

USPPA  
Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones

Informe Tercer Trimestre 2010

Despacho Diputada **Diana Maffía**  
Dirección: Lic. **Patricia Colace**  
Asesoría técnica: Roberta Ruiz - Santiago Lerena

Despacho Diputada Diana Maffía  
Julio – Septiembre 2010

## Índice

[Visitas Realizadas](#)

[Novedades del Poder Ejecutivo](#)

[Controles Viales de Drogas y Alcoholemias](#)

[Presupuesto de Políticas Sociales en Adicciones](#)

[Participaciones](#)

## Visitas Realizadas

### Centro Casa Lucero - Barrio Los Piletones

Directora: Ana Volpato

El 20 de septiembre realizamos una visita, junto a la diputada Diana Maffía y el Director general de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (DGPSA) Claudio Parrilla, al centro de día "Casa Lucero", ubicado en el Barrio Los Piletones, de Villa Soldati. Es el primer centro dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que atiende a personas con consumo problemático de sustancias situado dentro de una villa.

Casa Lucero depende del Ministerio de Desarrollo Social y funciona desde el mes de agosto de este año. Fue construido por la Corporación Buenos Aires Sur mediante el Programa de Regularización y Ordenamiento del suelo urbano (PROSUR Hábitat).

Recibe niños, niñas y jóvenes de hasta 21 años; se les brinda desayuno, almuerzo y merienda. Es un centro de puertas abiertas y el horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a 16:30. La capacidad con la que cuenta el centro es para aproximadamente 50 personas, y en el momento de la visita, había 17 en tratamiento.

Las actividades que realizan las personas que concurren al centro son terapia individual y familiar -una vez por semana cada una- y diversos talleres tales como lectura, teatro, educación física y armado de curriculums.

El personal con que cuenta el centro es de dos psicólogas (una de ellas es la directora del centro), tres operadores y un *counsellor* (consultor). Todos ellos cumplen un régimen horario de 7 horas por día y están sujetos a un régimen de contratación temporal.

Dentro de los objetivos del centro se incluyen la creación de redes de contención, la recuperación de vínculos familiares y la sensibilización de la comunidad; para dicho objetivo han generado -con los integrantes de la comunidad- un sistema de *padrinazgo* en el que actúan como referentes de las personas en tratamiento, con el apoyo de los operadores y el *counsellor*.

El centro no cuenta con asistencia médica propia; en el caso de requerir atención médica, clínica o psiquiátrica, se deriva a los pacientes a los centros asistenciales más cercanos. En este punto, ante nuestra consulta sobre si se disponía de medios de movilidad propia para las derivaciones, se nos dijo que no, que cada persona tiene que trasladarse por sus propios medios. Esta es una falencia a solucionar para facilitar el traslado y el consiguiente seguimiento.

Otra observación notable es que el centro no cuenta con teléfono fijo propio y el personal se maneja con celulares personales. Es innecesario aclarar sobre la necesidad -muy fácil de resolver- de que el centro tenga un teléfono.

El horario de atención resulta muy acotado, y sobre todo notamos la dificultad que significa que los fines de semana el centro se encuentre cerrado. A este respecto, la directora nos comentó que, cuando alguna persona que está en tratamiento se descompensa, entra en crisis, o comete un consumo abusivo, se comunican con el personal del centro a los celulares personales o con los padrinos, y son ellos quienes resuelven la situación. Es muy esforzada la conducta del personal, pero pensamos que

el centro debería estar abierto los fines de semana; que es cuando más expuestas al abuso se encuentran las personas en tratamiento.

Creemos valioso el compromiso de la gente de la comunidad, pero consideramos que no es posible dejar la responsabilidad de la atención y contención en manos solamente de los voluntarios, y que es necesario tomar medidas para la extensión del horario y la apertura del centro los fines de semana.

## **Centro de Día de las adicciones Dr. Enrique Biedak**

Directora: Lic. Alicia Agra

La visita fue realizada el 24 de octubre. El centro fue inaugurado en el año 2002, está ubicado en la calle Amancio Alcorta 1402. Depende del CESAC N° 10, área programática del Hospital General de Agudos "Dr. José Penna". La directora nos recibió en el marco de la visita de la Comisión de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental.

Los horarios de admisión son de lunes a viernes de 9 a 13 horas, y el de atención es de 9 a 17 horas. El tipo de tratamiento que otorgan es ambulatorio y la población que recepcionan son jóvenes y adultos. No trabajan con tabaquismo.

En la actualidad se encuentra implementando tareas de prevención en articulación con salud escolar.

Las actividades que realizan son terapia individual, grupal y familiar, diversos talleres, consulta clínica obligatoria y consulta psiquiátrica.

La mayor demanda que tienen es por el abuso de alcohol, y notan un aumento en el consumo de paco.

En el centro funcionan actualmente dos grupos de adolescentes y dos de adultos, con una cantidad aproximada total de 60 pacientes en tratamiento.

El personal con que cuenta el centro es de 8 psicólogos y un médico clínico. No todos los profesionales tienen la carga horaria completa en el centro.

La baja más importante que sufren en cuanto a personal necesario es la de un toxicólogo y un psiquiatra. Esta falencia es solucionada mediante la ayuda de un médico psiquiatra que pertenece al CESAC N° 10, y que atiende una vez por semana en el Biedak. No hay partidas presupuestarias asignadas para la contratación de un psiquiatra para el centro.

Desde su inauguración a la fecha, tuvieron una cantidad de 2.352 admisiones de las cuales 1.715 eran varones y 637 mujeres.

Nos informa la directora que en los últimos 3 años ha bajado la demanda en cuanto a las admisiones: en el 2008 tuvieron 361 admisiones, en el 2009 hubo 351 y en el 2010 la cifra es de 218. La directora cree que bajó la demanda porque debido a la falta de personal, los pacientes se encuentran sometidos a un peregrinaje que les dificulta la inserción o les hace abandonar al tratamiento.

Consideramos que lo más urgente a solucionar en el centro es la designación de un médico psiquiatra y un médico toxicólogo, ya que cuando se les presenta algún caso con patología dual o un paciente que necesita medicación psiquiátrica, el centro los deriva al hospital Borda; en una red que van armando los mismos profesionales, al no contar con la estructura necesaria para la atención. Creemos que este personal es esencial en un centro de adicciones y su ausencia es ilógica.

## Novedades del Poder Ejecutivo

### Decreto 611/10

Mediante el decreto 611/10, publicado en el [Boletín Oficial 3483](#) del 17 de agosto, se elevó la Unidad Toxicología del Departamento de Urgencia, Centro de Emergentología, Medicina y Cirugía de Trauma del Hospital General de Agudos "Dr. Juan A Fernández" al nivel de División.

### Resolución 54

La Resolución N° 54/ISSP/10, publicada en el [Boletín Oficial 3512](#) del 27 de septiembre, indica el modo en que los aspirantes a la Policía Metropolitana deben someterse a análisis de drogas para ingresar a la institución, dictaminando que para el *screening* se utilizarán los mismos reactivos por saliva -marca "Salivaconfirm"- que se utilizan actualmente en los test de control vial.

El *screening* de drogas utilizado por el resto de las fuerzas policiales del país está basado en muestras extractadas de la orina (o sangre) y comprende generalmente métodos inmunológicos y cromatográficos (TLC), los que poseen alta sensibilidad (permiten detectar bajos niveles de sustancias); como en algunos casos no permiten identificar la sustancia en cuestión, se recurre a los denominados "métodos de confirmación", como la cromatografía gaseosa (CG) y la cromatografía gaseosa con detección de masa (CG MS).

Esta decisión, según el texto de la resolución, radica en un informe confeccionado por el Dr. Eduardo Esteban, médico dependiente de Coordinación de Incorporaciones y Recursos Humanos dependiente de este Instituto Superior de Seguridad Pública, que asegura "*que la sensibilidad y especificidad de la detección en saliva no difiere del realizado en otros medios como orina y sangre*". Esta afirmación carece de todo fundamento científico: las muestras en saliva recolectan moléculas de la sustancia en cuestión (cuya presencia depende más del nivel de cohesión molecular de cada sustancia que de la cantidad ingerida), en tanto que las muestras por sangre y orina determinan la cantidad de metabolitos de la sustancia, lo que determina con mayor certeza el nivel de intoxicación. De ninguna manera es lo mismo medir moléculas que sus metabolitos, por lo que no podemos estar de acuerdo con esta decisión.

También resulta llamativa la formalización de una marca (*Salivaconfirm*) en la realización de los análisis, ya que esto obligará a abandonar el sistema de licitación para realizar, en cambio, una compra directa de dichos reactivos:

ANEXO I

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ministerio de Justicia y Seguridad  
Instituto Superior de Seguridad Pública  
Dirección Operativa Incorporaciones  
"Año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"

**CONSENTIMIENTO PARA LA DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO**

Yo ....., DNI Nº ....., en mi carácter de aspirante para la incorporación en Policía Metropolitana, vengo a prestar expreso consentimiento para que se me realice una prueba en saliva para la detección de drogas de abuso y como parte de los exámenes médicos preocupacionales previstos en la Resolución Nº 1197-MJYSGC/2008 Publicada en el Boletín Oficial Nº 3099 el 20/01/2009 estando vigente al día de la fecha.

He sido informado/a que se utilizará el kit "Salivaconfirm ®" y el procedimiento indicado por el fabricante. En caso de que el resultado fuera positivo, detectando la posible presencia de drogas de abuso en la muestra, autorizo la realización de un análisis para la detección de drogas de abuso a mi exclusivo cargo y a efectos de confirmar o revocar el resultado obtenido. El análisis se realizará de acuerdo al procedimiento indicado a tal efecto por la autoridad correspondiente. En el caso de no efectuar el análisis dentro del plazo previsto, fui informado de que se me considerará como NO APTO para asumir funciones en el ámbito de la Policía Metropolitana al igual que si me negara a realizar el presente análisis.

Fui así mismo informado de que los resultados de este estudio serán de carácter CONFIDENCIAL y que mis datos personales serán protegidos con las garantías de la Ley 25.326/00.

En consideración de lo expuesto previamente OTORGO mi CONSENTIMIENTO para la toma de la muestra y el eventual análisis para cubrir los objetivos especificados.

Firma del aspirante: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dr. Miguel Sebastián Del Castillo  
Receptor  
ISSP - 2010

## Controles Viales de Drogas y Alcoholemias

La Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones analizó en un informe anterior los controles viales de drogas ([Sobre el control vial de drogas](#)). Estos comenzaron a hacerse efectivos en la ciudad a partir de julio, pero aún el Gobierno de la Ciudad no da a conocer públicamente los resultados de los mismos. Toda la información que pudo obtenerse es a través de medios. Creemos que hace a la efectividad de las campañas preventivas el informar de los resultados.

Con la única información que se cuenta son artículos de *Clarín* y *La Nación*, datos obtenidos según dichas fuentes del Ministerio de Justicia y Seguridad (esta información no se encuentra en la web de dicho ministerio); ésta dice que:

Los controles se situaron en zonas muy específicas y limitadas de la ciudad (Costanera Norte, Rafael Obligado y La Pampa; Leandro Alem al 900; Juan B. Justo y Costa Rica; Rivadavia al 4600; avenida La Plata al 700, y Luis María Campos al 1300), exclusivamente los fines de semana y en horarios desde la medianoche a las 7 de la mañana del domingo; es decir, sólo en las zonas de salida de los locales bailables y en días y horarios donde éstos trabajan. Es dable aclarar esto porque frente a los resultados obtenidos el ministro Montenegro habló de cifras que "superan las de Australia", cuando es evidente que la especificidad de la muestra impide compararlas no ya con el total de un país, si no con el total de una comuna.

Hasta ahora solo se tienen datos de la realización de 290 controles: 160 conductores (55%) dieron resultado positivo con el pupilómetro; de esos 160, sólo 8 (5%) dieron positivo en el reactivo por saliva; 4 conductores se negaron a la segunda prueba.

*"Si se asimilaban estas negativas a los 8 casos positivos, podría afirmarse que el promedio en el primer mes fue del 4,14%, cifra que casi triplica la tasa de Australia, uno de los países más eficientes en controles de drogas a conductores"*, dijo Montenegro al periodismo, pero 8 resultados positivos en 290 tomas es realmente un 2,76 %.

En la Jornada realizada por la Dirección General de Seguridad Vial donde se presentaron los controles viales de drogas (junio 2010, Auditorio Banco Ciudad), con la presencia del ministro Montenegro, se nos explicó que en el estado de Victoria en Australia -en controles realizados a lo largo de toda la ciudad y las rutas, no sólo en la zona de locales bailables-, en la primera etapa de los operativos uno de cada 44 (2,27%) de los conductores testeados presentaba sustancias prohibidas en su organismo. Y se necesitaron cinco años de controles y campañas de prevención para reducir la cifra a un positivo por cada 64 conductores controlados (1,56%), que es la cifra que dice Montenegro que triplicamos.

Lo cierto es que si comparamos el porcentaje inicial australiano con el nuestro, y consideramos que nuestra muestra es altamente selectiva, parecería que, por el contrario, los resultados lejos de ser alarmantes son auspiciosos. Si el Gobierno de la Ciudad cuida de invertir tanto trabajo y dinero como el gobierno de Victoria en campañas de concientización, es posible que alcancemos mucho mejor resultado.

Un párrafo aparte merece la cantidad de falsos positivos arrojados por el pupilómetro y la interpretación que de esto dan las autoridades. Según explican al periodismo no se trataría de "falsos positivos", ya que están indicando "ojos fatigados"; pero no se explica entonces cómo es que se permite seguir conduciendo a quienes no tienen la visión apta para ello.

Es más que evidente que, como expresáramos en nuestro informe sobre este tema, el sistema del pupilómetro es impreciso y su utilización ambigua: si se utiliza como medidor oftalmológico, y realmente indica que la visión está afectada, los conductores que dieran positivo no deberían seguir haciéndolo; pero si se utiliza como controlador de presencia de drogas, arrojar mas de 50% de falsos positivos lo convierte en el peor sistema usado en el mundo.

De los 8 casos que arrojaron positivo, en 3 se trataba de cocaína, en 3 de marihuana y, en los dos restantes, de cocaína y éxtasis combinadas.

Se les retuvo el vehículo y se les inició un proceso por contravención comprobada que significará -de acuerdo a sentencia del juez contravencional- una multa de entre \$200 a \$2000, o uno a diez días de arresto, y el descuento de 10 puntos en el scoring.

En aquellos 4 casos que se negaron al control de saliva, no se les permitió seguir conduciendo, se les remitió el vehículo y deberán pagar una multa por \$420.

En cuanto a los **controles de alcoholemia**, la Dirección General de Seguridad Vial, dependientes del Ministerio de Justicia y Seguridad, publicó en septiembre las "Estadísticas de controles de alcoholemia 2009/10".

Según estos datos, en el año 2009 se realizaron 258.435 controles, de los cuales 2.242 resultaron positivos (0,87%). Para el 2010, sólo se conocen las cifras hasta agosto; realizándose 163.917 controles que arrojaron 1.221 positivos (0,74%).

En promedio, se estarían realizando 700 controles por día.

### Estadísticas de controles de alcoholemia 2009/10

Estadísticas de controles de alcoholemia 2009							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total Semestre
CONTROLADOS	26.322	20.105	19.503	21.574	19.104	21.695	128.303
POSITIVOS	80	75	150	151	174	170	800
POSITIVOS C/ MIL	3,04	3,73	7,69	7,00	9,11	7,84	6,24
Estadísticas de controles de alcoholemia 2009							
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Año
CONTROLADOS	18.310	22.911	20.289	25.111	19.023	24.488	258.435
POSITIVOS	179	259	245	227	269	263	2.242
POSITIVOS C/ MIL	9,778	11,305	12,078	9,0399	14,14	10,74	8,68
Estadísticas de controles de alcoholemia 2010							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total Semestre
CONTROLADOS	22.945	12.538	18.960	13.654	18.202	22.684	108.981
POSITIVOS	179	131	162	97	138	173	900
POSITIVOS C/ MIL	7,80	10,45	8,60	7,10	7,58	7,63	8,26
Estadísticas de controles de alcoholemia 2010							
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total Año
CONTROLADOS	28.754	28.182					163.917
POSITIVOS	181	140					1.221
POSITIVOS C/ MIL	6,29	5,35					7,45

## Consumo de Psicofármacos y Género

El Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones presentó en el mes de octubre el estudio "[Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2010](#)".

### Nuestro análisis:

A partir de la verificación –en base a estudios nacionales e internacionales- de que se manifiestan diferencias significativas en el consumo de psicofármacos según el sexo, con un porcentaje superior de uso de estas drogas entre las mujeres, el Observatorio de Drogas del GCBA recupera resultados de estudios antecedentes en la materia, realiza posteriormente una aproximación a la problemática del consumo de psicofármacos en la CABA a partir de datos secundarios y finalmente presenta los resultados de un estudio exploratorio cuyo trabajo de campo fue realizado por equipos de la UNTREF.

### Reseña de estudios antecedentes en Argentina

El estudio reseña las conclusiones de 5 investigaciones<sup>1</sup> referidas a distintos aspectos del consumo de psicofármacos, que aportan información sobre el tipo de trastornos por los cuales se recetan psicofármacos y cuáles se consumen predominantemente, y de los motivos que dan cuenta de por qué la prevalencia de consumo de este tipo de sustancias es mayor entre las mujeres que entre los varones.

### Psicofármacos de mayor consumo y motivos de prescripción

Entre los psicofármacos recetados se destacan en primer lugar las benzodiazepinas, luego los antidepresivos, los antipsicóticos y los hipnóticos.

El grupo de tranquilizantes o ansiolíticos del tipo benzodiazepinas son las drogas que presentan una mayor naturalización y banalización en su uso y los antidepresivos de segunda generación, como la fluoxetina, el consumo está asociado a la idea de rendimiento, proactividad, *performance* social.

El perfil de prescripción hallado evidencia que las dolencias prevalentes responden a los diagnósticos de ansiedad, depresión, trastornos psicóticos y trastornos del sueño, en ese orden por consumo decreciente, dato que concuerda con otras publicaciones.

---

<sup>1</sup> Se trata del estudio de prevalencia de consumo de psicofármacos en la Capital Federal y el Conurbano desarrollado por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET entre 1979 y 1981; el estudio de la Subsecretaría de Prevención y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (SADA) realizado en 1996; "*Medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de psicotrópicos en los adultos*" (2007) y "*La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos*" (2008), ambos dirigidos por la investigadora María Cecilia Arizaga del Observatorio de Drogas de la SEDRONAR; el estudio sobre prescripciones de psicofármacos en Mar del Plata, "*Análisis Descriptivo de las Prescripciones de Psicofármacos en una Población de la ciudad de Mar del Plata*" (2001), realizado por los investigadores José D. Milazzo y Ana M. Perna y "*La tranquilidad recetada*" (1990). Realizado por Mabel Burín.

### Conductas diferenciales entre mujeres y varones:

La mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones, que las califica mejor para la autogestión de sus malestares, muchas veces a través de la dinámica de ensayo y error.

Factores de riesgo para el abuso de psicofármacos en mujeres:

- El trabajo maternal tradicional y la maternalización de todos los roles de las mujeres
- Las expectativas sobre el rol de género femenino como encargado de mantener el equilibrio y la armonía de los vínculos familiares.
- La doble jornada de trabajo de las mujeres
- La situación de la crisis económica
- Los problemas de la pareja, especialmente la falta de comunicación y la dependencia económica de las mujeres y su incidencia en su baja autoestima.
- El aislamiento, la soledad y la falta de redes sociales ubican a las mujeres de mediana edad, amas de casa tradicionales, como grupo de riesgo predominante en casi todos los talleres realizados.

### Aproximaciones a la problemática del consumo de psicofármacos en la CABA

El estudio del Observatorio de Drogas retoma la información de estudios realizados entre 2007 y 2009 a distintas poblaciones: pacientes en centros de tratamiento, estudiantes secundarios y personas atendidas en guardias hospitalarias.<sup>2</sup> En base a estos tres estudios arriba a las siguientes conclusiones:

-Es cada vez más frecuente que los/as adolescentes se inicien en el consumo de drogas con psicofármacos. La ingesta de psicofármacos se combina, en grandes grupos de adolescentes con el consumo de alcohol y varias drogas ilegales

-Cuando se analiza el impacto de los psicofármacos en la guardia de emergencia hospitalaria, Tranquilizantes, Sedantes, Estimulantes, Antidepresivos, Anticolinérgicos, Anfetaminas y Flunitracepán resultan las drogas con mayor prevalencia. En la gran mayoría de los casos la ingesta de psicofármacos se realiza acompañada de consumo de alcohol, prevalentemente en personas de 25 a 34 años en primer término y en mayores de 50 años en segundo término.

-Las mujeres consumen prevalentemente Anfetaminas, Anticolinérgicos y Antidepresivos y los varones Flunitracepán.

-Se registra cierta '*normalización*' del consumo de psicofármacos como parte de los hábitos de la vida cotidiana en la gran urbe, a partir de su extendida aceptación por parte de los ciudadanos comunes, los psiquiatras y los médicos de base.

---

<sup>2</sup> "Perfil de Pacientes en Centros de Tratamiento" (2009); Encuesta a estudiantes de enseñanza media de la Ciudad de Bs. As.(2007) y Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas en los Hospitales de Agudos P. Piñero y Penna.

### Estudio exploratorio: objetivos, metodología y resultados

El estudio encargado por el Observatorio de Drogas de la CABA a la UNTREF es de carácter exploratorio (busca establecer asociación entre variables, no relaciones causales únicas y unívocas) y se nutre de la información surgida a partir de una metodología cualitativa de investigación que comprende técnicas tales como la entrevista en profundidad y los grupos focales.

Sus resultados, por lo tanto, no buscan generalizarse al conjunto de la población, sino que brindan pautas acerca de distintos ejes temáticos tales como las representaciones sociales e individuales referidas al consumo de psicofármacos en las mujeres, el sentido que éstas le dan a este consumo, las perspectivas de género en su relación con el consumo indebido de psicotrópicos y los perfiles de consumo, a partir de las opiniones vertidas por los siguientes informantes clave:

-15 médicos psiquiatras con experiencia de trabajo con pacientes consumidores de psicofármacos y adictos a los psicofármacos.

-15 farmacéuticos con experiencia de trabajo continuado en farmacias con atención al público de al menos 5 años.

-Pacientes en recuperación (6 grupos focales: 2 masculinos y 4 femeninos)

-Mujeres sin consumos problemáticos (4 grupos focales), con consumo actual o antecedente de psicofármacos con prescripción médica.

Todos estos informantes respondieron a una serie de tópicos a partir de los cuales se extraen algunas conclusiones relacionadas con las diferencias de género junto con otras más generales vinculadas con las percepciones y prácticas de cada sector entrevistado. Se registran a continuación algunos ítems más generales y específicamente aquellos vinculados con el uso diferencial de psicofármacos entre mujeres y varones.

### La perspectiva de lxs psiquiatras

Los principales motivos de consulta entre las personas de clase media son los trastornos de ansiedad, crisis de pánico y depresión, mientras que a medida que la condición socio económica del paciente es más baja, aumenta la gravedad del trastorno que motiva la consulta. En términos generales, los psiquiatras identifican dos motivos que derivan en la prescripción de psicofármacos: la necesidad de estímulo y la de sedación

Aspectos que intervienen en la mayor o menor aceptación de los tratamientos con psicofármacos.

La mayor adherencia al tratamiento la tienen las benzodiazepinas. La clonazepina es la droga mejor aceptada cuando se la receta pero luego de un tiempo de consumo es difícil de suprimir debido a sus rápidos efectos beneficiosos. El riesgo que comporta la prescripción de las benzodiazepinas es que apuntan a la cancelación del síntoma sin prever el peligro de adicción a la sustancia.

La pertenencia social. Los sectores medios y medios altos manifiestan mayores niveles de adhesión a estos tratamientos que los sectores más desaventajados.

Pacientes hospitalarios, privados o con obra social: los primeros poseen menor información y no discuten ni interrogan al psiquiatra.

La combinación con psicoterapia: varios psiquiatras coinciden en que la terapia farmacológica debe ser acompañada además, de psicoterapia para alcanzar la mejoría del paciente y lograr mayores niveles de adhesión al tratamiento.

Quienes más resisten la prescripción son los pacientes que han estado internados en clínicas psiquiátricas para ser desintoxicados, es decir pacientes que han debido rehabilitarse de adicción a psicofármacos y otras drogas.

Las creencias sociales acerca de que la "psiquiatría es para los locos", especialmente en los pacientes adultos o adultos mayores.

La resistencia a la prescripción, en líneas generales es más marcada en los pacientes hombres, inclusive en aquellos que son o han sido adictos a otras drogas. La adherencia al tratamiento en los pacientes adictos es casi inexistente

### Consumo problemático y factores que aportan a la tolerancia social del consumo de psicofármacos

Es recurrente que el inicio en el consumo de psicofármacos se verifique en el seno de una familia donde este consumo está naturalizado

En general, las personas jóvenes tienen menos conciencia del propio consumo problemático y tardan más tiempo en llegar a la consulta por sí misma que los adultos y habitualmente llegan a partir de la consulta de sus familias.

El alto nivel de ingesta de benzodiazepina no es visto como un problema sino como la solución al problema, creencia que genera descrédito hacia la consulta y, por el contrario, el ingreso en sistemas de "pseudo consulta" para conseguir recetas.

En términos generales, la experiencia clínica indica que resulta sumamente difícil retirar las benzodiazepinas, sea cual fuere el motivo por el cual comenzó su consumo.

La publicidad de los laboratorios (a través de visitadores médicos, congresos, beneficios a los médicos, nombres y presentaciones de psicofármacos "atractivos"), roza los límites de lo antiético, promoviendo los efectos "beneficiosos" del consumo de psicofármacos acorde a las demandas sociales más generalizadas y ocultando sus efectos adversos o adictivos.

La percepción de la tolerancia social hacia el consumo de psicofármacos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no es unánime entre los psiquiatras. Son los menos quienes piensan que las personas ocultan el consumo por temor al estigma social.

La tolerancia social varía de acuerdo con el psicofármaco comprendido; por ejemplo, no existe alarma en relación a las benzodiazepinas, las mismas son los psicofármacos con consumo más extendido y naturalizados en la población. Pero, en relación a los antipsicóticos y los antidepresivos la tolerancia social es baja. La falta de alerta en relación a las benzodiazepinas se extiende hasta en los médicos clínicos y especialistas en general (menos en psiquiatría ni en neurología).

En la actualidad el acceso a las benzodiazepinas no ofrece ninguna dificultad en la Ciudad de Buenos Aires, ya hay kioscos donde las venden.

### Diferenciación por género y patrones de conducta más generalizados entre las mujeres

En el consumo de psicofármacos, a partir de los 40 años las mujeres utilizan más que los hombres drogas para dormir. Por lo general, la mujer no es consciente de que estas drogas son adictivas, sobre todo si han estado alejadas de cualquier tipo de consumo problemático de drogas.

El problema se agrava en las mujeres con problemas laborales, económicos y/o desocupadas, ya que las cantidades de tranquilizantes que ingieren son mucho mayores.

La mujer siempre consulta más en medicina y también en psiquiatría, y presenta mayor adherencia al tratamiento. Los principales motivos de consulta entre las mujeres son síndromes depresivos crónicos o agudos pero que se manifiestan principalmente por insomnio, fallas laborales y problemas relacionales, conflictos familiares principalmente.

Las mujeres tienen más información que los varones acerca de los psicofármacos. Es probable que incidan fenómenos asociados a prejuicios culturales en el mayor consumo de psicofármacos en mujeres que en varones. El alcohol como droga anestésica del malestar no estaría "permitido" en las mujeres, como así tampoco la trasgresión en el sentido del consumo de drogas ilegales. Los psicofármacos son "drogas legales", quien los consume no se aparta de lo permitido, además de ser drogas que no comprometen el desempeño de los roles sociales y comportan severas alteraciones de la conducta.

La mujer utiliza el psicofármaco como "lubricante social", que permite que pueda seguir respondiendo a una infinidad de exigencias familiares y sociales sin quedar agobiada por la angustia. En cuanto a la función de "lubricante relacional", el psicofármaco oficia como un filtro de emociones negativas permitiendo una conducta mayormente adaptativa.

También la ingesta de psicofármacos oficia como ayuda para tolerar la frustración en muchos casos, por ejemplo en las familias disfuncionales donde las mujeres son víctimas de violencia psicológica y/o física y/o sexual.

Entre las mujeres menores de 30 años abunda la consulta por Trastornos de la Personalidad que son medicados con psicofármacos. En las mujeres mayores de 50 años no se medica la psicopatología, sino la soledad. Finalmente, en las mujeres ancianas la depresión y la concomitante prescripción de psicofármacos se relaciona con la pérdida de la autonomía, el desapego de los afectos y la escasa inserción social.

De acuerdo con la experiencia clínica de los profesionales, las intoxicaciones por uso de psicofármacos atendidas en las guardias hospitalarias, se verifican en su mayoría en mujeres jóvenes. Generalmente, está implicado el consumo de una sola droga con una gran cantidad de comprimidos. La intencionalidad de dicho consumo se asocia básicamente a dos situaciones: 1- lograr anular un síntoma muy resistente, por ejemplo, el insomnio; y 2- suicidio

El ocultamiento de los tratamientos con psicofármacos es mayor en los hombres que en las mujeres. Factores culturales como el machismo, impiden que los hombres se muestren "con fallas" y necesitado de ayuda, fenómeno que no se verifica en adolescentes ni adultos jóvenes, quienes no sienten pudor en comunicar que están en tratamiento psicofarmacológico.

### La visión de lxs farmacéuticxs

Consumo de psicofármacos. La droga más vendida es el Clonazepam. La venta de esta droga prevalece por sobre otras en ambos sexos y en los diferentes grupos etarios, salvo en niños. El diagnóstico que en líneas generales justifica la prescripción es el de Trastornos del Sueño y/o Ansiedad: los farmacéuticos indican que el Clonazepán es la droga más prescrita en la actualidad debido al aumento de los niveles de estrés en la población que trae aparejado problemas del sueño.

En cuanto a los estimulantes, su venta es muy inferior a la de tranquilizantes, en primera instancia porque el control es muy estricto y necesitan en muchos casos de triple receta; y en segunda instancia, porque abunda el consumo de bebidas energizantes y cócteles de psicofármacos con alcohol que son utilizados como estimulantes

La naturalización en el consumo de psicofármacos es creciente. En muchos casos resultan una respuesta veloz y efectiva a las angustias de la vida cotidiana y los psiquiatras no se detienen a pensar si el paciente necesita una vida de relación más rica en vez de un tratamiento psicofarmacológico

### Consumo diferencial por sexo y edad

Desde la farmacia se detecta en los últimos cinco años un cambio en el patrón de consumo de psicofármacos por sexo. Las mujeres consumen más que los varones, especialmente entre los 40 y los 50 años. La explicación que prima se asocia al agobio y el estrés por la sobrecarga de trabajo dentro y fuera del hogar

El consumo ha aumentado notablemente también entre los jóvenes y adultos jóvenes, especialmente de clase media y media alta. A partir del año 2000 aumentó la consulta en este grupo de población, especialmente por ataque de pánico, problemas de inserción socio laboral y conflictos interaccionales en general.

A diferencia de los jóvenes, la población de mayores de 65 años raramente presenta una receta prescrita por un psiquiatra en el mostrador de la farmacia. Los psicofármacos en su mayoría hipnóticos y en muchos casos asociados a ansiolíticos, son prescritos prevalentemente por el médico clínico.

Las recetas de psicofármacos en su mayoría pertenecen a sujetos de clase media y media alta, asociándose la prevalencia de la prescripción de estas drogas en estos grupos de población directamente con el poder adquisitivo del paciente, ya que estas drogas tienen costos altos.

### Consumo problemático y factores que aportan a la tolerancia social del consumo de psicofármacos

Los farmacéuticos consideran que cuentan con indicadores eficaces para la detección del consumo problemático en el momento de la compra que van desde aspectos conductuales, verbalizaciones que denotan dependencia o signos en la receta

Las intenciones económicas en el desarrollo de la industria no son cuestionadas en el ámbito farmacéutico, pero si se remarca la necesidad de que dicho desarrollo se verifique en un marco ético de beneficio para la población en todos los sentidos.

Existe consenso en que la presión sobre los médicos para inducir a recetar ciertos fármacos, es fuerte. Los laboratorios utilizan una cierta gama de artilugios comerciales

de presión sobre el médico para que recete psicofármacos que son muy costosos y beneficios económicos para el paciente de los cuales es muy difícil retrotraerse para el profesional.

Según los farmacéuticos, la información que los médicos otorgan a sus pacientes es insuficiente, motivo por el cual es habitual que el paciente solicite al farmacéutico precisiones acerca de los fármacos prescritos.

La publicidad logra hacerse su lugar y los visitantes médicos llegan con información científica e inciden en la elección de la marca del laboratorio en el momento de la prescripción. Dado que la publicidad a consumidores directos está prohibida, se utilizan otros medios de llegada. Otra parte de la estrategia está desarrollada en la gráfica, en la folletería que se entrega a los médicos por ejemplo, suelen aparecer imágenes del antes y el después de que alguien haya tomado la medicación, donde la semiología del rostro y la actitud corporal indican una mejoría notable.

### Conclusiones

Los principales prescriptores de psicofármacos a las mujeres son médicos de cabecera, ginecólogos y cardiólogos. Estos profesionales consideran a las mujeres criteriosas en cuanto a la percepción del malestar subjetivo propio y de los integrantes del hogar, y confían en su capacidad de evaluación para decidir la prescripción de psicofármacos.

El consumo de psicofármacos tiende a extenderse por períodos prolongados (de uno a diez años), favoreciendo la instalación de hábitos de consumo problemático de estas drogas en población sin sintomatología psiquiátrica de peso.

La utilización en forma racional se basa en un correcto diagnóstico, el cual lleva implícito un pronóstico y permite la elección del o los recursos terapéuticos más adecuados. Por esto, es cuestionable el hecho de que la mayoría de los psicofármacos sean prescritos por médicos generales y especialistas alejados del campo de la psiquiatría.

Se puede inferir que las prescripciones representan indicaciones para episodios agudos o la simple repetición de la receta que anteriormente fuera hecha o no por un especialista. Esto no responde a un tratamiento racional con el seguimiento, evaluación y tiempo de terapéutica adecuado para las pacientes.

Los ansiolíticos e hipnóticos son los psicofármacos más consumidos. Las benzodiazepinas son las drogas que producen el mayor nivel de consumo problemático, resultando muy difícil la deshabitación a dichas drogas. Además, la consulta por adicción al psicofármaco generalmente es tardía debido a que el síntoma adictivo es ego sintónico: la paciente siente que dicho consumo alivia al malestar subjetivo y mejora su performance cotidiana, motivo por el cual no encuentra razones que justifiquen cesar con dicho hábito.

Existen dos momentos de mayor riesgo de consolidar el hábito de consumo problemático en las mujeres que no son consumidoras compulsivas de alcohol y otras drogas:

- 1- El momento de la crianza de los hijos (treinta a cincuenta años) en mujeres que trabajan fuera del hogar. En este período la mujer debe responder con idoneidad y eficiencia a las tareas de desarrollo profesional, hogareñas y de cuidado de los hijos. El posicionamiento desde una mayor exigencia de fortaleza frente a la responsabilidad del espacio privado, sumado a la participación en la vida pública, remite a la necesidad de ser capaz de "controlar" y "demostrar control" en todos los ámbitos en los que se

desenvuelve. En este caso el psicofármaco se constituye en una prótesis de sostén laboral.

2- El momento de la partida de los hijos del hogar jóvenes/adultos. Se verifica principalmente en mujeres amas de casa cuyo proyecto de vida está centrado en la crianza de los hijos, dicho evento vital es conocido como 'síndrome del nido vacío'. En este caso el psicofármaco se constituye en una herramienta de sostén del sentido de vida la cual se incorpora definitivamente para acompañar a las mujeres durante la vejez, resultando las ancianas el grupo con mayor sobre medicación de psicofármacos.

En la actualidad son cada vez más las jóvenes que consumen psicofármacos para enfrentar sentimientos de insuficiencia y estados de stress derivados de la multiplicidad de exigencias a las que deben responder: requerimientos de estudio, trabajo, condiciones de belleza y performance social requeridos para ser considerada una mujer de éxito en la vida urbana.

Esta generación de nuevas consumidoras jóvenes, cuenta con casi cuarenta años de antecedentes en el consumo de psicofármacos. Es decir, está instalado en los hogares de la Ciudad de Buenos Aires, donde muchas de estas jóvenes han tenido como modelo abuelas y madres con consumo crónico.

Es frecuente que las mujeres mayores de la casa ofrezcan a las jóvenes sus propios psicofármacos ante la aparición de temores e indicios de malestar subjetivo. En la actualidad las mujeres de medios urbanos en vez de transmitir estrategias de afrontamiento de la dificultad, consolidan y naturalizan el hábito de consumo, facilitando a sus hijas y nietas prótesis químicas para resistir una vida adulta de sobre exigencias y una vejez de soledad. La manipulación de las emociones queda naturalizada en la sociedad en su conjunto incluyendo los profesionales a cargo de la prescripción.

En esta compleja dinámica de la naturalización del consumo inciden también las estrategias de marketing de los laboratorios que insertan en envases, prospectos y presentaciones científicas, imágenes de serenidad y felicidad donde se ven personas, preferentemente mujeres, desarrollando actividades cotidianas. No hay claras indicaciones de alerta ni de riesgo adictivo para los médicos ni los pacientes.

En la actualidad algunas las farmacias barriales actúan como instancias de mitigación de los efectos iatrogénicos de la anónima relación entre médicos y pacientes. El farmacéutico, en el marco de una relación personalizada con los clientes, lleva un control informal de la medicación que consumen, actuando como unidad centralizadora de información médica. Esta función es cada vez menos desarrollada por los médicos de cabecera, resultando en oportunidades, el farmacéutico quien realiza detección precoz de prescripciones psicofarmacológicas incompatibles con la medicación usada para paliar enfermedades orgánicas.

La ingesta de psicofármacos en adolescentes y mujeres jóvenes se vincula con el consumo recreativo, en busca básicamente de dos efectos:

1- Descontrol y euforia, efecto que se logra mezclando los psicofármacos con alcohol. Este uso es prevalentemente nocturno resultando parte de la preparación 'previa' para el baile y la fiesta. Los efectos indeseados de esta modalidad de consumo son el aumento de la autoagresión (cortarse) y heteroagresión (violencia verbal y física) y los estados de amnesia y escasa conciencia de las situaciones de riesgo en las que se involucran, tales como relaciones sexuales sin protección, violaciones, con las probables consecuencias de embarazos no deseados y/o el contagio de enfermedades de transmisión sexual. 2- Estabilidad del estado de ánimo durante el día. Este uso es preferentemente diurno. Su consumo se combina agua o mate y sirve para evitar

conectarse con el malestar subjetivo asociado a la falta de proyecto de vida y a los recuerdos desagradables de conductas derivadas de la intoxicación con fármacos y otras drogas. En este caso no se presentan conductas agresivas ni estados amnésicos, sino que prevalece la ilusión de 'ser' una persona pro activa y agradable 'como se debe ser'.

Los psicofármacos:

Son las drogas que más consumen las mujeres, dado que las "ayudan" a cumplir mejor con el rol social de género que tienen asignado (cuidado del ámbito privado, maternidad).

Tienen la ventaja de ser consideradas de consumo lícito, ser de fácil acceso y encontrarse, por ejemplo, en el botiquín del propio hogar y en los hogares de la red de relaciones de adolescentes y jóvenes

Para adquirirlos no es necesario que las mujeres se pongan en riesgo ingresando a villas u otros lugares de alta peligrosidad, ya que se venden en kioscos y negocios varios y en numerosas farmacias que aceptan recetas de origen dudoso.

Las consumidoras desconocen los principios activos de los psicofármacos consumidos y no distinguen nombres comerciales. Existen criterios de clasificación 'de fantasía' de los psicofármacos que consumen habitualmente basados en los colores, los miligramos, los precios o la terminación de nombre de estas drogas.

El único evento de vida motivador para detener el consumo perjudicial de psicofármacos en muchas mujeres es la maternidad (real o potencial) en donde una vez más, el rol social de género se refuerza, derivando en una conducta de control y auto cuidado y en la consecuente disminución de las dosis, la frecuencia o directamente en el abandono del consumo. Más aun, para muchas mujeres, este momento se presenta como 'la oportunidad' para el abandono definitivo del consumo.

El consumo en adolescentes y jóvenes mujeres recibe una doble penalización:

1- Desde la sanción social generalizada, en cuanto trasgresora de la norma de prescripción en el marco de un tratamiento médico.

2- Desde la sanción masculina de sus pares, en cuanto el descontrol afecta la imagen integral de la mujer, tanto en su aspecto interior como exterior.

### **Centro La Otra Base del Encuentro, un reclamo desoído**

Desde esta Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones, hace aproximadamente un año que alertamos sobre el estado de abandono y deterioro en que se encontraba el centro en general; y en particular hicimos mención a las diferentes goteras de los techos ([\*Humilde pero digno\*](#)).

Lamentablemente, ha pasado más de un año sin que se hiciera ningún arreglo edilicio. El 3 de septiembre, el centro tuvo que ser clausurado por la caída de un techo, ya que más del 70% del edificio estaba inhabilitado.

La Otra Base del Encuentro depende del área programática del Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero, y quien debería dar una respuesta por esta situación es el ministro de salud Jorge Lemus; puesto que este derrumbe es parte del incumplimiento -no solo como ciudadanos y ciudadanas en cuanto a la responsabilidad de garantizar la atención de la salud- sino con el incumplimiento de las sentencias

judiciales que en la actualidad se tramitan en el juzgado N° 9 a cargo de la Dra. Danna. La defensora del pueblo, Alicia Pierini también intervino enviándole una recomendación al ministro Lemus mediante la resolución 1093/10 en el mes de mayo del 2010.

Es evidente, como se dijo al principio, que esta situación se podría haber evitado; claramente faltó decisión política para llevar adelante la solución.

En la actualidad, para paliar la situación en la que se encuentra el centro, se está dando atención en un container en la puerta del centro. Para Mauricio Macri, ¿esta situación será humilde pero digna?

## Presupuesto de Políticas Sociales en Adicciones

### Ejecución presupuestaria por objeto del gasto (principales partidas). Segundo trimestre de 2010

Descripción	Ejecución Presupuestaria				Créditos aprobados y variación	
	Situación	Crédito anual vigente	Ejecutado Acumulado			
<b>Políticas Sociales En Adicciones</b>	<b>Bajo</b>	<b>12.596.674,00</b>	<b>3.311.605,96</b>	<b>26,3%</b>	<b>12.767.941,00</b>	<b>-1,3%</b>
Bienes de Consumo	Bajo	860.635,00	228.683,82	26,6%	907.500,00	-5,2%
Servicios No Personales	Bajo	3.595.739,00	1.147.416,47	31,9%	3.118.441,00	15,3%
Mantenimiento, Reparación Y Limpieza		229.500,00	225.515,56	98,3%	142.000,00	61,6%
Servicios Profesionales, Técnicos Y Operativos		1.846.840,00	765.650,00	41,5%	1.846.840,00	0,0%
Otros Servicios		1.440.000,00	124.859,00	8,7%	1.056.000,00	36,4%
Bienes De Uso (maquinaria y equipo)	<b>Sin ejecución</b>	20.000,00	528,17	2,6%	20.000,00	0,0%
Transferencias al Sector Privado para Gastos Corrientes	Bajo	8.120.300,00	1.934.977,50	23,8%	8.722.000,00	-6,9%

- A partir de 2010 la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones conforma un solo programa presupuestario con tres actividades (anteriormente tres programas). El informe con la ejecución presupuestaria del 2º trimestre del año presenta agregados los montos de la ejecución de las tres actividades, por lo que no es posible desagregar la tarea de cada una de las actividades que desarrolla la Coordinación.
- El programa de políticas sociales en adicciones **vio disminuir sus créditos en un 1,3%** entre la sanción del presupuesto 2010 y el segundo trimestre del año. **Las partidas en las que se registraron los mayores recortes (6,9%) son las destinadas a transferencias** al sector privado para financiar gastos corrientes (subsidios a centros con convenio).
- Contrariamente, se incrementaron los montos destinados a Servicios no personales, en especial a mantenimiento, reparación y limpieza.
- El programa registra bajos niveles de ejecución en todos los incisos presupuestarios. En promedio, se ejecutó poco más de la mitad de lo previsto para el segundo trimestre del año (26,3%). Esta situación se agudiza en el rubro Bienes de Uso (aún sin ejecución), aunque los montos destinados al mismo son poco significativos.

## Participaciones

En este trimestre la USPPA participó de los siguientes eventos:

- Día 8 de Julio: ***Narcotráfico en la Argentina "Experiencias, historias y enfoques"***. - Organizado por el partido GEN - Apart Hotel Congreso.
- Día 11 de Agosto: ***Dispositivos de Externación en Salud Mental y Adicciones***. - Organizado por la Diputada Diana Maffía - Legislatura de la Ciudad.
- Día 1 de Septiembre: ***1er Encuentro Interinstitucional "Adicciones en qué Estado"***. - Organizado por el Diputado Jorge Selser - Legislatura de la Ciudad.
- Días 15, 16 y 17 de Septiembre: ***II Congreso Iberoamericano de Patología Dual y Trastornos Adictivos*** - Organizado por la Asociación de Conductas Adictivas y Patología Dual de Iberoamérica - Academia Nacional de Medicina.

**USPPA**

[Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en adicciones](#)

Despacho Diputada Diana Maffía

Dirección: Lic. Patricia Colace

Asesoría técnica: Santiago Lerena - Roberta Ruiz

**Se permite su reproducción parcial o total citando la fuente**