias a bajas, en los grupos de alto nivel social tanto como en la clase media y entre los desempleados; por supuesto, con niveles variables de prevalencia que dependen de distintos factores ambientales.

Pese a lo extendido del problema, en el terreno de las depresiones la inseguridad prevalece y muy a menudo no se la reconoce, de manera tal que el paciente recibe un tratamiento sintomático para sus dolencias físicas pero se pasa por alto la depresión.

La depresión como síndrome tiene cinco manifestaciones básicas: 1) Animo y humor triste; 2) Disminución de la autoestima con pesimismo; 3) Reducción del rendimiento; 4) Desgano con pérdida de los impulsos y gustos normales; y, 5) Insomnio.

Cada una de estas expresiones puede presentarse de manera variable en cada caso. El Cuestionario de Síntomas recoge por medio de diferentes preguntas las manifestaciones anteriores y determina a partir de cierto número de respuestas positivas si la persona tiene una alta probabilidad de ser o no un caso de depresión. Las recomendaciones del documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud para la detección de casos en Atención Primaria de la Salud (APS), señala un total de once o más respuestas positivas en las primeras 20 preguntas (para efecto de este estudio se omitieron las restantes que exploran epilepsia y psicosis). Sin embargo, los trabajos realizados por Bruno Lima con este mismo instrumento en países de la región indicaron resultados mejor ajustados a la realidad local con la determinación de casos a partir de ocho y más respuestas positivas. En el estudio para la validación de estas preguntas en el medio, se confirmó la fijación a partir de ocho respuestas como suficientes para la detección de casos de depresión.

**b) Uso y abuso de sustancias psicoactivas**

En materia de hábitos tóxicos, dos fueron los tópicos a tratar: el tipo de sustancia y las formas de su consumo. En relación con el primero se consideró el siguiente esquema:

- Sustancias Psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco)
- Sustancias Psicoactivas ilícitas (marihuana, alucinógenos, opio, hachís, heroína, cocaína, PBC).
- Sustancias lícitas consumidas ilícitamente (analgésicos, sedantes, hipnóticos, estimulantes, opiáceos, inhalantes).

Este esquema definió diferentes situaciones para su medición apropiada. En el caso de las sustancias psicoactivas lícitas, como las bebidas alcohólicas y el tabaco, fue necesario determinar y diferenciar los conceptos de uso y abuso que ha sido objeto históricamente de innumerables discusiones. Frente a esto se decidió, en el caso del tabaco, por facilitar cortes cuantitativos sobre la base de frecuencia y cantidad. En el caso de la bebida alcohólica esto exigió un tratamiento diferente dado la disparidad de medidas y graduaciones de las bebidas. Se tomó como referencia la ingestión de 100 cc de alcohol absoluto en una oportunidad, aclarando los volúmenes diferentes que esto podía significar de acuerdo al tipo de bebida en cuestión (vino, cerveza, destilado).

Estos 100 cc de alcohol absoluto debieron ser expresados en las unidades populares, como son pedidos y servidos. De esta forma se llevó adelante, en diferentes sitios de expendio, la medición objetiva del contenido en cc de distintas «consumisiones» tales como «tragos», «rayas», etc. Esto fue así especialmente en el caso de bebidas destiladas donde no se parte de un envase que fija la cantidad de una forma exacta. En la experiencia realizada se determinó un límite de 23-26 cc de alcohol absoluto para cada «raya» de whisky o caña servida en bares de diferentes sectores sociales. Por otra parte, e igual que en el caso del tabaco, se resolvió facilitar cortes operativos según frecuencia y cantidad de estos episodios (ingesta de 100 cc o más de alcohol absoluto) en el mes y en el año.

En relación con la fijación de los 100 cc de alcohol absoluto (más de un cuarto de bebida destilada, de un litro de vino o de dos litros de cerveza) como cantidad a partir de la cual puede intentarse una delimitación operativa entre el uso y el abuso, se tomó las referencias dadas en estos temas por los trabajos de J. Marconi (5). En dichos estudios se sostiene que la cantidad de alcohol puede medirse en términos del porcentaje de calorías aportadas por el alcohol a la dieta diaria del individuo, pudiendo fijarse arbitrariamente en 20% el límite entre ingestión moderada y excesiva. En la práctica, un hombre que consume 3.000 calorías derivaría del alcohol no más de 600 calorías diarias si permanece como bebedor moderado. Como cada gramo de alcohol oxidado libera en el organismo 7.1

calorías, el total del alcohol absoluto ingerido no debería exceder, en este caso, los 100 cc u 80 gramos, lo cual equivale aproximadamente a un litro de vino (con 10% de alcohol), o 1/4 litro de bebidas destiladas (con 40% de alcohol) o dos litros de cerveza (con 5% de alcohol).

En relación con las sustancias psicoactivas ilícitas se efectuaron diferentes consultas, tanto con sectores del campo de la salud como del ámbito policial. Las respuestas indicaron una gran diversidad de sustancias ilícitas que estarían circulando en el medio. También es oportuno indicar que hubo contradicciones frecuentes en la percepción de diferentes instituciones con relación a las drogas prevalentes.

Ante esta situación se tomó la decisión de cubrir el espectro de sustancias ilícitas mas amplio posible de manera que, aunque pudiese sospecharse que muchas podían tener una ínfima representación o incluso simplemente no aparecer, no dejará lugar a duda la indagación. Por otra parte se agregó además un capítulo libre bajo el título de «Otras sustancias» para que incorporara a aquellas que no tuvieran una clasificación prevista pero que, por definición, habrían sido sustancias consumidas con la intención deliberada de alterar el estado de ánimo, la percepción o los sentimientos.

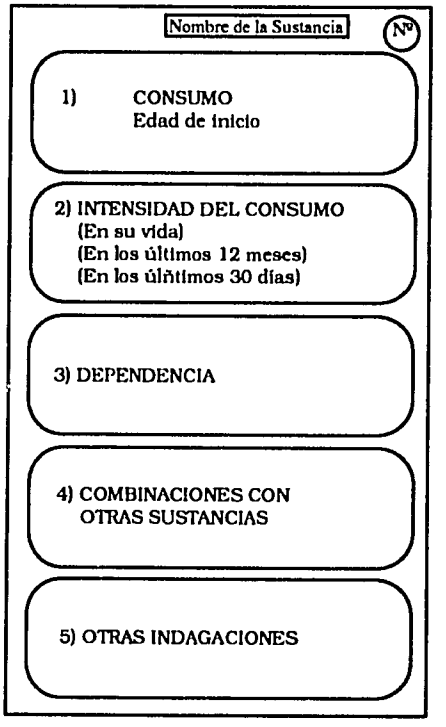
Finalmente el tercer grupo de sustancias estuvo representado por diferentes productos farmacéuticos desviados de su objetivo terapéutico. Se consideraron en este caso a los medicamentos analgésicos, sedantes, hipnóticos y estimulantes, y opiáceos. En cada grupo se elaboraron listas con los nombres comerciales más frecuentes que fueron incorporados al cuestionario epidemiológico con el auxilio de tarjetas donde el encuestado podía ublicar su conocimiento o experiencia con éstos. En cada uno de los grupos fue necesario diferenciar con claridad la ingesta como producto de una prescripción médica de aquella que era resultado de una automedicación (U.F.P.M.). El caso de opiáceos fue el único de este grupo explorado exclusivamente en su utilización fuera de prescripción médica.

Un hecho especial lo constituyen el caso de sustancias inhalables tales como la nafta, pinturas, lacas, pegamentos que son utilizados por sus efectos psicoactivos y se encuentran dentro de los artículos domésticos que hacen a la vida cotidiana de las personas.

El segundo de los tópicos se encuentra relacionado con las formas de uso y fue abordado diferenciando los conceptos de uso, abuso y dependencia. En relación a los límites entre uso y abuso han sido ya tratados en párrafos anteriores para las sustancias lícitas (tabaco, alcohol y medicamentos). En ambos casos fue estudiada la prevalencia del comportamiento del consumo en el período que comprendía la vida del individuo, los últimos doce meses y los últimos treinta días. En cada sustancia el tema de la dependencia a la misma y de sus consecuencias

fue explorado, en el caso del alcohol, por las preguntas del CAGE y en el resto de las sustancias por una selección de preguntas confeccionadas en base a los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

El formato utilizado para la ubicación de las preguntas fue considerar una sustancia por hoja y dentro de esta un subagrupamiento por módulos. Se siguió en líneas generales la organización del siguiente esquema:




**c) Actitudes y Conocimientos Generales vinculados a temas de la Salud Mental.**

En materia de datos sobre actitudes y conocimientos las preguntas indagaron para todos los encuestados su conocimiento acerca de las propiedades adictivas de diferentes sustancias. También se procuró conocer la jerarquización que cada encuestado daba al problema en el contexto de otros problemas de salud.

Se desarrollaron dos series de preguntas para menores de 25 años que procuraron estudiar el perfil actitudinal frente a diferentes circunstancias. Estas preguntas, que no tuvieron por función recoger de manera indirecta el consumo, fueron elaboradas en base a otros estudios realizados por los investigadores del proyecto en jóvenes de Argentina (6) y Bolivia (7). Su objetivo fue explorar factores diversos que pueden ser vinculados a distintos marcos teóricos de la farmacodependencia tales como la solidaridad, el egoísmo, el concepto de futuro, el presentismo, el hedonismo, la autoexigencia, la tolerancia del desvío, entre otros aspectos. De esta forma se buscó aportar una base empírica para la exploración de factores de riesgo en población no necesariamente afectada todavía por el problema. Vale decir, la auténtica población del campo de la prevención primaria de la salud.

### d) Información Sociodemográfica.

Fundamentalmente en materia de datos relacionados con el perfil sociodemográfico de los encuestados se dio especial atención a la clasificación socioeconómica además de la información tradicional (sexo, edad, etc.). Ha sido frecuente el desarrollo insuficiente de la categorización socioeconómica en los estudios epidemiológicos, pese a la importancia que la misma tiene en la adecuada ubicación de problemas por sector social. Más aún si se consideran las diferencias programáticas que implica en acciones como la promoción y educación en salud.

El Nivel Económico Social fue definido a partir de la ubicación ocupacional del Jefe de Familia y del nivel educativo alcanzado por éste. Se distinguieron para este efecto, cinco grupos sociales: Alto, Medio Alto, Medio, Bajo, Extrema Pobreza. Sin embargo, debe hacerse notar que siendo este otro tema de ardua discusión se procuró recoger la información a un nivel que facilitase futuras reconversiones a otras clasificaciones sociales mediante reagrupamientos sencillos de las variables constitutivas.

### e) Traducción del cuestionario epidemiológico a la lengua Guaraní.

Una vez finalizado el cuestionario, así como el manual de instrucciones para uso del encuestador, se consideró lo relativo a la traducción del mismo a la lengua guaraní. Paraguay presenta una cultura bilingüe, donde el castellano alterna con el guaraní en la conversación corriente. La experiencia, inclusive durante el trabajo de validación, mostró cómo en muchos de los casos el encuestado mostraba dificultad para expresarse en español frente a ciertas preguntas y procuraba dar su respuesta en guaraní. Se consideró entonces que, en la práctica, era esperable que se diera esta alternancia entre ambas lenguas con la consiguiente traducción espontánea y no controlada del cuestionario en español.

Se halló recomendable contar con una versión del cuestionario en guaraní que, sin ser necesariamente utilizado en paralelo, diese al encuestador una referencia de los conceptos en la lengua local, en caso de apartarse de la entrevista en español.

A fin de elaborar la versión al guaraní se contrató a un experto en educación popular. Se ha indicado que en realidad la lengua utilizada ya no es el guaraní que como tal se habría perdido en gran parte. En su lugar se hablaría una versión del mismo conocida como *Yopará*, que combina palabras y construcciones del guaraní y el español. De cualquier forma la traducción fue dejada en manos de profesionales del campo de la educación popular con el propósito que la misma fuera el reflejo de la forma de comunicación habitual en el país.

Una vez obtenida la primera versión guaraní, se procedió a realizar la traducción del mismo al español con otro especialista a fin de constatar si las ideas que estaban en el cuestionario original se mantenían después de su traducción. Una vez realizado este último control se procedió a incorporar la versión guaraní junto con el manual del encuestador a los elementos con que contó cada encuestador. Estos tenían que ser encuestadores bilingües.

## 4-2 ESTUDIO DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

### a) Introducción.

No obstante las ventajas que representan los estudios poblacionales, hay que considerar también las dificultades asociadas a la variabilidad e imprecisión de la información recogida por el método de encuestas donde diferentes observadores recogen observaciones de un número grande de personas de una población determinada (1).

Ya a finales de la década de 1940, en Estados Unidos se había observado que diferentes patrones de respuesta se relacionaban a veces más con la variabilidad de las mediciones que con diferencias reales en los fenómenos estudiados (2).

Así comenzaron a desarrollarse en diferentes países, especialmente en Estados Unidos y Gran Bretaña, métodos para incrementar la precisión de la información epidemiológica. Estos métodos incluyen el uso de procedimientos estandarizados de recolección de datos que se caracterizan por la utilización de entrevistas estructuradas que pautan los temas a indagar, el tipo, el orden, fraseo de las preguntas, la secuencia de los pases y donde la mayoría de las respuestas están pre-codificadas. La aplicación de esta clase de entrevistas necesita un breve período previo de entrenamiento para lograr su adecuado manejo. Una vez iniciado el trabajo de campo, a la estricta supervisión de las tareas se agrega el control de calidad de la información recogida.

Pero hay dos características esenciales de cualquier procedimiento de medición: su validez y confiabilidad. La validez da idea de exactitud e indica si un procedimiento mide lo que se propone medir. La confiabilidad señala el grado en que el procedimiento produce resultados equivalentes en reiteradas mediciones (3). La confiabilidad se refiere a la consistencia de los resultados obtenidos: evalúa en qué medida los resultados están influenciados por el azar, la voluntad de cooperar o no de los encuestados, por la distorsión deliberada de las respuestas o por el fracaso en comprender las preguntas (4).

En el campo de estudios sobre uso de drogas es muy importante evaluar la validez y confiabilidad del instrumento que mide el consumo de sustancias.

Johnston sugiere que esto es aún más necesario en la medida en que el uso de drogas es una actividad social y oficialmente sancionado. Aconseja probar la validez y confiabilidad preferentemente antes de llevar a cabo una investigación por muestreo de población a gran escala (5). Hay que tener presente la dificultad inherente al esfuerzo por establecer la validez de la información sobre consumo de drogas por su condición de conducta ilegal. Al ser, además, un comportamiento privado, no está fácilmente sujeto a la observación o verificación por otros. Es también difícil obtener una medida externa contra la cual comparar los resultados de la investigación (6).

**b) Objetivos.**

La realización de un estudio epidemiológico de Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay, mediante la aplicación de una encuesta de hogares a nivel nacional, hizo necesario el desarrollo y prueba de una serie de preguntas destinadas a medir la prevalencia del síndrome depresivo y los trastornos por alcohol y otras sustancias psicoactivas (medicamentos y drogas ilícitas).

Se elaboró un cuestionario que contenía preguntas sobre uso de diferentes sustancias psicoactivas y sobre su consumo excesivo; también se incluyó una serie de preguntas, del estilo *screening*, cuya respuesta positiva indicaría probabilidad de existencia de problemas vinculados a la dependencia de sustancias. Para medir el síndrome depresivo se incluyó una selección de veinte preguntas del Self Reporting Questionnaire (SRQ), desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como parte de un esfuerzo destinado a extender los servicios de Salud Mental (7). Para efectos de este estudio se omitieron las preguntas del SRQ referidas a psicosis y epilepsia.

El cuestionario elaborado reconoce como principales antecedentes, en cuanto a la medición del uso y abuso de drogas, la encuesta realizada por Joel Jutkowitz en el Perú (8), el estudio efectuado en Guatemala por Development Associates, Inc. y colaboradores (9), investigaciones realizadas por L. Johnston (10), la versión del CAGE incorporada en el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (11), y la sección del Screening DIS para abuso de drogas (12). Para evaluar el síndrome de depresión, las preguntas antes mencionadas del SRQ (13).

Se presentan aquí los resultados del estudio de validación y confiabilidad de las preguntas del cuestionario que miden la presencia probable del síndrome depresivo, la dependencia del alcohol y de otras sustancias psicoactivas (medicamentos y drogas ilícitas), con población paraguaya.

## c) Metodología.

Con el objeto de validar el cuestionario para los siguientes cuadros: síndrome depresivo, dependencia del alcohol, dependencia de los medicamentos y sustancias ilícitas, se seleccionó una muestra no aleatoria de cincuenta y dos hombres y mujeres de nivel socio-económico medio y bajo. En el momento de realizar el estudio, estas personas eran pacientes, algunos internados en un hospital general, otros de la consulta externa de un hospital psiquiátrico, otros de la consulta externa del servicio de psiquiatría de un hospital general, y otras pertenecientes a grupos de autoayuda e instituciones de rehabilitación.

Cada una de estas personas fue entrevistada de manera independiente por un médico psiquiatra o un psicólogo clínico y un encuestador. El objetivo era comparar los resultados producidos por la encuesta (respecto a la presencia del síndrome depresivo, o respecto al uso, ingestión excesiva, y dependencia del alcohol, medicamentos y sustancias ilícitas) con los resultados producidos por otro método, en este caso la evaluación clínica, la que sería considerada como el estándar de validación. Las dos entrevistas se efectuaron el mismo día, y aunque no se estableció de antemano un orden pre-fijado, en la mayor parte de los casos el examen clínico fue anterior a la administración de la encuesta.

Para llevar a cabo el examen clínico, y con el propósito de reducir la variabilidad asociada al uso de diferentes sistemas de clasificación diagnóstica, se incorporó un breve listado que resumía los criterios diagnósticos del DSM-III-R (14) para que fuera utilizado como una guía de evaluación clínica. No obstante, en todos los casos se consideró como medida definitiva el resultado del juicio clínico.

**DEPRESION:**

El paciente en los últimos meses experimentó:

1) Tristeza, decaimiento, depresión la mayor parte del día, casi todos los días.
2) Pérdida de interés por cosas que antes le interesaban.
3) Trastornos del apetito: sin ganas de comer; adelgazar mucho o aumentar mucho de peso sin dieta especial.
4) Trastornos del sueño.
5) Lentificación de movimientos o del habla, o inquietud.
6) Cansancio, agotamiento de manera frecuente.
7) Sentimientos de menosprecio y culpa.
8) Dificultades para concentrarse.
9) Reiterados pensamientos de muerte, ideas de suicidio, intentos de suicidio.

**DEPENDENCIA DEL ALCOHOL:**

1) Termina bebiendo mucho más de lo que se había propuesto al comenzar a beber.
2) No puede interrumpir su ingestión una vez que la inicia.
3) Cuando interrumpe su ingestión por tiempos mayores de 24 horas presenta síntomas de abstinencia.
4) Efectos posteriores del alcohol (resaca) con frecuencia le han impedido trabajar aunque haya tenido la intención de hacerlo.
5) Ingestión de bebida mientras trabaja, estudia, realiza quehaceres domésticos o cuida niños.
6) Problemas de salud, gastrointestinales, cardiovasculares, etc. debido al uso de alcohol.
7) Necesidad de consumir mayores cantidades para conseguir el mismo efecto.
8) Puede tomar mayores cantidades con menores manifestaciones de intoxicación (disartria, diplopía, trastornos de la marcha, etc.).

**DEPENDENCIA DE LAS DROGAS** (Medicamentos y sustancias ilícitas):

1) Consumo diario durante más de dos semanas.
2) Dejó o redujo considerablemente actividades importantes (trabajo, estudio, relaciones sociales, etc.) a causa del consumo.
3) Trató de interrumpir o reducir su consumo sin lograrlo.
4) Alguna vez consumió mientras trabajaba o realizaba quehaceres domésticos o cuidaba niños o estudiaba.
5) Problemas de salud, o problemas emocionales o psicológicos, o en sus relaciones personales (con su familia, amigos, etc.) debido al consumo.
6) Necesidad de consumir cantidades mayores para conseguir el mismo efecto.
7) Síntomas de abstinencia al reducir o suspender su consumo.
8) Consumo de la(s) sustancia(s) para quitarse esos síntomas o para evitar tenerlos.

Para estudiar la confiabilidad del instrumento, se repitió el cuestionario en una segunda ocasión para medir el grado de consistencia entre los resultados obtenidos entre la primera y la segunda administración. El intervalo de tiempo entre una y otra entrevista varió entre menos de un día y hasta siete días después de haberse efectuado la primera para la mayoría de las observaciones, pero en tres casos el intervalo fué de quince días. El grado de acuerdo entre ambas observaciones se analizó mediante el coeficiente kappa (15). Se incluye también, como otra referencia, el porcentaje de acuerdo global (16).

**d) Resultados.**

**I) Validez.**

Se analizaron los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta y se compararon con los resultados de la evaluación clínica en relación a la manifestación del síndrome depresivo, y la dependencia del alcohol, medicamentos y drogas ilícitas.

Con respecto al síndrome depresivo, evaluado de acuerdo a una selección de 20 preguntas del Self Reporting Questionnaire (SRQ), se consideró al puntaje 8 y más como umbral entre «no-caso» y probable «caso» de síndrome depresivo. A este nivel, la sensibilidad de esta escala —es decir, su capacidad para detectar verdaderos-positivos— alcanzó a 89,4%, su especificidad —su capacidad para detectar verdaderos-negativos— alcanzó a 90,9%.

**Cuadro I-5: Síndrome depresivo: Resultados según el cuestionario y según la evaluación clínica (en números absolutos). Marzo de 1991.**

| Cuestionario: S. Depresivo | Juicio Clínico Síndrome Depresivo | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 17 | 3 | 20 |
| NO | 2 | 30 | 32 |
| TOTAL | 19 | 33 | 52 |

Los valores predictivos, positivo y negativo, alcanzaron respectivamente 85,0% y 93,7%.

La probable presencia de problemas relacionados con la dependencia del alcohol se evaluó mediante la versión del CAGE incorporada al Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria ya citado. La sensibilidad fue de 89,4%; la especificidad alcanzó a 84,8%. Los valores predictivos, positivo y negativo, respectivamente fueron de 77, 3% y 93,3%.

**Cuadro I-6: Dependencia del Alcohol: Resultados según el cuestionario y según la evaluación clínica (en números absolutos). Marzo de1991.**

| Cuestionario: Dependencia del Alcohol | Juicio Clínico Dependencia del Alcohol | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 17 | 5 | 22 |
| NO | 2 | 28 | 30 |
| TOTAL | 19 | 33 | 52 |

La probable dependencia de medicamentos fue evaluado de acuerdo a siete preguntas *screening*. Una respuesta positiva ya fue considerada como probable trastorno. La sensibilidad fue del 100%, la especificidad alcanzó a 90,5%. Los valores predictivos, positivo y negativo, fueron respectivamente 71,4% y 100%.

**Cuadro I-7: Dependencia de medicamentos: Resultados según el cuestionario y según la evaluación clínica (en números absolutos). Marzo de1991.**

| Cuestionario: Dependencia de medicamentos | Juicio Clínico Dependencia de medicamentos | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 10 | 4 | 14 |
| NO | - | 38 | 38 |
| TOTAL | 10 | 42 | 52 |

La dependencia de sustancias ilícitas también fue evaluada mediante siete preguntas de *screening*. Una respuesta positiva ya fue considerado como probabilidad de dependencia. La sensibilidad alcanzó a 89,8%; la especificidad fue de 97,6%. Los valores predictivos, positivo y negativo respectivamente fueron 89,8% y 97,6%.

**Cuadro I-8: Dependencia de sustancias ilícitas: Resultados según el cuestionario y según la evaluación clínica (en números absolutos). Marzo de 1991.**

| Cuestionario: Dependencia de sust. ilícitas | Juicio Clínico Dependencia de sust. ilícitas | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 8 | 1 | 9 |
| NO | 1 | 42 | 43 |
| TOTAL | 9 | 43 | 52 |

## II) Confiabilidad:

Para examinar la confiabilidad del instrumento, fueron entrevistados por segunda vez treinta y cinco personas. Se compararon los resultados obtenidos en la primera aplicación con los resultados obtenidos en la segunda, para observar el grado de concordancia entre ambas medido por kappa. Landis y Koch (17) estiman que un valor de kappa superior a 0,75 representa un excelente acuerdo más allá del que se espera por el azar.

**Cuadro I-9: Síndrome depresivo: resultados de la primera y de la segunda entrevista (en números absolutos). Marzo-abril de 1991.**

| Segunda Entrevista S. depresivo | Primera Entrevista Síndrome Depresivo | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 11 | 1 | 12 |
| NO | 2 | 21 | 23 |
| TOTAL | 13 | 22 | 35 |

Para el síndrome depresivo el valor de kappa fue de 0,77 y el porcentaje de acuerdo global alcanzó a 91,4%.

**Cuadro I-10: Dependencia del Alcohol: resultados de la primera y de la segunda entrevista (en números absolutos). Marzo-abril de 1991.**

| Segunda Entrevista Dependencia de Alcohol | Primera Entrevista Dependencia de Alcohol | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 12 | 2 | 14 |
| NO | 1 | 20 | 21 |
| TOTAL | 13 | 22 | 35 |

Respecto a la evaluación de la dependencia del alcohol, el valor de kappa fue de 0,82 y el porcentaje del acuerdo global alcanzó a 91,4.

**Cuadro I-11: Dependencia de sustancias*: resultados de la primera y de lasegunda entrevista (en números absolutos). Marzo-abril de 1991.**

| Segunda Entrevista Dependencia de sustancias | Primera Entrevista Dependencia de sustancias | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | TOTAL |
| SI | 11 | 0 | 11 |
| NO | 4 | 19 | 23 |
| TOTAL | 15 | 19 | 34 |

* Incluye medicamentos y drogas ilícitas. Se excluyó una persona por información incompleta.

En la evaluación de la dependencia de sustancias, el valor kappa fue de 0,75 y el porcentaje del acuerdo global alcanzó a 88,2.

### III) Modificaciones:

Una vez finalizada esta primera prueba del cuestionario, se analizaron las preguntas según las dificultades halladas durante su aplicación. Se introdujeron diferentes cambios de los que se citan a continuación los de mayor importancia:

Las preguntas correspondientes a la evaluación del síndrome depresivo fueron reagrupadas de manera diferente a la de la versión original. Se ubicaron al inicio una primera serie de diez preguntas más relacionadas con trastornos psicosomáticos, pues se consideró que sería menor la resistencia a la respuesta. Las restantes diez preguntas, de carácter más profundo, fueron ubicadas al final.

Debido a dificultades observadas en la comprensión, se varió el texto de algunas indagaciones. Por ejemplo, en las preguntas de edad de inicio, en vez de « Qué edad tenía la primera vez que ...?» se cambió por «¿Cuántos años tenía la primera vez que ...?»; en vez de «¿Con qué frecuencia consumió estos medicamentos ...?» se cambió por «¿Cuántas veces consumió ...?» (en las indagaciones de prevalencia).

En las preguntas de screening de dependencia, se cambió el orden que tenían en la versión original y se decidió omitir la siguiente indagación cuando se refería a sustancias de consumo legal en el país: «¿Su consumo le causó problemas serios con su familia, amigos, escuela o trabajo?».

Se varió la redacción de diferentes preguntas, en algunos casos, en función de su resonancia cultural. Por ejemplo, la indagación «¿Ha estado en peleas o lo han detenido estando borracho?», con efecto de rechazo, fue reemplazada por «¿Alguna vez, después de haber tomado mucho, se peleó con alguien o fue sancionado de alguna forma?».

## e) Conclusiones:

Dada la naturaleza del problema de estudio, —asociada a una conducta ilegal que está sujeta a severas penas; definida al mismo tiempo como una actividad marginal que recibe fuerte sanción y repudio social, por su connotación de peligro y amenaza— la negación y el ocultamiento de información relevante es parte del problema que hay que enfrentar.

Tomando esta tendencia como un dato, se ha tratado de maximizar la sensibilidad del cuestionario. Para esto se definió como probable «caso» de dependencia la manifestación positiva en al menos una de las características indagadas por las preguntas del *screening* correspondiente.

Los hallazgos de este estudio indican que los valores de sensibilidad y especificidad demostrados por el instrumento son muy aceptables para la detección rápida del síndrome depresivo y de la dependencia del alcohol, medicamentos y drogas ilícitas. El instrumento también puede ser utilizado de manera confiable para recolectar información sobre los trastornos indicados. El cuestionario reúne ambas características, de validez y confiabilidad, si es administrado de manera adecuada a personas que estén motivadas para responder honestamente.

## 4-3 DISEÑO MUESTRAL

### a) Universo.

Se definió como el universo de este estudio a todas las personas entre 12 y 45 años que habitan en viviendas particulares en las zonas más urbanas del país.

Con este objetivo se seleccionaron las localidades con más de 20.000 habitantes que pasaron a constituir el universo de esta investigación y que son:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Asunción Metropolitano | 1.044.109 | habitantes |
| 2. | Ciudad del Este | 101.727 | habitantes |
| 3. | Pedro Juan Caballero | 52.598 | habitantes |
| 4. | Encarnación | 41.303 | habitantes |
| 5. | Concepción | 30.531 | habitantes |
| 6. | Caaguazú | 30.262 | habitantes |
| 7. | Presidente Franco | 27.369 | habitantes |
| 8. | Villarrica | 25.577 | habitantes |
| 9. | Coronel Oviedo | 23.574 | habitantes |
| 10. | Hernandarias | 20.035 | habitantes |

La localidad que le sigue a Hernandarias es Pilar, con 17.010 habitantes, por lo que quedó fuera del universo.

Asunción metropolitano fue definido como Asunción (619.521 habitantes) con sus poblaciones satélites: San Lorenzo (138.871 habitantes), Fernando de la Mora (123.218 habitantes), Lambaré (122.539 habitantes) y Luque (39.960 habitantes). No fueron consideradas otras poblaciones satélites como Villa Elisa, Villeta, Limpio, Mariano Roque Alonso y Ñemby, por tener reducidos núcleos urbanos (de 4.300 a 13.000 habitantes).

Como no existían estadísticas actualizadas a 1991 de las poblaciones de las localidades del Paraguay, fueron estimadas de la siguiente manera:

Como punto de partida se tomó la estimación por distrito para 1991 realizada por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC) en base a los censos nacionales de 1962, 1972 y 1982 (PARAGUAY. Estimación y Proyección provisoria de la población por Departamento y Distrito al 30 de junio de cada año. Año 1982 y Período 1989-1992). Luego se tomó el porcentaje de población urbana de los distritos, calculado a partir de los datos censales de 1982, y se multiplicó por la población del distrito, dando la cantidad de habitantes de la correspondiente capital del distrito. Es necesario aclarar que la DGEC define como zona urbana en cada distrito solamente a su capital. Luego se ordenó la lista de los distritos en orden decreciente de población y de ese listado se extrajeron las localidades con más de 20.000 habitantes.

**b) Marco muestral**

Se tomó como marco muestral el conjunto de planos de las localidades seleccionadas y que fueron facilitadas por la DGEC. Aunque estos planos no reflejan en forma exacta la realidad actual de dichas localidades, son los más actualizados de que se disponen en el país. La DGEC ha confeccionado estos planos partiendo de la cartografía utilizada en el Censo de 1982 y le ha incorporado la información proveniente de planos realizados por la Administración Nacional de Electricidad (ANDE), el Instituto Geográfico Militar (IGM) y otras instituciones. Hay que tener en cuenta que los planos de la ANDE representan en forma actualizada la parte de cada localidad que tiene energía eléctrica, la cual representa generalmente gran parte de la zona urbana. Se puede aceptar que los planos menos actualizados representan la realidad de 1987, salvo los de Ciudad del Este, que por su rápido crecimiento podrían estar un poco más atrasados.

Actualizar los planos a 1991 era imposible dentro del plazo previsto para este trabajo. Tampoco se consideró conveniente utilizar un diseño muestral que contemple la zona no registrada en los planos, por las dificultades técnicas que implica este tipo de diseño. Finalmente se estimó que la representatividad de los planos disponibles es superior al 95%, por lo que se consideró como un marco muestral adecuado para la investigación.

La cantidad de planos de cada conglomerado es el siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Asunción metropolitano | 32 | planos |
| Ciudad del Este | 3 | planos |
| Pedro Juan Caballero | 2 | planos |
| Encarnación | 3 | planos |
| Concepción | 2 | planos |
| Caaguazú | 1 | plano |
| Pdte. Franco | 1 | plano |
| Villarrica | 2 | planos |
| Cnel. Oviedo | 1 | plano |
| Hernandarias | 2 | plano |

### c) Modelo Muestral

Se ha adoptado un muestreo aleatorio estratificado desproporcional y por conglomerados con distinto esquema muestral, en cada estrato.

Estratificación

Se ha dividido a la población en dos estratos debido a la gran concentración de población existente en Asunción Metropolitano y por la diferente cantidad de etapas de muestreo en cada estrato.

El ESTRATO 1 es Asunción Metropolitano y el ESTRATO 2 es el resto de las localiddes.

Se ha estimado un tamaño muestral de 700 casos para Asunción Metropolitano y 200 casos para cada una de las restantes nueve localidades.

La razón de esta distribución viene dada por el hecho de que los porcentajes que se quiere estimar habitualmente son muy pequeños (del orden del 1%), que con muestras muy pequeñas podrían no ser detectados. Se estimó que 200 casos para cada localidad sería un número aceptable en este sentido.

Los restantes 700 casos se aplicarán en Asunción Metropolitano, que será considerado dividido en 32 conglomerados correspondientes a los 32 planos de Asunción y sus ciudades satélites. El ESTRATO 2 se consideró compuesto de 9 conglomerados constituidos por cada una de las 9 localidades que constituyen dicho estrato.

Con esta distribución de los casos encuestados, se produce una sub representación de Asunción metropolitano y una sobre representación del resto de las localidades. Esto fué corregido mediante ponderaciones adecuadas que serán especificadas más adelante.

#### Muestreo en el ESTRATO 1

Dentro del ESTRATO 1 se han tomado los 32 conglomerados y en cada uno de ellos, un número de manzanas proporcional al número total contenida en el conglomerado, de manera que totalizaron 350 manzanas. La selección aleatoria de éstas se hizo en forma sistemática, enumerándolas en forma de serpentina. En cada una de ellas se seleccionaron, también al azar, dos viviendas, en cada una de las cuales se seleccionó al azar una de las familia que habitaba la vivienda y dentro de cada familia se encuestó a una sola persona, elegida por el cumpleaños más cercano. El muestreo sistemático se adoptó para asegurar una mayor dispersión geográfica, y la selección de dos familias por manzana, para disminuir el tiempo del trabajo de campo.

**Muestreo en el ESTRATO 2.**

Este estrato cuenta con 9 conglomerados (poblaciones), los cuales fueron todos seleccionados. Dentro de cada conglomerado se selecionaron 100 manzanas al azar, de la misma forma que en el ESTRATO 1. Es decir, cada conglomerado (población) se consideró dividido en otros conglomerados (planos), dentro de los cuales se seleccionaron manzanas, viviendas, familias y personas en la forma ya descrita anteriormente.

## d) Metodología

Para la ubicación de las personas encuestadas se siguió la siguiente metodología, la cual es válida para el ESTRATO 1 y para cada conglomerado del ESTRATO 2: Cada conglomerado está representado por un plano en el cual se consigna un conjunto de manzanas. Estas fueron enumeradas en forma de serpentina, iniciando la enumeración en el borde superior izquierdo. Luego se seleccionó en forma sistemática con arranque aleatorio, un número proporcional al número de manzanas en el plano.

Para cada manzana seleccionada se enumeraron todas las viviendas y se seleccionaron al azar dos viviendas con una tabla de números aleatorios.

En la familia seleccionada, la persona encuestada era la que tenía el próximo cumpleaños más cercano a la fecha de la entrevista, entre aquellos con edades entre los doce y cuarenta y cinco años.

En caso de no poder obtener las dos familias en la manzana, pero existiendo otras en la misma, se selecciona nuevamente al azar otra familia en ese lugar. En caso de no haber más familias, se tomaron otra manzana de las que rodean a la seleccionada, eligiendo al azar una de ellas y repitiendo el proceso de selección de la o las familias.

En los casos en que la manzana seleccionada no tenía viviendas, se seleccionaba al azar otra que rodeaba a la seleccionada, en algunos casos se tomó la manzana más cercana a la seleccionada.

## e) Ponderaciones

Como la muestra no es autoponderada, se utilizaron las siguientes ponderaciones:

Factor 1 = Número de personas elegibles en la familia.
Factor 2 = Número de familias en la vivienda.
Factor 3 = Número de viviendas en la manzana/2
Factor 4 = Número de manzanas en el conglomerado / Número de manzanas en la muestra del conglomerado

El factor 1 expande a toda la familia, el factor 2 a la vivienda, el factor 3 a la manzana y el factor 4 al conglomerado. La ponderación para los estratos ya está incorporada en la de los conglomerados, ya que la población está compuesta de los 49 conglomerados (mapas), de los cuales 32 son del estrato 1 (Asunción) y 17 son del Estrato 2.

### f) Intervalos de Confianza

A continuación se especifican los intervalos de confianza para porcentajes de 1% a 50% y para 95% y 99% de confianza.
Se consideró la aproximación de la binomial a través de la normal, utilizándose las siguientes fórmulas para los límites inferior y superior del intervalo:

Proporción: $o < p > 1$

$$p - Z\ Alfa \sqrt{\frac{px(1-p)}{N-1}} \qquad p + Z\ Alfa \sqrt{\frac{px(1-p)}{N-1}}$$

*Z Alfa* = 1,96 para 95% de confianza
*Z Alfa* = 2,575 para 99% de confianza

Porcentajes $0 < p < 100$

$$p \pm Z\ Alfa \sqrt{\frac{p(100-p)}{N-1}}$$

## INTERVALOS DEL 95% DE CONFIANZA PARA PORCENTAJES

| | Muestra de 200 | | Muestra de 700 | | Muestra de 2500 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Limites | Inf. | Sup. | Inf. | Sup. | Inf. | Sup. |
| 1 | 0,0000 | 2,3824 | 0,2624 | 1,7376 | 0,6099 | 1,3901 |
| 2 | 0,0548 | 3,9452 | 0,9621 | 3,0379 | 1,4511 | 2,5489 |
| 3 | 0,6298 | 5,3702 | 1,7354 | 4,2646 | 2,3312 | 3,6688 |
| 4 | 1,2773 | 6,7227 | 2,5473 | 5,4527 | 3,2317 | 4,7683 |
| 5 | 1,9719 | 8,0281 | 3,3843 | 6,6157 | 4,1455 | 5,8545 |
| 6 | 2,7003 | 9,2997 | 4,2394 | 7,7606 | 5,0689 | 6,9311 |
| 7 | 3,4550 | 10,5450 | 5,1085 | 8,8915 | 5,9996 | 8,0004 |
| 8 | 4,2306 | 11,7694 | 5,9888 | 10,0112 | 6,9363 | 9,0637 |
| 9 | 5,0238 | 12,9762 | 6,8784 | 11,1216 | 7,8779 | 10,1221 |
| 10 | 5,8318 | 14,1682 | 7,7760 | 12,2240 | 8,8238 | 11,1762 |
| 11 | 6,6527 | 15,3473 | 8,6804 | 13,3196 | 9,7732 | 12,2268 |
| 12 | 7,4850 | 16,5150 | 9,5909 | 14,4091 | 10,7259 | 13,2741 |
| 13 | 8,3274 | 17,6726 | 10,5068 | 15,4932 | 11,6814 | 14,3186 |
| 14 | 9,1789 | 18,8211 | 11,4276 | 16,5724 | 12,6395 | 15,3605 |
| 15 | 10,0388 | 19,9612 | 12,3529 | 17,6471 | 13,6000 | 16,4000 |
| 16 | 10,9063 | 21,0937 | 13,2822 | 18,7178 | 14,5626 | 17,4374 |
| 17 | 11,7809 | 22,2191 | 14,2153 | 19,7847 | 15,5272 | 18,4728 |
| 18 | 12,6621 | 23,3379 | 15,1519 | 20,8481 | 16,4937 | 19,5063 |
| 19 | 13,5493 | 24,4507 | 16,0917 | 21,9083 | 17,4619 | 20,5381 |
| 20 | 14,4424 | 25,5576 | 17,0346 | 22,9654 | 18,4317 | 21,5683 |
| 21 | 15,3408 | 26,6592 | 17,9805 | 24,0195 | 19,4030 | 22,5970 |
| 22 | 16,2444 | 27,7556 | 18,9290 | 25,0710 | 20,3758 | 23,6242 |
| 23 | 17,1529 | 28,8471 | 19,8802 | 26,1198 | 21,3500 | 24,6500 |
| 24 | 18,0661 | 29,9339 | 20,8339 | 27,1661 | 22,3255 | 25,6745 |
| 25 | 18,9837 | 31,0163 | 21,7899 | 28,2101 | 23,3023 | 26,6977 |
| 26 | 19,9056 | 32,0944 | 22,7482 | 29,2518 | 24,2802 | 27,7198 |
| 27 | 20,8316 | 33,1684 | 23,7088 | 30,2912 | 25,2593 | 28,7407 |
| 28 | 21,7616 | 34,2384 | 24,6714 | 31,3286 | 26,2396 | 29,7604 |
| 29 | 22,6954 | 35,3046 | 25,6361 | 32,3639 | 27,2209 | 30,7791 |
| 30 | 23,6329 | 36,3671 | 26,6028 | 33,3972 | 28,2033 | 31,7967 |
| 31 | 24,5741 | 37,4259 | 27,5714 | 34,4286 | 29,1867 | 32,8133 |
| 32 | 25,5187 | 38,4813 | 28,5418 | 35,4582 | 30,1710 | 33,8290 |
| 33 | 26,4668 | 39,5332 | 29,5141 | 36,4859 | 31,1564 | 34,8436 |
| 34 | 27,4183 | 40,5817 | 30,4882 | 37,5118 | 32,1427 | 35,8573 |
| 35 | 28,3730 | 41,6270 | 31,4640 | 38,5360 | 33,1299 | 36,8701 |
| 36 | 29,3308 | 42,6692 | 32,4416 | 39,5584 | 34,1180 | 37,8820 |
| 37 | 30,2919 | 43,7081 | 33,4208 | 40,5792 | 35,1070 | 38,8930 |
| 38 | 31,2560 | 44,7440 | 34,4016 | 41,5984 | 36,0969 | 39,9031 |
| 39 | 32,2232 | 45,7768 | 35,3841 | 42,6159 | 37,0876 | 40,9124 |
| 40 | 33,1933 | 46,8067 | 36,3682 | 43,6318 | 38,0792 | 41,9208 |
| 41 | 34,1664 | 47,8336 | 37,3538 | 44,6462 | 39,0716 | 42,9284 |
| 42 | 35,1425 | 48,8575 | 38,3411 | 45,6589 | 40,0649 | 43,9351 |
| 43 | 36,1214 | 49,8786 | 39,3298 | 46,6702 | 41,0589 | 44,9411 |
| 44 | 37,1032 | 50,8968 | 40,3201 | 47,6799 | 42,0538 | 45,9462 |
| 45 | 38,0878 | 51,9122 | 41,3119 | 48,6881 | 43,0494 | 46,9506 |
| 46 | 39,0752 | 52,9248 | 42,3052 | 49,6948 | 44,0459 | 47,9541 |
| 47 | 40,0655 | 53,9345 | 43,3000 | 50,7000 | 45,0431 | 48,9569 |
| 48 | 41,0585 | 54,9415 | 44,2963 | 51,7037 | 46,0412 | 49,9588 |
| 49 | 42,0544 | 55,9456 | 45,2940 | 52,7060 | 47,0400 | 50,9600 |
| 50 | 43,0530 | 56,9470 | 46,2933 | 53,7067 | 48,0396 | 51,9604 |

## INTERVALOS DEL 99% DE CONFIANZA PARA PORCENTAJES

| | Muestra de 200 | | Muestra de 700 | | Muestra de 2500 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Limites | Inf. | Sup. | Inf. | Sup. | Inf. | Sup. |
| 1 | 0,0000 | 2,8162 | 0,0309 | 1,9691 | 0,4875 | 1,5125 |
| 2 | 0,0000 | 4,5555 | 0 6365 | 3,3635 | 1,2789 | 2,7211 |
| 3 | 0,0000 | 6,1138 | 1,3386 | 4,6614 | 2,1213 | 3,8787 |
| 4 | 0,4230 | 7,5770 | 2,0914 | 5,9086 | 2,9906 | 5,0094 |
| 5 | 1,0217 | 8,9783 | 2,8773 | 7,1227 | 3,8774 | 6,1226 |
| 6 | 1,6650 | 10,3350 | 3,6870 | 8,3130 | 4,7767 | 7,2233 |
| 7 | 2,3426 | 11,6574 | 4,5150 | 9,4850 | 5,6857 | 8,3143 |
| 8 | 3,0479 | 12,9521 | 5,3577 | 10,6423 | 6,6026 | 9,3974 |
| 9 | 3,7761 | 14,2239 | 6,2127 | 11,7873 | 7,5259 | 10,4741 |
| 10 | 4,5239 | 15,4761 | 7,0781 | 12,9219 | 8,4547 | 11,5453 |
| 11 | 5,2886 | 16,7114 | 7,9526 | 14,0474 | 9,3883 | 12,6117 |
| 12 | 6,0683 | 17,9317 | 8,8350 | 15,0650 | 10,3261 | 13,6739 |
| 13 | 6,8612 | 19,1388 | 9,7246 | 16,2754 | 11,2677 | 14,7323 |
| 14 | 7,6662 | 20,3338 | 10,6205 | 17,3795 | 12,2127 | 15,7873 |
| 15 | 8,4821 | 21,5179 | 11,5223 | 18,4777 | 13,1607 | 16,8393 |
| 16 | 9,3081 | 22,6919 | 12,4294 | 19,5706 | 14,1116 | 17,8884 |
| 17 | 10,1433 | 23,8567 | 13,3415 | 20,6585 | 15,0651 | 18,9349 |
| 18 | 10,9872 | 25,0128 | 14,2582 | 21,7418 | 16,0210 | 19,9790 |
| 19 | 11,8391 | 26,1609 | 15,1792 | 22,8208 | 16,9792 | 21,0208 |
| 20 | 12,6985 | 27,3015 | 16,1042 | 23,8958 | 17,9396 | 22,0604 |
| 21 | 13,5651 | 28,4349 | 17,0330 | 24,9670 | 18,9019 | 23,0981 |
| 22 | 14,4385 | 29,5615 | 17,9654 | 26,0346 | 19,8662 | 24,1338 |
| 23 | 15,3183 | 30,6817 | 18,9013 | 27,0987 | 20,8323 | 25,1677 |
| 24 | 16,2042 | 31,7958 | 19,8404 | 28,1596 | 21,8001 | 26,1999 |
| 25 | 17,0959 | 32,9041 | 20,7827 | 29,2173 | 22,7695 | 27,2305 |
| 26 | 17,9933 | 34,0067 | 21,7279 | 30,2721 | 23,7406 | 28,2594 |
| 27 | 18,8961 | 35,1039 | 22,6760 | 31,3240 | 24,7132 | 29,2868 |
| 28 | 19,8041 | 36,1959 | 23,6270 | 32,3730 | 25,6872 | 30,3128 |
| 29 | 20,7172 | 37,2828 | 24,5806 | 33,4194 | 26,6627 | 31,3373 |
| 30 | 21,6351 | 38,3649 | 25,5368 | 34,4632 | 27,6395 | 32,3605 |
| 31 | 22,5578 | 39,4422 | 26,4955 | 35,5045 | 28,6177 | 33,3823 |
| 32 | 23,4851 | 40,5149 | 27,4567 | 36,5433 | 29,5972 | 34,4028 |
| 33 | 24,4169 | 41,5831 | 28,4203 | 37,5797 | 30,5779 | 35,4221 |
| 34 | 25,3531 | 42,6469 | 29,3863 | 38,6137 | 31,5599 | 36,4401 |
| 35 | 26,2935 | 43,7065 | 30,3545 | 39,6455 | 32,5431 | 37,4569 |
| 36 | 27,2382 | 44,7618 | 31,3250 | 40,6750 | 33,5275 | 38,4725 |
| 37 | 28,1870 | 45,8130 | 32,2977 | 41,7023 | 34,5131 | 39,4869 |
| 38 | 29,1399 | 46,8601 | 33,2726 | 42,7274 | 35,4998 | 40,5002 |
| 39 | 30,0968 | 47,9032 | 34,2495 | 43,7505 | 36,4876 | 41,5124 |
| 40 | 31,0576 | 48,9424 | 35,2286 | 44,7714 | 37,4765 | 42,5235 |
| 41 | 32,0222 | 49,9778 | 36,2098 | 45,7902 | 38,4666 | 43,5334 |
| 42 | 32,9907 | 51,0093 | 37,1930 | 46,8070 | 39,4577 | 44,5423 |
| 43 | 33,9630 | 52,0370 | 38,1782 | 47,8218 | 40,4498 | 45,5502 |
| 44 | 34,9391 | 53,0609 | 39,1654 | 48,8346 | 41,4431 | 46,5569 |
| 45 | 35,9189 | 54,0811 | 40,1546 | 49,8454 | 42,4374 | 47,5626 |
| 46 | 36,9024 | 55,0976 | 41,1458 | 50,8542 | 43,4327 | 48,5673 |
| 47 | 37,8896 | 56,1104 | 42,1390 | 51,8610 | 44,4291 | 49,5709 |
| 48 | 38,8805 | 57,1195 | 43,1341 | 52,8659 | 45,4265 | 50,5735 |
| 49 | 39,8750 | 58,1250 | 44,1312 | 53,8688 | 46,4250 | 51,5750 |
| 50 | 40,8732 | 59,1268 | 45,1302 | 54,8698 | 47,4245 | 52,5755 |

## 4.4 TRABAJO DE CAMPO Y PROCESO DE DATOS

### a) Aspectos generales

A principios de abril de 1991 se inició la selección de encuestadores y supervisores para llevar adelante el trabajo de campo. En un primer momento se contó con la participación de la Universidad Católica del Paraguay, de manera que con esta primera colaboración se hizo una primera selección de encuestadores, en su mayoría provenientes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional. Se llevó a cabo su capacitación centrada fundamentalmente en: introducir a los encuestadores en los objetivos del estudio epidemiológico y en su entrenamiento para el adecuado manejo del cuestionario y demás instrumentos así como en técnicas de procedimiento de campo para la selección de viviendas y personas. En este último aspecto, se recalcó la importancia del principio de aleatoriedad.

La encuesta piloto se realizó en las localidades de Asunción, Coronel Oviedo y Villarrica entre el 19 y 22 de abril, participando de la misma el personal entrenado previamente que utilizó una primera versión del cuestinario. Se recogieron 93 encuestas. La información obtenida fue estudiada por medio tanto de la evaluación directa de las dificultades encontradas por los encuestadores como por el producto de la tabulación de los datos. Pocos días después de concluída esta prueba se realizaron dos sesiones más de capacitación, donde se revisó la experiencia y el rendimiento grupal y se analizaron los errores cometidos en relación con los sesgos que pueden introducir en los datos finales. Se repasaron las reglas de procedimiento, se reforzó la práctica en el manejo del cuestionario y se recordaron recomendaciones generales que facilitan la gestión de una entrevista.

Como resultado, se introdujeron modificaciones en los textos de algunas preguntas y se consideró la conveniencia de renovar parte del personal de encuestadores y del procesamiento de datos. El nuevo personal que se fue incorporando había participado anteriormente de otras encuestas de salud. La mayoría había trabajado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1990 hecha por el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP).

El trabajo de campo se inició el 6 de mayo en la ciudad de Asunción y en los distritos de Luque, Fernando de la Mora, Lambaré y San Lorenzo, conformando el área metropolitana de la capital. En la primer salida al interior del país se trabajó en Ciudad del Este, Presidente Franco y Hernandarias. Posteriormente se hizo la encuesta en Encarnación. Luego en las ciudades de Villarrica, Caaguazú y Coronel Oviedo. Por último, el equipo se trasladó a Pedro Juan Caballero, y desde allí a Concepción donde concluyó el trabajo de campo el 18 de julio. En Asunción y área metropolitana la encuesta se llevó a cabo con un plantel de quince encuestadores y dos supervisores. En el interior del país, con un equipo

aproximado de seis encuestadores y un supervisor. La coordinación del trabajo de campo estuvo a cargo de la investigadora asociada del proyecto. La recolección de datos llevó cinco semanas en Asunción y área metropolitana y seis en las restantes nueve ciudades del interior.
La muestra fue hecha con planos provistos por la Dirección General de Estadística y Censos. La mayoría de las manzanas contenían un número que corresponde a la identificación de la compañía que provee el suministro eléctrico, la Administración Nacional de Electricidad (ANDE). Este número facilitó mucho la ubicación de las manzanas. Cada encuestador tuvo una copia del sector del plano que le correspondió como zona de trabajo. En cada vivienda seleccionada los encuestadores presentaban su identificación personal y entregaban una carta firmada por el Ministro de Salud Pública explicando el motivo del estudio, el carácter aleatorio de la selección y anónimo de la participación, su representatividad y la importancia del estudio a escala nacional.

## b) Definiciones de campo y funciones

### 1. Definiciones:

**Vivienda**: Se entendió por vivienda la edificación que cumple la función de habitación. Siendo éste un estudio de hogares, quedaron excluidos los lugares de trabajo, salvo los que estaban anexos o constituían habitación de la familia.

**Familia**: Se entendió por familia el grupo de personas que habitan en forma permanente una misma vivienda, con vínculos de parentesco (padres, hijos, hermanos, esposos, abuelos, yernos, tíos, etc.) de primer o segundo grado y comíen de la misma «olla».

### 2. Encuestador:

Cada encuestador tuvo asignada las manzanas que le correspondían y cumplió 4 tareas:

a. Determinación de la vivienda.
b. Determinación de la familia.
c. Determinación de la persona.
d. Encuestar a la persona seleccionada.

### 3. Supervisor:

Su función fue facilitar el trabajo de los encuestadores y realizó las siguientes tareas:

a. Identificar las manzanas de la muestra.
b. Asignar a cada encuestador las manzanas correspondientes.
c. Encargarse de la determinación de las manzanas a ser reemplazadas.
d. Colaborar con el encuestador a solucionar los problemas que pudieron surgir y controlar el proceso de la encuesta.
e. Verificación y validación de encuestas.

## c) Resultado de las visitas a viviendas

El total de viviendas contactadas fue de 2.693. De éstas, 121 constituyeron población no elegible por estar con edades fuera del rango de 12 a 45 años; 40 personas fueron clasificadas como no localizables luego de realizar tres visitas al hogar; 8 personas estuvieron incapacitadas para responder; 20 entrevistas fueron anuladas como resultado de fallas detectadas por la supervisión y finalmente 20 personas se negaron a realizar la encuesta. La proporción de rechazos alcanzó el 1,2%, porcentaje similar al obtenido en 1990 en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud donde sólo el 1,1% de las mujeres elegibles rechazaron la entrevista.

Los rechazos no fueron sustituídos. Esto fue así porque se entendió la posibilidad de que en algunos casos podría tratarse de algún encuestado con hábitos tóxicos que hubiese eludido la encuesta por temor a verse expuesto. Siendo este el caso, la sustitución hubiera introducido una fuente de error al modificar la probabilidad de integrar la muestra de algunos casos en detrimento de otros.

El total de entrevistas completas fue de 2.484 con una tasa global de éxito de 92,2%.

## d) Principales datos demográficos de la muestra

Los datos que se presentan a continuación constituyen el perfil socio-demográfico de la población urbana de 12 a 45 años, residente en los hogares de las diez ciudades más pobladas del Paraguay (ya citadas en puntos anteriores)

**Cuadro I-12: Distribución de la muestra según edad y sexo - (Datos ponderados). Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Grupo de edad<br>Valor poblacional<br>Porcentaje por columna<br>Porcentaje por hilera | Sexo<br>Varón | Mujer | Rechazo | Total |
|---|---|---|---|---|
| 12-14 | **40.688** | **58.141** | - | **98.830** |
| | 13,0 | 11,6 | | 12,0 |
| | 4,9 | 7,0 | | |
| 15-19 | **77.409** | **99.513** | - | **176.922** |
| | 24,7 | 19,8 | | 21,4 |
| | 9,4 | 12,1 | | |
| 20-24 | **52.520** | **82.748** | - | **135.269** |
| | 16,8 | 16,5 | | 16,4 |
| | 6,4 | 10,0 | | |
| 25-29 | **46.626** | **75.133** | - | **121.759** |
| | 14,9 | 15,0 | | 14,8 |
| | 5,7 | 9,1 | | |
| 30-34 | **28.250** | **76.796** | - | **105.046** |
| | 9,0 | 15,3 | | 12,7 |
| | 3,4 | 9,3 | | |
| 35-39 | **28.898** | **60.292** | - | **89.190** |
| | 9,2 | 12,0 | | 10,8 |
| | 3,5 | 7,3 | | |
| 40-45 | **38.530** | **49.584** | - | **88.114** |
| | 12,3 | 9,9 | | 10,7 |
| | 4,7 | 6,0 | | |
| Rechazo | - | - | **10.020** | **10.020** |
| | | | 100,00 | 1,2 |
| | | | 1,2 | |
| TOTAL | **312.921** | **502.208** | **10.020** | **825.149** |
| | 37,9 | 60,9 | 1,2 | 100,0 |

La estructura por edades obtenida por la muestra del estudio de Salud Mental y Hábitos Tóxicos de 1991 presenta un perfil aproximado a la resultante de la estimación para 1988 obtenida por interpolación lineal de los datos del Censo de 1982, entre 1985 y 1990.

**Cuadro I-13: Población del país por sexo, según grupos de edades. Estimación año 1988.**

| Grupos de edades | varones | % | mujeres | % | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 10-14 años | 240.238 | (20,2) | 231.171 | (20,3) | 471.409 |
| 15-19 años | 215.893 | (18,2) | 207.352 | (18,3) | 423.245 |
| 20-24 años | 195.289 | (16,5) | 187.842 | (16,5) | 383.131 |
| 25-29 años | 174.668 | (14,7) | 167.697 | (14,8) | 342.365 |
| 30-34 años | 154.742 | (13,0) | 146.264 | (12,9) | 301.006 |
| 35-39 años | 123.017 | (10,3) | 115.118 | (10,1) | 238.135 |
| 40-44 años | 84.031 | (7,1) | 80.458 | (7,1) | 164.489 |
| TOTAL | 1.187.878 | (51,0) | 1.135.902 | (49,0) | 2.323.780 |

Fuente:Dirección General de Estadística y Censos. Datos extraídos del Anuario Estadístico del Paraguay. Año 1988. Asunción, Paraguay 1989.

**Cuadro I-14: Clasificación de la muestra de acuerdo a la ocupación declarada por el entrevistado. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Ocupación | Valor Poblacional | Porcentaje |
|---|---|---|
| **Ama de casa** | 156.906 | 19,0 |
| **Estudiante** | 204.742 | 24,8 |
| **Jubilado** | 144 | 0,0 |
| **Rentista** | 519 | 0,1 |
| **Desempleado** | 16.323 | 2,0 |
| **Empresario, Director o Gerente de gran empresa privada o pública** (más de 50 ocupados) | 2.407 | 0,3 |
| **Personal superior de las FF.AA. y de la Policía** | 3.512 | 0,4 |
| **Profesional universitario en función específica** | 26.747 | 3,2 |
| **Docente universitario** | 9.150 | 1,1 |
| **Empresario de mediana empresa, comerciante, propietario de hotel, restaurant o de vehículo de transporte** (más de 5 ocupados) | 11.918 | 1,5 |
| **Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje en relación de dependencia** (Ej.: agrimensor, técnico electrónico, actor, decorador, periodista, enfermera, partera) | 15.091 | 1,8 |
| **Docente de nivel primario o secundario** | 20.779 | 2,5 |
| **Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje por su cuenta** | 22.496 | 2,7 |
| **Pequeño empresario, comerciante, artesano** (hasta 5 ocupados) | 48.995 | 5,9 |
| **Jefe, Supervisor, Capataz** (Jefe de correo, de estación de ventas) | 2.001 | 0,2 |
| **Empleado administrativo, vendedor** (Agente de bolsa, seguros, secretaría, visitador médico) | 74.013 | 9,0 |
| **Sub-oficial de las FF.AA. y de la Policía** | 7.055 | 0,9 |
| **Trabajador especializado que trabaja por su cuenta** (bordadora, modista, zapatero, mecánico, carpintero, azulejista, plomero, encuadernador, transportista, artesano) | 80.904 | 9,8 |
| **Obrero calificado** (además de los anteriores, cartero, guarda de tren, manicura, mozo, chofer, hilandero, camisero, tornero) | 48.882 | 5,9 |
| **Obrero no calificado** (peón de limpieza, depósito, ordenanza, changador, sereno, lavaplatos, etc.) | 22.468 | 2,7 |
| **Empleado doméstico** | 20.916 | 2,5 |
| **Vendedor ambulante** | 8.389 | 1,0 |
| **Vendedor de mercado** | 7.012 | 0,8 |
| **Sin especificar** | 5.602 | 0,7 |
| **Rechazo** | 10.020 | 1,2 |

**Cuadro I-15:** **Clasificación de la muestra de acuerdo al nivel educacional (Máximo grado o curso aprobado). Paraguay: Diez ciudades. 1991. -Población de 12 a 45 años.**

| Nivel educativo | Valor poblacional | Porcentaje |
|---|---|---|
| Ninguno o hasta 2º grado | 7.419 | 0,9 |
| Primaria incompleta | 75.577 | 9,2 |
| Primaria completa | 132.714 | 16,1 |
| Secundaria incompleta | 296.360 | 35,9 |
| Secundaria completa | 166.821 | 20,2 |
| Universitaria incompleta | 61.130 | 7,4 |
| Universitaria completa | 48.939 | 5,9 |
| Otros | 26.169 | 3,2 |
| Rechazo | 10.020 | 1,2 |
| Total | 825.149 | 100,0 |

**Cuadro I-16:** **Clasificación de la muestra de acuerdo al estado civil. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Estado Civil | Valor poblacional | Porcentaje |
|---|---|---|
| Soltero | 431.141 | 52,2 |
| Casado | 311.651 | 37,8 |
| Unido | 57.646 | 7,0 |
| Viudo | 2.267 | 0,3 |
| Separado | 12.425 | 1,5 |
| Rechazo | 10.020 | 1,2 |
| Total | 825.149 | 100,0 |

**Cuadro I-17: Clasificación de la muestra según el estrato socioeconómico. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Estrato socioeconómico | Valor poblacional | Porcentaje |
|---|---|---|
| Alto | 95.977 | 11,6 |
| Medio Alto | 90.825 | 11,0 |
| Medio | 245.859 | 29,8 |
| Bajo | 356.577 | 43,2 |
| Extrema Pobreza | 25.891 | 3,2 |
| Rechazo | 10.020 | 1,2 |
| Total | 825.149 | 100,0 |

La distribución de la población de 12 a 45 años que reside en las ciudades seleccionadas por el estudio, presenta algunas características que deben ser tomadas en consideración cuando se evalúan los alcances de los resultados obtenidos.

Algo más del 60% de los entrevistados son mujeres. Dentro del grupo de edad de 12 a 45, la mitad de ambos sexos está por debajo de los 25 años de edad. Características que, como se ve en el cuadro de ocupación, acentúan las categorías de ama de casa y estudiantes.

La característica urbana de la muestra tiene un efecto probable sobre la variable nivel educativo, por un simple problema de accesibilidad mayor a los establecimientos educativos, lo que puede acentuar la proporción de grupos con más número de años de educación formal.

Tal como se ha señalado anteriormente, el nivel socioeconómico combina, para la determinación de estratos, las variables de ocupación y nivel educativo. De esta forma la distribución de la muestra de acuerdo a sectores sociales recibe la tendencia señalada para la última variable, educación. En el caso de ocupación, la misma no es influida por la característica apuntada anteriormente por cuanto se considera para fines de estratificación del hogar la ocupación del jefe de familia, pudiendo éste ser o no el encuestado.

**Cuadro I-18: Clasificación de la muestra de acuerdo al país de nacimiento y al país donde se vivió hasta los doce años de edad. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| | Lugar de nacimiento | | Lugar donde vivió hasta los doce años | |
|---|---|---|---|---|
| País | Valor poblacional | Porcentaje | Valor poblacional | Porcentaje |
| Paraguay | 764.754 | 92,7 | 778.232 | 94,3 |
| Limítrofe | 42.681 | 5,2 | 33.967 | 4,1 |
| Otros | 7.693 | 0,9 | 2.930 | 0,4 |
| Rechazo | 10.020 | 1,2 | 10.020 | 1,2 |
| TOTAL | 825.149 | 100,0 | 825.149 | 100,0 |

### e) Procesamiento de datos

El procesamiento se realizó utilizando computadores personales IBM-Procesador 80386, con coprocesador matemático.

La transcripción de los datos fue hecha a través de programas escritos en el Lenguaje Gerenciador de Base de Datos denominado CLIPPER, en su versión Summer '87. La metodología utilizada para la verificación de los datos fué la realización de una «Carga Paralela», esto consiste en grabar dos veces el mismo cuestionario, de modo de realizar un pareo entre ambas cargas y así detectar los errores de digitación que hayan podido existir, reduciendo al mínimo el porcentaje de error. Fueron diferentes las personas que digitaron las dos transcripciones de la encuesta, de modo de evitar errores sistemáticos en cuanto a la carga de datos.

Para la mayor parte del procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences), en su versión 3.0. Para ello fueron traspasados las bases de datos de CLIPPER al archivo del sistema SPSS; y, en otros casos se generaron informes directamente desde el CLIPPER, de modo de llegar al óptimo aprovechamiento de ambos paquetes.

# ANALISIS DE RESULTADOS

*Las proyecciones sobre la población de las tasas obtenidas están basadas en porcentajes que deben ser considerados de acuerdo a los intervalos de confianza descritos en el capítulo de Diseño Muestral. De esta manera, cada cifra tiene un límite superior e inferior dentro de un rango de valores posibles que representa la variabilidad que puede producirse al estimar el valor de la población a través de la encuesta. El capítulo siguiente indica, en algunos casos, el valor puntual que resulta de la aplicación del porcentaje ponderado a la base, para facilitar una primera lectura de los datos. Sin embargo, la lectura exacta debe entenderse dentro de los límites mencionados.*

*Asimismo en diversos cuadros pueden observarse variaciones menores en los totales debido a efectos del redondeo.*

### 5.1 Aspectos Globales

En las diez ciudades, las consultas acerca del estado de salud dieron una evaluación favorable, casi un 80% de sus encuestados se consideraron en este aspecto en un rango de bueno a excelente. Sólo un 1,6% opinó que su salud estaba mal. (Cuadro II-1).

**CUADRO II-1: Autoevaluación del estado de salud en los últimos doce meses según sexo. Paraguay: Diez ciudades.1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Estado de Salud | Total | Varones | Mujeres |
|---|---|---|---|
| Excelente | 17,5 | 25,0 | 13,1 |
| Muy bueno | 28,4 | 28,6 | 28,8 |
| Bueno | 30,0 | 28,5 | 31,5 |
| Regular | 21,3 | 16,8 | 24,7 |
| Malo | 1,6 | 1,1 | 1,9 |
| Rechazo | 1,2 | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.149) | (312.921) | (502.208) |

**CUADRO II-2: Consultas médicas en los últimos doce meses según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de12 a 45 años.**

| Consulta médica | Total | Varones | Mujeres |
|---|---|---|---|
| Sí | 40,8 | 31,6 | 47,3 |
| No | 58,0 | 68,4 | 52,7 |
| Rechazo | 1,2 | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.149) | (312.921) | (502.208) |

Las consultas a médicos, tanto particulares como de la consulta externa hospitalaria, alcanza globalmente a cuatro de cada diez encuestados. En las mujeres se acerca a casi la mitad de las mismas (Cuadro II-2). En forma semejante también en éstas se acentúa la internación en los últimos doce meses con cerca de un 11% (Cuadro II-3).

**CUADRO II-3: Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Hospitalización | Total | Varones | Mujeres |
|---|---|---|---|
| Sí | 7,6 | 2,8 | 10,8 |
| No | 91,1 | 97,2 | 89,2 |
| Rechazo | 1,2 | | |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.129) | (312.921) | (502.208) |

Tanto la autoevaluación como la utilización de servicios médicos no presentan diferencias importantes entre estratos (Cuadros II-4 al II-6).

**CUADRO II-4: Autoevaluación del estado de salud en los últimos doce meses según estrato. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Estado de Salud | Total 10 ciudades | Asunción (Estrato 1) | Resto de ciudades (Estrato 2) |
|---|---|---|---|
| Excelente | 17,5 | 19,4 | 13,4 |
| Muy bueno | 28,4 | 28,7 | 27,7 |
| Bueno | 30,0 | 28,6 | 33,0 |
| Regular | 21,3 | 20,2 | 23,6 |
| Malo | 1,6 | 1,5 | 1,9 |
| Rechazo | 1,2 | 1,6 | 0,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.149) | (560.753) | (264.396) |

**CUADRO II-5: Consulta médica en los últimos 12 meses según estrato. Paraguay:Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Consulta Médica | Total 10 ciudades | Asunción (Estrato 1) | Resto de ciudades (Estrato 2) |
|---|---|---|---|
| Sí | 40,8 | 40,9 | 40,5 |
| No | 58,0 | 57,5 | 59,0 |
| Rechazo | 1,2 | 1,6 | 0,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.149) | (560.753) | (264.396) |

**CUADRO II-6: Hospitalización en los últimos 12 meses según estrato. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Hospitalización | Total 10 ciudades | Asunción (Estrato 1) | Resto de ciudades (Estrato 2) |
|---|---|---|---|
| Sí | 7,6 | 7,1 | 8,8 |
| No | 91,1 | 91,3 | 90,7 |
| Rechazo | 1,2 | 1,6 | 0,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Base: | (825.149) | (560.753) | (264.396) |

De acuerdo a la referencia de síntomas, un 21% puede considerarse padeciendo una situación de malestar psicológico de moderada a importante intensidad (Cuadro II-7).

**CUADRO II-7: Porcentaje de síntomas de malestar sentidos por los entrevistados según sexo. Paraguay: Diez ciudades1991. Población de 12 a 45 años.**

| Porcentajes | Total | Varones | Mujeres |
|---|---|---|---|
| **En los últimos 30 días,** | | | |
| **1.¿tuvo fuertes dolores de cabeza varias veces a la semana?** | 40,0 | 32,1 | 45,7 |
| **2.¿estuvo sin ganas de comer, sin apetito?** | 21,9 | 17,9 | 24,8 |
| **3.¿se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido?** | 62,8 | 57,8 | 67,2 |
| **4.¿ha sufrido de mala digestión?** | 25,7 | 22,7 | 28,0 |
| **5.¿le ha costado concentrarse para pensar con claridad?** | 27,7 | 22,7 | 31,3 |
| **6.¿ha tenido sensaciones desagradables en su estómago? (acidez, ardor, dolor o pesadez)** | 36,2 | 32,0 | 39,5 |
| **7.¿Tiene dificultades para dormir (tarda en quedarse dormido, se despierta con sobresalto?** | 20,2 | 13,7 | 24,6 |
| **8.¿Se asusta o se sobresalta con facilidad?** | 25,7 | 14,6 | 33,1 |
| **9.¿Le suelen temblar las manos?** | 26,7 | 19,7 | 31,6 |
| **10.¿Se cansa fácilmente?** | 25,9 | 18,6 | 30,9 |
| **11.¿Se ha sentido muy fatigado o sin fuerzas sin que haya una causa para ello?** | 19,7 | 13,1 | 24,2 |
| **12.En los últimos 30 días, ¿se ha sentido triste de una manera más o menos constante?** | 30,3 | 23,6 | 35,1 |
| **13.En los últimos 30 días, ¿lloró o tuvo ganas de llorar con mucha frecuencia?** | 25,6 | 13,6 | 33,6 |
| **14.Las actividades del día, ¿le causan problemas o sufrimientos?** | 13,6 | 9,5 | 16,5 |
| **15.¿Le cuesta tomar decisiones aunque sea en situaciones de poca impotancia?** | 27,6 | 17,8 | 34,3 |
| **16.¿Está teniendo dificultades para hacer su trabajo?** | 9,0 | 8,3 | 9,6 |
| **17.¿Siente que son inútiles todos los esfuerzos que hace para conseguir algo en la vida?** | 10,8 | 6,2 | 13,8 |
| **18.¿Ha perdido interés en las cosas?** | 7,5 | 4,4 | 9,6 |
| **19.¿Le parece que todas las cosas le salen mal?** | 9,0 | 6,3 | 10,9 |
| **20.¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?** | 3,2 | 0,9 | 4,6 |
| Base: | (825.149) | (312.921) | (502.208) |

**CUADRO II-8: Puntajes agrupados del SRQ según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Puntaje SRQ | Total (a) | Varones | Mujeres |
|---|---|---|---|
| 0-7 | 77,8 | 90,0 | 71,7 |
| 8-10 | 13,3 | 7,4 | 17,1 |
| 11 y + | 7,7 | 2,6 | 11,2 |
| Base: | (825.149) | (312.921) | (502.208) |

*(a) En este cuadro, y en algunos sucesivos, pueden presentarse diferencias en el porcentaje total (menores a 100) debido a que está considerado el 1,2% de rechazos como parte de la distribución.*

Las diferencias por sexo son marcadamente significativas, apareciendo estos trastornos en las mujeres con una frecuencia tres veces mayor que en los varones (CuadroII-8).

El síntoma con mayor diferencia relativa es el vinculado con ideas de suicidio, reconocido por las mujeres en una proporción cinco veces mayor que los varones. Dentro del grupo femenino los síntomas predominantes además del mencionado son los que tienen que ver con reacciones de temor y de llanto (Preguntas 8 y 13) y en la apreciación de sus esfuerzos (Ptas. 15, 17, 18).

**CUADRO II-9: Porcentaje de síntomas de malestar sentidos por los entrevistados según estrato. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| | Porcentajes | | |
|---|---|---|---|
| | Total de 10 ciudades | Asunción (Estrato 1) | Resto de ciudades (Estrato 2) |
| **En los últimos 30 días,** | | | |
| **1.¿tuvo fuertes dolores de cabeza varias veces a la semana?** | 40,0 | 39,3 | 41,4 |
| **2.¿estuvo sin ganas de comer, sin apetito?** | 21,9 | 20,6 | 24,7 |
| **3.¿se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido?** | 62,8 | 60,7 | 67,5 |
| **4.¿ha sufrido de mala digestión?** | 25,7 | 26,0 | 24,9 |
| **5.¿le ha costado concentrarse para pensar con claridad?** | 27,7 | 25,9 | 31,4 |
| **6.¿ha tenido sensaciones desagradables en su estómago? (acidez, ardor, dolor o pesadez)** | 36,2 | 36,5 | 35,7 |
| **7.¿Tiene dificultades para dormir (tarda en quedarse dormido, se despierta con sobresalto?** | 20,2 | 17,6 | 25,6 |
| **8.¿Se asusta o se sobresalta con facilidad?** | 25,7 | 22,9 | 31,6 |
| **9.¿Le suelen temblar las manos?** | 26,7 | 26,8 | 26,6 |
| **10.¿Se cansa fácilmente?** | 25,9 | 25,3 | 27,0 |
| **11.¿Se ha sentido muy fatigado o sin fuerzas sin que haya una causa para ello?** | 19,7 | 18,8 | 21,7 |
| **12.En los últimos 30 días, ¿se ha sentido triste de una manera más o menos constante?** | 30,3 | 29,4 | 32,2 |
| **13.En los últimos 30 días, ¿lloró o tuvo ganas de llorar con mucha frecuencia?** | 25,6 | 25,2 | 26,6 |
| **14.Las actividades del día, ¿le causan problemas o sufrimientos?** | 13,6 | 10,9 | 19,4 |
| **15.¿Le cuesta tomar decisiones aunque sea en situaciones de poca impotancia?** | 27,6 | 27,2 | 28,5 |
| **16.¿Está teniendo dificultades para hacer su trabajo?** | | 9,0 | 7,1 |
| 12,9 | | | |
| **17.¿Siente que son inútiles todos los esfuerzos que hace para conseguir algo en la vida?** | 10,8 | 9,6 | 13,4 |
| **18.¿Ha perdido interés en las cosas?** | 7,5 | 6,2 | 10,1 |
| **19.¿Le parece que todas las cosas le salen mal?** | 9,0 | 8,4 | 10,4 |
| **20.¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?** | 3,2 | 2,9 | 3,8 |
| Base: | (825.149) | (560.753) | (264.396) |

Los trastornos depresivos son algo menores en la población de Asunción en relación con el resto de las ciudades (Cuadro II-10), donde se presenta un mayor índice de problemas vinculados al trabajo o a la actividad diaria (Ptas. 14-16) (Cuadro II-9).

**CUADRO II-10: Puntajes agrupados del SRQ según estrato. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.**

| Puntaje SRQ | Total | Asunción (Estrato 1) | Resto de ciudades (Estrato 2) |
|---|---|---|---|
| 0-7 | 77,8 | 79,5 | 73,9 |
| 8-10 | 13,3 | 12,3 | 15,2 |
| 11 y + | 7,7 | 6,4 | 10,5 |
| Base: | (825.149) | (560.753) | (264.396) |

La exploración de sustancias psicoactivas en las diez ciudades seleccionadas abarcó una lista de diecisiete sustancias básicas. Doce fueron las que presentaron alguna forma de consumo (Cuadro II-11).

El abuso de bebida (medido de la forma indicada en el capítulo inicial) afecta al 35,6% de la población del estudio. Junto con el hábito de fumar, que abarca al 32,4% de prevalencia en la vida, el abuso de bebida tiene importantes trastornos asociados a la dependencia que puede estimarse en un porcentaje cercano al 4%. Es notable la relación entre la propia percepción del abuso y el contraste con la escasa consulta médica (Consulta por abuso de alcohol, el 0,6%; y por abuso de tabaco, el 1,6% de los entrevistados). (Cuadro II-11)

La prevalencia se distribuye de manera significativamente diferente por sexo. Mientras los porcentajes de uso y abuso de bebidas alcohólicas, de tabaco y de sustancias ilícitas son claramente mayores en los varones, las correspondientes a analgésicos y a medicamentos psicoactivos (especialmente estimulantes) tienen una prevalencia mayor en la población femenina (Cuadros II-12, II-13).

Los medicamentos analgésicos de consumo más extendido como la aspirina y otros similares presentaron una prevalencia de 70,6% en la vida (sólo superada por las bebidas alcohólicas) y de 48,5% en los últimos treinta días. Se refirieron diferentes trastornos vinculados a estas sustancias que indicaron situaciones de dependencia tales como la dificultad presentada cuando se intentaba suspender su consumo o bien el aumento de las dosis para obtener los mismos efectos. El 2,1% señaló problemas de salud a consecuencia de su consumo.

El resto de medicamentos analgésicos consumidos fuera de prescripción médica varió del 24,2% de prevalencia en la vida al 12,3% en el último mes, presentando también trastornos similares a los anteriores.

De esta forma, el grupo de analgésicos incluyó las tasas más elevadas y la expresión más intensa de trastornos asociados a la dependencia a las mismas.

Dentro de los medicamentos, el grupo tradicionalmente más identificado por sus propiedades psicoactivas estuvo representado por los sedantes, hipnóticos y estimulantes. En todos los casos se indagó acerca de su uso fuera de indicación médica. Sedantes y estimulantes tuvieron la mayor prevalencia, siendo las referencias a trastornos de dependencia más intensos en los primeros.

**CUADRO II-11:** **Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados. Total de diez ciudades seleccionadas del Paraguay. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| | PREVALENCIA | | | TRASTORNOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | en la vida | últimos 12 meses | últimos 30 días | Problema de Salud | Uso continuo | Sensación de dependencia | Dificultad para interrumpir | Aumento de la dosis | Incapacidad de abstenerse | Problemas emocionales | Problemas sociales |
| Aspirina y similares | 70,6 | 69,4 | 48,5 | 2,1 | 9,7 | 4,6 | 2,3 | 4,7 | 2,6 | | |
| Analgésicos -UFPM- | 24,2 | 21,4 | 12,3 | 0,7 | 2,4 | 1,5 | 0,6 | 1,5 | 1,0 | 0,1 | |
| Sedantes -UFPM- | 5,7 | 3,7 | 2,3 | 0,1 | 1,1 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | |
| Hipnóticos -UFPM- | 1,4 | 0,9 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | |
| Estimulantes -UFPM- | 4,6 | 2,1 | 1,9 | 0,6 | 1,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | |
| Opiáceos | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Alucinógenos | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 1,4 | 0,3 | .. | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,5 | 0,3 |
| Inhalables | 1,9 | 1,1 | 1,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Cocaína | 0,3 | .. | .. | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | 0,1 | .. |

| | PREVALENCIA | | | | TRASTORNOS | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | uso | Ocasional | regular en el pasado | regular actual | Inc. de abstener | Prob. de salud | Percep. de abuso | |
| | 32,4 | 13,2 | 5,5 | 13,5 | 11,0 | 3,4 | 13,6 | 1,6 |

| | PREVALENCIA | | TRASTORNOS | | | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebidas alcohólicas | uso | abuso | Percep. de abuso | Perc.abuso por otros | Inc. de abstener | Dificult. trab./est. | Peleas y sanciones | |
| | 79,5 | 35,6 | 9,0 | 10,7 | 4,1 | 2,9 | 2,6 | 0,6 |

**CUADRO II-12:** **Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados, para la población masculina. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 312.021**

| | PREVALENCIA | | | TRASTORNOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | en la vida | últimos 12 meses | últimos 30 días | Problema de Salud | Uso continuo | Sensación de dependencia | Dificultad para interrumpir | Aumento de la dosis | Incapacidad de abstenerse | Problemas emocionales | Problemas sociales |
| Aspirina y similares | 67,3 | 67,1 | 45,5 | 0,6 | 7,2 | 2,8 | 1,7 | 3,9 | 1,3 | | |
| Analgésicos -UFPM- | 23,4 | 20,2 | 9,3 | 0,1 | 0,8 | 0,4 | .. | 0,2 | 0,2 | 0,1 | |
| Sedantes -UFPM- | 5,4 | 3,8 | 1,9 | 0,1 | 1,1 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,1 | |
| Hipnóticos -UFPM- | 1,6 | 1,5 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | .. | .. | .. | .. | .. | |
| Estimulantes -UFPM- | 2,1 | 0,9 | 0,8 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | |
| Opiáceos | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Alucinógenos | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 2,6 | 0,7 | 0,2 | 1,0 | 0,2 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,4 | 1,1 | 0,7 |
| Inhalables | 2,5 | 1,1 | 1,1 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Cocaína | 0,4 | .. | .. | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | 0,1 | .. |

| | PREVALENCIA | | | | TRASTORNOS | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | uso | Ocasional | regular en el pasado | regular actual | Inc. de abstener | Prob. de salud | Percep. de abuso | |
| | 48,9 | 17,5 | 6,4 | 24,6 | 19,8 | 4,5 | 21,7 | 2,6 |

| | PREVALENCIA | | TRASTORNOS | | | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebidas alcohólicas | uso | abuso | Percep. de abuso | Perc.abuso por otros | Inc. de abstener | Dificult. trab./est. | Peleas y sancionos | |
| | 88,3 | 58,1 | 19,7 | 21,9 | 8,6 | 7,0 | 5,9 | 1,6 |

**CUADRO II-13: Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados, para la población femenina. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 502.208**

| | PREVALENCIA | | | TRASTORNOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | en la vida | últimos 12 meses | últimos 30 días | Problema de Salud | Uso continuo | Sensación de dependencia | Dificultad para interrumpir | Aumento de la dosis | Incapacidad de abstenerse | Problemas emocionales | Problemas sociales |
| Aspirina y similares | 74,0 | 73,1 | 51,2 | 3,0 | 11,4 | 5,8 | 2,7 | 5,2 | 3,4 | | |
| Analgésicos -UFPM- | 26,2 | 22,8 | 14,3 | 1,1 | 3,5 | 2,2 | 1,0 | 2,4 | 1,5 | 0,2 | |
| Sedantes -UFPM- | 6,0 | 4,0 | 2,7 | 0,1 | 1,1 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | |
| Hipnóticos -UFPM- | 1,0 | 0,6 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | |
| Estimulantes -UFPM- | 6,3 | 3,0 | 2,6 | 0,9 | 2,0 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,5 | |
| Opiáceos | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Alucinógenos | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 0,3 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | 0,1 | .. |
| Inhalables | 1,7 | 1,1 | 1,1 | 0,1 | 0,1 | .. | .. | .. | .. | 0,3 | .. |
| Cocaína | 0,1 | .. | .. | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | 0,1 | .. |

| | PREVALENCIA | | | | TRASTORNOS | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | uso | Ocasional | regular en el pasado | regular actual | Inc. de abstener | Prob. de salud | Percep. de abuso | |
| | 22,7 | 10,6 | 5,1 | 6,8 | 5,8 | 2,7 | 8,9 | 1,1 |

| | PREVALENCIA | | TRASTORNOS | | | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebidas alcohólicas | uso | abuso | Percep. de abuso | Perc.abuso por otros | Inc. de abstener | Dificult. trab./est. | Peleas y sanciones | |
| | 75,7 | 22,3 | 2,5 | 3,9 | 1,4 | 0,4 | 0,6 | 0,1 |

El agrupamiento de datos de acuerdo a la presencia de consumo de una o más sustancias dentro de un conjunto determinado tuvo como propósito expresar un comportamiento que, con frecuencia, escapa a la vinculación exclusiva con una sustancia. Es el caso de individuos que consumen con la intención de aliviar el malestar del síndrome de abstinencia, cualquiera sea la sustancia que esté en juego, o bien procuran la combinación de diferentes efectos, como es el caso corriente en las poliadicciones.

Es así que se consideró el agrupamiento de bebidas alcohólicas (destilados, cerveza, vino), el de medicamentos psicotrópicos (sedantes, hipnóticos, estimulantes) y el de drogas (opiáceos, marihuana, inhalables, cocaína).

**CUADRO II-14: Prevalencia de abuso de bebida alcohólica (vino y/o cerveza y/o destilados) según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Abuso de vino y/o cerveza y/o destilado | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 293.560 | 35,6 | 181.763 | 58,1 | 111.797 | 22,3 |
| Ultimos 12 meses | 261.038 | 31,6 | 165,716 | 53,0 | 95.322 | 19,0 |
| Ultimos 30 días | 212.773 | 25,8 | 137.854 | 44,0 | 74.919 | 15,0 |
| Base: | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

**CUADRO II-15: Prevalencia de abuso de medicamentos psicotrópicos (sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes) fuera de prescripción (U.F.P.M.) según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes (U.F.P.M.) | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 85.413 | 10,3 | 26.120 | 8,3 | 59.293 | 11,8 |
| Ultimos 12 meses | 51.578 | 6,2 | 17.441 | 5,6 | 34.137 | 6,8 |
| Ultimos 30 días | 34.246 | 4,1 | 9.427 | 3,0 | 24.819 | 4,9 |
| Base: | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

Si se considera el uso no médico de cualquier medicamento psicotrópico (CuadroII-15), en algún momento de la vida la prevalencia global alcanza el 10,3%, aproximadamente 85.000 personas, descendiendo al 6,2% y 4,1% para alguna vez en los últimos 12 meses y últimos treinta días respectivamente. En términos poblacionales y ajustados al menor lapso, puede estimarse que en el mes de abril de 1991 (mes anterior a la encuesta) aproximadamente 34.000 personas de 12 a 45 años consumieron algún sedante, hipnótico o estimulante sin que esto fuera parte de una estrategia médica.

El caso de sustancias opiáceas fue indagado exclusivamente para su uso fuera de indicación médica y quedó por tanto incorporado a sustancias consumidas de manera ilícita. En el grupo de sustancias ilícitas, la prevalencia más alta fue alcanzada por el uso de sustancias inhalables con un 1,9% de personas que manifestaron haber inhalado alguna vez con el propósito de experimentar efectos. En general, la prevalencia del último mes o del último año tuvo escasa representación para las sustancias ilícitas. Las únicas sustancias con prevalencia de último mes del 1,1% fueron las inhalables. La marihuana, con el 1,4% de prevalencia de vida, tiene junto a las sustancias inhalables la mayor frecuencia de trastornos asociados a la dependencia de su consumo.

**CUADRO II-16: Prevalencia de consumo de drogas (marihuana y/o inhalables y/u opiáceos y/o alucinógenos y/o cocaína) según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo marihuana y/o inh. y/u opiác. y/o aluc. y/o cocaín. | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 30.685 | 3,7 | 15.596 | 5,0 | 15.089 | 3,0 |
| Ultimos 12 meses | 16.117 | 1,9 | 6.807 | 2,1 | 9.310 | 1,8 |
| Ultimos 30 dias | 11.692 | 1,4 | 4.669 | 1,5 | 7.023 | 1,4 |
| Base: | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

El uso alguna vez de cocaina llega al 0,3% de la población de referencia, seguido por los opiáceos con un 0,2% y los alucinógenos con 0,1%. De manera similar que para el grupo de medicamentos psicoactivos, se indagó el consumo global para cualquiera de estas sustancias ilícitas. Es decir, se contempló como unidad la persona que hubiese consumido una o más de estas sustancias ilícitas. Se halló por este procedimiento una prevalencia de vida en personas de 12 a 45 años del orden del 3,7%; aproximadamente 30.000 individuos. El uso actual fue estimado en una cifra cercana a los 12.000 consumidores para las áreas urbanas de las ciudades seleccionadas (Cuadro II-16)

El uso de bebidas alcohólicas, que como se señaló anteriormente es el único cuya prevalencia supera a las de los analgésicos de consumo masivo, es del orden del 80%.

**CUADRO II-11:** **Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados. Total de diez ciudades seleccionadas del Paraguay. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| | PREVALENCIA | | | TRASTORNOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | en la vida | últimos 12 meses | últimos 30 días | Problema de Salud | Uso contínuo | Sensación de dependencia | Dificultad para interrumpir | Aumento de la dosis | Incapacidad de abstenerse | Problemas emocionales | Problemas sociales |
| Aspirina y similares | 69,6 | 69,0 | 49,0 | 2,3 | 9,7 | 5,3 | 2,2 | 3,5 | 2,8 | | |
| Analgésicos -UFPM- | 27,3 | 23,7 | 14,0 | 0,9 | 1,7 | 1,6 | 0,5 | 1,4 | 1,2 | .. | |
| Sedantes -UFPM- | 6,2 | 4,0 | 2,6 | .. | 1,1 | 0,6 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | |
| Hipnóticos -UFPM- | 1,6 | 1,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | .. | 0,1 | |
| Estimulantes -UFPM- | 5,3 | 2,4 | 2,2 | 0,3 | 1,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | |
| Opiáceos | 0,3 | 0,1 | 0,1 | .. | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Alucinógenos | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 1,4 | 1,4 | .. | 0,6 | .. | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,5 . | 0,3 |
| Inhalables | 1,9 | 1,3 | 1,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Cocaína | 0,1 | 0,1 | .. | 0,1 | .. | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |

| | PREVALENCIA | | | | TRASTORNOS | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | uso | Ocasional | regular en el pasado | regular actual | Inc. de abstener | Prob. de salud | Percep. de abuso | |
| | 35,1 | 15,8 | 5,8 | 13,1 | 11,2 | 3,1 | 14,0 | 2,0 |

| | PREVALENCIA | | TRASTORNOS | | | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebidas alcohólicas | uso | abuso | Percep. de abuso | Perc.abuso por otros | Inc. de abstener | Dificult. trab./est. | Peleas y sanciones | |
| | 79,2 | 40,8 | 10,0 | 12,0 | 4,0 | 3,3 | 2,8 | 0,7 |

La diferencia entre Asunción y el resto de las ciudades (Cuadros II-17 al II-24) se manifiesta en un claro acento de la prevalencia de abuso de medicamentos psicoactivos, marihuana e inhalables en la primera. Los niveles de uso de bebida alcohólica son similares entre ciudades, pero el abuso es mayor en Asunción así como los trastornos derivados de éste. Para todos los casos la consulta médica es mínima.

En tabaco, el uso regular en la actualidad tiene un perfil semejante aún cuando hay un mayor uso en Asunción. El uso de alucinógenos no se presenta en esta ciudad, en tanto que el de cocaína tiene una presencia relativa mucho menor que en otras ciudades.

**CUADRO II-18: Prevalencia de abuso de bebida alcohólica (vino y/o cerveza y/o destilados) según sexo. Estrato 1: Asunción metropolitano. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Abuso de vino y/o cerveza y/o destilados | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 229.057 | 40,8 | 133.409 | 61,9 | 95.648 | 28,4 |
| Ultimos 12 meses | 203.249 | 36,2 | 120.692 | 56,0 | 82.557 | 24,5 |
| Ultimos 30 días | 163.521 | 29,1 | 97.993 | 45,5 | 65.528 | 19,5 |
| Base: | (560.753) | | (215.321) | | (336.440) | |

**CUADRO II-19: Prevalencia de abuso de medicamentos psicotrópicos (sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes) fuera de prescripción (U.F.P.M.) según sexo. Estrato 1: Asunción metropolitano. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes (U.F.P.M.) | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 63.546 | 11,3 | 21.641 | 10,0 | 41.905 | 12,5 |
| Ultimos 12 meses | 37.858 | 6,7 | 14.453 | 6,7 | 23.405 | 7,0 |
| Ultimos 30 dias | 27.210 | 4,8 | 8.880 | 4,1 | 18.330 | 5,4 |
| Base: | (560.753) | | (215.321) | | (336.440) | |

**CUADRO II-20: Prevalencia de consumo de drogas (Marihuana y/o inhalables y/u opiáceos y/o alucinógenos y/o cocaína) según sexo. Estrato 1: Asunción metropolitano. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo marihuana y/o inh. y/u opiác. y/o aluc. y/o cocain. | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 19.383 | 3,5 | 10.871 | 5,1 | 8.512 | 2,5 |
| Ultimos 12 meses | 9.287 | 1,6 | 4.274 | 2,0 | 5.013 | 1,5 |
| Ultimos 30 dias | 7.276 | 1,3 | 3.050 | 1,4 | 4.226 | 1,3 |
| Base: | (560.753) | | (215.321) | | (336.440) | |

**CUADRO II-11:** **Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados. Estrato 2: Ciudad del Este, Hernandarias, Pto. Pdte. Franco, Encarnación, Villarrica, Cnel. Oviedo, Caaguazú, Concepción, Pedro Juan Caballero. 1991. Población de 12 a 45 años Base: 825.149**

| | PREVALENCIA | | | TRASTORNOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | en la vida | últimos 12 meses | últimos 30 días | Problema de Salud | Uso continuo | Sensación de dependencia | Dificultad para interrumpir | Aumento de la dosis | Incapacidad de abstenerse | Problemas emocionales | Problemas sociales |
| Aspirina y similares | 72,6 | 72,0 | 47,0 | 1,6 | 9,6 | 3,0 | 2,3 | 7,1 | 2,1 | | |
| Analgésicos -UFPM- | 19,2 | 16,8 | 8,5 | 0,1 | 4,1 | 1,3 | 0,8 | 1,9 | 0,7 | 0,3 | |
| Sedantes -UFPM- | 4,6 | 3,5 | 1,6 | 0,2 | 1,1 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | |
| Hipnóticos -UFPM- | 0,5 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | .. | .. | .. | .. | .. | |
| Estimulantes -UFPM- | 3,3 | 1,7 | 1,2 | 1,3 | 1,9 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,8 | |
| Opiáceos | 0,2 | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Alucinógenos | 0,2 | 0,2 | .. | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Marihuana | 1,0 | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,9 | .. | 0,2 | 0,4 | 0,2 |
| Inhalables | 1,5 | 0,9 | 0,8 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | .. | .. | 0,1 | 0,6 | .. |
| Cocaína | 0,6 | .. | .. | 0,2 | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |

| | PREVALENCIA | | | | TRASTORNOS | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | uso | Ocasional | regular en el pasado | regular actual | Inc. de abstener | Prob. de salud | Percep. de abuso | |
| | 26,4 | 7,4 | 4,9 | 14,2 | 10,8 | 3,8 | 12,8 | 0,8 |

| | PREVALENCIA | | TRASTORNOS | | | | | CONSULTA MEDICA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebidas alcohólicas | uso | abuso | Percep. de abuso | Perc.abuso por otros | Inc. de abstener | Dificult. trab./est. | Peleas y sanciones | |
| | 80,3 | 24,4 | 6,7 | 7,8 | 4,4 | 2,0 | 2,1 | 0,6 |

**CUADRO II-22: Prevalencia de abuso de bebida alcohólica (vino y/o cerveza y/o destilados) según sexo. Estrato 2: Ciudad del Este, Hernandarias, Pto. Pdte. Franco, Encarnación, Cnel. Oviedo, Villarrica, Caaguazú, Concepción, Pedro Juan Caballero. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Abuso de vino y/o cerveza y/o destilado | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 64.504 | 24,4 | 48.354 | 49,5 | 16.150 | 9,7 |
| Ultimos 12 meses | 57.789 | 21,8 | 45.024 | 46,1 | 12.765 | 7,7 |
| Ultimos 30 dias | 49.252 | 18,6 | 39.861 | 40,8 | 9.391 | 5,7 |
| Base: | (264.396) | | (97.600) | | (165.768) | |

**CUADRO II-23: Prevalencia de abuso medicamentos psicotrópicos (se dantes y/o hipnóticos y/o estimulantes) fuera de pres cripción (U.F.P.M.) según sexo. Estrato 2: Ciudad del Este, Hernandarias, Pto. Pdte. Franco, Encarnación, Cnel. Oviedo, Villarrica, Caaguazú, Concepción, Pedro Juan Caballero. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes (U.F.P.M.) | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 22.051 | 8,3 | 4.479 | 4,6 | 17.572 | 10,6 |
| Ultimos 12 meses | 13.719 | 5,2 | 2.987 | 3,0 | 10.732 | 6,5 |
| Ultimos 30 dias | 7.036 | 2,7 | 547 | 0,6 | 6.489 | 3,9 |
| Base: | (264.396) | | (97.600) | | (165.768) | |

**CUADRO II-24: Prevalencia de consumo de drogas (marihuana y/o inhalantes y/u opiáceos y/o alucinógenos y/o cocaína) según sexo. Estrato 2: Ciudad del Este, Hernandarias, Pto. Pdte. Franco, Encarnación, Cnel. Oviedo, Villarrica, Caaguazú, Concepción, Pedro Juan Caballero. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Consumo marihuana y/o inh. y/u opiác. y/o aluc. y/o cocain. | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Alguna vez en la vida | 11.302 | 4,3 | 4.725 | 4,8 | 6.577 | 4,0 |
| Ultimos 12 meses | 6.829 | 2,6 | 2.532 | 2,6 | 4.297 | 2,6 |
| Ultimos 30 días | 4.416 | 1,7 | 1.619 | 1,6 | 2.797 | 1,7 |
| Base: | (264.396) | | (97.600) | | (165.768) | |

Tal como se señaló anteriormente, se presentan los datos de consumo agrupados por bebidas alcohólicas, medicamentos psicotrópicos y drogas, de acuerdo a la presencia de consumo en alguna o varias de las sustancias que componen cada grupo.

Las categorías que contemplan a las sustancias lícitas fueron dirigidas además, de acuerdo a criterios de abuso como es el caso de tabaco (cerca de veinte cigarrillos diarios), de bebidas alcohólicas (episodios de ingestión de más de 100 cc de alcohol absoluto), y de medicamentos psicotrópicos (uso fuera de prescripción médica). De esta manera, las características correspondientes a sexo, edad, nivel socio-económico y puntuación en malestar depresivo están referidas a grupos especiales con consumo de alguna o varias sustancias dentro de los conjuntos definidos y con patrones de ingestión abusiva dentro de los mismos.

El consumo de aproximadamente veinte o más cigarrillos diarios comprende a un sector de población cercano a las 45.000 personas entre los doce y los cuarenta y cinco años. Predominantemente varones (Cuadro II-25) están en su mayoría ubicados por encima de los dieciocho años. Ambos sexos tienen más concentración de casos conforme son mayores las edades. No hay variación entre los varones fumadores según los diferentes estratos sociales, observándose en la población femenina un consumo menor en los sectores medios. No hay una asociación significativa con la depresión en varones o mujeres.

**CUADRO II-25: Población de 12 a 45 años que, en los últimos 30 días, fumó cerca de un paquete de cigarrillos o más, según sexo y variables seleccionadas. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Bases: T. 825.149 / S.T.V. 312.921 / S.T.M. 502.208**

| Fumadores diarios de un paquete o más | Número | % Total |
|---|---|---|
| Sexo | | |
| **VARONES** Total | 34.310 | 4,1 |
| Grupos de edad | | |
| 12 a 17 años | 440 | 0,1 |
| 18 a 29 años | 14.806 | 1,8 |
| 30 a 45 años | 19.063 | 2,3 |
| Nivel económico-social | | |
| Alto | 10.370 | 1,3 |
| Medio | 12.063 | 1,5 |
| Bajo | 11.877 | 1,4 |
| Puntaje de depresión | | |
| Menos de 8 puntos | 28.271 | 3,4 |
| 8 a 10 puntos | 3.236 | 0,4 |
| 11 y más puntos | 2.803 | 0,3 |
| **MUJERES** Total | 10.220 | 1,2 |
| Grupos de edad | | |
| 12 a 17 años | ... | ... |
| 18 a 29 años | 3.494 | 0,4 |
| 30 a 45 años | 6.726 | 0,8 |
| Nivel económico-social | | |
| Alto | 4.467 | 0,5 |
| Medio | 455 | 0,1 |
| Bajo | 5.298 | 0,6 |
| Puntaje en depresión | | |
| Menos de 8 puntos | 9.055 | 1,1 |
| 8 a 10 puntos | 569 | 0,1 |
| 11 y más puntos | 596 | 0,1 |
| TOTAL | 44.530 | 5,4 |

El abuso de bebida alcohólica en la vida comprende a un conjunto aproximado de 300.000 personas. La prevalencia en los últimos doce meses involucró a 260.000 personas y en los últimos 30 días a 213.000 (Cuadro II-26).

Sin dejar de observar que hay una importante concentración de casos en los grupos de doce a diecisiete años (20.000 jóvenes con abuso en los últimos 30 días), la edad de mayor número de casos se ubica antes de los 29 años.

El abuso en los varones tiene una concentración acentuada en los niveles socioeonómicos bajos, donde varía para diferentes lapsos, entre porcentajes del orden del 20% al 30% para su grupo. En las mujeres, los casos se distribuyen de manera más equivalente en los niveles medios y bajos.

Los porcentajes de casos de malestar depresivo (ocho puntos y más) que abusan de la bebida se distribuyen de manera más equivalente en los niveles medios y bajos.

Los porcentajes de casos de malestar depresivo (ocho puntos y más) que abusan de la bebida se distribuyen por igual entre sexos con cifras cercanas al 6% de cada grupo.

El abuso de medicamentos psicotrópicos incluye a más de 85.000 personas (Cuadro II-27). Su prevalencia en los últimos doce meses fue cercana a los 50.000 y la correspondiente a los últimos 30 días a 35.000.

El grupo de los más jóvenes que va de los doce a los diecisiete participa asimismo de este consumo fuera de prescripción médica con 1.600 casos en los últimos treinta días y casi 4.000 en los últimos doce meses. El acentro en el consumo está puesto antes de los treinta años en los varones. En las mujeres esta tendencia se marca menos acentuándose en cambio los grupos con casos después de los treinta años, especialmente en la prevalencia de vida.

El abuso de medicamentos psicotrópicos se distribuye en los varones más homogéneamente por sectores sociales, mientras que en las mujeres se concentran más casos en los niveles económico-sociales más bajos.

Puede observarse que, pese a tratarse de consumidores de medicinas psicotrópicas, algunas de ellas vinculadas directamente con la depresión, no por eso los porcentajes globales de depresión han sido más altos en este caso. Por ejemplo, si se compara con las que se presentan en bebidas alcohólicas que alcanzan porcentajes tres y cuatro veces superiores.

No obstante es interesante observar que los varones con síndrome depresivo abusan de los medicamentos psicotrópicos casi cuatro veces más que los varones sin depresión, y dos veces más que las mujeres con depresión. Es significativa también, tanto para varones como para mujeres, la diferencia en el consumo de drogas ilícitas cuando está el síndrome depresivo: la frecuencia de abuso se incrementa. (Cuadro II-25.1)

**CUADRO II-25.1: Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, según sexo y síndrome depresivo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. (%).**

| | Varones Síndrome Depresivo | | | Mujeres Síndrome Depresivo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Grupo de sustancias | SI | NO | TOTAL | SI | NO | TOTAL |
| Bebidas alcohólicas | 63,0 | 51,8 | 52,9 | 20,6 | 18,3 | 18,9 |
| Medicamentos psicotrópicos | 15,9 | 4,4 | 5,5 | 7,9 | 6,3 | 6,8 |
| Drogas ilícitas | 6,3 | 1,7 | 2,2 | 4,7 | 0,7 | 1,8 |
| Base: | (31.383) | (281.538) | (312.921) | (142.047) | (360.161) | (502.208) |

Aproximadamente 30.000 personas han probado alguna vez una sustancia como la marihuana, los inhalantes, los opiáceos o la cocaina. Cerca de 16.000 en los últimos doce meses y 12.000 en los últimos 30 dias. (Cuadro II-28)

Varones y mujeres con consumo de estas sustancias se presentan en todos los niveles económicos-sociales. Los correspondientes a sectores medios y altos tienen una fuerte presencia en los varones.

Los porcentajes de casos con malestar depresivo y con consumo de drogas se encuentran cerca del 1% para cada sexo.

**CUADRO II-26:** **Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, abusó de las bebidas alcohólicas, según sexo, y variables seleccionadas. Paraguay: diez ciudades. 1991.Bases: T. 825.149 / S.T.V. 312.921 / S.T.M. 502.208**

| | Prevalencia de vida | | Prevalencia últ. 12 meses | | Prevalencia últ. 30 días | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bebedores con abuso | Número | % Total | Número | % Total | Número | % Total |
| Sexo | | | | | | |
| VARONES Total | 181.763 | 22,0 | 165.716 | 20,1 | 137.854 | 16,7 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 16.679 | 2,0 | 15.236 | 1,8 | 13.125 | 1,6 |
| 18 a 29 años | 95.999 | 11,6 | 84.424 | 10,2 | 68,628 | 8,3 |
| 30 a 45 años | 69.085 | 8,4 | 66.057 | 8,0 | 56.102 | 6,8 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 41.208 | 5,0 | 38.101 | 4,6 | 30.385 | 3,7 |
| Medio | 52.189 | 6,3 | 47.651 | 5,8 | 41.612 | 5,0 |
| Bajo | 88.366 | 10,7 | 79.964 | 9,7 | 65.857 | 8,0 |
| Puntaje de depresión | | | | | | |
| Menos de 8 puntos | 161.773 | 19,6 | 145.898 | 17,7 | 119.165 | 14,4 |
| 8 a 10 puntos | 14.734 | 1,8 | 14.734 | 1,8 | 14.276 | 1,7 |
| 11 y más puntos | 5.257 | 0,6 | 5.085 | 0,6 | 4.413 | 0,5 |
| MUJERES Total | 111.797 | 13,5 | 95.322 | 11,6 | 74.919 | 9,1 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 10.828 | 1,3 | 9.443 | 1,1 | 6.128 | 0,7 |
| 18 a 29 años | 51.329 | 6,2 | 45.257 | 5,5 | 32.367 | 3,9 |
| 30 a 45 años | 49.640 | 6,0 | 40.623 | 4,9 | 36.424 | 4,4 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 25.761 | 3,1 | 20.165 | 2,4 | 16.672 | 2,0 |
| Medio | 40.328 | 4,9 | 38.881 | 4,7 | 31.575 | 3,8 |
| Bajo | 45.709 | 5,5 | 36.276 | 4,4 | 26.673 | 3,2 |
| Puntaje en depresión | | | | | | |
| Menor de 8 puntos | 78.269 | 9,5 | 66.058 | 8,0 | 51.349 | 6,2 |
| 8 a 10 puntos | 18.412 | 2,2 | 16.037 | 1,9 | 13.660 | 1,7 |
| 11 y más puntos | 15.116 | 1,8 | 13.227 | 1,6 | 9.911 | 1,2 |
| TOTAL | 293.560 | 35,6 | 261.038 | 31,6 | 212.773 | 25,8 |

**CUADRO II-27: Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, uso medicamentos psicoactivos fuera de prescripción médica, según sexo y variables seleccionadas. Paraguay: diez ciudades. 1991.**
**Bases: T. 825.149 / S.T.V. 312.921 / S.T.M. 502.208**

| Abusadores de medicamentos psicoactivos | Prevalencia de vida Número | Prevalencia de vida % Total | Prevalencia últ. 12 meses Número | Prevalencia últ. 12 meses % Total | Prevelencia últ. 30 días Número | Prevelencia últ. 30 días % Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexo | | | | | | |
| VARONES Total | 26.120 | 3,2 | 17.441 | 2,11 | 9.427 | 1,1 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 5.337 | 0,6 | 2.463 | 0,3 | 1.490 | 0,2 |
| 18 a 29 años | 12.826 | 1,6 | 10.062 | 1,2 | 4.838 | 0,6 |
| 30 a 45 años | 7.957 | 1,0 | 4.915 | 0,6 | 3.099 | 0,4 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 9.242 | 1,1 | 4.902 | 0,6 | 834 | 0,1 |
| Medio | 7.525 | 0,9 | 4.220 | 0,5 | 3.386 | 0,4 |
| Bajo | 9.353 | 1,1 | 8.318 | 1,0 | 5.207 | 0,6 |
| Puntaje de depresión | | | | | | |
| Menos de 8 puntos | 20.135 | 2,4 | 12.464 | 1,5 | 6.650 | 0,8 |
| 8 a 10 puntos | 4.353 | 0,5 | 3.873 | 0,5 | 2.511 | 0,3 |
| 11 y más puntos | 1.632 | 0,2 | 1.103 | 0,1 | 267 | ... |
| MUJERES Total | 59.293 | 7,2 | 34.137 | 4,1 | 24.819 | 3,0 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 6.561 | 0,8 | 1.277 | 0,2 | 252 | — |
| 18 a 29 años | 24.225 | 2,9 | 18.643 | 2,3 | 14.751 | 1,8 |
| 30 a 45 años | 28.507 | 3,5 | 14.217 | 1,7 | 9.817 | 1,2 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 12.318 | 1,5 | 7.178 | 0,9 | 6.674 | 0,8 |
| Medio | 17.124 | 2,1 | 8.676 | 1,1 | 5.566 | 0,7 |
| Bajo | 29.851 | 3,6 | 18.283 | 2,2 | 12.579 | 1,5 |
| Puntaje en depresión | | | | | | |
| Menor de 8 puntos | 35.846 | 4,3 | 22.845 | 2,8 | 16.742 | 2,0 |
| 8 a 10 puntos | 17.669 | 2,1 | 7.859 | 1,0 | 6.298 | 0,8 |
| 11 y más puntos | 5.778 | 0,7 | 3.433 | 0,4 | 1.778 | 0,2 |
| TOTAL | 85.413 | 10,3 | 51.578 | 6,2 | 34.246 | 4,1 |

**CUADRO II-28: Población de 12 a 45 años que, en diferentes lapsos, consumió drogas (marihuana, opíaceos, inhalables, cocaína), según sexo y variables seleccionadas. Paraguay: diez ciudades. 1991.**
**Bases: T. 825.149 / S.T.V. 312.921 / S.T.M. 502.208**

| Consumidores de drogas | Prevalencia de vida Número | Prevalencia de vida % Total | Prevalencia últ. 12 meses Número | Prevalencia últ. 12 meses % Total | Prevalencia últ. 30 días Número | Prevalencia últ. 30 días % Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexo | | | | | | |
| VARONES Total | 15.596 | 1,9 | 6.807 | 0,8 | 4.669 | 0,6 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 4.230 | 0,5 | 2.212 | 0,3 | 1.326 | 0,2 |
| 18 a 29 años | 8.026 | 1,0 | 3.446 | 0,4 | 2.658 | 0,3 |
| 30 a 45 años | 3.341 | 0,4 | 1.149 | 0,1 | 685 | 0,1 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 5.250 | 0,6 | 1.964 | 0,2 | 1.150 | 0,1 |
| Medio | 4.557 | 0,6 | 2.203 | 0,1 | 800 | 0,1 |
| Bajo | 5.789 | 0,7 | 3.640 | 0,4 | 2.719 | 0,3 |
| Puntaje de depresión | | | | | | |
| Menos de 8 puntos | 12.954 | 1,6 | 4.824 | 0,6 | 3.924 | 0,5 |
| 8 a 10 puntos | 1.992 | 0,2 | 1.402 | 0,2 | 164 | 0,0 |
| 11 y más puntos | 650 | 0,1 | 581 | 0,1 | 581 | 0,1 |
| MUJERES Total | 15.089 | 1,8 | 9.310 | 1,1 | 7.023 | 0,9 |
| Grupos de edad | | | | | | |
| 12 a 17 años | 6.357 | 0,8 | 3.130 | 0,4 | 2.915 | 0,4 |
| 18 a 29 años | 3.680 | 0,4 | 2.867 | 0,3 | 1.795 | 0,2 |
| 30 a 45 años | 5.052 | 0,6 | 3.313 | 0,4 | 2.312 | 0,3 |
| Nivel económico-social | | | | | | |
| Alto | 1.945 | 0,2 | 634 | 0,1 | 356 | 0,0 |
| Medio | 4.987 | 0,6 | 2.248 | 0,3 | 1.027 | 0,1 |
| Bajo | 8.157 | 1,0 | 6.429 | 0,8 | 5.640 | 0,7 |
| Puntaje en depresión | | | | | | |
| Menor de 8 puntos | 6.706 | 0,8 | 2.623 | 0,3 | 1.445 | 0,2 |
| 8 a 10 puntos | 3.653 | 0,4 | 2.342 | 0,3 | 1.037 | 0,2 |
| 11 y más puntos | 4.730 | 0,6 | 4.345 | 0,5 | 3.641 | 0,4 |
| TOTAL | 30.685 | 3,7 | 16.117 | 1,9 | 11.691 | 1,4 |

La encuesta consideró, junto con la medición del comportamiento de consumo, una evaluación sobre el conocimiento que tenían los entrevistados sobre las sustancias psicoactivas y sus actitudes hacia ellas o hacia hechos afines.

El Cuadro II-29 señala el conocimiento con que se cuenta cerca de la capacidad dependígena de diferentes sustancias psicoactivas. Es decir, información destinada a considerar los niveles de riesgo que supone información errada, o simplemente, desinformación sobre la naturaleza de la sustancia.

El tabaco, el aguardiente de caña («caña»), el whisky, la cerveza, sedantes («Pastillas para calmar los nervios»), hipnóticos («Pastillas para dormir»), marihuana y cocaína constituyeron parte de un listado de sustancias psicoactivas con las que los entrevistados tenían cierta familiaridad.

**CUADRO II-29: Opiniones de los entrevistados acerca del riesgo de habituación al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a diferentes productos, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Sustancias Psicoactivas | Posibilidad de hábito o acostumbramiento | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | | | Varones | | | Mujeres | | |
| | **Sí** | No | No sabe | **Sí** | No | No sabe | **Sí** | No | No sabe |
| Tabaco | **69,6** | 22,9 | 6,3 | **72,3** | 22,8 | 4,9 | **69,3** | 23,4 | 7,3 |
| Caña | **70,2** | 20,8 | 7,8 | **70,0** | 22,3 | 7,7 | **71,7** | 20,3 | 8,0 |
| Whisky | **55,1** | 30,2 | 13,5 | **57,8** | 32,9 | 9,9 | **54,9** | 29,2 | 15,9 |
| Cerveza | **64,9** | 28,1 | 5,8 | **66,9** | 27,6 | 5,5 | **65,0** | 28,9 | 6,1 |
| «Pastillas para dormir» | **55,0** | 23,5 | 20,3 | **52,2** | 22,5 | 25,5 | **58,0** | 24,5 | 17,4 |
| «Pastillas para calmar los nervios» | **53,1** | 24,2 | 21,4 | **48,8** | 23,6 | 27,6 | **56,9** | 25,1 | 18,0 |
| Marihuana | **57,8** | 19,1 | 21,9 | **62,2** | 20,5 | 17,4 | **56,2** | 18,6 | 25,2 |
| Cocaína | **56,4** | 19,3 | 23,0 | **59,1** | 21,1 | 19,8 | **55,9** | 18,6 | 25,5 |
| Base | (825.149) | | | (312.921) | | | (502.208) | | |

Un 20% a un 30% de respuestas señalaron no saber si las sustancias mencionadas eran o no capaces de provocar «acostumbramiento». Los entrevistados, frente a sustancias como la marihuana o la cocaína mostraron la mayor proporción de respuestas de desconocimiento. Situación que se extiende también para sedantes e hipnóticos. Tanto los medicamentos psicotrópicos como las drogas ilícitas son consideradas como dependígenos por el 55% aproximadamente de los encuestados. El resto se divide en forma más o menos homogénea entre los que piensan que no causan acostumbramiento y los que no saben.

**CUADRO II-30: Opiniones de los entrevistados acerca del riesgo de habituación al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a diferentes productos. Paraguay: Total Estrato Asunción-Estrato ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Sustancias Psicoactivas | Posibilidad de hábito o acostumbramiento | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | | | Asunción (E.1) | | | Otras ciudades (E.2) | | |
| | **Sí** | No | No sabe | **Sí** | No | No sabe | **Sí** | No | No sabe |
| Tabaco | **69,6** | 22,9 | 6,3 | **69,8** | 22,2 | 6,4 | **72,3** | 22,8 | 4,9 |
| Caña | **70,2** | 20,8 | 7,8 | **69,7** | 19,1 | 9,6 | **70,0** | 22,3 | 7,7 |
| Whisky | **55,1** | 30,2 | 13,5 | **[illegible]** | 31,6 | 15,5 | **57,8** | 32,9 | 9,9 |
| Cerveza | **64,9** | 28,1 | 5,8 | **62,7** | 28,7 | 7,0 | **66,9** | 27,6 | 5,5 |
| «Pastillas para dormir» | **55,0** | 23,5 | 20,3 | **57,9** | 20,8 | 19.6 | **52,2** | 22,5 | 25,5 |
| «Pastillas para calmar los nervios» | **53,1** | 24,2 | 21,4 | **55,2** | 22,7 | 20,5 | **48,8** | 23,6 | 27,6 |
| Marihuana | **57,8** | 19,1 | 21,9 | **61,9** | 12,9 | 23,7 | **62,2** | 20,5 | 17,4 |
| Cocaína | **56,4** | 19,3 | 23,0 | **60,8** | 14,3 | 23,3 | **59,1** | 21,1 | 19,8 |
| Base | (825.149) | | | (560.753) | | | (264.396) | | |

Las bebidas alcohólicas y el tabaco tienen la proporción más alta de respuestas que señalan su propiedad dependígena. Sin embargo, en el caso de las bebidas destiladas, el whisky, que es en el Paraguay una bebida importada, está asociado a un menor riesgo. En este aspecto puede esperarse que posea también una mayor tolerancia social que la que tiene el aguardiente de caña nacional, de la misma graduación alcohólica.

El desconocimiento del riesgo de adicción con los medicamentos psicotrópicos es mayor en los varones mientras que, por el contrario, es mayor en las mujeres cuando se trata de sustancias ilícitas. Considerados los datos por estrato, en Asunción se presenta una mejor ubicación de los entrevistados para evaluar los medicamentos psicotrópicos y las sustancias ilícitas que en el resto de las ciudades que componen la muestra.

Con el fin de conocer la posición de los jóvenes de 12 a 24 años, se presentaron diferentes sentencias de contenido valorativo sobre las cuales debían manifestar su acuerdo o desacuerdo. Estos enunciados generales pueden agruparse en tres categorías referidas a los temas que involucran: a) el trabajo y el estudio; b) las formas de resolver los problemas; y, c) el uso de sustancias psicoactivas.

**CUADRO II-31: Opiniones de jóvenes entre los 12 y 24 años ante sentencias sobre el trabajo y el estudio, según sexo y estrato muestral. Paraguay: diez ciudades. 1991. Población de 12 a 24 años. Base: 411.020.**

| Sentencias sobre el trabajo y el estudio | | Opinión de los entrevistados | | |
|---|---|---|---|---|
| | | De acuerdo | En Desacuerdo | No sabe |
| Para conseguir buenos trabajos hay que ir a la escuela secundaria. | **Total** | **86,0** | **12,5** | **1,5** |
| | Varones | 87,6 | 11,7 | 0,6 |
| | Mujeres | 84,8 | 13,1 | 2,1 |
| | Asunción | 85,3 | 13,5 | 1,2 |
| | Otras ciud. | 87,5 | 10,4 | 2,1 |
| Estudiar suele ser una pérdida de tiempo. | **Total** | **3,8** | **96,0** | **0,2** |
| | Varones | 3,4 | 96,4 | 0,2 |
| | Mujeres | 4,1 | 95,7 | 0,2 |
| | Asunción | 3,5 | 96,5 | 0,2 |
| | Otras ciud. | 4,5 | 95,3 | 0,2 |
| Si uno quiere trabajar puede encontrar un buen empleo. | **Total** | **65,9** | **29,6** | **4,5** |
| | Varones | 56,7 | 38,1 | 5,2 |
| | Mujeres | 72,4 | 23,6 | 4,0 |
| | Asunción | 71,6 | 33,2 | 5,2 |
| | Otras ciud. | 74,9 | 22,1 | 3,0 |

La gran mayoría de los jóvenes muestra una alta valoración del estudio como alternativa de ascenso laboral (Cuadro II-31). En contraposición, algo más del 10% no relaciona a la escuela secundaria con mayores posibilidades laborales, en tanto que el 4% está de acuerdo con que estudiar es una pérdida de tiempo.

Cerca de un tercio descree de la posibilidad de hallar un buen empleo a partir de los deseos de trabajar. En los varones, esta tendencia se acentúa (38,1%), y en los residentes de Asunción (33,2%) en contraposición con las mujeres (23,6%) y los residentes de otras ciudades (22,1%). Este casi cuarenta por ciento de varones en desacuerdo probablemente pueda explicarse si se considera el matiz voluntarista de la sentencia «si uno quiere ...». Un contacto más directo del varón con el mercado de trabajo tradicional lo lleva a una óptica más realista en este aspecto. En forma semejante, las características de mayor competitividad de una gran ciudad y de más énfasis administrativo-financiero pueden también explicar la diferencia en Asunción.

**CUADRO II-32: Opiniones de jóvenes entre los 12 y 24 años ante sentencias sobre la resolución de problemas, según sexo y estrato muestral. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 24 años. Base: 411.020**

| Sentencias sobre la resolución de problemas | | Opinión de los entrevistados | | |
|---|---|---|---|---|
| | | De acuerdo | En Desacuerdo | No sabe |
| Cuando uno está en problemas lo mejor es ignorarlo. | **Total** | **32,2** | **63,9** | **3,9** |
| | Varones | 35,9 | 61,8 | 2,3 |
| | Mujeres | 29,5 | 65,0 | 5,0 |
| | Asunción | 33,5 | 62,3 | 4,2 |
| | Otras ciud. | 29,4 | 67,4 | 3,1 |
| No hay nada más importante que vivir el presente sin preocupaciones. | **Total** | **56,2** | **40,6** | **3,1** |
| | Varones | 52,9 | 43,6 | 3,4 |
| | Mujeres | 58,6 | 38,5 | 2,9 |
| | Asunción | 57,2 | 39,5 | 3,3 |
| | Otras ciud. | 54,1 | 42,9 | 2,9 |
| Para disfrutar de la vida siempre es necesario ignorar alguna prohibición. | **Total** | **29,1** | **63,2** | **7,8** |
| | Varones | 34,0 | 58,4 | 7,6 |
| | Mujeres | 25,6 | 66,6 | 7,9 |
| | Asunción | 28,8 | 62,9 | 8,3 |
| | Otras ciud. | 29,6 | 63,7 | 6,6 |

El Cuadro II-32 señala que un tercio aproximadamente de los jóvenes está de acuerdo con enunciados que se orientan hacia la negación o escape de los problemas. La ignorancia del problema y la transgresión como condición del disfrutar está más acentuada en el varón. Considerado por estrato, en Asunción se acentúa más el primero de los puntos, sin diferencias significativas en el resto.

Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos adhiere a una idea que da primacía al presente libre de preocupaciones sobre cualquier otra cosa. En este caso son las mujeres las que alcanzan el porcentual de respuestas de acuerdo más alto, el 58,6%.

El Cuadro II-33 presenta un grupo de enunciados que están vinculados de manera diversa al uso de sustancias psicoactivas, los resultados son los siguientes:

**CUADRO II-33: Opiniones de jóvenes entre los 12 y 24 años ante sentencia sobre el uso de sustancias psicoactivas, según sexo y estrato muestral. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 24 años. Base: 411.020**

| Sentencias sobre el uso de sustancias psicoactivas | | Opinión de los entrevistados | | |
|---|---|---|---|---|
| | | De acuerdo | En Desacuerdo | No sabe |
| Es normal que los muchachos se aburran en una fiesta si no hay cerveza. | **Total** | **56,8** | **33,6** | **9,6** |
| | Varones | 52,3 | 36,8 | 10,9 |
| | Mujeres | 60,0 | 31,4 | 8,6 |
| | Asunción | 55,5 | 33,8 | 10,7 |
| | Otras ciud. | 59,4 | 33,3 | 7,2 |
| Las mujeres acostumbran a tomar pastillas para los nervios. | **Total** | **34,9** | **33,5** | **31,6** |
| | Varones | 30,6 | 23,3 | 46,1 |
| | Mujeres | 37,9 | 40,7 | 21,3 |
| | Asunción | 33,5 | 35,0 | 31,5 |
| | Otras ciud. | 37,8 | 30,5 | 31,8 |
| Es normal que la mayoría de los jóvenes alguna vez en su vida haya probado la marihuana. | **Total** | **21,2** | **63,6** | **15,1** |
| | Varones | 16,4 | 67,1 | 16,6 |
| | Mujeres | 24,7 | 61,2 | 14,1 |
| | Asunción | 20,8 | 65,6 | 13,7 |
| | Otras ciud. | 22,3 | 59,3 | 18,2 |
| Probar marihuana una o dos veces no produce un gran riesgo. | **Total** | **24,5** | **55,2** | **20,3** |
| | Varones | 22,8 | 64,5 | 12,7 |
| | Mujeres | 25,7 | 48,6 | 25,7 |
| | Asunción | 28,0 | 53,2 | 18,8 |
| | Otras ciud. | 17,0 | 59,5 | 23,4 |
| El uso de cocaína como diversión no es dañino si se hace con suficiente cuidado. | **Total** | **19,6** | **58,5** | **21,9** |
| | Varones | 21,0 | 63,2 | 15,8 |
| | Mujeres | 18,7 | 55,1 | 26,2 |
| | Asunción | 22,7 | 55,7 | 21,6 |
| | Otras ciud. | 13,0 | 64,5 | 22,5 |

Más de la mitad está de acuerdo en aceptar el aburrimiento como hecho esperable si no hay cerveza en una fiesta de jóvenes. Sólo un tercio rechaza la idea. Hay un mayor reconocimiento de esta situación en las mujeres.

Otro tercio acepta como costumbre el hecho que la mujer tome «pastillas para los nervios», el resto se distribuye en partes semejantes entre el desacuerdo y el no conocer el tema. Las jóvenes, con un porcentaje menor de «no sabe» que los otros grupos, están cerca del 40% entre la aceptación y el rechazo de la idea.

Un 20% está de acuerdo en aceptar como hecho cuando menos común, que los jóvenes hayan probado marihuana alguna vez. El 15% no tiene opinión sobre el tema, en el estrato 2 «otras ciudades» este porcentaje sube al 18,2%. En este caso son los varones los que presentan el nivel de acuerdo más bajo con esta afirmación. Si se consideran las respuestas globales a las dos preguntas finales sobre riesgos relacionados con el consumo de marihuana y de cocaína, se halla que más del 40% no tiene una opinión formada sobre los riesgos (no los conoce) o bien piensa que estos riesgos no son tales. Varones y mujeres comparten estos porcentajes. Asunción supera una vez y media a las otras ciudades en no reconocer riesgos en el consumo de marihuana con carácter ocasional y de cocaína.

Se buscó conocer la posición de los jóvenes frente a situaciones que podían expresar sus expectativas más generales; acceso social, participación, libertad de expresión, bienestar económico, etc. De manera que, con esta finalidad, se elaboraron una serie de temas relacionados con estas expectativas, pero diseñados de tal modo que incluyeran estrategias vinculadas a su satisfacción como resultado de un beneficio común o de un beneficio exclusivamente individual o personal (Cuadro II-34).

**CUADRO II-34: Selección de acuerdo a importancia de diferentes temas, según sexo y estrato muestral. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 24 años. (%). Base: 411.020**

| Temas | Total | Tema de mayor importancia | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Varones | Mujeres | Asunción | Otras ciudades |
| «Que todos los jóvenes tengan las mismas oportunidades». | **41,6** | 45,2 | 39,0 | 44,6 | 35,3 |
| «Que mejore la situación económica en general». | **19,4** | 18,3 | 20,2 | 21,0 | 16,1 |
| «Que haya democracia en el país». | **7,9** | 5,8 | 9,4 | 6,8 | 10,3 |
| «Vivir sin problemas». | **25,6** | 25,3 | 25,9 | 22,6 | 32,1 |
| «Tener dinero». | **3,5** | 3,8 | 3,4 | 3,4 | 3,9 |
| «Poder comprarse todo lo que le gusta». | **1,9** | 1,6 | 2,1 | 1,7 | 2,2 |

El 40% de los jóvenes escogieron como de mayor importancia el acceso por igual a las oportunidades. Especialmente esto se observó acentuado en los varones y los residentes de Asunción. Un 20% señaló la mejoría de la economía en forma global y dentro de este grupo por último, el de menor porcentaje estuvo vinculado con la existencia de la democracia. En este último caso fue más importante la presencia de casos en mujeres y las ciudades restantes (Estrato 2).

Desde otra posición, un cuarto de los jóvenes sostuvo como de mayor importancia el vivir sin problemas y entre un 2% y un 3% se inclinaron por metas muy concretas e individuales como hacer dinero o comprarse lo que le gusta.

Finalmente, en materia de conocimiento y actitud se indagó acerca de cuál era el tema de salud prioritario para desarrollar desde el Ministerio. A partir de un listado de seis temas, los encuestados hicieron las selecciones siguientes:

**CUADRO II-35: Selección dentro de un conjunto de problemas de salud según programa de mayor prioridad. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Problema de salud de mayor prioridad | **Total** | Mayor prioridad Varones | Mujeres | Asunción | Otras ciudades |
|---|---|---|---|---|---|
| Cólera | **34,5** | 33,7 | 35,7 | 34,1 | 35,3 |
| SIDA | **25,5** | 26,9 | 25,0 | 25,7 | 24,9 |
| Drogadicción | **24,9** | 25,6 | 24,9 | 26,0 | 22,4 |
| Alcoholismo | **8,5** | 10,4 | 7,5 | 8,2 | 9,1 |
| Dengue | **1,3** | 0,6 | 1,7 | 1,1 | 1,5 |
| Problema de los nervios | **3,9** | 2,4 | 4,9 | 2,7 | 6,2 |

La drogadicción y el alcoholismo quedaron en tercer y cuarto orden dentro de los temas presentados. Los antecedió el cólera en primer lugar, y el SIDA en segundo. Se puede tomar en cuenta los puntos de contacto entre SIDA y drogadicción, lo que aumentaría en cierta forma la prioridad dada a drogadicción por los entrevistados. Los temas caracterizados como «problemas de los nervios» fueron los considerados en pocos casos como prioritarios. En general fue un tema propuesto por las mujeres y por residentes de áreas distintas a Asunción.

## 5.2 Aspectos complementarios

El consumo de sustancias toleradas socialmente como el tabaco y las bebidas alcohólicas fueron analizadas a partir de su abuso en el punto anterior. En este sentido se revisan aquí los hábitos que conforman el patrón de abuso, destacándose en el caso del tabaco, con un consumo regular actual de 13,5% (Cuadro II-11) que llega a cerca de 45.000 personas entre los 12 y los 45 años que fuman diariamente cerca de veinte o más cigarrillos (Cuadro II-36).

**CUADRO II-36: Hábito de fumar según cantidad de cigarrillos diarios en el último mes. Paraguay: diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Cantidad diaria de cigarrillos | Número | % |
|---|---|---|
| Menos de 6 cigarrillos | 118.580 | 14,4 |
| Cerca de 1/2 paquete | 37.327 | 4,5 |
| Cerca de 1 paquete | 32.196 | 3,9 |
| Cerca de 1 1/2 paquete | 8.746 | 1,1 |
| 2 o más paquetes | 3.588 | 0,4 |

**CUADRO II-37: Consumo de bebidas alcohólicas según tipo de bebida. Paraguay: diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Tipo de bebida | Número | % |
|---|---|---|
| Vino | 555.056 | 67,3 |
| Cerveza | 596.840 | 72,3 |
| Destilados | 348.859 | 42,3 |
| Alguna bebida | 656.336 | 79,5 |

En el caso de las bebidas alcohólicas, la prevalencia de vida que es del orden del 35,6% (Cuadro II-11) alcanza a más de 200.000 personas en los últimos 30 días (Cuadro II-38). Si bien el abuso se presenta con diferentes tipos de bebida, es con la cerveza donde se alcanza las tasas de abuso más altas, casi tres veces más que con el vino o los destilados. El abuso es reiterado, varias veces en el mes.

**CUADRO II-38: Abuso de bebida alcohólica, en los últimos 30 días, según frecuencia de episodios y tipo de bebida. Paraguay: diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Tipo de bebida | Número | % | # de episodios últ. 30 días 1-2 | 3-4 | 5 o más |
|---|---|---|---|---|---|
| Vino | 65.741 | 8,0 | 6,0 | 1,1 | 0,9 |
| Cerveza | 181.134 | 22,0 | 13,9 | 5,3 | 2,7 |
| Destilados | 55.431 | 6,7 | 4,6 | 1,3 | 0,8 |
| Alguna bebida | 212.774 | 25,8 | — | — | — |

Si se toman en cuenta las clasificaciones tradicionales utilizadas en América Latina que marcan un riesgo estadístico significativo de dependencia al alcohol con 12 episodios de abuso anuales (Marconi, J.), puede considerarse como población de bebedores excesivos o de alto riesgo a un conjunto de 150.000 personas, cerca del 20% (Cuadro II-39). De éstas, 50.000 son mujeres, con fuerte consumo especialmente de cerveza.

**CUADRO II-39: Abuso de bebida alcohólica durante los últimos doce meses, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Frecuencia episodios últimos 12 meses | Total Número | % | Varón Número | % | Mujer Número | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Menos de una vez por mes | 111.386 | 13,5 | 68.173 | 21,8 | 43.213 | 8,6 |
| Una vez por mes | 39.556 | 4,8 | 21.458 | 6,9 | 18.098 | 3,6 |
| Dos veces o más por mes | 110.097 | 13,3 | 76.085 | 24,3 | 34.012 | 6,8 |
| Base | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

Puede considerarse también dentro de este conjunto de sustancias toleradas socialmente los analgésicos de consumo masivo y de libre expendio, como es el caso de la aspirina y similares. En este caso, donde se cuenta con una prevalencia global de 70,6% y del último mes del 48,5% (Cuadro II-11), interesó explorar la dirección y propósito de consumo de estos analgésicos. Se halló un consumo ligado a posibles efectos no analgésicos en cerca de 29.000 personas, el 3%. Estos entrevistados aseguraron tomar aspirinas para mejorar su estado de ánimo, motivarse, evitar la depresión o controlar el sueño (Cuadro II-40).

**CUADRO II-40: Razones del consumo de aspirina o similares. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población de 12 a 45 años.**

| Razones | **Total** | | Varón | | Mujer | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| Para aliviar dolores de cabeza | 504.758 | **61,2** | 180.982 | 57,8 | 323.776 | 64,5 |
| Cuando se siente muy cansado | 18.912 | **2,3** | 4.651 | 1,5 | 14.260 | 2,8 |
| Para calmar dolores físicos | 157.073 | **19,0** | 58.161 | 18,6 | 98.911 | 19,7 |
| Cuando se siente desganado | 10.010 | **1,2** | 2.041 | 0,7 | 7.970 | 1,6 |
| Para mejorar el ánimo | 10.516 | **1,3** | 2.532 | 0,8 | 7.984 | 1,6 |
| Cuando se siente un poco deprimido | 1.519 | **0,2** | 673 | 0,2 | 846 | 0,2 |
| Para mantenerse despierto | 7.249 | **0,9** | 2.923 | 0,9 | 4.325 | 0,9 |
| Base | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

El consumo de analgésicos se completa con un listado complementario (Cuadro II-41) donde se exponen además del consumo de psicotrópicos en general, el de analgésicos que deben ser indicados por el médico.

**CUADRO II-41: Medicamentos usados fuera de prescripción médica por la población de 12 a 45 años de acuerdo a la clasificación por analgésicos, sedantes, hipnóticos y estimulantes. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Base: 825.149**

| Analgésicos | | Sedantes | | Hipnóticos | | Estimulantes | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sustancia | % UFPM | Sustancia UFPM | % UFPM | Sustancia UFPM | % | Sustancia | % |
| Lisalgil | 0,1 | Valium | 0,7 | Rohypnol | 0,1 | Ritalina | 0,6 |
| Klosidol | 0,2 | Lexotanil | 0,4 | Luminal | 0,1 | Emagrin | 0,4 |
| Ergodolanet | 17,2 | Mitransil | 0,4 | Somnil | 0,4 | Tamilan | 0,1 |
| Finidol 60 | 1,8 | Solpan | 0,3 | Dormicum | 0,3 | Reactivan | 0,5 |
| Ergodisidol | 0,8 | Sedazim | 0,1 | Cero | 0,3 | Pondinol | 0,2 |
| Neuroteradol | 0,2 | Regulex | 2,3 | Disomnilan | 0,1 | Regental | 1,9 |
| Otros similares | 5,4 | Pazim | 0,1 | Loramet | 0,1 | Pastillas p/ adelgazar | 0,9 |
| | | Dormital | 0,6 | Otros similares | 0,2 | Otros similares | 0,4 |
| | | Lorex | 0,1 | | | | |
| | | Lembrol | 0,7 | | | | |
| | | Scavosedan | 0,3 | | | | |
| | | Otros similares | 0,6 | | | | |

La inhalación deliberada de disolventes industriales recorre un espectro amplio de productos, donde se acentúan los vinculados a quitaesmaltes, tinner, pinturas, nafta o bencinas (Cuadro II-42).

**CUADRO II-42: Inhalación deliberada de sustancias disolventes según tipo de producto Paraguay: diez ciudades. 1991 Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Producto | Número | % |
|---|---|---|
| Nafta o fluído para encendedores | 7.291 | 0,9 |
| Quitaesmalte, tinner, pinturas | 8.336 | 1,0 |
| Pegamentos (Fana) | 937 | 0,1 |
| Lacas, disolventes de pintura | 526 | 0,1 |
| Líquidos de limpieza | 999 | 0,1 |
| Correctores dactilográficos | 1.142 | 0,1 |
| Lanza perfumes | 1.607 | 0,2 |

La inhalación estudiada en los últimos 30 días señaló a cerca de 3.500 casos con más de tres episodios de inhalación en ese periodo (Cuadro II-43).

**CUADRO II-43: Inhalación deliberada de sustancias disolventes en los últimos 30 días, según frecuencia de inhalación. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Frecuencia de inhalación en los últimos 30 días | Número | % |
|---|---|---|
| Una a dos | 5.551 | 0,7 |
| Tres a cinco | 2.415 | 0,3 |
| Seis a nueve | 767 | 0,1 |
| Diez y más | 228 | 0,0 |

En el caso de sustancias ilícitas como la marihuana o la cocaína fue indagado por un lado la oferta (independientemente del consumo del entrevistado) y por otro la percepción que el entrevistado tenía cerca del consumo probable en otros en los últimos doce meses.

La oferta de marihuana alcanzó al 4,3% de la población de 12 a 45 años, entre éstos unos 13.000 jóvenes entre los 12 y 17 años (Cuadro II-44).

**CUADRO II-44: Oferta de marihuana de acuerdo a la edad del entrevistado en ese momento, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años.**

| | Total | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| 12 a 17 | 12.998 | **1,6** | 7.280 | **2,3** | 5.717 | **1,1** |
| 18 a 25 | 3.790 | **0,5** | 2.427 | **0,8** | 1.364 | **0,3** |
| 26 a 34 | 6.642 | **0,8** | 1.994 | **0,6** | 4.699 | **0,9** |
| 35 y más | 1.443 | **0,2** | 776 | **0,2** | 667 | **0,1** |
| Base | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

Aproximadamente un 15% de los entrevistados refirieron conocer casos de consumo de marihuana en los últimos doce meses. La proporción más alta de referencias fue dada por las mujeres (Cuadro II-45).

**CUADRO II-45: Percepción de consumo de marihuana en los últimos doce meses, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

| | Número | % |
|---|---|---|
| Total | 122.247 | 14,8 |
| Varón | 52.561 | 6,4 |
| Mujer | 69.686 | 8,4 |

Las referencias de consumidores fueron en un porcentaje del 7% hacia personas con las que no existía un vínculo cercano (Cuadro II-46). A su vez, una cantidad similar refirió como consumidor a amigos cercanos, familiares o vecinos.

**CUADRO II-46: Percepción de consumo de marihuana en los últimos doce meses, según tipo de relación. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Tipo de relación | Número | % |
|---|---|---|
| Familiar | 23.355 | 2,8 |
| Amigo cercano | 11.401 | 1,4 |
| Vecino | 19.636 | 2,4 |
| Conocido | 57.322 | 6,9 |
| Otro | 18.214 | 2,2 |

En cuanto a la oferta de cocaína, la proporción de casos fue menos que en marihuana, el 1% de las cuales 4.000 fue entre los 12 y 17 años de edad (Cuadro II-47).

**CUADRO II-47: Oferta de cocaína de acuerdo a la edad del entrevista do en ese momento, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años.**

| | **Total** | | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| 12 a 17 | 4.360 | **0,5** | 3.093 | 1,0 | 1.268 | 0,3 |
| 18 a 25 | 3.214 | **0,4** | 2.686 | 0,8 | 528 | 0,1 |
| 26 a 34 | 1.015 | **0,1** | 514 | 0,1 | 501 | 0,1 |
| 35 y más | 57 | **0,0** | 57 | 0,0 | — | — |
| Base | (825.149) | | (312.921) | | (502.208) | |

La percepción del consumo de cocaína en los últimos doce meses fue referida por el 3,8% de los entrevistados. En este caso, las referencias fueron homogéneas para ambos sexos (Cuadro II-48).

**CUADRO II-48: Percepción de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

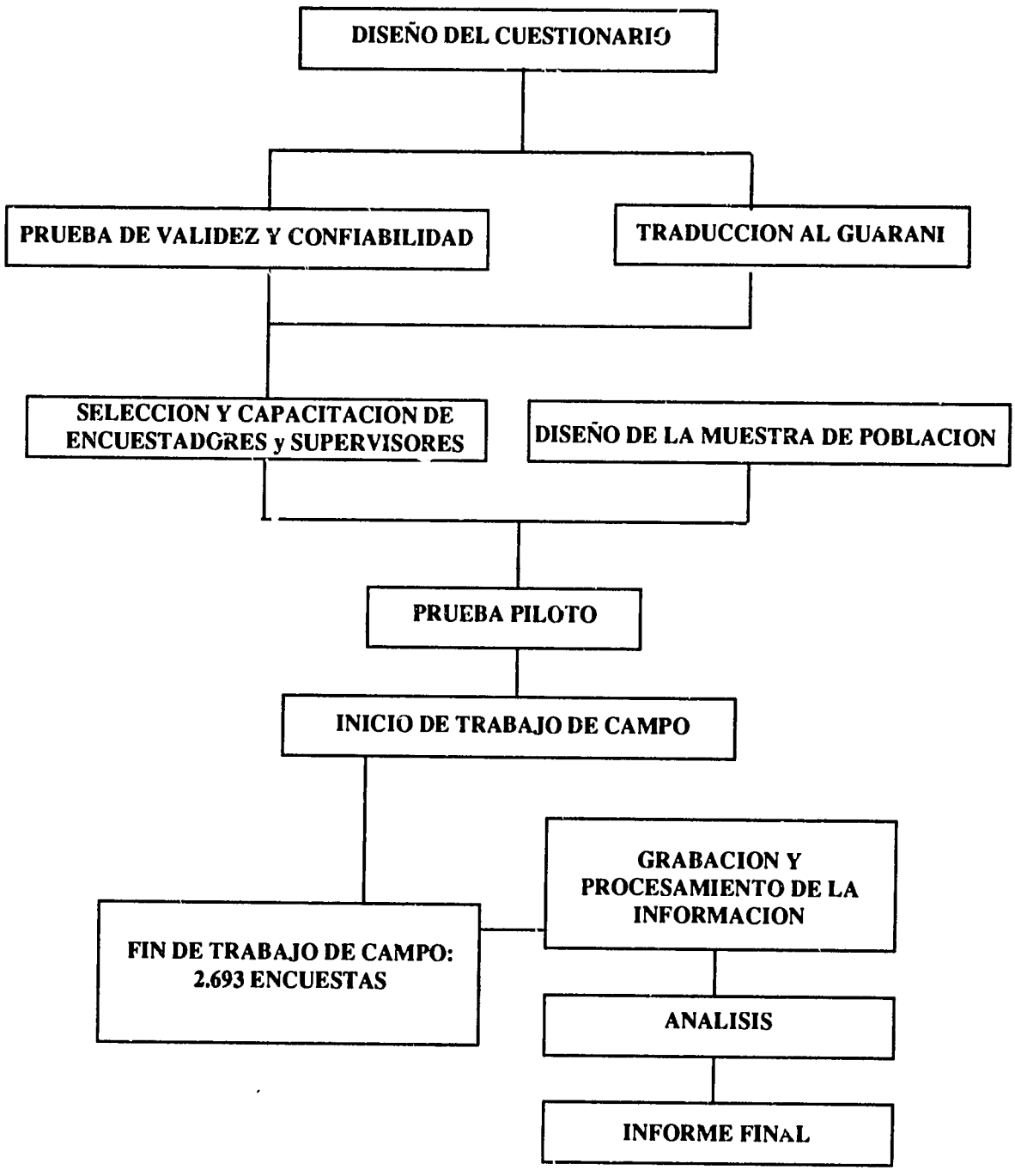
| | Número | % |
|---|---|---|
| Total | 31.215 | 3,8 |
| Varón | 15.629 | 1,9 |
| Mujer | 15.586 | 1,9 |

La proporción entre relaciones cercanas (1,4%) y de mayor lejanía social (1,9%) fue en este caso también, pareja (Cuadro II-49).

**CUADRO II-49: Percepción de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, según tipo de relación. Paraguay: Diez ciudades. 1991. Población 12 a 45 años. Base: 825.149**

| Tipo de relación | Número | % |
|---|---|---|
| Familiar | 1.551 | 0,2 |
| Amigo cercano | 2.895 | 0,4 |
| Vecino | 6.629 | 0,8 |
| Conocido | 15.533 | 1,9 |
| Otro | 5.455 | 0,7 |

**ENCUESTA SOBRE SALUD Y HABITOS TOXICOS**
**PARAGUAY 1991**
**ESQUEMA DE LA INVESTIGACION**



# DISCUSION

La región americana asiste desde hace tiempo a un crítico cambio que se manifiesta en todos los aspectos de la vida de las poblaciones y que tiene directa influencia sobre el sector salud (1). La caducidad de los modelos de desarrollo seguidos por décadas y las restricciones que suponen los ajustes a nuevas estrategias económicas determinaron diferentes efectos entre los cuales puede considerarse, a los fines de este análisis, la urbanización con las características de desorganización y descontrol que la acompañan. Se ha mencionado entre los determinantes de esta última la modernización de la agricultura y el deterioro ecológico como causa del desplazamiento a las ciudades (2). En 1970 la población urbana de América Latina constituía el 58% de la población total. En 1980 llegó al 65% y se espera que para el año 2000 alcance el 77%. Es decir, 430 millones de personas viviendo en las ciudades.

El crecimiento explosivo de las áreas urbanas afecta a todos los estratos sociales y es a menudo acompañado de un acusado debilitamiento de las redes de solidaridad entre sus habitantes. Aumenta el aislamiento y la despersonalización de las relaciones gana espacio progresivamente. La familia no es ajena a estas transformaciones y, a menudo, el régimen de trabajo y de exigencia social ya no sólo aleja al grupo familiar de su contacto comunitario sino también alcanza a las relaciones entre sus propios miembros. Una cultura de consumo y de búsqueda de éxito se instala en lugar de los vínculos de solidaridad y reciprocidad.

El rápido cambio social resultado de un desarrollo que no contempla el medio físico y humano socava los vínculos familiares y los comunitarios. Una generación numerosa de jóvenes deben insertarse sin el apoyo psicológico firme de estos vínculos y ve, por lo tanto, restringida su capacidad de enfrentarse a la aflicción, las enfermedades y las incapacidades (3).

A fines de septiembre de 1988, la resolución XV del plenario de la OMS/OPS incluyó un conciso y expresivo cuadro de situación en materia de salud para la región de América Latina y el Caribe (4). Se refiere en el mismo al avance del desarrollo socioeconómico y los cambios que éste introduce dentro del perfil de morbi mortalidad, reconociendo un primer estadio dominado por las enfermedades infecciosas, ligadas a la pobreza, la malnutrición y la precaria higiene

ambiental y laboral. Un segundo estadio estaría representado por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, los trastornos mentales y otras enfermedades degenerativas como la diabetes. Finalmente «un tercer estadio en la evolución de la situación de salud muestra un predominio de los problemas originados por la exposición ambiental y laboral a un creciente número de productos químicos y otras sustancias tóxicas. Por otra parte se presentan modificaciones en las condiciones sociales de las familias y las comunidades y una mala organización del trabajo que influye sobre el comportamiento y que están asociadas con la violencia, el abuso de alcohol y la adicción a las drogas en proporciones epidémicas».

Se concluye en este informe que estos perfiles constituyeron tres estadios por los que pasaron los países desarrollados a lo largo de un siglo. Sin embargo, los países en desarrollo enfrentan un desafío de convivir con los tres modelos simultáneamente. Hoy, en el contexto de fines de siglo, cuando se ve a la región debatirse con los problemas de la llegada del cólera junto con los que ocasiona el «bazuco» o la inhalación de sustancias disolventes, se hace necesario reexaminar lo que se considera el problema de la droga. Lo cierto es que, a los problemas endémicos del alcohol y el tabaco (5) se agrega ahora el avance epidémico de diferentes sustancias psicoactivas como parte de un cambio fundamental que se introduce con la producción masiva de sustancias psicoactivas y la transnacionalización de su comercio legal e ilegal.

Frente a las dificultades del momento actual, y ante las necesidades de un conocimiento que oriente sobre su mejor enfoque, esta investigación procura señalar alguna de las múltiples interrelaciones entre el uso de las sustancias psicoactivas en la población paraguaya comprendida entre los doce y cuarenta y cinco años, y los factores ambientales del área urbana. Es decir, el estudio de salud mental y hábitos tóxicos en las ciudades del Paraguay aporta datos para ampliar el enfoque del problema, partiendo de los aspectos ligados a la demanda de drogas, su prevalencia y sus consecuencias.

Tomando en cuenta que el modelo cultural que propone la reducción química de los estados de displacer, sin atender las causas reales que lo producen, y la insuficiencia de una organización personal para contradecirlo son el núcleo del problema (6) la información recolectada cubre un amplio espectro de sustancias tanto legales como ilegales.

El diseño del estudio consideró la necesidad de ubicar el tema del abuso de las sustancias psicoactivas dentro del contexto de la salud para lo cual se indagó aspectos vinculados a la asistencia y a la salud mental. Tres cuartas partes de la población entrevistada evaluó su estado de salud de bueno a excelente, mientras que sólo un 1,6% lo consideró deficiente. Estos resultados indican una autopercepción significativamente mayor que la reportada por estudios, también en población de 12 a 45 años, en Perú (7) y Guatemala (8), que autoevalúan su

salud como favorable entre el 50 y 58% de los casos, mientras que aquellos que la consideran deficiente alcanza el 5%. Pese a estas diferencias, no por eso hay variaciones en los resultados de preguntas que inquieren acerca de las consultas o internaciones en el último año. Allí los porcentajes son aproximadamente los mismos.

Es posible que esta diferencia deba examinarse a partir de lo que cada población reconoce como aspectos integrados al concepto de salud. De manera tal que los resultados pueden estar presentando distinciones en la autopercepción debido a una concepción más restringida; por ejemplo, el caso de áreas grises como las que constituyen a veces las de salud mental. Los datos se aproximan, en cuanto a la asistencia en la medida en que la decisión de consultar responde a urgencias más perentorias y tamiza rápidamente lo que se considera que está «mal» y debe, en consecuencia, ser visto por un médico.
Como se verá posteriormente en las respuestas sobre las prioridades que la población asigna a los programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la visualización y reconocimiento de síntomas y síndromes como indicadores de un estado de salud (que incluye el abuso de sustancias psicoactivas) es un proceso de concientización a largo plazo que no solo involucra a la población general sino a los mismos profesionales del sector.

Estudios epidemiológicos señalan a más de una quinta parte de los pacientes que acuden a los servicios generales de salud afectados por problemas psicosociales. Una proporción mayor presenta una combinación de problemas psicosociales y somáticos. Es un hecho demostrado ampliamante el compromiso del Sistema Nervioso en la fisiología de los otros subsistemas del ser humano y en los últimos años se ve, como uno de los problemas a superar, lograr que el médico general, «receptor natural» de estos trastornos, tenga la tecnología apropiada para diagnosticar, resolver o referir al especialista los problemas psicológicos-psiquiátricos.

El cuestionario utilizado en la investigación tuvo el cometido de registrar diferentes síntomas asociados a estos estados depresivos, pero a la par se constituyó, a partir de su validación, en un instrumento útil para apoyar la tecnología requerida para ampliar los recursos en el área de la atención primaria de la salud mental.

El 21% de los entrevistados presenta un síndrome depresivo con más de ocho síntomas de malestar. Esta tasa se correspone con un trabajo similar hecho en Colombia (9) durante 1987 con el test de W.K.Zung midiendo depresión en la población general y como parte de un estudio epidemiológico sobre drogas. Aquí los resultados englobaron las formas de depresión leve, moderada y severa alcanzando al 24% de la población colombiana comprendida entre los 12 y 64 años.

Entre ambos países se presentan variaciones en cuanto a las tasas de prevalencia del síndrome depresivo, por sexo. En Paraguay, la diferencia entre las tasas del síndrome depresivo, entre ambos sexos, es del orden del 2,8%. Es decir, por cada 10 hombres hay 28 mujeres con el síndrome. En Colombia es mucho menor equivaliendo a 17 mujeres por cada 10 varones con depresión. Al no presentar el estudio de Colombia los valores absolutos que representan sus tasas no es posible establecer comparaciones más cercanas entre grupos de edad. Sin embargo, puede suponerse que los resultados globales son aproximados, influyendo en la tasa colombiana un grupo de población de mayor edad donde los trastornos depresivos son más frecuentes.

Un examen de las respuestas al SRQ pone de manifiesto los altos porcentajes en los síntomas funcionales somáticos tales como dolor de cabeza, mala digestión, trastornos estomacales, inapetencia, etc. Estos constituyen una parte de las manifestaciones típicas del síndrome de depresión que cuando transcurre por medio de estos síntomas somáticos, sin base orgánica comprobada, como equivalentes depresivos, constituyen lo que se denomina «depresión enmascarada» o «depresión larvada» (10). El cuadro clínico ha sido definido desde el punto de vista psicodinámico como una forma de expresión de conflictos reprimidos, por medio de síntomas físicos o sociales de conversión.
Se señala que, en la práctica clínica estos equivalentes depresivos son diagnosticados como «hipocondría» y esto ocasiona una mayor demora para la llegada al especialista que se produce cuando la depresión incorpora ideas o intentos suicidas. En el caso del Paraguay debe observarse que el 3,2% de la población ha tenido estas ideas y que dicho porcentaje alcanza el 5,1% de las mujeres.

Un 40% de las respuestas indicaron la presencia de fuertes cefaleas repetidas varias veces a la semana en los últimos 30 días a la entrevista. Si se toma en cuenta los aspectos señalados en relación a formas de depresión encubierta, esto puede dar lugar a una lectura diferente del consumo de analgésicos de consumo masivo. Si además se agrega el 3% de entrevistados que reconoce claramente el origen de su consumo en problemas como «mejorar su estado de ánimo, motivarse, evitar la depresión o controlar el sueño» se hace evidente la necesidad de re-examinar también el concepto de abuso.

La OMS habla de abuso de drogas como «el uso excesivo persistente o esporádico no relacionado con una práctica médica aceptable». Este uso excesivo puede en muchos casos ubicarse dentro de los límites de lo que un grupo social está dispuesto a tolerar como un consumo normal, permitido y que, por lo tanto, no despierta señales de alarma. Estos niveles de tolerancia responden tanto a actitudes y valores de la población como a la directa o indirecta promoción de diferentes sustancias a través de los medios de comunicación. El caso de los analgésicos como de otros productos es con frecuencia promocionado a partir de un doble mensaje donde la reducción del malestar se confunde fácilmente con el logro de un bienestar cercano a la felicidad y a la que se accede por vía propia, sin

indicación médica sobre la dosis, la frecuencia y obviamente sobre la finalidad que la orienta.

Esta temática se introduce dentro del capítulo de la automedicación e implica al uso no prescripto de productos farmacéuticos, en este caso con capacidad de aumentar o disminuir el nivel de actividad del Sistema Nervioso Central. Se señala qui el abuso (UFPM) alguna vez en la vida de algún sedante, hipnótico o estimulante que alcanza al 10,3% de la población paraguaya entre los 12 y los 45 años de edad.

Los resultados para cada grupo de sustancias ubican al Paraguay en niveles próximos a las tasas de abuso de sedantes e hipnóticos de otros países como es el caso de Ecuador (11) o México (12). Sin embargo, el porcentaje de abuso de medicamentos estimulantes (anfetaminas) es varias veces superior, incluso a los resultados obtenidos en países que tienen una problemática global mayor. Por ejemplo el Perú, donde la prevalencia de vida en el consumo de estimulantes es del orden del 3,7% por debajo del 4,6% hallado en el Paraguay.

La depresión medida por medio de SRQ fue un rasgo asociado al abuso de medicamentos como a otras sustancias. El caso de varones con depresión, que presentan un consumo superior a las mujeres en su misma situación, constituye un hecho de interés en la medida que indica una población en riesgo habitualmente no considerada como tal cuando se tratan programas educativos.

El uso del tabaco y las bebidas alcohólicas se encuentra ampliamente difundido, al igual que en la mayor parte del mundo. Sustancias legales fuertemente promocionadas están incorporadas a los hábitos sociales de un importante segmento de la población. En el caso del tabaco, un 32,4% fuma o ha fumado, y en el de las bebidas alcohólicas el 79,5% las ha consumido.

A diferencia de las sustancias ilícitas donde cualquier consumo indica, por definición, un transgresión y es, por tanto, registrado operacionalmente como problema; distinto asimismo de sustancias legales como los medicamentos donde la desviación de un objetivo médico defina el abuso, el caso del alcohol y el tabaco y su utilización libre y legal es operacionalizado en su abuso a partir de la superación de ciertos límites de frecuencia y cantidad y/o de ciertas desadaptaciones en el plano social.

El 13,5% de los entrevistados fuma regularmente en la actualidad, un 10,0% lo hace con más de 10 cigarrillos diarios; el 11% ha tratado de dejar de fumar y no ha podido lograrlo. Comparado con usuarios de otras sustancias, los fumadores tienen la mayor tasa de incapacidad de abstenerse y la mayor conciencia acerca de su abuso, pese a esto la consulta médica con motivo de su hábito de fumar representa el 1,6%.

La prevalencia del uso de tabaco en los últimos 30 días en los jóvenes de 12 a 17 años es significativamente baja en relación al abuso de alcohol en ese mismo grupo etario. Sólo hay un número relativamente pequeño de varones que fumaron en ese lapso. Algo similar ocurre con el uso de medicamentos psicotrópicos. Ambos problemas de consumo se acentúan a partir de los 18 años.

En una ciudad como Asunción, el 62% de los jóvenes entre los 12 y los 17 años han consumido bebidas alcohólicas; 16,3% abusó alguna vez (fundamentalmente con cerveza). El 7,4% lo hace desde hace un año de manera regular, y por lo tanto se encuentra en el doble riesgo de causarse daño en un episodio (accidente de tránsito, por ejemplo) o de manera crónica (desarrollo de la dependencia). ¿Qué reacciones personales y sociales despertó este patrón de consumo en los jóvenes? Sólo el 1% de ellos alguna vez pensó que bebía demasiado, el 3% fué advertido por beber excesivamente, por alguien cercano. Ningún joven hizo consultas a algún médico u otro profesional con relación a su abuso de alcohol. Los resultados globales indican que este perfil no es exclusivo de un grupo de jóvenes o de una ciudad. El 31,6% de la población de 12 a 45 años abusó de la bebida en el último año; el 25,8%, en los últimos 30 días. Sin embargo, a penas el 0,6% consultó alguna vez, por su forma de beber, a un médico u otro profesional.

Puede decirse que en la cultura paraguaya coexiste el hábito alimentario, en el uso de bebidas alcohólicas, con el hábito relacional o de facilitación de la relación social. Sin embargo las tasas de abuso hablan de un grupo importante que las usa buscando su efecto embriagante, su acción sobre el cerebro, casi exclusivamente y en forma intensa y rápida. Este grupo con síntomas propios del síndrome de dependencia alcohólica está presente en aproximadamente el 5% del grupo de 12 a 45 años.

No es, ciertamente, la dependencia alcohólica el trastorno mayor del alcoholismo desde la perspectiva de la salud pública. Un 18,1% de bebedores excesivos, que alcanza a más del 30% de los varones y al 10% de las mujeres, trae a consideración la observacón epidemiológica acerca de que un gran número de personas de bajo riesgo puede originar más consecuencias que un reducido número que tiene un riesgo elevado. El uso del alcohol en situaciones como, por ejemplo conducir automóviles, manejar maquinaria pesada, o simplemente tener niños a cargo, produce un severo costo social no relacionado necesariamente con la pérdida del control ante la bebida (dependencia alcohólica) sino con el descuido que determina el abuso de aquella en un momento dado. Esto, en la multiplicación que significa un 31,2% de varones y un 10,4% de mujeres con abuso de bebidas alcohólicas, una o más veces por mes en un año, equivale seguramente a la parte oculta del iceberg que representa los problemas de alcohol.

La cerveza tiene una fuerte presencia en al abuso, pese a su menor contenido alcohólico. El 60% del abuso se produce con ésta en la población urbana de 12 a 45 años.

Estos patrones de consumo de sustancias legales se encuentran en general bajo la tolerancia social. Los bajos niveles de percepción del abuso, por parte del individuo y de otros acerca de él, la escasa repercusión en trastornos emocionales o sociales que se identifiquen asociados a su exceso, parecen apoyar esta observación indicando una escasa disonancia cognoscitiva entre las creencias que apoyan el abuso del individuo y lo aceptado socialmente. El 57% de los jóvenes entre los 12 y 24 años estuvo de acuerdo en aceptar el aburrimiento como un hecho esperable si se hacía una fiesta de jóvenes sin cerveza. Sólo un tercio rechazó la idea.

En materias de sustancias ilícitas, las tasas de inhalación deliberadas de disolventes concuerdan en proporción con los datos recogidos por la encuesta de colegios en 1982. Si bien los datos se refieren a una población diferente a la que considera este estudio (población estudiantil en lugar de población general residente en hogares), lo cierto es que en ambos estudios las sustancias inhalables se mantienen como uno de los problemas más importantes de abuso. Comparado con datos provenientes de los estudios más actuales de la región, ya mencionados anteriormente, se observa que la prevalencia global del 1,9% del Paraguay, se aproxima a la del Ecuador con 1,6% y a la del Distrito Federal mexicano con 1,0%.

La marihuana, con una prevalencia global del 1,4%, es otro dato coincidente con el estudio de 1982 donde también se destaca una prevalencia menor a la que se esperaba. La tasa del Paraguay es bastante más baja a la de Ciudad de México, con el 3,5%, a la de Ecuador con el 4,3%, o a la de Costa Rica (13) con el 3,7%. Sin embargo, se observa que la tasa del Paraguay se incrementa a 1,8% cuando se trata de ciudades próximas a zonas de cultivo clandestino.

En materia de creencias sobre la marihuana, el 24,% de los jóvenes entre los 12 y 24 años está de acuerdo con que probar marihuana una o dos veces no produce un gran riesgo, otro 20,3% desconoce el tema. Por otra parte, el 21,2% acepta como normal que la mayoría de los jóvenes haya probado alguna vez la marihuana.

El consumo de clorhidrato de cocaína se presentó con una prevalencia total de 0,3%. Este dato es similar al de la Ciudad de México del 0,4%, al de Costa Rica del 0,5% y es menor que el de Ecuador de 1,0%. En ciudades del Paraguay cercanas a puntos fronterizos de gran actividad comercial llega al 0,8%, duplicándose con relación a la tasa nacional.

Un 19,6% de entrevistados menores de 25 años está de acuerdo con que el uso de la cocaína no produce un gran riesgo si se hace con suficiente cuidado. El 21,9% no tiene una respuesta para este punto.

En materia de creencias sobre la marihuana y la cocaína, un 60% aproximadamente tiene una posición de franco rechazo. El resto, tanto por estar de acuerdo

o por no tener una opinión, representa un área de riesgo o de mayor vulnerabilidad a donde no ha llegado aún un programa de prevención eficaz. Para una mejor ubicación de esta situación puede tomarse en cuenta los casos donde los entrevistados refirieron haber recibido oferta de marihuana o de cocaína que alcanza al 4,3% y al 1% respectivamente. Es parte de la exposición al problema también, las referencias sobre el conocimiento de consumidores, donde el 15% de los entrevistados refiere haber conocido algún caso de consumo de marihuana en los últimos 12 meses o el 1% que refiere haber conocido alguno de cocaína.

El análisis del perfil sobre el uso indebido de drogas señala, una vez más, que no se enfrenta un problema de sustancias sino de personas. Más aún, un problema de qué y cuánto es lo que una cultura define bajo la tolerancia y por qué.

Una conciencia amplia sobre el abuso regular de medicamentos psicotrópicos, de alcohol, de tabaco debería constituir una advertencia antes de verse sorprendidos por el incremento en las tasas de sustancias ilícitas. Ambas situaciones, legales o no legales, integran un modelo de aprendizaje basado en la evasión o negación de los conflictos. Esta se manifiesta por ejemplo en el tercio de jóvenes entrevistados que acuerdan con que «cuando uno está en problemas lo mejor es ignorarlo», por ejemplo.

En el marco de una prevalencia del 20% de personas con malestar depresivo y un 3% con ideas suicidas, las definiciones de las personas acerca de cómo salir de sus conflictos pasan a tener un importante sentido epidemiológico en el campo de la salud mental y en el tema del uso de sustancias psicoactivas. El acuerdo con respuestas que implican una forma de tratamiento en las dificultades basada en su negación está indicando, al margen de su conducta real de consumo, la elección del escape frente a la alternativa de transformar o transformarse en la confrontación con la realidad. Esta orientación es parte del riesgo que pesa sobre un grupo que todavía no consume pero que ya participa de un «modelo seco» de la adicción, tan problemático e invalidante quizás como el consumo mismo. Es dentro de una cultura de resolución farmacológica de los conflictos donde deben buscarse las raíces de una prevención efectiva que no busca exclusivamente la extinción del agente sino la recuperación del espacio que ésta ha ganado, la construcción de los puentes necesarios hacia los afectos y hacia las personas que deberían estar en ese lugar.

Sobre una lista de seis programas del Ministerio de Salud los entrevistados priorizaron el cólera en primer lugar, seguido del SIDA y la drogadicción. El alcoholismo y problemas de orden nervioso fueron escasamente tomados en cuenta. Sin dejar de ver la potencialidad y gravedad de los primeros, cuando se comparan en términos de extensión actual con otros problemas, se percibe cierta desproporción entre el objeto de preocupación y la población efectivamente involucrada. Al menos si se toma en cuenta el significado de las tasas de depresión y las de abuso de alcohol tanto en materia de costos personales y sociales como en cuanto a sus necesidades de cobertura asistencial y preventiva.

Es por esto que la priorización de los entrevistados indica, de otra forma, la importancia de afirmar y profundizar los cambios iniciados en el Paraguay. Porque son cambios hacia una recuperación del hombre como totalidad psicosocial, del hombre como ser pensante vinculado a otros y parte de una cultura. Cambios que incluyen la participación, modesta pero insustituible de la salud mental en la construcción del bienestar común.

# CONCLUSION

*«Para cada problema hay una solución rápida, simple y equivocada»*
*Mencken*

A manera de conclusión y desde el campo de la prevención puede reflexionarse acerca del uso y abuso de sustancias psicoactivas como un fenómeno complejo que responde a múltiples factores, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La disponibilidad, cada vez mayor de sustancias psicoactivas, legales e ilegales; la urbanización descontrolada, la pérdida de los sistemas primarios de apoyo psicológico; la difusión cultural de estilos de vida que involucran el consumo de estas sustancias como parte de un modelo de éxito, son algunos de los factores que deben considerarse como parte del problema.

Desde la perspectiva de los niveles de prevención puede basarse un plan que contemple la historia natural de estos trastornos desde la etapa prepatogénica hasta la fase clínica donde ya se expresan los signos y síntomas. Es claro que el objetivo de la prevención es la interrupción del problema en los primeros eslabones y no en los últimos. De esta manera, se toma como población prioritaria la correspondiente a la prevención primaria. Vale decir, aquella que aún no participa del consumo, pero se encuentra en una situación de riesgo creciente frente al mismo. Dentro de este nivel se analiza la información desde los conceptos de exposición y de vulnerabilidad.
Los datos recogidos indican con claridad que hay exposición y contacto frecuente con sustancias psicoactivas legales. La distribución de bebidas alcohólicas incluye lugares de reunión juveniles que comprende a los adolescentes tempranos de 14 a 16 años. La exposición a las sustancias ilegales varía por sustancia, desde las inhalables a la marihuana o cocaína. De acuerdo a los datos recogidos, esta oferta comienza desde los 15 años.

En un medio donde el contacto con sustancias psicoactivas recorre posibilidades que van desde lo cotidiano a lo ocasional cabe analizar los factores ligados a la vulnerabilidad de los grupos en riesgo. Particularmente los ubicados entre los 12 y 24 años de edad. Predomina en este grupo un doble mensaje preventivo que,

por un lado, tiene como indicadores de éxito social el consumo de tabaco y alcohol, y por otro, el mensaje catastrófico de carácter moral-formal. Este doble mensaje desintegra cualquier alternativa de acercamiento sincero al problema.

Este modelo extendido en las sustancias legales tiene su resonancia también en el caso de las ilícitas, tal como se observó en las preguntas actitudinales vinculadas a cocaína. La información sobre esta sustancia es insuficiente y, probablemente, inapropiada en la medida en que un grupo considerable de jóvenes aún no cuenta, por ejemplo, con una idea clara sobre la capacidad de habituación que entraña el consumo de cocaína y marihuana. Información basada en el relato de ex-usuarios ha llegado con frecuencia a profundidades no requeridas por jóvenes no consumidores quienes, por otra parte, vencido el efecto del «susto inicial», han considerado como ajena o no posible en ellos esos trastornos terminales. Tal como ha sido señalado desde el campo educativo, la información no altera el comportamiento si no está profundamente relacionada con las actitudes, valores y estilos de vida de los grupos hacia los cuales se orienta.

La fase clínica de los trastornos por uso indebido de sustancias psicoactivas requiere el abordaje desde su etapa inicial, la prevención secundaria. Los niveles del problema de abuso de alcohol y la escasa cobertura sanitaria de los mismos implica que no hay detección suficiente cuando, precisamente, el pronóstico es mejor y el tratamiento es más efectivo. El desarrollo de respuestas de alta complejidad como centros custodiales para adictos a sustancias legales o ilegales implica, si no se acompaña de otros programas, comenzar por el final dejando abierta la puerta de entrada.

La bebida excesiva, por la magnitud que presenta, y por los grupos donde se aloja, requiere una educación no dramática sobre el abuso más que sobre la dependencia, y una capacitación urgente de los cuerpos profesionales para elevar los márgenes de la detección precoz.

El uso de sustancias ilícitas no tiene la extensión de las legales, pero ya está presente en el medio. La desarticulación de su afianzamiento depende en gran medida de cómo se haya controlado la cultura legal del abuso, y de cómo la educación oriente hacia la resolución de los problemas y no hacia su escape. La educación, como alternativa de crecimiento real frente a los espejismos cotidianos de la publicidad.

Finalmente, una respuesta integrada y sistemática puede oponer una importante resistencia al avance de las drogas; desde la acción sobre la producción y la oferta hasta la modificación de la demanda; desde la acción efectiva sobre el tráfico hasta la disminución de la tolerancia social. La articulación del conjunto de respuestas posibles, parece ser la llave para una estrategia más eficaz en este problema y para un mejor pronóstico sobre el futuro de esta generación de jóvenes que entra con el fin del siglo.

# BIBLIOGRAFIA

**Referencias Bibliográficas del Capítulos 3 y 4.1**

(1) Fogel G. Consumo de sustancias psicoactivas. Perfil Nacional del Paraguay, Organización Panamericana de la Salud, 1989.

(2) Fogel G.; Ibid.

(3) Harding T. y col. Mental Disorders in Primary Health Care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psy. Medicine 10:231-241, 1980.

(4) Climent C.E., Arango M.V. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria, Serie PALTEX Nº 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1983.

(5) Marconi J. Delimitación del alcoholismo y los problemas del alcohol para estudios epidemiológicos en América Latina, en Epidemiología del Alcoholismo, Acta, Buenos Aires. 1967.

(6) Miguez H., Pecci M.C. Farmacodependencia y rehabilitación: Encuesta a una población de pacientes. CEDRO, Buenos Aires, 1990.

(7) CONAPRE, PL480, OPS/OMS. Estudio Nacional sobre aspectos generales del consumo de sustancias psicoactivas en la población estudiantil de Bolivia. 1990.
CONAPRE, PL480, OPS/OMS. Uso indebido de drogas en escolares trabajadores de Santa Cruz, Cochabamba, El Alto. Bolivia, 1990.

**Referencias Bibliográficas del Capítulo 4.2**

(1) Lilienfeld A.M., Lilienfeld D.E. Foundations of Epidemiology, Oxford University Press, 1980, págs. 144, 149-159.

(2) Mausner J.S., Kramer S. Epidemiology, W.B. Saunders company, Philadelphia, 1985, págs. 60-63.

(3) Johnston L. Review of General Population Surveys of Drug Abuse, WHO Publication 52, Geneve, 1980, p. 45.

(4) Hughes P.H., et al. Core Data for Epidemiological Studies of Nonmedical Drug Use, SHO, Publication 56, Geneva, 1980, p. 39.

(5) Johnston L., op.cit. 1980, pág. 46.

(6) Smart R.G., et al. Methodology of student Drug Use Surveys, WHO Publication No. 50, Geneva, 1980, pág. 29.

(7) Climent C.E., Arango M.V. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria, Serie PALTEX Nº 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1983.

(8) Jutkowitz, J.M. Uso y Abuso de Drogas en el Perú, Monografía de Investigación Nº 1, CEDRO, Lima, Perú, 1987.

(9) Development Associates, Inc. Drug Awareness Needs Assessment for Guatemala Final Report, Development Associates, Inc., Arlington, Virginia, 1990.

(10) Johnston, L. Monitoring the future, Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 1988-1989.

(11) Climent, C.E., Arango M.V., op. cit. 1983.

(12) Marcus S.C., Robins L.N., Bucholz K., Przybeck T.R. Diagnostic Interview Schedule Screening Interview (DISSI), Washington University School of Medicine Department of Psychiatry, St. Louis, Missouri, 1989.

(13) Climent C.E., Arango M.V., op. cit. 1983.

(14) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadistico de los Trastornos Mentales DSM-III-R. Masson, Barcelona, 1988.

(15) Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry III Vol. I, William & Wilkins, Baltimore/London, 1980, p. 299-300.

(16) Lilienfeld A.M., Lilienfeld D.E., op.cit. 1980, p. 155.

(17) Landis J.R., Koch G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 33, 1977, p. 159.

**Referencias Bibliográficas del Capitulo 6**

(1) Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimientos de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de Sistemas Nacionales de Salud. Washington D.C.; 1989.

(2) Alarcón Renato. La salud mental en América Latina, 1970-1985. Bol. Of. Sanit. Panam. 101(6), 1986.

(3) Holtzman W., Evans R., Kennedy S., Iscoe I. Psicologia y Salud. Contribuciones de la psicologia al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 107(6), 1989.

(4) OPS. Op. cit.

(5) Medina Mora Maria Elena, et al. Situación epidemiológica del abuso de drogas en México. Bol. Of. Sanit. Panam. 107, Dic. 1989.

(6) Miguez Hugo. Abuso de alcohol en el medio ambiente de trabajo. Aporte de una metodologia participativa. Rev. de Prev. Sal. y Soc. Año IV Nº 4. Buenos Aires. 1991.

(7) Jutkowitz Joel M. Uso y abuso de drogas en el Perú. CEDRO. Lima, Perú. 1987.

(8) Development Associates Inc. Drug awareness needs assessment for Guatemala. October 5, 1990.

(9) Torres Yolanda. Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia. Colombia. 1987.

(11) Aguilar E., Narváez A., Samaniego N. La farmacodependencia en el Ecuador. Ministerio de Salud Pública. UNFDAC. 1990.

(12) Instituto Mexicano de Psiquiatria. Encuesta nacional de adicciones. México. 1990.

(13) Marten J., Bejarano J. Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilicitas. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Costa Rica. 1991.

# A N E X O

# ENCUESTA DE SALUD Y HABITOS TOXICOS

Nº DE MUESTRA: ☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐
Estr. Congl. Manz. Nº Sec.

SUPERVISOR:

ENCUESTADOR:

FECHA DE LA ENCUESTA:

Nº de viviendas en la manzana: ☐☐☐

Domicilio seleccionado: _____
Calle y Nº

Nº de familias en la vivienda: ☐☐

Temas completos:

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 17

☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16

TOTAL
Diario _____
B.L. _____
B.I. _____
Gs. _____ Firma Supervisor: _____

## ENCUESTA DE SALUD Y HABITOS TOXICOS (1)

Buenos días (tardes). Estamos trabajando para el Ministerio de Salud y hacemos una encuesta para conocer la situación de salud del país y el consumo de diferentes sustancias en la población. Esto va a servir para desarrollar un programa educativo para prevenir enfermedades y problemas diversos en grupos de jóvenes y adultos. Su hogar fué seleccionado para participar de esta importante tarea. Necesitamos unos minutos de su tiempo, los que serán muy útiles para conocer mejor la situación en esta localidad.

Su nombre no es tomado en cuenta por este estudio y las respuestas son totalmente anónimas.

Si Ud. está de acuerdo, necesitamos ahora elegir al azar a la persona que va a ser encuestada y para eso vamos a proceder de esta forma:

¿Cuántas personas que tengan entre 12 y 45 años cumplidos viven en esta casa, sin incluir el servicio doméstico?

1. ☐☐ personas  2. ☐ Ninguna

Fin de la entrevista. Seleccionar otra familia de la manzana.

2. Entre estas personas, ¿cuántos años tiene el que está más próximo a cumplir años?

☐☐ años

3. Esta es la persona que ha sido elegida para responder la encuesta, ¿Se encuentra ella presente?

☐ SI  ☐ NO  Próxima cita: _____

Encuesta realizada en:

☐ Guaraní
☐ Castellano
☐ Ambos idiomas

ENCUESTA NO REALIZADA

☐ El encuestado se negó a responder.
☐ El encuestado no pudo ser localizado después de tres entrevistas a la casa.
☐ El encuestado está incapacitado para responder.
☐ Otra _____

Si la persona seleccionada es la misma que recibió al encuestador, pase directamente a pregunta Nº 1. Si es diferente, lea la presentación que sigue:

**Buenos días (tardes). El Ministerio de Salud está realizando una encuesta sobre los problemas de salud y el uso de diferentes sustancias en nuestra población. Por sorteo seleccionamos su casa, y de la misma forma lo elegimos a Ud. para contestar esta encuesta. Su colaboración es muy importante para nosotros porque por la forma como lo seleccionamos Ud. representa ahora un gran número de personas. Su nombre no es tomado en cuenta, y sus respuestas son totalmente anónimas porque los resultados no son individuales, sino que son para toda la población.**

**Si le parece bien, me gustaría que contestara las siguientes preguntas:**

**1. Durante los últimos 12 meses, Ud. diría que su salud fué:**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

**2. ¿Ha tenido que ver al médico o ir al consultorio externo de un hospital en los últimos 12 meses?**

- ☐ SI
- ☐ NO

**3. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?**

- ☐ SI
- ☐ NO

**Ahora le voy a hacer algunas preguntas que tienen que ver con diferentes malestares que Ud. pudo haber tenido ultimamente. Es suficiente con que Ud. responda solamente SI o NO.**

**En los últimos 30 días,**

| | | |
|---|---|---|
| 4. ¿tuvo fuertes dolores de cabeza varias veces a la semana? | ☐ SI | ☐ NO |
| 5.¿estuvo sin ganas de comer, sin apetito? | ☐ SI | ☐ NO |
| 6.¿se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido? | ☐ SI | ☐ NO |
| 7.¿ha sufrido de mala digestión? | ☐ SI | ☐ NO |
| 8.¿le ha costado concentrarse para pensar con claridad? | ☐ SI | ☐ NO |
| 9.¿ha tenido sensaciones desagradables en su estómago? (acidez, ardor, dolor o pesadez) | ☐ SI | ☐ NO |
| 10. ¿Tiene dificultades para dormir (tarda en quedarse dormido, se despierta con sobresalto? | ☐ SI | ☐ NO |
| 11. ¿Se asusta o se sobresalta con facilidad? | ☐ SI | ☐ NO |
| 12. ¿Le suelen temblar las manos? | ☐ SI | ☐ NO |
| 13. ¿Se cansa fácilmente? | ☐ SI | ☐ NO |

**TABACO** (3)

**A continuación le voy a ir preguntando sobre su conocimiento de diferentes sustancias. En algunos casos vamos a utilizar algunas tarjetas de ayuda. Las preguntas son fáciles de responder, y como Ud. va a ver, es una encuesta sencilla. Lo más importante es su sinceridad para responderla.**

1. ¿Cuántos años tenía Ud. la primera vez que:

fumó tabaco? __ __ años de edad

mascó tabaco? __ __ años de edad

☐ nunca probó el tabaco *(Pase a Pág. 4)*

2. ¿Usted ha fumado cigarrillos

☐ Una o dos veces?
☐ Ocasionalmente pero no de forma regular?
☐ De manera regular en el pasado?
☐ De manera regular ahora?

3. ¿Qué cantidad diaria de cigarrillos ha fumado durante los últimos 30 días?

☐ Menos de un cigarrillo por día
☐ Uno a cinco cigarrillos por día
☐ Cerca de medio paquete por día
☐ Cerca de un paquete por día
☐ Cerca de uno a uno y medio paquete diario
☐ Dos paquetes o más por día
☐ No fumó

4. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía?

☐ SI
☐ NO

5. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud?

☐ SI
☐ NO

6. ¿Alguna vez pensó que estaba fumando demasiado?

☐ SI
☐ NO

7. ¿Alguna vez consultó al médico o a otro profesional por su hábito de fumar?

☐ SI
☐ NO

Marcar si es página completa ◎

1. Con frecuencia se acostumbra a tomar Aspirina, Geniol o Novalgina en diferentes circunstancias. En general ¿cuales son las razones por las que Ud. las ha tomado en este último tiempo? (Cualquiera de ellas).

- ☐ Para aliviar dolores de cabeza
- ☐ Cuando se siente muy cansado
- ☐ Para calmar dolores físicos
- ☐ Cuando se siente desganado
- ☐ Para mejorar el ánimo
- ☐ Cuando se siente un poco deprimido
- ☐ Para mantenerse despierto
- ☐ Otra razón. ¿Cuál? _____
- ☐ No toma en ningún caso *(Pase a Pág. 5)*

2. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó Aspirinas, Genioles o Novalgina en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | *(Pase a Pág. 5)* | | | *(Continúe Preg. 3)* | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 3. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Alguna vez tomó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |

9. Al usar Aspirinas, Genioles o Novalgina, ¿tomó al mismo tiempo o poco después alguno de estos productos?

- ☐ Bebidas gaseosas
- ☐ Cerveza u otra bebida con alcohol
- ☐ Pastillas para dormir
- ☐ Pastillas para adelgazar
- ☐ Pastillas para mantenerse despierto
- ☐ Pastillas para tranquilizarse
- ☐ Otras sustancias. ¿Cuáles? _____
- ☐ No consumió junto con otro producto

Marcar si es página completa ◎

## ANALGESICOS (5)

**1. En esta lista aparecen algunos medicamentos para calmar el dolor** (entregar tarjeta # 2). **¿Cuál de ellos ha tomado Ud.:**

| | Alguna vez sin receta médica? |
|---|---|
| ☐ Demerol | ☐ |
| ☐ Lisalgil | ☐ |
| ☐ Klosidol | ☐ |
| ☐ Ergodolanet | ☐ |
| ☐ Finidol 60 | ☐ |
| ☐ Ergodisidol | ☐ |
| ☐ Neuroteradol | ☐ |
| ☐ Meperdol | ☐ |
| ☐ Otros similares ¿Cuáles?_____ | ☐ |
| ☐ Ninguno *(Pase a Pág. 6)* | ☐ Nunca sin receta médica *(Pase a Pág. 6)* |

**2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tomó uno de estos medicamentos sin receta médica?**

__ __ años de edad

**3. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó esos medicamentos sin tener receta médica en . . .**

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **su vida?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **en los últimos 12 meses?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **en los últimos 30 días?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Nunca** | | | | | | |

*Pase a Pág. 6* | *Continúe en Preg. 4*

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **4. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud?** | ☐ | ☐ |
| **5. ¿Alguna vez los tomó todos los días durante una semana o más?** | ☐ | ☐ |
| **6. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos?** | ☐ | ☐ |
| **7. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo?** | ☐ | ☐ |
| **8. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para tener el mismo efecto que antes?** | ☐ | ☐ |
| **9. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía?** | ☐ | ☐ |
| **10. ¿Alguna vez su consumo le causó problemas emocionales o psicológicos?** | ☐ | ☐ |

**11. Al usar algunos de estos medicamentos, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista?** (Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Cocaína
- ☐ Opio
- ☐ Morfina, codeína
- ☐ Otras sustancias ¿Cuáles?_____
- ☐ Ninguna

**12. ¿Cuáles son las formas como acostumbra a usar esos medicamentos?**

- ☐ inyectable
- ☐ oral
- ☐ fumado
- ☐ otras

**13. ¿Alguna vez tomó estos remedios porque le producían placer?** ☐ SI ☐ NO

**14. ¿Alguna vez los tomó para contrarrestar los efectos de otras sustancias?** ☐ SI ¿Cuál?_____ ☐ NO

Marcar si es página completa ☐

1. ¿Cuál de los medicamentos sedantes que aparecen en esta lista (MostrarTarjeta # 3), que sirven para tranquilizar los nervios, ha tomado Ud.?

| | Alguna vez sin receta médica? | | Alguna vez sin receta médica? |
|---|---|---|---|
| ☐ Valium | ☐ | ☐ Diazepan | ☐ |
| ☐ Luminal | ☐ | ☐ Tresanil | ☐ |
| ☐ Lexotanil | ☐ | ☐ Dormital | ☐ |
| ☐ Mitransil | ☐ | ☐ Trapax | ☐ |
| ☐ Solpan | ☐ | ☐ Lorex | ☐ |
| ☐ Sedazin | ☐ | ☐ Lembrol | ☐ |
| ☐ Regulex | ☐ | ☐ Scavosedan | ☐ |
| ☐ Optimid | ☐ | ☐ Otros similares ¿Cuáles? _____ | ☐ |
| ☐ Pazin | ☐ | ☐ Ninguno | ☐ Nunca sin receta médica |
| | | *Pase a Pág. 7* | *Pase a Pág. 7* |

2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tomó uno de estos productos sin receta médica?

___ ___ años de edad

3. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó esos medicamentos sin tener receta médica en . . .

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Pase a Pág. 7* | *Continúe en Preg. 4*

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 4. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Alguna vez los tomó todos los días durante una semana o más? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para tener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez su consumo le causó problemas emocionales o psicológicos? | ☐ | ☐ |

11. Al usar algunos de estos medicamentos, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Tarjeta # 1)

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Alcohol | ☐ Marihuana | ☐ Opio |
| ☐ Pastillas para dormir (Somnil) | ☐ Sustancias inhalantes (Fana) | ☐ Morfina, codeína |
| ☐ Estimulantes (Vitergil) | ☐ Alucinógenos (Floripón) | ☐ Otras sustancias ¿Cuáles? _____ |
| ☐ Pastillas para el dolor (Novalgina) | ☐ Cocaína | ☐ Ninguna |

12. ¿Cuáles son las formas como acostumbra a usar esos medicamentos?

☐ inyectable ☐ fumado
☐ oral ☐ otras

13. ¿Alguna vez tomó estos remedios porque le producían placer? ☐ SI ☐ NO

14. ¿Alguna vez los tomó para contrarrestar los efectos de otras sustancias? ☐ SI ¿Cuál? _____ ☐ NO

Marcar si es página completa ☐

## HIPNOTICOS (7)

**1.** ¿Cuales de las pastillas para dormir o hipnóticos que aparecen en esta lista (Mostrar Tarjeta # 4) ha tomado Ud.?

| | Alguna vez sin receta médica? |
|---|---|
| ☐ Rohypnol | ☐ |
| ☐ Luminal | ☐ |
| ☐ Somnil | ☐ |
| ☐ Noctran | ☐ |
| ☐ Imsomnium | ☐ |
| ☐ Parnox | ☐ |
| ☐ Dormicum | ☐ |
| ☐ Cero | ☐ |
| ☐ Disonmilan | ☐ |
| ☐ Loramet | ☐ |
| ☐ Otros similares ¿Cuáles? _____ | ☐ |
| ☐ Ninguno *Pase a Pág. 8* | ☐ Nunca sin receta médica *Pase a Pág. 8* |

2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tomó un hipnótico sin receta médica?

___ ___ años de edad

3. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó esos medicamentos sin tener receta médica en . . .

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Pase a Pág. 8* | *Continúe en Preg. 4*

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 4. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Alguna vez los tomó todos los días durante una semana o más? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para tener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez su consumo le causó problemas emocionales o psicológicos? | ☐ | ☐ |

**11.** Al usar algunos de estos medicamentos, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Pastillas para el dolor (Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Cocaína
- ☐ Opio
- ☐ Morfina, codeína
- ☐ Otras sustancias ¿Cuáles? _____
- ☐ Ninguna

**12.** ¿Cuáles son las formas como acostumbra a usar esos medicamentos?

☐ inyectable ☐ fumado
☐ oral ☐ otras

13. ¿Alguna vez tomó estos remedios porque le producían placer? ☐ SI ☐ NO

14. ¿Alguna vez los tomó para contrarrestar los efectos de otras sustancias? ☐ SI ¿Cuál? _____ ☐ NO

Marcar si es página completa ◯

## ESTIMULANTES (8)

**1.** En esta lista (Mostrar Tarjeta # 5) figuran varios medicamentos utilizados para controlar el apetito o para mantenerse despierto, llamados estimulantes. ¿Cuál de ellos ha tomado Ud.?

| | Alguna vez sin receta médica? |
|---|---|
| ☐ Anfetaminas | ☐ |
| ☐ Ritalina | ☐ |
| ☐ Obesin | ☐ |
| ☐ Emagrin | ☐ |
| ☐ Vitergil | ☐ |
| ☐ Tamilan | ☐ |
| ☐ Reactivan | ☐ |
| ☐ Pondinol | ☐ |
| ☐ Regental | ☐ |
| ☐ Pastillas para adelgazar | ☐ |
| ☐ Otros similares ¿Cuáles?_____ | ☐ |
| ☐ Ninguno | ☐ Nunca sin receta médica |

*Pase a Pág. 9* *Pase a Pág. 9*

2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tomó un medicamento estimulante sin receta médica?

__ __ años de edad

3. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó esos medicamentos sin tener receta médica en . . .

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Pase a Pág. 9* *Continúe en Preg. 4*

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 4. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Alguna vez los tomó todos los días durante una semana o más? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para tener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez su consumo le causó problemas emocionales o psicológicos? | ☐ | ☐ |

**11.** Al usar algunos de estos medicamentos, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Pastillas para el dolor (Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Cocaína
- ☐ Opio
- ☐ Morfina, codeína
- ☐ Otras sustancias ¿Cuáles?_____
- ☐ Ninguna

**12.** ¿Cuáles son las formas como acostumbra a usar esos medicamentos? ☐ inyectable ☐ oral ☐ fumado ☐ otras

13. ¿Alguna vez tomó estos remedios porque le producían placer? ☐ SI ☐ NO

14. ¿Alguna vez los tomó para contrarrestar los efectos de otras sustancias? ☐ SI ¿Cuál?_____ ☐ NO

Marcar si es página completa ☐

## BEBIDAS ALCOHOLICAS (9)

1. ¿Ha tomado bebidas, como por ejemplo vino, cerveza o whisky, alguna vez? ☐ SI ☐ NO *Pasar a Pág. 10*

2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tomó ...

| | | |
|---|---|---|
| vino? | __ años | ☐ Nunca tomó |
| cerveza? | __ años | ☐ Nunca tomó |
| whisky, caña, etc.? | __ años | ☐ Nunca tomó |

(3) En los últimos 30 días hubo alguna ocasión (fiesta, reunión) cuando Ud. haya tomado ...

| | | | ¿Cuántas veces en los últimos 30 días tomó esa cantidad? 1-2 | 3-4 | 5 o más |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 botellas de litro de cerveza (o su equivalente: 3 botellas de 3/4, ó 6 latitas) | ☐ NO | ☐ SI → | ☐ | ☐ | ☐ |
| ó 1 botella o más de vino | ☐ NO | ☐ SI → | ☐ | ☐ | ☐ |
| ó 4 rayas de bebida fuerte (caña, whisky, etc.) (o 1/4 o más de caña) | ☐ NO | ☐ SI → | ☐ | ☐ | ☐ |

4. En los últimos 12 meses, hubo ocasiones donde tomó estas cantidades? (1 botella de vino, o 4 rayas de bebida fuerte, o 2 litros de cerveza)
   - ☐ No tomó esas cantidades
   - ☐ Menos de una vez por mes
   - ☐ 1 vez por mes
   - ☐ 2 veces o más por mes

5. Alguna vez en la vida, ¿tomó esas cantidades? ☐ NO *Pase a Pág. 10* ☐ SI

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 6. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez le ha parecido a alguien de su familia, o a algún amigo, que Ud. estaba bebiendo demasiado? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Ha tenido alguna vez problemas en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como por ejemplo, llegar tarde, faltar, etc.? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez, después de haber tomado mucho, se peleó con alguien o fué sancionado de alguna forma? | ☐ | ☐ |

(11) En esta tarjeta figuran algunos productos (Mostrar Tarjeta # 1). Dígame si consumió alguno de ellos al mismo tiempo o luego de tomarse una bebida como vino, cerveza, caña o whisky. (Leer alternativas)

- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Cocaina
- ☐ Opio
- ☐ morfina, codeina
- ☐ Otras sustancias. ¿Cuáles?_____
- ☐ Ninguna

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 12. ¿Alguna vez consultó a un médico u otro profesional por su consumo de bebidas alcohólicas? | ☐ | ☐ |

Marcar si es página completa ⊗

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO TRATAN DE OTRAS DROGAS. EN ESTOS TIEMPOS SE HABLA MUCHO DEL TEMA PERO HAY MUY POCA INFORMACION SERIA. LO CIERTO ES QUE NOSOTROS TENEMOS MUCHO QUE CONOCER TODAVIA SOBRE LAS ACTITUDES Y LAS EXPERIENCIAS DE LA GENTE DE NUESTRO PAIS.

TENEMOS LA ESPERANZA QUE UD. RESPONDA A NUESTRAS PREGUNTAS, PERO SI ENCUENTRA ALGUNA QUE NO PUEDA CONTESTAR DIGANOS SIMPLEMENTE QUE PREFIERE NO RESPONDER.

## OPIACEOS (10)

**1.** ¿Alguna vez le ofrecieron cualquiera de las sustancias que figuran en esta lista? ¿Cuántos años tenía? (Mostrar Tarjeta # 8)

- ☐ Codeína ____ años de edad
- ☐ Codeína Clorhidrato ____ años de edad
- ☐ Morfina Clorhidrato ____ años de edad
- ☐ Morfina Sulfato ____ años de edad
- ☐ Opio elixir benzoica ____ años de edad
- ☐ Nunca le ofrecieron

2. En esa oportunidad o en otra, ¿pudo llegar a probar alguna de éstas?

- ☐ NO *(Pase a Pág. 11)*
- ☐ SI ¿Cuál?_____

3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que probó éstas sustancias? (Cualquiera de ellas).

____ ____ años de edad

4. Aproximadamente ¿cuántas veces consumió estas sustancias en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 - 2 | 3 - 5 | 6 - 9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez los usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esas sustancias? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 11. El uso de estas sustancias, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 12. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

**13.** Al usar algunas de estas sustancias, ¿consumió también, al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Cocaína
- ☐ Opio
- ☐ Otras sustancias ¿Cuáles?_____
- ☐ Ninguna

15. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó Ud. en esas sustancias?

_____ Guaraníes

☐ No gastó

Marcar si es página completa ☐

## ALUCINOGENOS (11)

1. ¿Alguna vez le ofrecieron alguna de las sustancias de esta lista? ¿Cuántos años tenía? (Mostrar Tarjeta # 6)

LSD u otros ácidos ___ ___ años de edad
Floripón en té u otras formas ___ ___ años de edad
Hongos en té u otras formas ___ ___ años de edad
☐ Nunca le ofrecieron

2. En esa oportunidad o en otra, ¿pudo llegar a probar alguna de éstas?

☐ NO *(Pase a Pág. 12)*
☐ SI ¿Cuál? _____

3. ¿Qué edad tenía la primera vez que probó éstas sustancias? (Cualquiera de ellas).

_____ años de edad
años de edad

4. Aproximadamente ¿cuántas veces consumió estas sustancias en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez los usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esas sustancias? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 11. El uso de estas sustancias, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 12. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

13. Al usar algunas de estas sustancias, ¿consumió también, al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

☐ Alcohol
☐ Pastillas para dormir (Somnil)
☐ Estimulantes (Vitergil)
☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
☐ Sedantes o relajantes (Valium)
☐ Marihuana
☐ Sustancias inhalantes (Fana)
☐ Cocaína
☐ Opio
☐ Morfina, codeína
☐ Otras sustancias ¿Cuáles?_____
☐ Ninguna

14. ¿Ha tenido alucinaciones sin haber consumido estas sustancias después de haberse iniciado en su consumo?

☐ SI
☐ NO

15. ¿Ha sufrido accidentes (tránsito, por ejemplo) bajo efectos de algunas de estas sustancias?

☐ SI
☐ NO

Marcar si es página completa ⊗

**OPIO (12)**

1. ¿Alguna vez le ofrecieron opio?
   ¿Cuántos años tenía?
   ___ ___ años de edad
   ☐ Nunca

2. ¿Alguna vez probó opio (en pasta o en polvo)?
   ☐ SI ☐ NO (Pase a Pág. 13)

3. ¿Cómo lo usó?
   ☐ Fumándolo
   ☐ Inhalándolo
   ☐ Comiéndolo/bebiéndolo
   ☐ Inyectándolo
   ☐ Otra forma
   ¿Cuál? _____

4. ¿Cuántos años tenía la primera vez que lo probó?
   ___ ___ años de edad

5. Aproximadamente ¿cuántas veces consumió estas sustancias en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 6. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez lo usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que era dependiente del opio? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 12. Usar opio, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 13. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

14. Al usar opio, ¿consumió también, al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

☐ Alcohol
☐ Pastillas para dormir (Somnil)
☐ Estimulantes (Vitergil)
☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
☐ Sedantes o relajantes (Valium)
☐ Marihuana
☐ Sustancias inhalantes (Fana)
☐ Cocaína
☐ Morfina, codeína
☐ Otras sustancias
¿Cuáles?_____
☐ Ninguna

15. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó Ud. en esa sustancia?
   _____ Guaraníes
   ☐ No gastó

Marcar si es página completa ⊗

## MARIHUANA-HACHIS (13)

1. ¿Alguna vez le ofrecieron marihuana? ¿Cuántos años tenía?

   ___ Edad
   ☐ Nunca le ofrecieron

2. En esa oportunidad o en otra, ¿pudo llegar a probarla?

   ☐ SI
   ☐ NO *Salte a Pregunta (17)*

3. ¿En qué forma la probó?

   ☐ Cigarrillo
   ☐ Bola, cera, "chocolate", hachís
   ☐ Té
   ☐ Otra forma. ¿Cuál? _____

4. ¿Qué edad tenía la primera vez que probó marihuana?

   ___ Años de edad

5. Aproximadamente ¿cuántas veces ha probado la marihuana en . . .

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 6. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez lo usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de la marihuana? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 12. Usar marihuana, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 13. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

14. Al usar marihuana, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

   ☐ Alcohol
   ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
   ☐ Estimulantes (Vitergil)
   ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
   ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
   ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
   ☐ Alucinógenos (Floripón)
   ☐ Cocaína
   ☐ Opio
   ☐ Morfina, codeína
   ☐ Otras sustancias ¿Cuáles? _____
   ☐ Ninguna

15. ¿Cuál es la mayor cantidad diaria que llegó a consumir?

   ___ ___ # de cigarrillos  ___ ___ gramos  ___ ___ bolas de cera

16. Durante los últimos 3 meses, ¿cuánto gastó Ud. aproximadamente en marihuana?

   _____ Guaraníes  ☐ No tuvo gasto

17. ¿Conoce a alguna persona que haya consumido marihuana en los últimos 12 meses? (Leer alternativas)

   ☐ un familiar
   ☐ un amigo cercano
   ☐ un vecino
   ☐ un conocido
   ☐ Otro. _____
   ☐ Nadie

Marcar si es página completa

## INHALANTES (14)

**1. ¿Alguna vez aspiró o inhaló cualquiera de estas sustancias con el propósito de sentir sus efectos?** (Mostrar Tarjeta # 7)

- **Nafta o fluído para encendedores** ☐
- **Quitaesmaltes, tinner, pinturas** ☐
- **Pegamentos (Fana)** ☐
- **Lacas, disolventes de pinturas** ☐
- **Eter u otros anestésicos** ☐
- **Líquidos de limpieza** ☐
- **Correctores para máquina de escribir** ☐
- **Lanzaperfumes** ☐
- **Otros similares** ☐
  - **¿Cuáles?** _____
- **Ninguno** ☐ *Pase a Pág. 15*

**2. ¿Cuántos años tenía la primera vez que aspiró con ese propósito?**

__ __ **años de edad**

**3. Aproximadamente ¿cuántas veces ha podido aspirar/inhalar una de estas sustancias en . . .**

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 - 2 | 3 - 5 | 6 - 9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| **su vida?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **en los últimos 12 meses?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **en los últimos 30 días?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Nunca** | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **4. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud?** | ☐ | ☐ |
| **5. ¿Alguna vez los usó todos los días durante dos semanas o más?** | ☐ | ☐ |
| **6. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esas sustancias?** | ☐ | ☐ |
| **7. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo?** | ☐ | ☐ |
| **8. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes?** | ☐ | ☐ |
| **9. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía?** | ☐ | ☐ |
| **10. El uso de esas sustancias, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico?** | ☐ | ☐ |
| **11. Su inhalación, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela?** | ☐ | ☐ |

**12. Al inhalar algunos de estos productos, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista?** (Mostrar Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Cocaína
- ☐ Opio
- ☐ Morfina, codeína
- ☐ Otras sustancias
  - ¿Cuáles?_____
- ☐ Ninguna

Marcar si es página completa

## HEROINA (15)

1. ¿Alguna vez le ofrecieron heroína?
   ¿Cuántos años tenía?
   ___ ___ años de edad
   ☐ Nunca

2. ¿Alguna vez probó heroína?
   ☐ SI ☐ NO *(Pase a Pág. 16)*

3. ¿Cómo la usó?
   ☐ Fumándola
   ☐ Inhalándola
   ☐ Inyectándola
   ☐ Otra forma
   ¿Cuál? _____

4. ¿Cuántos años tenía la primera vez que la probó?
   ___ ___ años de edad

5. Aproximadamente ¿cuantas veces consumió heroína en . . .

| | (veces) 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
|---|---|---|---|---|---|---|
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 6. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez la usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de la heroína? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 12. Usar heroína, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 13. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

14. Al usar heroína, ¿consumió también, al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

   ☐ Alcohol
   ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
   ☐ Estimulantes (Vitergil)
   ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
   ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
   ☐ Marihuana
   ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
   ☐ Cocaína
   ☐ Opio
   ☐ Morfina, codeína
   ☐ Otras sustancias
   ¿Cuáles?_____
   ☐ Ninguna

15. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó Ud. en esa sustancia?
   _____ Guaraníes
   ☐ No gastó

Marcar si es página completa ◎

## COCAINA - Polvo y PBC (16)

1. ¿Alguna vez le ofrecieron cocaína (para aspirar o para fumar)? ¿Cuántos años tenía?

   __ Edad
   ☐ Nunca le ofrecieron

2. ¿Alguna vez probó cocaína (para aspirar o para fumar)? ¿Cuántos años tenía?

   __ años de edad
   ☐ Nunca probó *Salte a Pregunta 17*

3. ¿Cómo la consumió?

   ☐ Aspirándola ☐ Inyectándola
   ☐ Fumándola ☐ Otra. ¿Cuál? _____

4. Aproximadamente ¿cuántas veces ha probado cocaína en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez la usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de la cocaína? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 11. Usar cocaína, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 12. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

13. Al usar cocaína, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

   ☐ Alcohol
   ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
   ☐ Estimulantes (Vitergil)
   ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
   ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
   ☐ Marihuana
   ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
   ☐ Alucinógenos (Floripón)
   ☐ Opio
   ☐ Morfina, codeína
   ☐ Otras sustancias ¿Cuáles?_____
   ☐ Ninguna

14. Dígame las maneras como ha utilizado la cocaína fumada (PBC, "pitillos", "bazuco")

   ☐ Fumada con tabaco ☐ Fumada con otra sustancia. ¿Cuál?_____
   ☐ Fumada con marihuana ☐ Nunca consumió fumada *(Pase a Preg. 16)*

15. ¿Cómo le llaman a la cocaína fumada?_____

16. ¿Qué cantidad diaria de cocaína ha consumido en los días en que tuvo mayor consumo?

   ☐ En polvo para aspirar _____ gramos ☐ En pasta para fumar____ cigarrillos

17. Conoce a alguna persona que haya consumido cocaína en los últimos 12 meses?. (Leer alternativas)

   ☐ un familiar ☐ un vecino ☐ Otro. _____
   ☐ un amigo cercano ☐ un conocido ☐ Nadie

Marcar si es página completa ⊗

## OTRAS SUSTANCIAS (17)

1. ¿Alguna vez consumió otra sustancia con la intención de verse o sentirse diferente, o para actuar de manera distinta a la habitual, y que no apareció dentro de lo que hemos visto?

   ☐ SI
   ☐ NO (Pase a Pág. 18)

2. ¿Cuál es el o los nombres que habitualmente la gente le dá? (Si es un remedio, dar su nombre comercial).

   _____

3. ¿Qué efectos obtiene de ese producto?

   _____

4. Aproximadamente ¿cuántas veces consumió esos productos en . . .

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| su vida? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 12 meses? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| en los últimos 30 días? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nunca | | | | | | |

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 5. A consecuencia de su consumo, ¿tuvo algún problema de salud? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez las usó todos los días durante dos semanas o más? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez sintió que era dependiente de esas sustancias? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía? | ☐ | ☐ |
| 11. Usar esas sustancias, ¿le trajo algún problema emocional o psicológico? | ☐ | ☐ |
| 12. Su consumo, ¿le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela? | ☐ | ☐ |

(13) Al usar alguna de estas sustancias, ¿consumió también al mismo tiempo o poco después, alguno de los productos de esta lista? (Mostrar Tarjeta # 1)

- ☐ Alcohol
- ☐ Pastillas para dormir (Somnil)
- ☐ Estimulantes (Vitergil)
- ☐ Pastillas para el dolor ( Novalgina)
- ☐ Sedantes o relajantes (Valium)
- ☐ Marihuana
- ☐ Sustancias inhalantes (Fana)
- ☐ Alucinógenos (Floripón)
- ☐ Opio
- ☐ Morfina, codeína
- ☐ Cocaína
- ☐ Ninguna

(14) ¿Cuáles son las formas como acostumbra a usar esas sustancias?

- ☐ inyectable
- ☐ oral
- ☐ fumado
- ☐ otras ¿Cuáles? _____

15. ¿Alguna vez consultó al médico por el consumo de esas sustancias?

   ☐ SI ☐ NO

16. ¿En qué circunstancia acostumbra a usarlas?

   _____

   _____

Marcar si es página completa ☐

1 De las siguientes sustancias que le voy a mencionar indíqueme, por favor, aquellas que pueden causar acostumbramiento. Es decir, que quien abusa de estas sustancias ya no puede dejarlas.

| | SI | NO | NO SABE | | SI | NO | NO SABE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tabaco | ☐ | ☐ | ☐ | Floripondio | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pastillas para dormir | ☐ | ☐ | ☐ | Gaseosas | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pastillas para calmar los nervios | ☐ | ☐ | ☐ | Marihuana | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cocaína | ☐ | ☐ | ☐ | Caña | ☐ | ☐ | ☐ |
| Whisky | ☐ | ☐ | ☐ | Cerveza | ☐ | ☐ | ☐ |
| Opio | | | | | ☐ | ☐ | ☐ |

2. El Ministerio de Salud atiende en estos momentos diferentes problemas que afectan a nuestro país. De los problemas que le voy a mencionar, ¿cuál debería ser el primero por su importancia?

☐ Problemas de los nervios ☐ Dengue ☐ Alcoholismo
☐ Cólera ☐ Drogadicción ☐ S.I.D.A.

NOTA PARA EL ENCUESTADOR: Las preguntas 3 y 4 sólo se aplican a menores de 25 años.

3. Nos gustaría saber si estás/está de acuerdo con las siguientes opiniones que te/le voy a leer:

| | De Acuerdo | En Desacuerdo | No Sabe | | De Acuerdo | En Desacuerdo | No Sabe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Si uno quiere trabajar puede encontrar un buen empleo. | ☐ | ☐ | ☐ | casarse. Es normal que los muchachos se aburran en una fiesta si no hay cerveza. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuando uno está en problemas lo mejor es ignorarlo. | ☐ | ☐ | ☐ | Las mujeres acostumbran a tomar pastillas para los nervios. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Para conseguir buenos trabajos hay que ir a la escuela secundaria. | ☐ | ☐ | ☐ | Es normal que la mayoría de los jóvenes alguna vez en su vida haya probado la marihuana. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Estudiar suele ser una pérdida de tiempo. | ☐ | ☐ | ☐ | Casi todos los jóvenes de este barrio toman bastante. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Para disfrutar de la vida siempre es necesario ignorar alguna prohibición. | ☐ | ☐ | ☐ | Los jóvenes que consumen de vez en cuando drogas deben recibir tratamiento. | ☐ | ☐ | ☐ |
| No hay nada más importante que vivir el presente sin preocupaciones. | ☐ | ☐ | ☐ | Probar marihuana una o dos veces no produce un gran riesgo. | ☐ | ☐ | ☐ |
| Es normal que casi todos los muchachos tengan relaciones sexuales antes de | ☐ | ☐ | ☐ | El uso de cocaína como diversión no es dañino si se hace con suficiente cuidado. | ☐ | ☐ | ☐ |

4. Queremos saber cuál de estos temas es el más importante para vos/Ud. como joven (Mostrar Tarjeta #9). Elegí/elija una sola opción:

Poder comprarse todo lo que le gusta. ☐ Vivir sin problemas. ☐
Tener dinero. ☐ Que mejore la situación económica en general. ☐
Que haya democracia en el país. ☐ Que todos los jóvenes tengan las mismas oportunidades ☐

## DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (19)

1. Indique el sexo del entrevistado:

   ☐ Varón
   ☐ Mujer

2. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños

   ___ ___años cumplidos

3. ¿Cuál es el lugar donde nació?

   País _____
   Departamento _____
   Ciudad/pueblo _____

4. ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo hasta que cumplió los 12 años?

   País _____
   Departamento _____
   Ciudad/pueblo _____

5. ¿Cuál es su estado civil?

   ☐ Casado
   ☐ Unido/Concubinado
   ☐ Viudo
   ☐ Separado/Divorciado
   ☐ Soltero

**NOTAS:**

NES (20)

EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ¿TRABAJO EN ALGUNA ACTIVIDAD REMUNERADA?

NO:
- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Jubilado
- ☐ Rentista
- ☐ Desempleado

SI: # Cuál fué su ocupación principal?

- ☐ Empresario, Director o Gerente de gran empresa privada o pública (más de 50 ocupados)
- ☐ Personal superior de las FF.AA. y de Policía
- ☐ Propietario de grandes explotaciones agropecuarias

- ☐ Profesional universitario en función específica
- ☐ Docente universitario

- ☐ Empresario de mediana empresa, comerciante, propietario de hotel, restaurant o de vehículo de transporte (más de 5 ocupados)

- ☐ Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje en relación de dependencia (Ej.: agrimensor, técnico electrónico, actor, decorador, periodista, enfermera, partera).
- ☐ Docente de nivel primario o secundario

- ☐ Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje por su cuenta

- ☐ Pequeño empresario, comerciante, artesano (Hasta 5 ocupados)
- ☐ Jefe, Supervisor, Capatáz (Jefe de correo, de estación, de ventas)
- ☐ Empleado administrativo, vendedor (Agente de bolsa, seguros, secretaría, visitador médico)
- ☐ Sub-oficial de las FF.AA. y de la Policía

- ☐ Trabajador especializado que trabaja por su cuenta (bordadora, modista, zapatero, mecánico, carpintero, azulejista, plomero, encuadernador, transportista, artesano)
- ☐ Obrero calificado (además de los anteriores, cartero, guarda de tren, manicura, mozo, chofer, hilandero, camisero, tornero)

- ☐ Obrero no calificado (peón de limpieza, depósito, ordenanza, changador, sereno, lavaplatos, etc.)
- ☐ Empleado doméstico
- ☐ Vendedor ambulante
- ☐ Vendedor de mercado

- ☐ Sin especificar

¿CUAL ES EL ULTIMO GRADO O CURSO APROBADO, EN LA ENSEÑANZA REGULAR?

- ☐ Ninguno o hasta 2º grado
- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Universitaria incompleta
- ☐ Universitaria completa
- ☐ Otros estudios. ¿Cuáles? _____ Duración: _____

¿ES USTED EL JEFE DE FAMILIA?

- ☐ SI (Pase a Pág. 22)
- ☐ NO

UTILIZAR ESTA PAGINA CUANDO EL ENTREVISTADO NO ES EL JEFE DE FAMILIA

NES-JF (21)

**EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ¿EL JEFE DE FAMILIA TRABAJO EN ALGUNA ACTIVIDAD REMUNERADA?**

**NO:**

- ☐ **Jubilado**
- ☐ **Rentista**
- ☐ **Desempleado**

**SI:** **# ¿Cuál fué su ocupación principal?**

- ☐ **Empresario, Director o Gerente de gran empresa privada o pública** (más de 50 ocupados)
- ☐ **Personal superior de las FF.AA. y de Policía**
- ☐ **Propietario de grandes explotaciones agropecuarias**

- ☐ **Profesional universitario en función específica**
- ☐ **Docente universitario**

- ☐ **Empresario de mediana empresa, comerciante, propietario de hotel, restaurant o de vehículo de transporte** (más de 5 ocupados)

- ☐ **Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje en relación de dependencia** (Ej.: agrimensor, técnico electrónico, actor, decorador, periodista, enfermera, partera).
- ☐ **Docente de nivel primario o secundario**

- ☐ **Técnico, profesional de carreras cortas u otra ocupación similar que trabaje por su cuenta**

- ☐ **Pequeño empresario, comerciante, artesano** (Hasta 5 ocupados)
- ☐ **Jefe, Supervisor, Capatáz** (Jefe de correo, de estación, de ventas)
- ☐ **Empleado administrativo, vendedor** (Agente de bolsa, seguros, secretaría, visitador médico)
- ☐ **Sub-oficial de las FF.AA. y de la Policía**

- ☐ **Trabajador especializado que trabaja por su cuenta** (bordadora, modista, zapatero, mecánico, carpintero, azulejista, plomero, encuadernador, transportista, artesano)
- ☐ **Obrero calificado** (además de los anteriores, cartero, guarda de tren, manicura, mozo, chofer, hilandero, camisero, tornero)

- ☐ **Obrero no calificado** (peón de limpieza, depósito, ordenanza, changador, sereno, lavaplatos, etc.)
- ☐ **Empleado doméstico**
- ☐ **Vendedor ambulante**
- ☐ **Vendedor de mercado**

- ☐ **Sin especificar**

**¿CUAL ES EL ULTIMO GRADO O CURSO APROBADO POR EL JEFE DE FAMILIA, EN LA ENSEÑANZA REGULAR?**

- ☐ **Ninguno o hasta 2º grado**
- ☐ **Primaria incompleta**
- ☐ **Primaria completa**
- ☐ **Secundaria incompleta**
- ☐ **Secundaria completa**
- ☐ **Universitaria incompleta**
- ☐ **Universitaria completa**
- ☐ **Otros estudios. ¿Cuáles?** _____ **Duración:** _____

HASTA AQUI COMPLETAMOS LOS TEMAS QUE ESTABAN REFERIDOS AL CONOCIMIENTO SOBRE DIFERENTES SUSTANCIAS. FINALMENTE, PARA TERMINAR VAMOS A COMPLETAR UNO DE LOS PUNTOS QUE TRATAMOS AL PRINCIPIO Y QUE TIENE QUE VER CON LOS MALESTARES O TRASTORNOS QUE PUDO HABER SENTIDO ESTE ULTIMO TIEMPO.

1. ¿Se ha sentido muy fatigado o sin fuerzas sin que haya una causa para ello? ☐ SI ☐ NO
2. En los últimos 30 días, ¿se ha sentido triste de una manera más o menos constante? ☐ SI ☐ NO
3. En los últimos 30 días, ¿lloró o tuvo ganas de llorar con mucha frecuencia? ☐ SI ☐ NO
4. Las actividades del día, ¿le causan problemas o sufrimientos? ☐ SI ☐ NO
5. ¿Le cuesta tomar decisiones aunque sea en situaciones de poca importancia? ☐ SI ☐ NO
6. ¿Está teniendo dificultades para hacer su trabajo? ☐ SI ☐ NO
7. ¿Siente que son inútiles todos los esfuerzos que hace para conseguir algo en la vida? ☐ SI ☐ NO
8. ¿Ha perdido interés en las cosas? ☐ SI ☐ NO
9. ¿Le parece que todas las cosas le salen mal? ☐ SI ☐ NO
10. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? ☐ SI ☐ NO

11. Quiero darle las gracias por el esfuerzo sincero que hizo para contestar estas preguntas, y a la vez pedirle una opinión más sobre un tema que nos resulta muy importante. A su juicio, ¿cuál sería la principal acción que habría que realizar para evitar que se extienda el consumo de drogas en nuestro país?

_____

_____

_____

ANOTACIONES DEL ENCUESTADOR

12. ¿Su impresión final es que el entrevistado ha sido sincero?

☐ SI ☐ NO ☐ No está seguro.

13. ¿Se puede pensar que el entrevistado sea un usuario de drogas ilícitas que no respondió sinceramente la encuesta?

☐ SI ☐ NO ☐ No está seguro

14. Si su respuestas anteriores fueron afirmativas o de duda, explique brevemente sus razones.

_____

_____

_____

**TARJETA # 1**

**Pastillas para dormir** (Somnil)
**Estimulantes** (Vitergil)
**Pastillas para el dolor** ( Novalgina)
**Sedantes o relajantes** (Valium)
**Marihuana**
**Sustancias inhalantes** (Fana)
**Alucinógenos** (Floripón)
**Cocaína**
**Opio**
**Morfina, codeína**
**Otras sustancias. ¿Cuáles?**

**TARJETA # 2**

**Demerol**
**Lisalgil**
**Klosidol**
**Ergodolanet**
**Finidol 60**
**Ergodisidol**
**Neuroteradol**
**Meperdol**
**Otros similares**

**TARJETA # 3**

| | |
|---|---|
| Valium | Tresanil |
| Lexotanil | Dormital |
| Mitransil | Trapax |
| Solpan | Lorex |
| Sedazin | Lembrol |
| Regulex | Scavosedan |
| Optimid | Otros similares |
| Pazin | ¿Cuáles? |

**TARJETA # 4**

Rohypnol
Luminal
Somnil
Noctran
Imsomnium
Parnox
Dormicum
Cero
Disonmilan
Loramet
Otros similares ¿Cuáles?

**TARJETA # 5**

**Anfetaminas**
**Ritalina**
**Obesin**
**Emagrin**
**Vitergil**
**Tamilan**
**Reactivan**
**Pondinol**
**Ragental**
**Pastillas para adelgazar**
**Otros similares, ¿Cuáles?**

**TARJETA # 6**

**LSD**
**Floripón**
**Hongos**

**TARJETA # 7**

Nafta o fluído para encendedores
Quitaesmaltes, tinner, pinturas
Pegamentos (Fana)
Lacas, disolventes de pinturas
Eter u otros anestésicos
Líquidos de limpieza
Correctores para máquina de escribir
Lanzaperfumes
Otros similares
¿Cuáles?

**TARJETA # 8**

Codeína
Codeína Clorhidrato
Morfina Clorhidrato
Morfina Sulfato
Opio elixir benzoica

**TARJETA # 9**

- Poder comprarse todo lo que le gusta.
- Que mejore la situación económica en general.
- Vivir sin problemas.
- Que haya democracia en el país.
- Tener dinero.
- Que todos los jóvenes tengan las mismas oportunidades

# ENCUESTA DE SALUD Y HABITOS TOXICOS

## Versión Guaraní

Mba'eichapa nde pyhareve asaje (Mba'eichapa pende ka'aru?). Ministerio de Salud ojeruregui oreve rojapo rojuvo petei encuesta, romba'e porandu icatu jhangua ojecuaa tesai oiva na ne retame ha avei umi sustancia oye'u py'yiva nane pa'ume. Upei, oyecuaa pora rire co'ava mba'e ojepuru cuaama onembosaco'i jha oyererajha tenondevo tembiapo arandura nahenonde'a hagua inapysetaro guara umi mba'asy ha ambue problema kuera opaichagua mitaruzu jha kakuaa kuera pa'ume. Nde roga ojeporavo curi, po'a ndeve guara, reipytyvomi hagua co tembiapo poraite asy. Roicoteve nde rehe sapy'aitemi icatu hangua jaicuaa porave co nande reco ko'ape, rasa nanepytyvotava nambaapo hagua.

Na tekotevei namoi nde rera kuatiarehe, ha umi ereva oreve ndojekuaa mo'ai maapa jhe'i ra'e. Natekotevei jaicuaa petei tei gui heco, nambojehe'a pa oyuehe umi ojekuaava ohovo ha oyepuruta ononmdivepaite opavaitepe guara.

Ore pytyvose taro, ko'agui tekoteveta jaiporavo pene pa'ume peteiva, a la suerte, nambaa'e porandu mi hangua chupe, ha upeara jajapota peicha:

## Pagina 2 SALUD GENERAL

Si la persona seleccionada es la misma que recibio al encuestador, pase directamente a la pregunta n. 1. Si es diferente,lea la presentacion que sigue.

Maitcipa.Ministerio de Salud oyapo ouvcpetei encuesta yaicuaa mi hagua umi problema ikatuva oi nane resaime,ha avei umisustancia ikatuva oyepuru nane pa'ume.Rjapovo petei sorteo ho'a kuri nderoga roju mi hagua rojapo co encuesta, ha upeichaite avei roiporavo ndeve ha upevo nde rene'eta heta gente kuera rerape.Nde rera nonemoimo'ai kuatiape ha ereva oreve ndojekuaa mo'ai avapa he'i,ndjepuru mo'ai petei tei oye'eva, onembyatypa ojuehe ikatu ojekuaa onondivepa.
Upea rehe, mba'e ere ramo roporanduta ndeve peicha:

1. Ko'ava 12 meses ojhasa ramova pa mba'eteko:neresai ra'e:
   Ne resai eterei pasa.
   Ne resai eterei.
   Ne resai pora
   Ne resai regular porante
   Nde rasy.

2. Ko'ava 12 meses ipahapa reicoteve ra'e reho rejechuca doctor, tera consultorio pe, tera petei hospital pe rehasa cuevo
   Aha
   Ndahai

3. Ko'ava 12 meses ojhasa ramovape pa nde re je hospitalizai
   Aje'ospitaliza
   Nahaniri

Anga catu aporandumita ndeve umi mbaasy icatu va'ecue renandu katu,ramo herante. Ereta cheve hee, tera nahaniri, noitente.
Ko'ava 30 ara ipajha ohasa va'ecuepe pa:

4.Reiconte ne akasrasy py'yi, heta yey petei semana pe?
5.Nde rekaru porai (sa'i rekaru, nande juru heiri)?
6.Reicopa nde pochy, nde pire vai tera nanerekorai?
7.Ndoguapyi rembi'u cue.
8.Nda icatui ku repensa, ne rentende porai mba'eve?
9.Nde py'a noi porambai, jhasy katu:
   Nde py'a hai; renandu cu okai vaicha nde py'a, hasy,
   ipohyi ndeve.

10.Ndereke porai, hasype repyta reke, ha rekeramo repo repay yey.

11.Renemondyi rei pa?

12.Nde po ryryivapa?

13.Ne cane'opa rejaporo umi mba'e nanemokene'oimi va'ecue ymave.

**Pag.3. TABACO**

Agui aporanduta ndeve ahavo umi mba'e nde reicuaava, umi sustancia kuera, opaichagua nde reicuaava.Icatu jaipuru jahavo petei cuatia nane pytyvo tuichatava.Ko'ava mba'e ndahasy mo'ai ete ndeve remombe'u hagua, ha rejhecha ndahasyi ete ha co'ava porandu rojapova co encuesta pe.Tekotevetente remombe'u oreve oi haichaite, ani retitei, ose poraite hagua nandeve.

1.Mbovy ano pa rereko va'ecue nde, inepyru raite:
repita ramo guare —anos de edad
reisu'u pety —anos de edad
araka'eve. (Pase a la pag.)

2.Nde repitava cigarrillo:
-Petei, mocoi yeymi
-Sapy'ante, ndaha'ei tapia opitava
-Opita katuimi va'ecue ymave.
-Opita katui co'agarupi

3.Eremi repita py'yigue cigarrillo co'ava 30 ara ipajha ohasa va'ecuepe.
-Ndopitai
-Ndojhupytyi petei cigarrillo petei arape.
-petei guie cinco cigarrillos peve petei arape..
-Petei hyru lamitare petei arape.
-Haimete petei jhyru petei arape.
-Petei hyru, ha jhyru lamitare yey jhaimete, petei arape.
-Mocoi hyru tera hetave petei arape.

4.Renaha'a va'ecuepa rehejavo pita jha rehecha cuaa nda'icatu mo'aiha.
-Hee
_Nahaniri

5.Repita rupipa renandu va'ecue mba'asy
-Hee
-Nahaniri

6.Petei jeypa repensa va'ecue repitaitereima ha reiconi
-Hee
-Nahaniri

7.Sapy'apa rejechucama va'ecue doctor, tera ambue inaranduva pe rejepy'apygui rejepocuaa rejhe repita.

-Hee
-Nahaniri

## Pag.4 ASPIRINA-SIMILARES

1.Na ne gente kuera ningo oyepocuaa ho'u aspirina tera novalgina oimehaicha rei, michiete ha ho'u yeyma hina.Oimeramo nde re'umiva, mba'erehepa re'u aspirina tera geniol ko'agarupi.

-Acarasygui
-Ne cane'oite jave
-Nde rete rasy ramo
-Nde caigue yave
-Remopu'a hagua kyre'y
-Ku renenandu'i, na'iporai jave ndeve mba'eve.
-Repay pora hagua
-Ndo'ui aspirina ni geniol mba'eveicha vero.(pase a pag.)

2.Ikatu pa ere mi re'u rireramo aspirina tera geniol, mas o menos, py'yigue: veces
umi doce meses ojhasa ramovape — — — — — —
umi 30 ara ramove ohasa va-ecuepe — — — — — —

3.Sapyantepa rehechacuaa reicoteveveha jepivero guagui rejuhu hagua poha pype

4.Ku sa'ive re'uramo tera ndere'uvei eteramo pa renandu nde rasyha

5.Oimepa tiempo re'uhague remondoho'yrehe mocoi semana tera areve

6.Renandupa sapy'ante nda'ikatuiha reico umi poha'yrehe

7.Sapy'antepa rencha'a nde re'uvei etevo ha rehecha eua nda'icatui ha

8.Renandupa sapya raca'e re'ugui co'ava poha nde rasyha

9.Re'u cuevo tera re'upamirire aspirina tera geniol pa re'u peteiva co'ava mba'e aparandutava ndeve:
— gaseosa
— cerveza tera ambue bebida oguerecova alcohol
— poha nanembohopehyiva
— poha nanembogueiy, nanembopo'iva
— poha nanemombayva, nanemokyre'yva
— poha nanembopy'aguapyva
— ambue sustancia kuera
— ndo'ui ambue producto ndive.

## Pag. 5. ANALGESICOS

1. Kova ko kuatia pe hysyi pojha kuera ya'uva
oimeramo hasyva nandeve (entregar Tarjeta # 2)
Mavapa ko'ava gui re'uma va'ecue (Leer alternativas)

2. Mbovy ano pa rereko va'ecue re'uramo guare
inepyru raite co'ava poha receta'y rehe. __ anos de edad

3. Mas o menos mba'eicha ipy'yingue re'u co'ava poha receta'y rehe:

| | veces | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y mas |
| Nde rekovepe | | | | | | |
| 12 meses ohasa ramovape | | | | | | |
| 30 ara ohasa ramovape | | | | | | |
| Araka'eve | | | | | | |

4.Re'u haguerehe co'ava poha pa renandu raka'e mba'asy —si —no
5.sapy'antepa re'umi oyuapykueri una semana tera areve —Si —No
6.Sapyantepa rehecha kuaa nda'ikatuiha reico hese'y —Si—No
7.Sapy'antepa renenandu nde rsay re'u'i vegui tera reheyagui —Si —No
8.Rehecha kuaa pa sapy'ante reikoteveve ha jepivero guagui __si __no
9.Sapy'antepa rencha'a reheja hagua ha rehecha kuaa nda'ikatuiha__si __no

10.Re'uvo peteiva ko'ava pohapa re'u hendive tera uperire mi, peteiva ko'ava producto hysyiva ko kuatiape (Mostrar tarjeta # 1)
—alcohol —Nanembopy'aguapyva
—pastilla nanemengueva (Somnil) tera nanemopytu'uva
—Nanemo kyre'yva (Vitergil) —Marihuana
—Calmante (Novalgina) — sustancia nahetuva
—Umi nande kepe guaicha
ohechucava nandeve (Floripon)

—Cocaina
—Opio (morfina, codeina)
—Ambue sustancia
—Mavaveva

11.Mba'eichapa rejepokuaa reipuru ko'ava poha __injeccion
—hi'upy — ambue hendaaicha

12.Re'upa sapy'ante ko'ava poha
renandugui oguerii ndeve vy'a Si—No—

13.sapy'antepa re'u ko poha rembo[illegible] hagua ambue poha re'u va'ecue oyapo vaiva nde rehe Si-No— Mba'e pohapa—

**Pag.6. SEDANTES**

1.Mavapa ko'ava poha sedante,oiva kocuatiarehe (Mostrar Tarjeta #3)iporava nambohasa hagua nane nervio, re'u raka'e nde?

| | sapy'ante receta | | |
|---|---|---|---|
| | receta | receta'y | reheve ha upei |
| | reheve | rehe | hese'y |
| Valium | _ | _ | _ |
| Luminal | _ | | |
| Lexotanil | _ | | |
| Mitransil | _ | | |
| Solpan | _ | | |
| Sedazin | _ | | |
| Regulkex | _ | | |
| Optimit | _ | | |
| Pazinn | _ | | |
| Diazepan | _ | | |
| Tresanil | _ | | |
| Dormital | _ | | |
| Trapax | _ | | |
| Lorex | _ | | |
| Lembrol | _ | | |
| Scavosedan | _ | | |
| Ambue hesegua | | | |
| Mavaveva | _pase a pag. | | |

2.Mbovy anope pa re'u raka'e inepyru raite peteiva ko'ava poha receta'y rehe
— anos de edad

3.Mas o menos mbovy yey pa re'u ko'ava poha receta'yrehe

| | veces | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y mas |
| Nde rekovepe | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
| Doce meses ohasa ramovape | | | | | | |
| 30 ara ohasa ramovape | | | | | | |
| Araka'eve | | | | | | |

4.Re'ugui ko'ava pohapa onguahe ndeve mba'asy _si _no

5.Sapy'antepa renandu re'u remondoho'yrehe todos los dias petei semana tera areve —Si —No

6.Rehecha kuaa sapy'ante nda'ikatuiha reikovo hese'y —Si—No

7.Sapy'antepa renandu nde rasyha re'u'ivegui tera rehejagui ko poha Si—No-

8.Sapy'antepa renandu reikoteveha re'u hetave jepivero gagui —si—NO
9.Sapy'antepa reneha'a reheja hagua ha rehecha kuaa nda'ikatuiha —Si—No

## pag. 7. HIPNOTICOS

Mavapa ko'ava poha nanemongueva, onehenoiva hipnotico, ojecuaava jhysyi co cuatia rehe pa re'u raka'e (Mostrar Tarjeta #4)

receta receta'y sapy'ante receta reheve
reheve rehe upei hese'v

Rohypnol
Luminal
Somnil
Noctran
Imsomniun Parmox
Dormicum
Cero
Disomnilan
Loramet
Ambue ijoguaha
Mavaveva

2.Mbovy ano pa rereko raca'e inepyru raite re'u ramo guare ko'ava poha,Hipnotico nahenoiva receta'yrehe
___anos de edad

3.Mas o menos, mbovy yeypa re'u raka'e ko 'ava poha receta'yrehe:
veces

| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y mas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ko'ava 12 meses oha sa ramovape | | | | | | |
| Ko'ava 30 ara ohasa ramovape | | | | | | |
| Araka'eve | | | | | | |

_ pase a pag.

4. Re'ugui ko'ava poha pa oumi ndeve mba'asy Si—No—

5.Sapy'antepa re'u remondoho rehe todos los d'ias petei semana aya tera reve —Si—No

6.Sapy'antepa renandu nda'ikatuiha reikovo hese'y —Si—N05. 7.Sapy'antepa rerenenandu nde rasyha re'u'ivegui tera rehejagui —Si—No

8.Sapy'antepa renandu reikoteveve ha jepivero guagui Si—No

9.Sapy'antepa reneha'a rehejaitevo ha rehecha kuaa nda'ikatuiha
Si—No—

10.Re'uvo ko'ava poha, tera re'u pa riremipa re'u avei ko'ava producto jhysyiva ko cuatiape?
(Mostrar Tarjeta # 1)

_Alcohol
_Nanembopy'aguapyva,nanemombytu
_Pastilla nane mongueva(Somnil uva
_Nanemokyre'yva(Vitergil)
_Calmante (Novalgina)
_Opio (Morfina,Codeina)
_Ambue sustancia
_Mavaveva

_Marihuana
_Sustancia nahetuva (Fa.na)
_Nande kera pe guaicha ohechukava(Floripon)
_Cocaina

11.Mba'eichaguapa rejepocuaa reipuru: Injeccion—
Hi'upy —
Pitapy —
Ambue_____
especifique

12.Sapy'antepa re'u raka'e ko'ava poha ojapo poragui nderehe —Si—No

13. Sapy'antepa re'u raka'e rembohasa hangua ndejehegui ambue poha ojapo vaiva nderehe —Si—No

14.Sapy'antepa rejechuca doctorpe re'ugui ko'ava poha: Si—No—

**Pag.8.ESTIMULANTES**

1.Ko kuatiape jhysyi heta poha ojepurumiva oyeyoko hangua nembyahyi, tera omonndova topehyi, ome'eva tetia'e, onehenoiva estimulante (mavapa nde re'u raka'e:

| | receta reheve | receta'y rehe | sapyante receta reheve upei receta'y rehe |
|---|---|---|---|
| Anfetamina | ___ | ___ | _____ |
| Ritalina | | | |
| Obesin | | | |
| Emagrin | | | |
| Vitergil | | | |
| Tamilan | | | |
| Reactivan | | | |
| Pondinol | | | |
| Regental | | | |
| Ambue hesegua | mavapa_____ | | |
| Mavaveva | ___pase a pag. — araka'eve receta'yrehe | | |

2.Mbovy anopa rerteko raka'e re'uramo inepyruraite ko'ava poha nanembyetiave receta'yrehe —anos de edad

3.Mas o menos mbovy yeypa re'u ko'ava poha receta'yrehe
Nde rekovepoe

Ko'ava 12 meses ipaha ohasa va'ekuepe
Ko'ava 30 ara ohasa ramovevape

4.Reipurugui ko'ava pohapa renandumiva vy'ay, jepy'apy __Si__No

5. Oimepa semana tera aredve re'uha co poha remondoho'yrehe ko'e yey rehe

6.Sapy'antepa rehecha kuaa nda'ikatuiha reikovo hese'y

7.Sapy'antepa renandu nde rasyha re'u'ivegui tera rehejagui ko poha

8.Sapy'antepa rehecha kuaa reikotevevcha jepivero guagui__Si__No

9.Sapy'antepa reneha'a rejejoko chugui ha nda'ikatui __Si__NO

10.Re'uvo peteiva ko'ava poha pa re'u avei hovai peteiva ko'ava poha hysyiva co cuatiape?
(Mostrar Tarjeta # 1)
—Alcohol
—Pastilla nanemongueva (Somnil)
—Nanemokyre'yva (Vitergil)
—Calmante(Novalgina)
—Nanembopy'a guapyva, nanhemombytu'uva
—Marihuana
—Sustancia hetumby (Fana)
—Ku kerape guaicha ohechukava (Floripon)
—Cocaina
—Opio (Morfina, Codeina)
—Ambue sustancia
—Mavaveva

11.Mba'eichapa rejepokuaa reipuru ko'ava poha:__Injeccion__pitapy
__hi'upy
ambue_____
Especifique

12.Sapy'antepa re'u raka'e ko'ava poha renandugui ojapopora nde rehe
—si —no

13.Sapy'antepa re'u raka'e rembohasa hangua ndeyehegui ojapo vai hague nderehe ambue poha
__Si __No

**Pag. 9.BEBIDAS ALCOHOLICAS**

1.Re'upa raca'e bebida, vino, cerveza, whisky, peteiyey -si -no
Pasar a pag. 10.

2.Mbovy anope pa re'u nepyru raca'e vino —anos —araka'eve
cerveza —anos —araka'eve
whisky- —anos —araka'eve

3.30 ara ohasa ramovape pa oime ra'e mbovy yey re'u
(aty vy'a, aty ) re'u hague upeicha
Petei hyru tera hetave, vino —no —si — — — —
Tera mokoi hyru cerveza tera
mbohapy botella de 3/4 tera 6 latita

Tera 4 raya bebida imbareteva
(cana,wisky,ambue)
(tera 1/4 tera hetave cana) —no —si — — — —

4.Ko ano ipajha ohasa va'ecuepe pa —araka'eve
mbovy yey re'u peicha: —sa'ive petei yey

(1 hyru vino, tera 4 raya bebida imbare gui petei mes pe
teva, tera 2 litro cerveza) —petei yey 1 mes pe
—2 yey tera hetave
1 mes pe
5.Petei yeypa nderekovepe re'u peicha hetakue —si —no

6.Vaicha pa ndeve petei yey re'u rasa —Si —NO

7.Petei yeypa, ne rogaguape, tera ne amigope, tera
nde parroco pe reyogua cu re'u rasa miva —si —no

8.Sapy'apa rehejase bebida ha nda'ikatui

9.sapy'apa jho'a vai ndeve rembaapohape,tera renemoarandu hape,reca'ugui,upeicha re'u rembaapo hape, tera colegio pe, tera ne pore'y voi.

10.Reiko vaipa, renorairo, tera renemonambipa raka'e reca'u jave.

11.Ko tarjetape oi umi producto(mostrar tarjeta #1).Sapy'antepa re'u va'ecue peteiva re'u javepe, tera re'upa mi rire vino, cerveza, cana tera whisky —pastilla nanemongueva (Somnil) —Marihuan—Nanemokyre'yva (Vitergil) —Sustancia nahetuva (Fana)—Calmante (Novalgin—Ohechucava nande nadekepe guaicha opa mba'e(Floripon)—Nanembopy'aguapyva (Valium) —Cocaina —Opio (morfina,codeina)—Ambue sustancia—Mavaveva

12.Rejechucapa raca'e petei yey doctorpe tera ambue profesional pe re'ugui bebida oguerecova alcohol__Si__No

**Pag.s/n**

Ko'ava mba'e roporandutava nde ve ko'agui, ha oiva ko cuestionariope one'e jheta ambue droga rehe. Ko'anga rupi ningo onene'e mante ko'ava mba'erehe, upeverehe ndaheta mba'ei ojekuaa chugui hekopete, ha anete, heta mba'e oime jaikuaave va'era chugui kuera. Tekoteveteventema jaicuaa nane gente kuera remiandu droga rovai ha umi ha'ekuera oicuaamava chugui ha mba'eichapa one comporta nane retame.

Roha'aroite nde hegui remombe'une hagua oreve roporanduva ndeve. Upeverehe, rejuhu ramo porandu ne remomebe'u seiva, marave ndoikci, erente oreve ne remombe'useiha.

**Pag. 10. OPIACEOS**

1. Petei yeypa one kuave'e ndeve peteiva ko'ava ppoha oiva ko kuatiape.Mbovy ano pa rereko upero
Codeina —anos de edad
Codeina clorhidrato
Morfina sulfato
Opio elixir benzoica
Nunca le ofrecieron

2.Upero tera ambue yey pa ikatu reguahe re tantea peteiva ko'ava.
-No ( pasa a la pag.)
——Si mavapa——

3. Mbovy anopa rereko retantea ramo guare peteiva ko'ava sustancia
anos de edad____

4.Mas o menos mbovy yeypa reipuru ko'ava sustancia
Nde rekovepe
Koava doce meses ohasa ramovevape
Ko'ava 30 ara ohasa ramovevape

5.Re'uguipa ou ndeve peteiva mbaasy

6.Oimepa semana pukukue ter areve reipuru oso y rehe todos los dias

7.Sapyantepa rehecha kuaa nda'icatui reiko hese'y

8.sapyantepa renanandu nde rasy re'u'ivegui tera rehejagui

9.sapyantepa renandu reikoteveve ha jepiivero guagui

10.Sapyantepa reneh'a reheja hangua ha rehecha kuaa nda'ikatuiha

11.Oguerupa ndeve peteiva problema nde espiritupe ipuru

12.Ipurupa ogueru ndeve peteiva neko'oi vai nderogagua ndie, ne amigo, remba'apo hape, restudia hape

13.reipuruvo peteiva ko'ava sustancia , tera r'u pa mi rire re'upa avei peteiva ko'ava sustancia
Alcohol Sedante tera relajante (Valium)
Pastilla reke hagua (Somnil) Marihuana
Nanembyetiava (Vitergil) Sustancia hetumbyra (Fana)
Calmante (Novalgina) Cocaina
Opio
Ambue sustancia Mavapa_____
Mavaveva

15.Ko'ava 3 meses ohasa ramovapepa mbovu viru reipuru ko'ava sustancia rehe
___Guaranies
___No gasto

## Pag. 11 ALICINOGENOS

1.Mbovy ano para rereco raca'e inepyru raite onekuavee ramo guare ndeve peteiva ko'ava sustancia hysyiva ko kuatia rehe (Mostrar Tarjeta #6)
LSD tera ambue acido ___anos de edad
Floripon_tepe tera ambue__anos de edad
Hongos te pe tera ambue ___anos de edad
___araka'eve

2.Upero tera ambue yeypa ikatu reguahe retantea peteiva ko'ava sustancia?
__No (Pasa a
__Si

3.Mbovy ano pa rereko raka'e re'u ramo guare inepyru raite ko'ava sustancia (oime raeva)
____anos de edad
4.Mas o menos , py'yngue re'u ko'ava sustancia

| | Veces | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y mas |
| nde rekovepe | ___ | ___ | ___ | ____ | ____ | _____ |
| 12 meses ohasa ramovape | | | | | | |
| 30 ara ohasa ramovape | | | | | | |
| araka'eve | ___pase a pag | | | | | |

5.Ko'ava poha yepuru pa ogueru ndeve peteiva problema nde espiritupe, vy'a'y, tekora'y, vy'ay __SI__NO
6.Sapy'antepa rehecha kua reikoteveha hetave jepivero guagui? __SI__NO
7.Co'ava poha re'ugui pa ou ndeve neko'oi ivaiva nde rogagua ndive, ne amigo kuera ndive, rembaapo hape tera restudia hape?
__SI__NO
8.Sapy'antepa renandu nde rasy re'u'i ve gui tera rehejagui ko'ava poha? __ SI__NO
9.Sapyantepa reipuru mocoi semana tera areve ko'e yey rehe __SI__NO
10.Sapy'antepa renandu nda'icatui ha reiko hese'y __SI__NO
11.Sapy'antepa reneha'a reheja hangua ha rehecha kuaa nda'icatuiha? __SI__NO
12.Re'ugui pa onguahe ndeve peteiva mbaasy? __ SI__NO
13.Re'uvo peteiva ko'ava sustanciapa re'u avei hovai tera uperiremi, peteiva ko'ava poha hysyiva co kuatiarehe
__Alcohol
__Pastilla nanemongueva (Somnil) __Nanembopy'aguapyva, nanemomby
__Nanembyetia'eva (Vitergil) tu'uva (Valium)
__Calmante (Novalgina) __Marihuana
__Sustancia nahetuva (Fana)
__Kerape guaicha ohechukava
(Floripon
__Cocaina
__Opio (Morfina, Codeina)
__Ambue sustancia
__Mavaveva
14.Onguahemivapa ndeve alucinacion, ku nde kerape guaicha rehecha pa rei opa mba'e, renepyru mboeve voi re'u umi sustancia?
__SI __NO

15.Oychupa ndeve accidente, ikatu transitope, peteiva ko'ava poha ne monga'u javepe?
__SI__NO

## Pag.12.OPIO

1.Sapy'antepa onekuave e ndeve opio, heroina tera Tengesic?Mbovy anopa rereko upero
__Anos de edad
__Araka'eve
Sapy'antepa retantea peyteiva ko'ava producto:(Mostrar Tarj.#8)
Opio ( pasta) __
Opio (polvo) __
Heroina
Tengesic
Codeina
Codeina clorhidrato
Morfina clorhidrato
Morfina Sulfato
Opio elixir benzoica
Araka'eve __

3.Mba'eichapa reipuru?
__Repita
__Rehetu, ne pytuhe heseve
__Ambue hendaicha
__Re'u/resyryku
__Remoi injeccion

4.Mas o menos, mba'eichapa py'yingue re tantea peteiva ko'ava sustancia:
nde rekovepe
ko'ava doce meses ohasa ramoveva'ecuepe
ko'ava 30 ara ohasa ramove va'ecuepe
araka'eve
5.Ko'ava sustancia jepurupa ogueru ndeve peteiva problema ne aga pe, vy'ay, neko'oi, jepy'apy
6.Sapy'antepa renandu reikoteveve jepivero guagui
7.Reipurugui ko'ava productopa onguahe ndeve neko'oi ivaiva nde rogaguandie, ne amigo kuera ndie, rembaapo hape tera restudiahape.
8.Sapy'antepa renandu nde rasy reipuru'i vegui tera rehejagui
9.Sapy'antepa reipuru ko'e yey rehe mokoi semana tera areve oso'y rehe
10.Sapy'antepa renandu nda'ikatuiha reiko hese'y
11.Sapy'antepa reneha'a rehejavo ha rehecha kuaa nda'ikatuiha
12.Reipuruguipa reguahe renandu peteiva mbaasy

13.reipuruvo peteiva ko'ava sustancia pa reipuru hovai tera uperiremi peteiva ko'ava producto hysyiva ko kuatiarehe?
Alcohol
Pastilla nanemongueva (Somnil)
Nanembyetia'eva (Vitergil)
Calmante (Novalgina)
Nande kerape guaicha ohechu
kava nandeve (Floripon)
Cocaina
Opio (morfina,codeina)
Ambue sustancia
Mavaveva
Nanembopy'a guapyva, nanemomby
tu'uva (Valium)
Marihuana
Sustancia nahetuva (Fana)
14.Ko mespepa, mbovy viru reipuru rejogua hangua ko'ava sustancia
_____Guaranies
---------- Ndoipurui

**Pag.10.MARIHUANA-HACHIS**

1.Mbovy ano pa rereko raca'e inepyruraite onecuave'e ramo guare ndeve marihuana?
__ano
__araka'eve no ne cuave'ei
2.Upero tera ambue yey (ikatupa reguahe retantea?)
__Si
__No
3.Mbovy anopa rereko raka'e retantea nepyru ramo guare marihuana?_
__anos de edad
4.Mas o menos, mba'eichapa py'yngue re'umi marihuana:

| | veces | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nde rekovepe | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y mas |
| 12 meses ohasa ramovape | | | | | | |
| 30 ara ohasa ramovape | | | | | | |
| araka'eve | | | | | | |

5.Reipurugui marihuana pa ou ndeve propblema, vy'a'y, yepy'apy--si--no
6.Sapyantepa rehecha cuaa reicoteveveha jepivero guagui--si--no
7.Oguerupa ndeve raka'e neko'oi nde rogaguandie, ne amigo kuera ndive, tera rembaapo hape, tera restudiahape? --Si--No
8.Sapy'antepa renenandu nde rasy re'u 'i vegui tera nde re'uveigui marihuana?
9.Sapyantepa oime mocoi semana tera areve re'u hague marihuana co'e yey rehe --Si--No
10. Sapy'antepa rehecha kuaa nda'icatuiha reico marihuana'y rehe?
--Si-- No
11.Sapy'antepa reneha'a rejavo marihuana ha rehecha cuaa nda'icatui ha
__Si__NO
12.Re'ugui marihuana pa renandu peteiva angata __SI __NO
13.Re'ugui marihuanapa rereko raka'e neko'oi nde rogaguandive, ne maigo, rembaapohape restudiahape --si --no
14.Re"uvo Marihuana, tera re'uparire pa re'u avei peteiva co'ava producto oiva co cuatia rehe? (Mostrar Tarjeta # 1)
__Alcohol __Nanembopy'a guapyva,nanemom
__Pastilla nanemongueva (Somnil) bytu'uva(Valium)
__Nanembyeti'aeva (Vitergil) __Sustancia nahetuva(Fana)
__Calmante (novalgina) __Kerape guaicha ohechucava (Floripon)
__Cocaina
__Opio (Morfina,codeina)
__Ambue sustancia
__Mavaveva
15.Mbovy cigarrillo marihuana guiguapa repita petei arape cu repitapy'yve ro reiconi?
___#cigarrillo diarios
16.Ko'ava mbohapy mes ohasa ramovape pa mbovy nde reipuru viru marihuana rehe
_____Guaranies
__Mbovyve
17.Ko'ava 12 meses ohasaramovevape pa reikuaa petei mava oipuruva marihuana
--avavepe --petei angyru teete --che rembikuaa
--pariente --vecino --ambue(mavapa)

## Pag.14.INHALANTES

1.Mavaite pohapa oiva ko kuatiape ho'a nde pope ku ikatu haguaicha ne pytuhe tera rehetu renandu hangua mba'epa oyapo nande rehe?
Nafta tera liquido encendedorpe guarava __
Esmalte pyape rehegua oipe'ava, tinner, pintura __
Goma nambojaha (Fana) __
Laca, tera liquido omboycuva pintura __
Eter tera ambue nanemongueva (anestesico) __
Liquido jaipe'aha mancha, ky'a __
Liquido namboye'o ha maquina de escribir pypore __
Lanzaperfumes __
Ambue ijoguaha __
Mavaveva __

2.Mbovy anopa rereko raka'e inepyru raite rehetu hangua upeara?
___anos de edad

3.Mas o menos , mba'eichapa ipy'yigue ikatu raka'e rehetu, ne pytuhe peteiva co'ava sustancia :

| | veces | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40ymas |
| nde rekovepe | | | | | | |
| ko'ava doce meses ohasa ramovevape | | | | | | |
| ko'ava 30 ara ohasa ramovevape | | | | | | |
| araka'eve | | | | | | |

Pase a pag

4.Ko'ava sustancia jepurupa ogueru ndeve ne anga pe peteiva problema, vy'a'y, neko'oi, yepy'apy
5.Sapy'antepa rehecha kuaa reicoteveveha jepivero guagui
6.Reipuruguipa ou ndeve neko'oi ivaiva nde rogagua ndive, ne amigo kuera ndive, rembaapo hape tera restudia hape?
7.Sapy'antepa renandu mbaasy reipuru'ivegui tera rehejagui co'ava sustancia
8.sapy'antepa rehetu ko'e yey rehe mokoi semana tera areve remondoho'y rehe?
9.Sapy'antepa rehecha kua nda'ikatui ha reico hese'y
10.Sapy'antepa rencha'a repoi hangua chugui ha rehecha kuaa nda'ikatuiha?
11.Reipurugui ko'ava sustanciapa ou ndeve mbaasy peteiva

12.Reipuruvo peteiva ko'ava sustancia pa re'u avei hovai peteiva ko'ava hysyiva ko kuatiarehe (Mostrar Tarjeta# 1)
__Alcohol __Nanembopy'a guapyva,nanemom
__Pastilla nanemongueva (Somnil) bytu'uva (Valium)
__Nanembyetia'eva (Vitergil) __Marihuana
__Calmante Novalgina) __Ku nande kera pe guaicha ohechukava(Floripon)

__Cocaina
__Opio (Morfina Codeina)
__Ambue sustancia
__Mavaveva

## Pag.16.Cocaina-Polvo y PBC

1.Sapy'antepa one kuave'e ndeve cocaina he'iha (yaaspirava tera japitava)?Mbovy anopa rereko upero?
___anos de edad
___Araka'eve
2.Sapy'antepa re tantea cocaina, yaaspirava tera yapitava? Mbovy anope?
____Anos de edad
____Araka'eve (Pasa pag.)
3.Mba'eichapa reipuru?
___reraha nde pyture
___repita
___remoi injeccion
___Ambue hendaicha
4.Mas o menos mba'eicha py'yigue reipuru
nde rekovepe
12 meses ohasa ramovevape
30 ara ohasa ramovevape
araka'eve (Pasa a pag.)

5.Cocaina reipuruvapa ogueru ndeve peteiva problema ne angape, vy'a'y, neko'oi, yepy'apy
6.Sapy'antepa rehecha kua reikotevevcha jepivero guagui
7.Cocaina jepurupa ogueru ndeve neko'oi ivaiva nde rogaguandie, ne amigo kuera pa'ume,rembaapohape tera restudiahape?
8.Sapy'antepa renandu nde rasy reipuru'i vegui tera rehejagui cocaina?
9.Sapyantepa reipuru mokoi semana tera areve remondoho'y eterehe?
10.Sapy'antepa renandu nda'icatuiha reiko hese'y
11.Sapy'antepa rencha'a reheja hagua ha rehecha kuaa nda'ikatuiha
12.Sapynatepa ogueru ndeve peteiva mbaasy?

13.Reipuruvo cocaina pa re'u hovai tera uperiremi peteiva ko'ava producto hysyiva ko kuatiarehe?(Mostrar Tarjeta # 1)
Alcohol Nanembopy'a guapyva, nanemom-
Pastilla nanemongueva ( Somnil) bytu'uva (Valium)
Nanembyetia'eva (Vitergil) Marihuana
Calmante (Novalgina) Sustancia nahetuva (Fana)
Kepeguaichaohechukava-Floripon-

Opio (Morfina, Codeina)
Ambue sustancia
Mavaveva
14.Eremi oreve mba'e forma oguereko pe cocaina repitava (PBC,pitillo,bazuco)
__opita pety ndie __opita ambue sustancia ndie
__opita marihuana ndie __araka'eve ndoipuri upe ojepitava
__opita mokoive hendaicha
15.Mba'eichapa ohenoi hikuai pe cocaina ojepitavape_____
16.Mbovypa petei arape reipuru cocaina ku hetave reipururamo ra'e
-Polvo hetumbyra —gramos —pasta ojepitava —cigarrillo
...Ko'ava 12 meses ohasa ramovevape pa reikuaa petei mava oipuruva cocaina
—avave —amigo anguiete —che rembikuaa
—petei che rogagua —vecino ambue(avapa)
15 Ku reipuru hetave javepe pa mbovy reipuru por dia pe cocaina jarahava nande pyturehe(Clorhidrato)
___gramos
___otr. unidad (especifique)

16.Mbovypa reipuru cocaina ( japitava tera yaaspirava) ko'ava 30 ara ohasa ramovevape?
____gramos
____Otra unidad (especifique)

## Pag.17. OTRAS SUSTANCIAS

1.Sapy'antepa reipuru ambue sustancia ku renandu ambuemi hagua,tera renemoi hagua a la moda, ha ne'irava gueteri jahecha ko'anga ko'ape
___Si
___No

2.Mba'eichapa ombohera, peva tera umiva katuinte nanegente kuera (poha ramo, ere pe hera onehepy me'cha)

_____

3.Mba'epa onnaduka ndeve pe producto?

4.Mas o menos mba'ichapa py'yigue reipuru umi producto?
nde rekovepe
12 meses ohasa ramovevape
30 ara ohasa ramovevape
araka'eve Pasa a la pag.

5.Oguerupa ndeve umi producto yepuru peteiva propblema ne aga pe, vy'a'y, neko'oi, jepy'apy
6.Sapy'antepa renandu reikoteveha re'u hetave jepivero guagui?
7.Sapy'antepa ipuru ogueru ndeve peteiva problema ipohyiva ne rogaguandie, ne amigo kuera pa'ume, rembaapohape, restudiahape?
8.Sapy'antepa renenandu nde rasyha reipuru'i vegui tera rehejagui?
9.Sapy'antepa reipuru remondoho'y rehe ko'e yey rehe mokoi semana tera areve
10.Sapy'antepa renandu nda'ikatuiha reiko hese'y
11.Sapy'antepa reneha'a reheja hagua ha rehecha nda'ikatuiha
12.Sapy'antepa ipuru ogueru ndeve peteiva mbaasy

13.Reipuruvo umi sustanciapa, hovai, tera uperiremi, reipuru avei peteiva ko'ava producto hysyiva ko kuatiarehe (Mostrar Tarjeta# 1)

Alcohol Nanembopy'aguapyva,nanemombytu'uva
Pastilla nanemongueva (Somnil) Marihuana
Nanembyetia'eva (Vitergil) Sustancia hetumby (Fana)
Calmante (Novalgina) Ohechuca ha ohendukava nandeve oiko'yva (Floripon)
Cocaina
Opio (Morfina ,Codeina)
Ambue sustancia

## Pag.18. CONOCIMIENTO

1.Ko'ava sustancia ha'etava ndegui pa ikatu eremi cheve umi ikatuva nane envicia.Ja'ese, umi ya'u rasa ramo nda'ikatuvei jaheja.

Marihuana Opio
Pastilla nanemongueva Floripiondio
Cocaina Gaseosa
Whisky Pety
Cana
Cerveza

2.Ministerio de Salud Publica onatende hina heta problema nanembyaiva nane retame.Ko'ava ha'etava ndeguipa maa vaicha ndeve onemotenonde va'era ivaivegui «

—Problema de nervio —Dengue —Alcoholismo
—colera —drogadiccion —Sida

Nota para el encuestador: Las preguntas 3 y 4 solo se aplican a menores de 25 anos

3.Jhi'a roikuaa reimepa de acuerdo ko'ava opinion a leetava ndeve ndive:

Petei ombaaposeva Petei fiestape nda'ipori
ikatu ojuhu ombaapo pora ramo cerveza ojaburrita
hagua mante umi mitaruzu, oi hen
dape
Rereko ramo problema Cunanguera oyepokuaa ho'u
iporante renembyesarai poha nervio pe guara
chugui
Ikatu hangua rejuhu mbaapo Oi hendape umi mitaruzu kuera
iporava tekoteve reike cole petei yey jepe otantea ramo ma
giope rae marihuana

Estudiope ja perderei nane Haimete opavaite mita ruzu
tiempo omoko tuicha pora co barriope
Ja goza hagua ande rekovepe Umi mita ruzu oipuruva droga
ko tekoteve sapy'ante jaja sapy'a py'a tekove o je trata
pyharami pe oje prohibiva

Nda'ipori iporaveva jahasa Na taneta marihuana petei mkoi
pora ko'anga jajepy'apy'y ndoguerekoi peligro guasu
rehe.
Oi hekoitepe umi mitaruzu Jaipuru cocaina jaje diverti
oneno ramo kuna ndive omen hagua ndojapo vairi nande rehe
da mboeve yaipuru kuaa ma guive.

4.Ko'ava mba'e oiva ko'ape guipa mba'e ndeve guara inimportanteve:

Tove ta ikatu jajogua opaite mba'e jaipotaveva
Tove ta jareko heta viru
Toi democracia nane retame
Jaikove problema'y rehe
Tove to mejora co nane economia nane retame
Opva mita ruzu tove tojuhu petei oportunidad ijupe guara

**Pag.19.DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

1.Emoi cunapa tera cuimba'e remba'e poranduha
__cuimba'e
__cuna

2.Mbovy anopa remboty ko ipahaite nde ara yvotype pe?
__anos

3.Moopa henoi nde rekove?
Teta_____
Departamento_____
Tava (ciudad o pueblo)_____

4.Moopa reikove areve pe 12 anos rembotypeve
Teta_____
Departamento_____
Tava (ciudad o pueblo_____

5.Emombe'umi ndepa remendava tera pa mba'e
__omendava __divorciado
__aconcubinado,amancebado __soltero
__viudo

**Pag.20.NES**

Umi seis meses ipahaitepa rejapo tembiapo oyepagava ndeve
NO __Ama de casa
__ostudiava
__jubilado
__oikove de renta
__ndojuhui hembiapora

SI #Mba'epepa ombaapove ra'e
__Patron, sambyhyhara, gerente mbaapoha tuichavape, particular tera del estado.(Oi hetave 50 mbaapohara gui, empleado)
__Mburuvicha guasu militar tera policia
__Kokue tera estancia tuichava jara

__Doctor tera profesional oguerekova tembiapo peteiva
__Mbo'ehara universidadpe

**Pag.21.NES-JF**

Umi seis meses ipaha ,?jefe de familia ombaapo tembiapo ojepagavape?

NO: __jubilado
__oikova de renta
ndoguerekoi empleo

SI: Mba'epepa ombaapo ve raka'e
__Jara, sambyhyhara,gerente empresa particular tera del estadovape (omba'apo hape iguyguio 50 mbaapo hara)
__Mburuvicha guasu , militar tera policia
__Kokue guasu tera estancia jara

__Profesional universidad pe ojapova petei tembiapo inambueva
__Mbo'ehara universidad pe

__Empresa ndatuichaiteiva jara, comerciante, hotel jara, restaurant tera mba'yru porogueroyava jara (iguyguio oguerekova 5 mbaapohara)
__Oficial profesional ostudia karape va'ecue tera ambue ombaapova aconchavado(Agrimensor, tecnico electronico, actor, decorador, periodista, enfermera, partera)
__Mbo'ehara escuelapetera colegiope

__Oficial, profesional ostudia karape va'ekue, tera ambue, ombaapova ijehegui
__Empresario'i, comerciante, artesano (5 mbaapohara peve)

__Jefe, supervisor, capata (jefe de correo, de estacion,de ventas)
__Empleado administrativo, vendedor, (Agente de bolsa, secretaria,visitador medico)
__Suboficial, FFAA tera policia)

__Mbaapohara ostudia va'ecue ombaapova ijehegui (bordadora, moditsa, zapatero, mecanico, carpitero, azulejista,plomero,encuadernador, trasportista,, artesano)
__Mba'apohara ikatupyryva(umi ya'e va'ekue ha avei, cartero, guarada de tren, manicura,mozo, chfer, hilandero,camisero, tornero)
__Obrero nonembokatupyryi va'ekue ( peon de limpieza,deposito, ordenanza, changador,sereno,lavaplatos,etc.)
__Ombaapova aconchavado ogapype
__Ohepyme'eva taperehe
__Ohepyme'eva mercadope

__Omba'apova opa mba'e reipe

Mba'e gradopevepa iyyvateveva ostudia raa'e jkefe de familia?
__Mavaveva 2o.grado peve
__Primaria opa'yrehe
__Primaria hu'aitepeve
__Colegio opaite'yrehe
__Colegio ipahapeve
__Universidad opa'yrehe
__Universidad opahapeve

**Pag.22.Salud General**

Ko'apeve nane'embaite umi mba'e jaikuaaseva arandu ha marandu jarekova umi sustancia kuera rehe.Ha opavoma nanemieta umi inepyru raitepe nane'e hague ha imandu'ava mbaasy, pila'i, nenandu vai, trastorno rehasa kuaava'ekue ramoitente.

1.Renenadupa nde kaigue, ne canguy, nde pila'i reitente __Si__NO
2.Umi 30 ara ohasa ramovevape pa renenandu ne mba'e mbyasy mante?
3.Ko'ava 3o ara ohasa ramovevapepa, ne rase rei, ne rasese py'yinte?
4. Umi ne rembiapo arapoe guapa ogueru ndeve problema tera sufrimiento, teki asy?

5.Nde py'a mokoipa ku reyapotaro sonsera rei jepe?
6.Hasypa ndeve rejapo hangua ne rembiapo
7.Vaichapa ndeve reneha'a mba rei reipotagui oimeraeva mba'e nde rekovepe?
8.Ndoguerekoveipa ndeve importancia mba'evente?
9.Vaichapa ndeve osevaipa ndeve opa mba'ente?
10.Oikepanakame reipe'avo nde rekove ndejehegui)

Ame'ese ndeve aguyje nde py'aite guive reneha'a haguerehe remombe'u hagua chjeve aporanduva guie ndeve,ha upekuevo ayerurese ndeve mba'epa nde ere ko'ava mba'e rasa inimportanteva.
Ndeve ro guarapa mba'e ikatu jajapo iporaveva nahenonde'a ojepyso mboyve nane retame ko droga tera sustancia yepuru?

ANOTACIONES DEL ENCUESTADOR

12....._____

# MANUAL DEL ENCUESTADOR

---

**A. Aspectos Generales:**

1) Sobre la investigación:

El presente manual está destinado a servir de guía a supervisores y encuestadores de la investigación para la aplicación correcta de cada una de las preguntas del cuestionario sobre salud y hábitos tóxicos.

El objetivo de esta investigación es llegar a conocer la extensión y las características que tienen los hábitos de consumo de las siguientes sustancias psicoactivas:

| | |
|---|---|
| **Tabaco** | **Marihuana** |
| **Aspirina** | **Alucinógenos** |
| **Bebidas Alcohólicas** | **Inhalantes** |
| **Analgésicos** | **Opio** |
| **Sedantes** | **Heroína** |
| **Hipnóticos** | **Opiáceos** |
| **Estimulantes** | **Cocaína** |

En forma complementaria interesa también explorar otros aspectos vinculados con el ámbito de la salud, así como con creencias y opiniones asociadas al uso de sustancias psicoactivas.

El cuestionario que Ud. va a aplicar tiene como finalidad obtener respuestas de máximo interés sobre síntomas específicos. Se debe crear una atmósfera de entendimiento poniendo cuidado incluso en la entonación con que se hacen las preguntas, demostrando una actitud amigable y sencilla.

Los resultados del cuestionario permitirán un análisis estadístico, por lo tanto los datos deben obtenerse de manera uniforme en todas y cada una de las entrevistas.

El Paraguay, como país bilingüe, incorpora en su hablar cotidiano el español y el guaraní. En algunos casos, para una mejor comunicación entre el encuestado y el encuestador será necesario seguramente utilizar ambos idiomas, y en otros sólo uno de ellos. Para este fin se ha dispuesto que el encuestador disponga de una versión en cada idioma.

2) Sobre el encuestador:

Su selección como encuestador de este estudio tiene unos aspectos que es necesario considerar aquí para una mejor comprensión de su participación en este estudio.

La investigación que llevaremos a cabo sobre salud y hábitos tóxicos es parte de un esfuerzo internacional de un grupo de países pioneros que desde 1987 están poniendo su esfuerzo para llegar a contar con un diagnóstico continental sobre estas materias. Paraguay se ha incorporado a este esfuerzo y los resultados que se obtengan aquí serán tomados como referencia para los próximos estudios que se realicen en otras regiones de América Latina.

El tema sobre el que trabajaremos, salud y hábitos tóxicos, es un tema que ha despertado enorme interés en el Paraguay. Un estudio como el presente será la base y el fundamento de los programas de prevención que se lleven a cabo en los próximos años, tanto del sector educación como el de salud.

Su participación como encuestador es fundamental para alcanzar estos propósitos. No hay estudio posible si el encuestador está insuficientemente preparado o no está convencido de lo que va a hacer. Como una forma de iniciar esta capacitación vamos a considerar las siguientes notas que definen aspectos claros de la entrevista y que fueron tomadas como referencia de los otros estudios de los países que han participado hasta ahora. En este caso, del estudio realizado por J. Jutkowitz en el Perú.

**LA ENTREVISTA**

La entrevista es un modo de obtener información a través de preguntas que se efectúan a las personas idóneas para contestarlas. Completar una entrevista con éxito es un arte y como tal no debe tratarse como un proceso mecánico. Debe ser ejecutada como una conversación normal entre dos personas; sin embargo, es necesario observar varias reglas básicas para su buen éxito.

## 1. La técnica de la entrevista

Algunos aspectos importantes que se deben tener en cuenta durante la entrevista son los siguientes:

- Ganar acceso a la persona entrevistada. El encuestador y la persona entrevistada no se conocen. Por ésta razón el encuestador debe ganar la confianza y la cooperación del entrevistado en muy poco tiempo.

- El entrevistador debe vestirse en forma apropiada, siempre cuidando de dar una buena impresión al entrevistado.

- La primera impresión de la apariencia del encuestador y las primeras acciones que realice y palabras que diga son de vital importancia para ganar la cooperación del entrevistado. Una vez que se encuentra en presencia del entrevistado, lo primero que debe hacer el encuestador es presentarse amablemente, indicando el nombre de la institución para la cual trabaja y lo que desea de la entrevista.

- Es importante conseguir un contacto inicial positivo.

- No es conveniente usar palabras como: ¿Está Ud. muy ocupado?, ¿Puede concederme unos minutos?, o "¿Podría contestarme algunas preguntas?". Preguntas como éstas invitan al rechazo.

- Es mejor utilizar una fórmula que invite a la aceptación "Me gustaría hacerle una preguntas ...".

## 2. Carácter privado de la entrevista

Es muy importante que la entrevista se realice en privado y que todas las respuestas sean dadas por el mismo entrevistado. La presencia de otras personas que puede interferir y en consecuencia se corre el riesgo de obtener respuestas poco sinceras.

Es conveniente explicar al entrevistado que las preguntas son de carácter privado y preguntarle cuál es el mejor lugar para estar en privado. Si alguna otra persona no entiende la necesidad de la privacidad de la entrevista y no deja solo al entrevistado, el entrevistador debe usar su tacto e ingenio para tratar de quedarse a solas con el entrevistado.

Hay varias maneras de buscar la privacidad requerida para la entrevista. Una de ellas es pedirle al entrevistado que convenza a las otras personas que le dejen a solas con el encuestador. Otra es explicar la necesidad de que el entrevistado esté en privado y pedirle luego a la otra persona que los deje a solas de la manera más cortés posible.

## 3. Confidencialidad de las respuestas

Antes de hacer la primera pregunta, el entrevistador debe explicar que la información que se proporciona es secreta y que no se publicarán nombres de personas en ningún caso, y que toda la información recopilada se utilizará para preparar un estudio en base a los datos estadísticos. Se hace esa explicación a través de la lectura de un párrafo introductorio del cuestionario.

Por ningún motivo se debe mostrar cuestionarios llenos a otros encuestadores o supervisores, en presencia del entrevistado u otra persona.

**Neutralidad**

El cuestionario ha sido diseñado cuidadosamente para evitar la posibilidad de sugerir respuestas al entrevistado. Por lo tanto, resulta sumamente importante que el encuestador se mantenga NEUTRAL respecto al contenido de la entrevista.

Si el encuestador no tiene cuidado en leer la pregunta completa, tal como aparece escrita, puede destruir esa neutralidad.

- Cuando el entrevistado responde de una manera vaga o ambigua, jamás se asumirá lo que quiere dar a entender, diciendo por ejemplo: "Supongo que usted quiere decir ...", en cambio debe tratarse de indagar de una manera neutral, preguntando por ejemplo: "¿Puede explicar un poco más?", "No pude oír bien lo que dijo",, "Podría repetir de nuevo", "No hay prisa, tómese todo el tiempo para pensar".
  Nunca se debe dar a entender, ya sea con la expresión del rostro o por el tono de la voz, que el entrevistado ha dado una respuesta incorrecta o errónea.

- Muchas veces el entrevistado puede preguntar al encuestador su opinión o puntos de vista. El encuestador debe sugerirle que "su opinión es la que tiene valor para la encuesta"; pero que después de la entrevista puede dedicarle algunos minutos para conversar si así lo desea.

- Si el entrevistado vacila en responder alguna pregunta o se niega a hacerlo, debe tratar de vencer esa resistencia, explicando una vez más la naturaleza confidencial o secreta de la información y que en la encuesta están participando personas de todas partes del país.

  Si a pesar de ello, se niega a contestar, colocará la nota *rechazo* junto a la pregunta que no desea contestar y continuará normalmente. Una vez que se ha completado la entrevista con éxito, debe tratar de obtenerse la información que falta, cortésmente.

**Control de la situación de la entrevista**

# El encuestador es quien dirige la entrevista y por lo tanto, él debe controlar la situación. En algunos casos, especialmente de personas educadas o de mayor edad, es posible que se ponga en duda la autoridad del encuestador para hacer ciertas preguntas. Es conveniente explicar al entrevistado que el encuestador ha sido entrenado para esa tarea y que su labor consiste en hacer preguntas de esa naturaleza.

# Si el entrevistado da respuesta de temas ajenos o habla de asuntos que no tienen que ver con la entrevista, no es necesario que se le interrumpa; pero en la primera oportunidad, con mucho tacto, haga de nuevo la pregunta.

# Es necesario mantener un buen ambiente durante la entrevista. Cuando el entrevistado encuentra en el encuestador una persona amable, simpática e interesada en el tema y que no se intimida, estará más inclinado a responder sin reparos.

**Tratamiento con las personas indecisas**

En muchas ocasiones, el entrevistado simplemente responderá "No sé", dará una respuesta irrelevante, negará lo que ha dicho anteriormente, o rehusará contestar preguntas. En estos casos, el encuestador se mostrará atento a los motivos o razones de tal comportamiento y luego le dará confianza y lo hará sentirse más cómodo antes de continuar con la siguiente pregunta.

Si un entrevistado parece contradecir algo que dijo previamente, el encuestador tiene que tener cuidado y no expresar incredulidad o descontento. En estos casos, hay que indagar buscando clarificar la discrepancia y revisar, si fuera necesario, la codificación de las respuestas previas.

Ante respuestas "No sé" hay que animar al entrevistado para que haga un esfuerzo para recordar; por ejemplo, en edad de inicio de consumo se podría decir "trate de recordar aunque sea una fecha aproximada". Si aún así no recuerda, en el espacio correspondiente hay que escribir " " (Código correspondiente a "Sin Información").

**Entrevista: Arte de hacer preguntas**

Naturalmente, este arte sólo puede adquirirse con la práctica, pero existen ciertos aspectos básicos que se deben tomar en cuenta además de los ya señalados.

*a) No cambiar palabras ni el orden de las preguntas*

Es importante que el encuestador haga las preguntas exactamente como están redactadas en el texto, con las mismas palabras y en el orden en que aparecen en el cuestionario.

Si se altera el lenguaje, se puede también alterar el significado de la pregunta. Si el entrevistado no ha comprendido la pregunta debe repetirla despacio y claramente. Si todavía el entrevistado no parece comprender, debe expresar la pregunta en otra manera, teniendo cuidado de no alterar el sentido de la pregunta original. En todo momento se debe procurar no afectar la neutralidad de la entrevista.

*b) Indagar sobre respuestas incompletas o no satisfactorias*

Puede suceder que ciertas preguntas dadas por el entrevistado no sean satisfactorias desde el punto de vista de la encuesta. Puede que sea incompleta o fuera de propósito, o que el entrevistado sea incapaz de responder una pregunta.

En tales casos, con el fin de obtener una respuesta adecuada, debe hacer algunas preguntas adicionales. Este procedimiento se denomina "indagar" o "sondear". Para ello deberá usarse palabras que sean neutrales y no aquellas que invitan a dar respuestas determinadas.

Para producir respuestas diferentes al "Sí" o "No" y para evitar toda sugerencia o indicación, se usan las preguntas "no-direccionales". Se llaman así porque no sugieren algún tipo de respuesta.

Al efectuar una encuesta, una de las dificultades más comunes es que el entrevistado le preste atención sólo a una parte de la pregunta, entonces su respuesta no es la adecuada. Es esencial asegurarse que el entrevistado entendió el significado de toda la pregunta y que no se limita a responder sólo a una parte de ella. Para controlar la comprensión del entrevistado, el encuestador puede utilizar preguntas adicionales no-direccionales:

Ejemplos:
- ¿Sí?
- ¿Algo más?
- ¿Me podría dar un ejemplo?
- Repetir lo último que dijo el entrevistado (Ej.: "Usted dijo que vió al médico).
- ¿Podría darme más detalles?

Estas preguntas ayudan al entrevistado a dar ejemplos concretos de la experiencia sobre la que se le pregunta. Pueden usarse todas las veces que el encuestador tenga dudas acerca de si el entrevistado entendió o nó la pregunta.

*c) Error de asumir cosas por adelantado*

Los entrevistados tienen diferentes antecedentes de origen socioeconómico y educacional; de personalidad, actitudes, etc. Es posible que vivan en ambientes y situaciones muy diferentes del lugar de donde procede el encuestador. Esto no lo debe llevar a asumir respuestas o formarse expectativas.

No debe asumir o sugerir respuestas en razón del aparente nivel cultural del entrevistado. Si la situación lo requiere, deben hacerse preguntas de "sondeo".

A veces los encuestadores desarrollan de entrada, cerca del comienzo de la entrevista, una fuerte imagen sobre cuál es el estilo de vida o la mentalidad de la persona encuestada y se convencen que pueden anticiparse y predecir respuestas negativas para algunas preguntas. En este caso, pueden tratar de saltearlas o de presentarlas anteponiendo una frase como "Sé que probablemente éste no sea su caso, pero ... ". Es muy importante no dar por sentado tales presuposiciones y evitar la tendencia a inducir respuestas negativas como consecuencia de introducción de comentarios de este tipo.

Por otro lado, a veces las personas entrevistadas responden a lo que ellos creen que el encuestador les va a preguntar, imaginando una pregunta a partir de alguna palabra que cautivó su atención. En otras ocasiones interrumpen y contestan la pregunta antes de que el encuestador termine de formularla. Si esto sucede, hay que leer la pregunta nuevamente y asegurarse que el entrevistado la escucha hasta el final. El encuestador no tiene que presuponer que las respuestas prematuras responden a la pregunta tal como está escrita. Por eso, tan importante como formular las preguntas tal como están es *escuchar las respuestas con mucha atención*. Escuchar con atención ayuda a detectar este tipo de interpretaciones equivocadas.

Los encuestadores tienen que tener presente que una contestación no siempre implica una respuesta pertinente. Las respuestas se obtienen sólo cuando el entrevistado comprende la intención de la pregunta y responde apropiadamente.

A veces es posible que el entrevistado crea que su punto de vista no va a ser comprendido, o que el encuestador no aprobará sus respuestas. El encuestador no sólo debe evitar hacer conocer sus propias expectativas, sino que además debe ser sensible a las expectativas del entrevistado. Debe hablar y comportarse de manera tal que el entrevistado se sienta cómodo y no provoque desánimo en las respuestas.

*d) Tratamiento de respuestas ya manifestadas.*

En el transcurso de la entrevista puede ocurrir que el encuestado responda preguntas que se le harán posteriormente, adelantando así información. Si el encuestador lee la pregunta posterior sin tomar en cuenta lo que se le dijo antes, puede encontrarse con alguna de las siguientes situaciones:

- El encuestado puede sentirse molesto porque se le formula una pregunta que, de hecho, ya contestó. Puede pensar que el encuestador no le estaba prestando atención antes. En tal caso puede contestar "Yo ya le dije", lo cual va a ser insuficiente para que el encuestador codifique la respuesta apropiada;

o bien,

- En encuestado puede dar por sentado que el encuestador no estaba escuchando previamente, y entonces interpretar que la pregunta posterior se refiere a "otras ocasiones u otros ejemplos además de aquel al que se refirió anteriormente". Si no existieran otras ocasiones, el encuestado podría responder "No", y así pareceria que niega una respuesta previa que fué positiva.

Para evitar ambos errores, el encuestador tiene que recordar la información que pueda ser relevante como respuesta a preguntas posteriores. Cuando el encuestador llega a esa pregunta posterior tiene que recordarle al encuestado lo que él había dicho

en su respuesta anterior, diciéndole: "Ud. me dijo antes que ... pero necesito hacerle esta pregunta para nuestro registro". Esta frase le permitirá al encuestador leer la pregunta aún cuando ya ha sido respondida previamente y además puede determinar de manera definitiva si la contestación anterior había sido realmente una respuesta a esta pregunta.

*e) No apresurar la entrevista*

Las preguntas deben ser hechas despacio para asegurarse que el entrevistado ha comprendido lo que se le está preguntando. Una vez hecha la pregunta debe dársele el tiempo necesario para pensar. Si se le apura o no se le da el tiempo suficiente para formular su propia opinión, es posible que él responda evasivamente. Si el encuestador considera que la persona encuestada está contestando las preguntas sin pensar para terminar pronto, resulta conveniente que le explique que no hay prisa, dado que su respuesta es muy importante para el país.

*f) Fin de la entrevista*

Una vez finalizada la entrevista, se repasará el cuestionario por si se ha omitido alguna pregunta o quedó incompleta alguna respuesta.

Luego agradecerá la colaboración prestada, y se despedirá.

3) Sobre la muestra:

(A ser completado)

4) Sobre la encuesta:

La encuesta será aplicada a 2.500 personas en las siguientes ciudades del Paraguay ...

Las personas entrevistadas tienen que tener entre 12 y 45 años de edad cumplidos. Se excluyen por lo tanto todos los menores de 12 años y las personas que tengan 46 años o más. Por otra parte se excluyen también las personas discapacitadas mentales u otras que padecieran una condición de salud que impida la comprensión o respuesta al cuestionario.

Durante la aplicación, el encuestador se auxiliará en algunas preguntas con diferentes tarjetas cuyo objetivo es facilitar la respuesta del encuestado. Cada una de ellas se encuentra numerada y la indicación de su uso está expresamente señalado en las preguntas que corresponde.

**TARJETA # 2**

Demerol
Lisalgil
Klosidol
Ergodolanet
Finidol 60
Ergodisidol
Meperdol
Otros similares

**TARJETA # 5**

Anfetaminas
Ritalina
Obesin
Emagrin
Vitergil
Tamilan
Reactivan
Pondinol
Regental
Pastillas p/adelgazar
Otros similares
¿Cuáles?

Respuestas múltiples:

El cuestionario contiene tanto preguntas cerradas (alternativas definidas previamente) como abiertas (se escribe la respuesta en las palabras del entrevistado). En todos los casos deberá asegurarse de marcar de manera nítida la respuesta para que no induzca a confusión su lectura.

Se presenta el caso de preguntas que admiten más de una respuesta, por ejemplo:

**1. Con frecuencia se acostumbra a tomar Aspirina, Geniol o Novalgina en diferentes circunstancias. En general ¿cuales son las razones por las que Ud. las ha tomado en este último tiempo? (Cualquiera de ellas).**

- ☐ **Para aliviar dolores de cabeza**
- ☐ **Cuando se siente muy cansado**
- ☐ **Para calmar dolores físicos**
- ☐ **Cuando se siente desganado**
- ☐ **Para mejorar el ánimo**
- ☐ **Cuando se siente un poco deprimido**
- ☐ **Para mantenerse despierto**
- ☐ **Otra razón. ¿Cuál?** _____
- ☐ **No toma en ningún caso** *(Pase a Pág. 5)*

En este caso, la pregunta ha sido identificada con un círculo sobre su número de orden a fin de recordarle al encuestador la característica de posible múltiple respuestas.

Alternativas y Pases:

Las preguntas sobre frecuencia de consumo (ejemplo: Aspirina, pregunta 2; Analgésicos, pregunta 3; etc.) Refieren a diferentes formas de indagación según el tipo de alternativa que el encuestado señaló. Para orientación del encuestador, los casilleros correspondientes a una u otra forma de indagación han sido señalados de manera distinta: casilleros en negritas, con punteado interno, que señalan pasar a la página siguiente, o casillero con impresión corriente que indican continuar con las preguntas de esa misma página.

**2. Aproximadamente ¿cuántas veces tomó Aspirinas, Genioles o Novalgina en . . .**

| | (veces) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1-2 | 3-5 | 6-9 | 10-19 | 20-39 | 40 y más |
| **en los últimos 12 meses?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **en los últimos 30 días?** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Nunca** | *(Pase a Pág. 5)* | | *(Continúe Preg. 3)* | | | |

Errores al marcar las respuestas:

Para marcar la respuesta ponga una cruz dentro del casillero que corresponde. Si se equivocó al marcar la respuesta, tache con varias líneas la respuesta equivocada, marque con una cruz la definitiva y dibuje un ciculo alrededor de la correcta.

## B. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO.

Los temas de estudio de este cuestionario son dos: 1) Salud General, y, 2) Hábitos tóxicos.

Cada página lleva escrito el tema y el número de orden correspondiente en el margen superior derecho. Hay un tema por página.

### 1) SALUD GENERAL
**(Tema 2 - Preguntas 2.1 a 2.13)**

Las preguntas 2.1 a 2.3 tienen como propósito introducir el tema de salud conociendo cómo el entrevistado percibe su propio estado y su experiencia inmediata de atención.

El conjunto de las preguntas siguientes (2.4 a 2.13) examinan el estado psicológico del entrevistado, fundamentalmente procurando conocer la presencia de trastornos o malestares que están relacionados con situaciones de ansiedad o estrés (este conjunto de preguntas se completa posteriormente al final del cuestionario con un grupo similar que incluye otras preguntas relacionadas con el mismo tema).

**Especificaciones para las preguntas 2.4 a 2.13:**

Las primeras seis preguntas se refieren exclusivamente a lo que el entrevistado pudo haber sentido en los últimos 30 dias. Asegúrese que las respuestas del entrevistado se refieran a este periodo de tiempo. Si tiene alguna duda, ante una respuesta afirmativa, pregunte "¿ésto le ocurrió en los últimos 30 dias?".

Pta. 2.4: Usted marcará "SI" si el encuestado dice que en los últimos 30 días viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza 2 o más veces por semana. Es necesario insistir en que se trata de dolores que se presentan frecuentemente. Si el encuestado dice que de vez en cuando le dan, o cuando tiene gripe, o alguna otra respuesta parecida, no tome ésto como positivo.

Pta. 2.5: Usted marcará "SI" si el encuestado dice que en los últimos 30 días no ha tenido apetito, come o ha comido muy poco, o no siente deseos de comer. Si es el caso contrario, marque "NO".

Pta. 2.6: Usted marcará "SI" cuando el encuestado conteste que durante los últimos 30 días se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido. Puede que solamente haya tenido uno, dos o tres de esos síntomas. Ud. subrayará el síntoma o síntomas que haya indicado el encuestado y marcará "SI" en esta pregunta.

Pta. 2.7: Usted marcará "SI" cuando el encuestado responda que durante los últimos 30 días todo lo que come le cae mal al estómago. Si el entrevistado responde que sólo siente ésto en determinadas ocasiones o con ciertos alimentos, no debe considerarse ésta como una respuesta positiva.

Pta. 2.8: Usted marcará "SI" cuando el encuestado conteste que durante los últimos 30 días se siente que no puede pensar con claridad, o bien, que le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores del día.

Pta. 2.9: Si el entrevistado contesta que "SI", insista en que sea sólo lo que ha sentido en los últimos 30 días (acidez, ardor, dolor, pesadez en el estómago).

Pta. 2.10: Se refiere a si el encuestado demora dos o más horas en quedarse dormido por las noches, si se despierta en la mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado, o si su sueño es interrumpido por sobresaltos frecuentes.

Pta.: 2.11: Usted marcará "SI" cuando el encuestado conteste que todo lo asusta o que se asusta o se sobresalta fácilmente; es decir, un comportamiento que llama la atención de los demás.

Pta. 2.12: Usted marcará "SI" cuando el encuestado conteste que se siente tembloroso o que le tiemblan las manos.

Pta. 2.13: Usted marcará "SI" cuando el encuestado refiera que este cansancio lo siente haciendo las mismas cosas que antes no lo cansaban.

Tema 20 (Pregunta 20.1 a 20.10)

Este segundo grupo de preguntas completa los indicadores recogidos en la primera parte. Se trata de una indagación sobre aspectos que el encuestado acostumbra a mantener en reserva, de manera que su ubicación al final del cuestionario procura facilitar sus respuestas mediante una mayor familiaridad.

Pta. 20.1: ¿Se ha sentido muy cansado, fatigado o sin fuerzas, sin que haya una causa para ello? Si el encuestado responde que se cansa "cuando corre" o "cuando sube las escaleras", ésto no debe considerarse como respuesta positiva.

Pta. 20.2: Usted marcará "SI" cuando el encuestado responda que en los últimos 30 días se ha sentido triste. Como en los anteriores síntomas, ésto debe ser algo que ocurra en forma más o menos constante.

Pta. 20.3: Usted marcará "SI" cuando el encuestado responda que durante los últimos 30 días "llora por cualquier cosa", es decir, con una frecuencia que no es usual y sin que medie una causa razonable para ello.

Pta. 20.4: Usted marcará "SI" cuando el encuestado responda que las actividades del día le causan problemas o sufrimientos.

Pta. 20.5: Usted marcará "SI" cuando el encuestado refiere que vacila en el momento de tomar decisiones, aún en el caso de situaciones sin mayor importancia, sin ser capaz de llegar a una determinación final.

Pta. 20.6: Esta pregunta sirve tanto para las personas que tienen un trabajo y ganan un sueldo, como para las señoras que permanecen en su casa haciendo los quehaceres domésticos.

Pta. 20.7: Refiere a la autopercepción del encuestado de su imposibilidad de desempeñar un papel útil en su vida.

Pta. 20.8: El encuestado siente que ya nada le llama la atención, que ha perdido el gusto por las cosas, o sea que en los últimos 30 días ha perdido totalmente el interés por cosas que antes le llamaban la atención.

Pta. 20.9: El encuestado refiere sentirse una persona inútil y que lo que hace carece de valor o utilidad.

Pta. 20.10: En algunas ocasiones las personas pueden sentirse molestas porque se les pregunta ésto, por lo tanto es importante que Ud. haga la pregunta en tono natural, sin hacer énfasis en ninguna palabra.

## 2. HABITOS TOXICOS. (Temas 3 al 17)

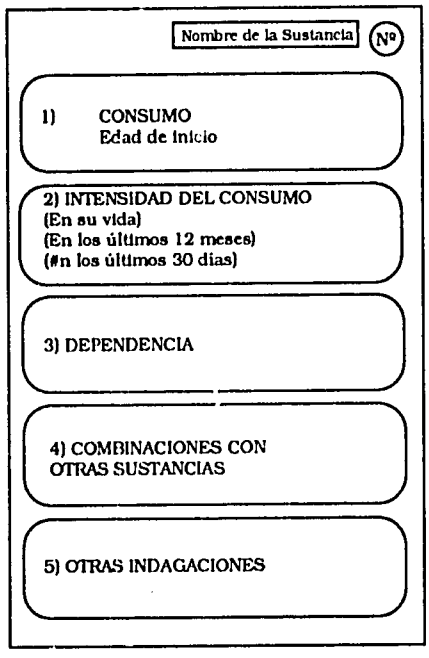
**Aspectos Generales.**

Estos temas constituyen la médula del cuestionario y requieren de un trabajo de profundización creciente ha medida que la indagación sobre sustancias avanza de lo lícito a lo ilícito.

La ubicación de las sustancias aceptadas socialmente al inicio procura que, a la par de recoger información sobre las sustancias legales, el encuestado se vaya familiarizando con el tipo de preguntas que posteriormente deberá responder.

En algunos casos el encuestado se auxiliará con la lectura de una tarjeta que procura facilitar su respuesta cuando se presenta un listado relativamente complejo de sustancias.

El esquema de indagación general para el estudio del consumo de sustancias es el siguiente:




Este es el esquema general —donde cada página está compuesta de varios módulos— pero puede tener algunas variaciones de acuerdo a las particularidades de cada sustancia.

Ahora veremos las especificaciones para el contenido de cada uno de estos módulos.

**Consumo.**

Los módulos con los números 1 y 2 del esquema evalúan el consumo de la sustancia. Si la respuesta a la indagación es negativa —no hay ni hubo uso/consumo de la sustancia— hay una instrucción de pase para la página siguiente. Si por el contrario, la respuesta fué afirmativa, se indaga la edad de inicio.

En ANALGESICOS, SEDANTES, HIPNOTICOS y ESTIMULANTES, si la respuesta sobre el consumo resultó afirmativa, se indaga si éstos fueron productos de una receta médica; definiendo para ésto tres posibilidades: sin receta, con receta, y la combinación de ambas.

En MARIHUANA, ALUCINOGENOS, INHALANTES, OPIO, HEROINA, OPIACEOS y COCAINA se incluye la pregunta sobre la edad en que por primera vez *le ofrecieron* algunas de estas sustancias. A continuación se pregunta sobre si efectivamente las ha probado o no. Recién en esta pregunta, si la respuesta es negativa se pasa al tema siguiente.

Una vez que se estableció la presencia del consumo hay que determinar su intensidad. Esto se logra investigando la frecuencia de consumo de sustancias en tres momentos claves: en la vida, en los últimos 12 meses, y en los últimos 30 días (observe que no se trata del último mes o del último año). Para cada uno de estos periodos el encuestador debe especificar aproximadamente el número de veces que consumió el encuestado, de acuerdo a seis categorías: entre 1 y 2 veces; entre 3 y 5; entre 6 y 9; entre 10 y 19; entre 20 y 39; 40 y más veces. Si le resulta difícil estimar el total de consumos en los últimos 12 meses puede ayudar al encuestaso orientándolo a calcular la cantidad de veces que acostumbra a hacerlo en la semana, y luego estimarlo para unidades de tiempo mayores (la estimación debe ser hecha en conjunto con el encuestado).

En las siguientes sustancias se presentan algunas modificaciones: consumo de "TABACO", incluye la referencia al consumo diario. El consumo de "ASPIRINAS" se refiere exclusivamente a los últimos 12 meses y a los últimos 30 días. El consumo de "BEBIDAS ALCOHOLICAS" se definen sobre el periodo de los últimos 30 días.

**Dependencia.**

Las preguntas en el módulo 3, que siguen a la frecuencia del consumo, procuran establecer si hay dependencia de la sustancia consumida. Estas preguntas son casi siempre las mismas, y todas se responden por "SI" o "NO"

"TABACO" y "ASPIRINA" tienen algunas modificaciones. "BEBIDAS ALCOHOLICAS" tiene un formato diferente El resto de las sustancias mantienen todas las mismas preguntas para evaluar la dependencia.

Veremos a continuación cuáles son las preguntas de dependencia para "BEBIDAS ALCOHOLICAS" y las preguntas para el resto de las sustancias.

Bebidas Alcohólicas:

Pta.: *¿Alguna vez le ha parecido a su familia, a sus amigos o a su sacerdote, que Ud. estaba bebiendo demasiado?*

En esta pregunta se considera la opinión que otros tienen sobre el encuestado y su manera de beber. Es decir, el encuestado informa acerca de cómo los demás lo ven a él cuando bebe, sin considerar si está o no de acuerdo con esta percepción.

Pta.: *¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?*

Esta pregunta vale para todos los intentos que el entrevistado ha hecho para interrumpir su consumo y que sin embargo no ha podido concretar, ya que su deseo de seguir bebiendo ha sido más fuerte.

Pta.: *¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo, colegio, o faltar a ellos?*

Se considera la respuesta positiva cuando el entrevistado manifiesta que ha sido amonestado varias veces, suspendido o retirado del trabajo o sitio de estudios por razón de su comportamiento, falta de asistencia o bajo rendimiento ocasionado por la bebida.

Pta.: *¿Ha estado en peleas o lo han detenido estando borracho?*

No es necesario que el entrevistado vincule de una manera directa por ejemplo la detención y la ebriedad, es suficiente con que ésta esté presente en el momento en que se produjo el hecho.

Pta.: *¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?*

A diferencia de la pregunta 5.5, aquí interesa la opinión que el encuestado tiene acerca de su propia manera de beber.

Preguntas para el resto de las sustancias (excepto Tabaco)

Pta.: *¿El uso de estos medicamentos/sustancias le trajo algún problema emocional o psicológico?*

Los problemas psicológicos y emocionales (sentirse deprimido, desanimado, loco, perseguido, omnipotente, etc.) tienen que ser experimentados como el resultado del consumo de la droga. No se considera aquí el uso de la droga debido a un problema anímico pre-existente (por ejemplo, tomar alcohol para sacarse un sentimiento de depresión)

Pta.: *¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir más para obtener el mismo efecto que antes?*

Se refiere al hecho de consumir más que antes, es decir, de necesitar cantidades mayores que al principio. Ya no logra el efecto deseado con la cantidad que usa habitualmente.

Pta.: *¿Su consumo le causó problemas serios con su familia, amigos, trabajo, escuela?*

"Problemas" se está refiriendo a algo más que el deseo de la familia de que el individuo no consuma drogas.

Pta.: *¿Alguna vez se sintió enfermo como consecuencia de reducir o suspender su consumo?*

Se refiere a trastornos o malestares de diferente grado y calidad derivados de haber detenido el consumo. Sentirse enfermo, sentirse mal a causa de la suspensión del consumo.

Pta.: *¿Alguna vez los tomó todos los días durante 2 semanas o más?*

Se explica por sí misma.

Pta.: *¿Alguna vez sintió que era dependiente de esos medicamentos/sustancias?*

Se refiere a la presencia de necesidad de esa sustancia/medicamento, no poder dejarla aunque quisiera.

Pta.: *¿Alguna vez trató de interrumpir su consumo pero se dió cuenta que no podía?*

Esto refiere tanto a la posibilidad de consumir con menos frecuencia la sustancia/medicamento como a consumirla en menores cantidades.

Pta.: *A consecuencia de su consumo ¿tuvo algún problema de salud?*

Los problemas de salud, como resultado del uso de alguna droga pueden ser, por ejemplo, una sobredosis, tos persistente, un ataque, una infección, una herida, una cortadura o una torcedura.

**Combinaciones:**

El módulo 4 estudia una característica extendida en los que abusan de algunas sustancias psicoactivas suele ser el consumo combinado de varias de ellas. Con el fin de conocer si ésto es así y cuáles son las otras sustancias que se utilizan en conjunto o poco después con la que se está examinando, se procedió a elaborar una tarjeta para que el encuestado tenga a la vista. La información es la misma que se encuentra en la hoja correspondiente del cuestionario, de modo que el encuestador puede enumerar la lista, si es necesario, para llegar a una mejor comprensión.

En el módulo 5 se incluyen otras indagaciones.

## 3. CONOCIMIENTO SOBRE DROGAS (Tema 18).

Las preguntas que correponden a este tema están dirigidas a conocer las opiniones y creencias del encuestado hacia diversas situaciones. Algunas de éstas tienen que ver con las drogas y otras con hechos de carácter más general. En cualquier caso el encuestado debe tener claro que las preguntas no son un exámen. Si es necesario expliquele que no hay ni buenas ni malas respuestas para estas preguntas, porque lo que importa es su propia opinión.

Tome en cuenta que las dos primeras preguntas se aplican a todos los encuestados, en tanto que las dos últimas sólo son para menores comprendidos entre los 12 y 18 años.

Pta. 18.1: Lea al entrevistado cada sustancia y complete para cada una si es considerada como adictiva o no (la segunda parte de la pregunta define de manera práctica el concepto de adicción). Marque en la casilla de "No sabe" si el encuestado no puede darle una respuesta.

Pta. 18.2: Lea al entrevistado todas las alternativas y solicitele que escoja únicamente aquella que considere como la más importante. Si es necesario puede repetirle la lectura una vez más. Recuerde que sólo se debe seleccionar un problema; un número mayor invalida la pregunta.

Pta. 18.3: Lea las opiniones comenzando por la columna de la izquierda hasta terminar. Solicite en cada caso el acuerdo o desacuerdo del entrevistado con respecto a cada opinión. Recoja sus respuestas de manera atenta sin sugerir aprobación o desaprobación. Si el entrevistado solicita una explicación adicional puede repetirle la pregunta.'

Pta. 18.4: Dé al entrevistado la tarjeta y lea todas las alternativas. Pídale que sólo señale aquellas que considera como más importantes.

## 4. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS. (Tema 19)

Información demográfica.

Incluyen datos sobre: sexo, edad, estado civil y nacionalidad del encuestado. Se explican por sí mismos.

## 5. DATOS SOBRE NIVEL ECONOMICO-SOCIAL (NES). (Temas 20 y 21)

Se busca conocer las características ocupacionales de los encuestados.

La pregunta "EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ¿TRABAJO EN ALGUNA ACTIVIDAD REMUNERADA?" tiene por objeto conocer la situación laboral del entrevistado en los últimos 6 meses. Tenga en cuenta que "trabajo" es toda actividad dedicada a producir bienes y servicios con valor económico en el mercado. Se indaga no por todas las actividades que haya realizado y por las cuales pudiera haber recibido alguna remuneración, sino que se toma exclusivamente aquella con la cual el entrevistado obtuvo su mayor ingreso y que se denomina "ocupación principal".

Si el entrevistado no ha realizado una actividad remunerada, indique cuál fué su condición (ama de casa, estudiante, etc.) y pase a la pregunta siguiente sobre educación en la misma página. Especifique cuál fué el último grado o curso aprobado.

Si el entrevistado trabajó en alguna actividad remunerada en los últimos 6 meses, pregunte: "¿Cuál fué su ocupación principal?. En base a la respuesta procure clasificar la misma de acuerdo a las categorías que están agrupadas bajo la categoría "SI".

El primer grupo está integrado por los dueños de las grandes empresas que participan directamente de las tareas de dirección de las mismas, o bien se desempeñan como directores en aquellos lugares donde existen separación entre la propiedad y el control. Por ejemplo, directores o gerentes de sociedades anónimas. También se incluyen en este grupo a los altos funcionarios de los organismos y empresas públicas.

El segundo grupo comprende ingenieros, médicos, abogados, farmacéuticos, psicólogos, contadores, economistas, y otros profesionales que se desempeñan como tal, sea de forma independiente o en relación de dependencia.

El tercer grupo comprende a medianos empresarios y comerciantes que son patrones en establecimientos con más de 5 personas ocupadas. Por ejemplo, patrones de explotaciones agropecuarias, de hoteles, de restaurantes, de comercios, etc.

El grupo cuatro comprende a trabajadores con conocimientos específicos para el desempeño de tareas que requieren capacitación adquirida a través de la escuela secundaria, de estudios terciarios o de experiencia laboral previa. Trabajan en relación de dependencia, por ejemplo, técnico industrial, técnico mecánico, óptico, guía de turismo, técnico profesional en publicidad, músico, etc.

El grupo cinco comprende los mismos trabajadores del grupo cuatro, pero que en este caso trabajan por su cuenta.

El grupo seis comprende a: a) Pequeños empresarios, comerciantes y artesanos que son patrones en establecimientos hasta cinco ocupados. Son trabajadores especializados que además de administrar y supervisar el negocio participan, generalmente, del proceso de producción. Son hilanderos, costureros, talabarteros, carpinteros, soldadores, electricistas, mecánicos, plomeros, conductores de vehículos, etc.

b) Jefes, supervisores, capataces.

c) Empleados contables, secretarios dactilógrafos, cajeros, operadores de máquinas de tratamiento de datos, agentes de bolsa, de aduana, de seguros, etc.

d) Sub-oficiales de las FF.AA.

El grupo siete comprende a los mismos trabajadores especializados que enumeraron en el grupo 6 (a:) pero que trabajan por su cuenta o están en relación de dependencia.

El grupo ocho comprende a trabajadores no especializados, por ejemplo peones, jornaleros, aprendices, personal de maestranza, etc. Trabajan en relación de dependencia, tanto en empresas privadas como públicas. Además se incluyen los empleados domésticos y otros trabajadores tales como vendedores ambulantes, vendedores del mercado, trabajadores que hacen changas, etc. Este último grupo trabaja por su cuenta.

El grupo nueve es una categoria residual que comprende aquellos casos que no se pueden ubicar en ningún grupo porque se carece de la información pertinente.

Si el entrevistado NO es el jefe de familia, es decir, no es aquel que aporta el mayor ingreso al hogar, Ud. repetirá la pregunta de ocupación para ubicarlo ocupacionalmente (NES-JF-21) de la misma manera que lo hizo con el encuestado.

En cada caso deberá además completar el nivel educativo de cada uno de acuerdo al último año aprobado (no al que está cursando). Se completará también, cuando los hubiera, con estudios complementarios aclarando el tipo y los años/meses aprobados que tiene en los mismos.

La pregunta final es una pregunta de "cierre". Permita que el entrevistado se extienda si lo desea y luego concrete sus planteos en una síntesis. Consulte al encuestado si dicha síntesis expresa sus ideas.

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE
IDENTIFICACION DE
LA PERSONA A SER ENCUESTADA

## 1. DEFINICIONES

**VIVENDA:**
Se entiende por vivienda una edificación que cumple la función de habitación . Este es un estudio de hogares por lo tanto quedan excluidos los lugares de trabajo, salvo que esten anexos o constituyan habitación de familia.

**FAMILIA:**
Se entiende por familia un grupo de personas que habitan en forma permanente una misma vivienda, tienen vinculos de parentezco (padres, hijos, hermanos, esposos, abuelos, yernos, tios, etc.) de primer o segundo grado y comen de la misma "olla".

## 2. ENCUESTADOR

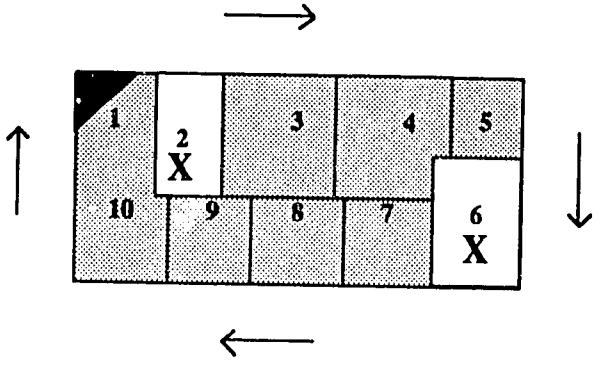
El encuestador tendrá asignada las manzanas que le corresponden y cumplirá 4 tareas:

a. Determinación de la vivienda.
b. Determinación de la familia.
c. Determinación de la persona.
e. Encuestar a la persona seleccionada.

a. **Selección de la vivienda:**

a. 1. Numeración de las viviendas: Contar las viviendas de la manzana de acuerdo al esquema del siguiente croquis:

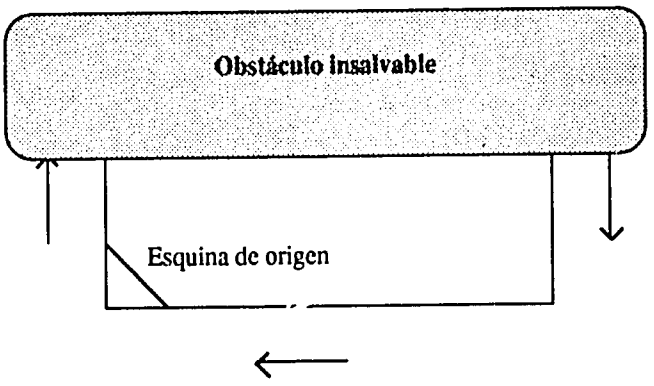
**Fig. 1**




La enumeración se inicia a partir de la esquina marcada en la Fig. 1 siguiendo las manecillas del reloj.

En algunos casos la enumeración puede ser algo más compleja como se muestra en la siguiente figura:

Fig. 2




En el caso de encontrarse con un obstáculo insalvable (Fig. 2) y ausencia de viviendas en un tramo de la manzana, se iniciará el enumeramiento de viviendas, siempre desde la esquina deorigen, hasta donde sea posible y luego continuar con el procedimiento habitual.

En los edificios de departamentos, estos serán considerados como viviendas, siempre y cuando esten ocupados por al menos una familia. Se excluyen, oficinas, negocios, etc. del conteo. Cuando un edificio tenga varios pisos y varios departamentos, para contar el Nº de viviendas habitadas, comenzar por el último piso y a partir de éste contar desde arriba hacia abajo.

Si los negocios, industrias, servicios, etc. no estan siendo utilizadas al mismo tiempo como viviendas, éstas deberán ignorarse.

Si en la manzana seleccionada hay un hotel o pensión, se debe incluir como "vivienda", cada una de las habitaciones que esté ocupada por una persona, familia o parte de ella, residiendo en dicha habitación desde hace por lo menos seis meses.

Si la manzana no tiene vivienda, el supervisor, indicará cual manzana reemplazará a la inicialmente seleccionada.

Si hubiera una sola familia en la manzana, el supervisor indicará otra manzana en donde se seleccionará la familia faltante.

a - 2 Cómo seleccionar la vivienda:

Las viviendas a ser encuestadas se seleccionan con las tablas de números al azar.

Las tablas de números al azar consisten en sucesiones de números, seleccionados aleatoriamente. Cada encuestador dispondrá de varias de ella. Así se tendrán tablas de 1 al 2, hasta tablas de a 100.

La tabla que se debe usar es la que va de 1 hasta el número de viviendas de la manzana seleccionada.

En caso de no tenerse la tabla que represente el Nº exacto de viviendas de esa manzana, usar la más cercana de mayor número. Por ejemplo: si existen 11 viviendas y no se tiene la tabla de 1 al 11, usar la tabla de 1 al 12, o la del 1 a 13, tachando los números que exceden de 11.

a.3 Seleccionados los números al azar, se deben tachar los números que se usó y marcar las viviendas que correspondan.

Se deberá marcar -en el croquis- con una X la vivienda seleccionada (ver Fig. 1) Igualmente se debe registrar el Nº de la casa seleccionada y el nombre de la calle.
Si la vivienda está deshabitada, el reemplazo debe ser automático, es decir, siguiendo el procedimiento de utilización de tablas descripto en el punto a-2, se selecciona otra vivienda de la misma manzana.

**b. Selección de la familia**

b.1 Una vez seleccionada la vivienda, se debe consultar el número de familias que habitan en la vivienda y registrar ese dato en el cuestionario.

b. 2 Si hay varias familias que habitna en la misma vivienda, con la tabla de números al azar se debe seleccionar una de las familias, siguiendo el procedimiento del punto a-2.

**c. Determinación de las personas**

Se determina la persona de 12 a 45 años cumplidos que tienen el cumpleaños futuro más próximo y que reside efectivamente en esa vivienda.

Esa es la persona a ser encuestada!

Si en la familia seleccionada al azar no hya personbas con edades comprendidas en el rango de 12 a 45 años, reemplazar por otra familia de la misma manzana siguiendo el procedimiento del punto a-2. Si se conociera este dato -que no hay personas entre 12 a 45 años en alguna vivienda en la manzana- se debería excluir dicha vivienda del conteo.

**d. Encuestaa la persona**

Si la persona a ser encuestada no se encuentra en la casa, se debe intentar dar con ella al menos hasta tres veces. Se sugiere programar citas en la casa o en el trabajo del encuestado. En ningún caso se puede reemplazar la persona seleccionada por alguna otra de la familia, aunque ésta se ofrezca voluntariamente a participar.
Solamente en el caso que la persona seleccionada sea discapacitada o enferma y está imposibilitada para comprender o responder el cuestionario, debería ser reemplazada por la persona que le sigue en el orden de cjmpleaños más cercano.

## 3. SUPERVISOR

Su función es facilitar el trabajo de los encuestadores y debe realizar las siguientes tareas:

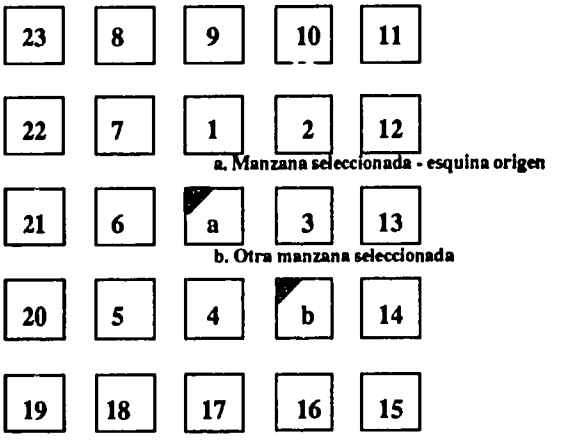
a. Identificar las manzanas de la muestra.
b. Asignar a cada encuestador las manzanas correspondientes.
c. Encargarse de la determinación de las manzanas a ser reemplazadas.
d. Colaborar con el encuestador a solucionar los problemas que puedan surgir y controlar el proceso de la encuesta.
e. Verificación y validación de la encuesta.
f. Registro para bonificaciones.

**a. Identificación de manzana:** El supervisor deberá ubicar con planos físicamente la manzana seleccionada para la muestra.

**b. Asignación de manzanas:** Asignará a cada encuestador las manzanas en las que deberá encuestar de acuerdo a un recorrido que facilite la tarea.

c. Reemplazos: En caso de ser necesario reemplazar una manzana, el supervisor deberá determinar la o las manzanas a ser reemplazadas.

**Fig. 3**




Para el reemplazo, (Fig. 3) las manzanas que rodean a la manzana seleccionada deben ser enumeradas a partir de la que queda más cerca de la esquina...origen (a), siempre siguiendo el sentido de las manecillas del rejoj. Luego con la tabla de números al azar, seleccionar una de ellas. Si esa manzana tampoco sirve, seleccionar otra, y así sucesivamente.

**d. Control y Apoyo:** Deberá tener el control del trabajo de los encuestadores cuidando lo siguiente:

* Que las manzanas asignadas añ encuestador tengan viviendas.
* Que el encuestador trabaje en las manzanas asignadas
* Que el encuestador sepa seleccionar las viviendas -familias y personas.
* Que el encuestador no tome decisiones que no le competen. Por ejemplo cambiar las viviendas - familias y personas según parecer o conveniencia.

e. Verificación. Al final de la jornada, o antes si le es posible, deberá verificar el correcto llenado del cuestionario. En caso de errores o datos faltantes deberá devolver al encuestador para su correcto llenado.

Solo los cuestionarios firmados por el supervisor serán considerados para la liquidación de los honorarios, del encuestador.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de marzo de 1992
en los talleres gráficos de la
EDITORA LITOCOLOR SRL
Cap. Figari 1115 - Teléf. 203 741
Asunción - Paraguay

008699 S

Este informe presenta los resultados del **Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay** (Noviembre 1991), realizado mediante un esfuerzo del **PROYECTO MARANDU**, en el marco de apoyo al **Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas**, del **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**. La finaciación del Estudio provino de **Development Associates, Inc.** y la **Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) en Paraguay.**

Información adicional sobre el Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay se puede obtener en el **Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD)**, Curupayty 226 casi Eligio Ayala, Telfs: 212-540, 22-941, 207-873 Fax: 212-540 Asunción Paraguay.

**© COMITE PARAGUAY-KANSAS**
**Curupayty 226 casi Eligio Ayala**
**Asunción - Paraguay**