



**UNA MIRADA ESPECÍFICA SOBRE LA PROBLEMÁTICA DEL  
CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN ARGENTINA 2012**

**Marzo 2013**

SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA  
DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO  
**Dr. Rafael Bielsa**

SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y  
COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
**Lic. Eduardo Sguiglia**

DIRECCIÓN NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS  
**A/C Dirección: Graciela Ahumada**

Equipo de investigación  
**Valeria Kierbel**  
**Mariana Ciccía**

## Índice

<b>Introducción</b>	Pág. 3
<b>Capítulo 1: Caracterización de los Psicofármacos</b>	Pág. 6
<b>Capítulo 2: El Consumo a Nivel Mundial y Regional</b>	Pág. 16
1. Unión Europea	
2. Estados Unidos	
3. Latinoamérica	
<b>Capítulo 3: El Consumo en Argentina</b>	Pág. 31
1. Análisis del consumo en población general	
2. Análisis del consumo en estudiantes de nivel medio	
<b>Capítulo 4: Demanda y Perfil del Paciente Consumidor de psicofármacos</b>	Pág. 59
<b>Capítulo 5: Representaciones sociales frente al consumo de psicofármacos</b>	Pág. 69
1. La medicalización de la vida cotidiana	
2. Consumo de psicofármacos y género	
<b>Capítulo 6: Fenómenos Asociados al Consumo de Psicofármacos</b>	Pág. 78
1. La consulta de emergencia asociada al consumo	
2. El delito asociado al consumo	
<b>Conclusiones</b>	Pág. 91
<b>Bibliografía</b>	Pág. 94

## Introducción

La Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD) de la Subsecretaría de Coordinación Administrativa y Cooperación Internacional de la SEDRONAR, tiene como función principal brindar la información válida y suficiente sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el país y el tráfico de drogas. En ese marco, la DNOAD ha definido un Programa de investigaciones a mediano y largo plazo cuyo objetivo general es asegurar a los organismos de decisión, nacionales e internacionales, la disponibilidad de datos válidos y suficientes, para la evaluación de la situación nacional en materia de sustancias adictivas, apoyando y coordinando la producción de información en diferentes organizaciones del estado y de la sociedad civil dedicadas a la temática.

En esta oportunidad, el informe que se presenta tiene como objetivo ofrecer un documento que centralice la mirada sobre la problemática del consumo psicofármacos con o sin prescripción médica. Para ello, desde la DNOAD se ha realizado una recopilación de la información referida a las sustancias, obtenida a partir de una lectura integral de los estudios que forman parte del plan de investigaciones. Asimismo, se tuvieron en cuenta en el análisis la información disponible de organismos nacionales e internacionales, y la producción científica existente sobre esta problemática.

En esta dirección el **primer capítulo** de este informe se presenta como una primera aproximación general al fenómeno del consumo de psicofármacos, caracterizando la sustancia y su historia, algunos efectos sobre la salud y datos sobre su comercialización en el país.

En el **segundo capítulo** se buscará situar la problemática nacional en el contexto de Mundial y Regional: para ello se incorpora información sobre la problemática del consumo de psicofármacos en Latinoamérica, Estados Unidos y Europa:

- Para Europa, se consultaron datos del informe JIFE de NNUU del 2012; del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2012) y un informe realizado por el Proyecto Europeo de Encuesta en Escuelas sobre Alcohol y Otras Drogas (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD): El Informe del ESPAD sobre el Uso de Sustancias entre Estudiantes en 36 países europeos (*The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*, ESPAD 2011.)

- Para Estados Unidos se presentan datos del informe Tendencias Nacionales (NIDA, b) y *Tendencias entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes* (NIDA, 2011c), realizado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse, NIDA).

- Para Latinoamérica, se incorporan a este informe el análisis realizado por la CICAD (OID/OEA), el “Uso de drogas en las Américas 2011”, por la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2012).

En un **tercer capítulo**, se buscará hacer un diagnóstico del consumo en Argentina, orientando el análisis al contexto específicamente nacional. Para ello, se presentarán los datos obtenidos en el “Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, 2010” (OAD, 2011) y el “Estudio Nacional en Estudiantes del Nivel Medio, 2011” (OAD, 2012a). Con el objetivo de contar con análisis de tendencia y obtener un diagnóstico actualizado y completo sobre el problema del consumo de sustancias psicoactivas en el país, estos estudios se realizan cada dos años, permitiendo indagar sobre la magnitud y características del consumo, los factores de riesgo y de protección asociados y otras dimensiones como la demanda de tratamiento, problemas en el ámbito laboral en la población adulta relacionados al consumo y precio de droga en calle. En esta oportunidad, se presentan los datos referidos específicamente al consumo de psicofármacos.

El **cuarto capítulo** se propone una aproximación a la problemática desde la perspectiva de la demanda de tratamiento. Para ello, se incorpora al análisis el “Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010” (OAD, 2011a) que constituye en sí mismo una unidad de análisis de interés ya que al referirse a la población usuaria exclusivamente, permite la profundización del conocimiento sobre los patrones de consumo y perfiles socio demográficos asociados.

En el **quinto capítulo** se presentan algunas referencias sobre las representaciones sociales construidas en torno al consumo de psicofármacos, obtenidas a partir de la investigación cualitativa realizada en el año 2007 sobre “El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana”. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso” (OAD, 2007) que tiene como objetivo explorar los patrones de uso e indagar en las motivaciones y representaciones sociales acerca del consumo indebido de psicotrópicos en la vida cotidiana y el consumo de psicofármacos y género en la Ciudad de Buenos Aires (Observatorio de Drogas, 2010) otro estudio cualitativo cuyo objetivo es describir, analizar y caracterizar, teniendo en cuenta el contexto social y cultural específico, el tipo de

modalidad de consumo de psicofármacos en las mujeres y las funciones que el mismo cumple en las estrategias de vida, las representaciones sociales e individuales, así como el sentido que éstas dan a éste consumo.

Por último, en el **sexto capítulo**, se han abordado los fenómenos asociados al consumo de sustancias. Para ello, se han tomado datos del “Estudio de la consulta en Salas de Emergencias, 2012” (OAD, 2012), - estudio que se realiza cada dos años mediante ventanas epidemiológicas en las capitales provinciales y cuyo objetivo es abordar la asociación del consumo con la consulta de emergencia - , y el “Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, 2009” (OAD, 2009), el cual incorpora al análisis el fenómeno de los delitos vinculados al consumo, tema que se trabaja a partir de distintas metodologías en el marco del Programa de estudios Droga y Delito.

# Capítulo 1

## Caracterización de los psicofármacos

---

### Definición y Clasificación

La Administración Nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) define a los *psicotrópicos* como cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central y a los *psicofármacos* como todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimiento psíquicos o neurológicos.(ANMAT,2010).

Entonces, cuando estos psicotrópicos son utilizados para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas se los denomina psicofármacos. La etimología de la palabra alude a *psykhé/alma* y *phármakon/medicamento*. Son medicamentos destinados a (mejorar, atenuar, mitigar) los síntomas de las llamadas enfermedades mentales. Los psicofármacos son sustancias que se utilizan fundamentalmente para tratar tres tipos de alteraciones: la esquizofrenia y otras psicosis, la depresión y la manía (es decir, alteraciones del estado de ánimo), y los cuadros producidos por angustia o ansiedad excesivas.

El código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (*Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system*) es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos. Este sistema fue instituido por la Organización Mundial de la Salud, y recoge el sistema u órgano sobre el que actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco. Dentro del código ATC el Grupo N corresponde a los fármacos de uso sobre el sistema nervioso (SN), e incluye:

- 1) Anestésicos
- 2) Analgésicos
- 3) Antiepilépticos
- 4) Antiparkinsonianos
- 5) Psicolépticos
- 6) Psicoanalépticos
- 7) Otras drogas del SN

En este estudio nos referiremos a los medicamentos **psicolépticos** (N05) y **psicoanalépticos** (N06) y en algunos países se registra el uso de **analgésicos opioides** (N02a) que son sustancias relacionadas con los opiáceos, que se utilizan principalmente para combatir el dolor.

Los **psicolépticos** incluyen antipsicóticos, ansiolíticos hipnóticos y sedantes. Son fármacos psicótropos con propiedades *depresoras* de la actividad mental, comúnmente usados para el tratamiento de la psicosis (neurolépticos) y para los trastornos de ansiedad (ansiolíticos o tranquilizantes menores).

Los **psicoanalépticos** incluyen antidepresivos, psicoestimulantes utilizados para el tratamiento de TDA/H<sup>1</sup> y nootrópicos, y drogas contra la demencia. A diferencia de los psicolépticos, son fármacos psicótropos con propiedades *estimulantes* del sistema nervioso central y sobre la actividad psíquica, comúnmente usados para el tratamiento de la depresión y en trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Según el NIDA (2011), las clases de medicamentos de prescripción que se abusan con más frecuencia son: los **analgésicos opioides**, como la Vicodina y el OxiCotin; los estimulantes para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDA/H), que incluyen el Adderall, Concerta o Ritalina; y los depresores del sistema nervioso central (SNC) para aliviar la ansiedad, como el Valium o el Xanax. Los medicamentos sin prescripción médica que se abusan con más frecuencia son los medicamentos para la tos y el resfrío que contienen dextrometorfano.

### **Aspectos socio-históricos de los psicofármacos**

La utilización de drogas psicoactivas con fines sociales, religiosos, recreativos y médicos tiene una amplia historia, aunque es a partir de mediados del siglo XIX cuando se realizaron intentos esporádicos para utilizarlos, de forma ortodoxa, en el tratamiento psiquiátrico. Así bien, los psicofármacos son sustancias que se utilizan fundamentalmente para tratar las enfermedades mentales. Sin embargo, la concepción que el hombre ha tenido sobre las enfermedades mentales ha sido influida, a través de los tiempos, por la ideología dominante del contexto histórico-político del cual se trate. Así es que el hombre ha enfrentado a la locura con métodos derivados de la idea que se tenía en el momento histórico sobre las alteraciones mentales, por ejemplo en tiempo de los faraones se consideraba la enfermedad mental como resultado de la ira

---

<sup>1</sup> Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.



de los dioses o de posesión demoniaca, esto convertía al paciente en un sujeto peligroso al cual había que aislar, exorcizar y hasta castigar. Del mismo modo, se asociaron las alteraciones mentales con desequilibrios de humores producían locura excitada (manía), locura tranquila, melancolía (depresión) o histeria, así el tratamiento se orientaba hacia el restablecimiento del equilibrio perdido, utilizando medidas como la dieta, los baños, el sangrado, las purgas, etc., o la utilización de plantas o elementos naturales. La introducción de demonios, diablos, quema de brujos y persecución de sujetos "poseídos" determinó en buena medida el tratamiento que se aplicaba a los enfermos psiquiátricos.

Hasta mediados del siglo XIX no existía un verdadero enfoque científico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Se seguían utilizando eméticos, laxantes, narcóticos, extractos de mandrágora, de datura (el toloache mexicano), tabaco, alcanfor, cicuta, diversos tipos de infusión a partir de hojas y flores, especies como la pimienta, vino viejo, etc., curas de sueño y métodos físicos más radicales como la restricción (encerramiento, camisas de fuerza, cadenas), agujas, vidrios cortantes, sillas giratorias, baños fríos, semiahogamiento y crisis convulsivas inducidas por electricidad o por sustancias inductoras de convulsiones. (Brailowsky, 1995).

A principios del siglo XIX la psiquiatría evolucionó en forma considerable: Pinel y Esquirol, en Francia, elaboraron una clasificación de las enfermedades mentales basada en la observación y en la comparación estadística, de manera que hacia 1838 ya se hablaba de "enfermedad mental" y no de "alienación", palabra que significaba hostilidad y calificaba al enfermo como extranjero ante la sociedad. En Alemania, Sigmund Freud hacía aportes importantes para entender la dinámica psicológica de las alteraciones mentales mientras que Emil Kraepelin desarrollaba, hacia 1899, una clasificación de las alteraciones psiquiátricas y de las sustancias empleadas en la época; Kraepelin, considerado uno de los padres de la psiquiatría biológica, funda también el primer laboratorio de psicofarmacología clínica. Así, en esa época se agrupaban los psicofármacos en tres grupos: los narcóticos, sustancias con efectos calmantes que incluían el opio, la morfina, la hioscina (escopolamina) y el hachís; los hipnóticos, que abarcaban el hidrato de cloral, el alcohol, el cloroformo y el sulfonal; y un tercer grupo que agrupaba las sales de bromuro. Bleuler, en 1916, sigue utilizando esta lista pero limitando el uso del opio, por el riesgo de habituación, y del alcohol, por el riesgo de alcoholismo. Es curioso observar que dentro de esta farmacopea no se contemplaba el uso de sustancias estimulantes, lo que equivale a decir que no se contaba con un tratamiento eficaz para combatir la depresión. En esos años

aparecieron para esos casos las terapias de choque inducido por insulina, una hormona que disminuye el nivel de azúcar en la sangre (1927), por metrazol, un fármaco estimulante del SNC (1934) o por electricidad (electrochoque, introducido en 1938). Las anfetaminas se sintetizaron en 1927, y gracias a sus efectos estimulantes se utilizaron en casos de narcolepsia (crisis de sueño) pero poco en psiquiatría. (Brailowsky, 1995).

A partir de 1948, la psicofarmacología entró a una *década de oro* que, hasta nuestros días, marca de manera definitiva el tratamiento de pacientes con diversas enfermedades mentales. Algunos autores afirman que la década de los 50 trajo una verdadera “revolución” en el campo de la psicofarmacología, comparable con la introducción de las vacunas y los antibióticos, ya que aparecieron herramientas terapéuticas realmente eficaces para el tratamiento del paciente psiquiátrico (López-Muñoz, 2000). Sin embargo, es un hecho que el descubrimiento de la mayor parte de los fármacos psicótrópos fue fruto de la casualidad, es decir, no fue producto de una búsqueda orientada específicamente al descubrimiento de psicofármacos, sino que resultó de la conjunción de circunstancias aprovechadas por investigadores dotados de criterio amplio y de capacidad de observación excepcional. (Brailowsky, 1995).

En esta historia inicial de la moderna psicofarmacología existen dos años clave: 1954 y 1957. El año 1954 es el año de la difusión escrita de los efectos clínicos de los nuevos fármacos: en febrero, Lehmann y Hanrahan publican el primer ensayo con clorpromazina; en abril, Kline presenta el primer estudio clínico con reserpina; en mayo se publica el primer ensayo realizado en EE.UU con clorpromazina (Winkelman); en septiembre, aparece el primer ensayo controlado con clorpromazina (Elker) y, en diciembre, Berger aporta la primera publicación sobre las propiedades farmacológicas del meprobamato. (López-Muñoz, 2000).

La introducción de la clorpromazina identifica con claridad el comienzo de la psicofarmacología moderna. Las observaciones que condujeron a la introducción del primer fármaco antipsicótico, la clorpromazina, se realizaron en el laboratorio de Henri Laborit, un cirujano francés quien intentó disminuir los efectos de la ansiedad preoperatoria, el estrés quirúrgico y el shock postoperatorio con la administración de antihistamínicos (como la Prometazina) más otros fármacos; así constató que la Clorpromazina era más potente que la prometazina, menos tóxico, y que producía cierta somnolencia y disminución de la reactividad del sujeto a estímulos ambientales, como si no les importara lo que sucedía a su alrededor, sin que hubiera pérdida del conocimiento. Laborit sugirió entonces su empleo en psiquiatría, particularmente en las curas de sueño en boga en esa época. Fueron Jean Delay y P. Deniker, dos de los

psiquiatras franceses más reconocidos de la época, quienes en 1952 ensayaron la clorpromazina, administrada sola, en pacientes psiquiátricos. Los resultados fueron extraordinarios. Varios tipos de alteraciones psiquiátricas, desde la manía hasta los síndromes depresivos o compulsivos, mejoraban considerablemente con la droga, a tal grado que muchos de estos pacientes pudieron retornar a sus casas. Este tipo de resultados nunca se había observado antes, y significó el destierro definitivo de las cadenas en los hospitales psiquiátricos, además de que contribuyó al reconocimiento de la enfermedad mental como una realidad objetiva susceptible de ser estudiada y tratada y no como un estado mágico o de origen divino. En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol, una droga con estructura diferente a la de las fenotiazinas (familia de fármacos a la cual pertenece la clorpromazina); en este caso se trata de una butirofenona, familia que agrega nuevas posibilidades al tratamiento de pacientes psicóticos y a otras alteraciones neurológicas. (Brailowsky, 1995).

En materia de fármacos neurolépticos, como vemos, el advenimiento de la clorpromazina y la reserpina, a principios de la década de los 50, supuso una auténtica revolución farmacológica y, no solamente introdujo un abordaje selectivo y eficaz para los pacientes esquizofrénicos, sino que abrió las puertas a la síntesis de numerosos fármacos destinados al tratamiento de los trastornos mentales, y, por ende, al inicio de la era psicofarmacológica. Las posibilidades de tratamiento de los pacientes esquizofrénicos se ampliaron a finales de la década con la introducción del haloperidol. (López-Muñoz, 2000).

En cuanto a los fármacos antidepresivos y ansiolíticos, para el tratamiento de las afecciones del estado de ánimo (comúnmente clasificados como depresión y manía) también experimentaron un cambio cualitativo en la década de los años 50. J. Cade, un médico australiano, descubre el efecto terapéutico del litio en el tratamiento de la manía. La comunidad médica no aceptó realmente esta práctica sino hasta los años 60, cuando un psiquiatra danés, M. Schou, no sólo confirmó los hallazgos de Cade sino también mostró que el litio era eficaz para prevenir la fase depresiva de pacientes con enfermedad maniaco-depresiva. (Brailowsky, 1995).

La introducción de la imipramina y la iproniazida inauguraron una nueva era en el tratamiento de la depresión, relegando a la electroconvulsivoterapia. (López-Muñoz, 2000).

En lo que se refiere a los ansiolíticos, también llamados tranquilizantes "menores" (en relación con los "mayores", representados por los agentes antipsicóticos), son de los

psicofármacos más utilizados en la actualidad. Miles de toneladas de estas drogas se consumen en el mundo cada año y la tendencia va en aumento. (Brailowsky, 1995). Hasta mediada la década de los 50, las herramientas farmacológicas que se venían utilizando en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio eran los barbitúricos. El escaso desarrollo de fármacos específicamente ansiolíticos, así como el retraso en su introducción clínica (sobre todo si se lo compara con los antipsicóticos o antidepresivos) estriba, al menos en parte, en el gran peso específico de las teorías psicoanalíticas, fundamentalmente en EE.UU. Estas teorías suponían que el único abordaje terapéutico de la ansiedad era el psicoanalítico, y como tal venía recogido en la mayor parte de los tratados de psiquiatría de la época. No obstante, en 1954 se introduce en clínica el meprobamato y en 1960 la primera benzodiazepina, el clordiazepóxido. (López-Muñoz, 2000).

Las sustancias utilizadas para disminuir la ansiedad o angustia, y tratar los problemas de sueño asociados, durante muchos siglos fueron fármacos depresores del SNC, como el alcohol y los opiáceos. Con la introducción de los barbitúricos, se les empezó a sustituir por éstos, a dosis menores que las requeridas para inducir sueño. En 1955, Berger reporta los efectos tranquilizantes de la mefenesina, sustancia conocida por sus efectos de relajación muscular. A partir de ella se introdujo el meprobamato, fármaco con efectos tranquilizantes, que contribuía en la relajación muscular, con buen margen de seguridad y efecto suficientemente prolongado. El meprobamato se aprobó para uso clínico en 1957, tres años después de haber sido caracterizado su efecto. (Brailowsky, 1995).

En esos años, un químico polaco, L. Sternbach, estudiaba las propiedades farmacológicas de un grupo de sustancias con características químicas originales: las benzodiazepinas. Utilizando pruebas experimentales específicas, se demostró que una de estas benzodiazepinas, el clordiazepóxido (Librium®), tenía efectos sedantes, de relajación muscular, anticonvulsivos y antiagresivos más marcados que los del meprobamato. En la primavera de 1958 la droga fue ensayada en pacientes geriátricos; en este grupo se observaron los efectos sedantes pero también se detectó ataxia (problemas de equilibrio) y alteraciones del lenguaje. Estos resultados hicieron que el fármaco se abandonara por varios meses, hasta que otro investigador sugirió que se ensayara el fármaco a dosis menores en pacientes con diversos tipos de trastornos neuróticos. Los resultados fueron alentadores: el clordiazepóxido redujo el estado de tensión y de ansiedad con mínimos efectos indeseables. A partir de ese momento se desarrollaron varias benzodiazepinas con efectos ansiolíticos y

antiepilépticos, algunas de las cuales se utilizan ampliamente en la actualidad. (Brailowsky, 1995).

En 1986 se introdujo la buspirona, droga ansiolítica no benzodiazepínica que aparentemente tiene menos efectos adversos que sus predecesores. (Brailowsky, 1995).

Como vimos partir de los 50 aparece una revolución en la Psiquiatría con el advenimiento de los psicofármacos; los psiquiatras de aquella época dispusieron desde entonces de un grupo de herramientas terapéuticas más eficientes en el manejo de las enfermedades mentales, así se produce la medicalización de la psiquiatría. En los años subsiguientes se produjo el boom de los descubrimientos y aplicaciones psicofarmacológicas.

### **Los psicofármacos y el proceso de medicalización de la salud**

Es interesante mostrar las consecuencias directas e indirectas de la introducción de los psicofármacos en el proceso de salud, ya que abrió un tiempo de medicalización de la salud mental que va a impactar en la vida cotidiana de gran cantidad de personas y en las realidades socio-sanitarias de vastas regiones del mundo. Por un lado, destacamos el fenómeno de "desinstitucionalización" de la psiquiatría, sobre todo en el manejo de los trastornos mentales menores (depresiones y estados de ansiedad). Por otro lado, en el plano nosológico nos interesa destacar la influencia que el descubrimiento de los psicofármacos tuvo sobre la construcción de categorías diagnósticas. Como afirma Lopez-Muñoz (2000): *"Hoy en día, podría afirmarse que el desarrollo de los criterios diagnósticos DSM y CIE se debe, en gran medida, a la aportación de los psicofármacos introducidos en la década de los 50"*, observable especialmente en la expansión de los trastornos de ansiedad. Lo que se observa es la "promoción de enfermedades" por parte de las industrias farmacéuticas, lo que significa que -según indican algunos autores-, primero se encuentra el remedio para la enfermedad que se promueve después<sup>2</sup>. Por último, el fenómeno que más nos interesa como consecuencia del proceso de medicalización de la salud mental, son los problemas derivados de su uso indebido (sobre todo en lo referente a hipnóticos, tranquilizantes y antidepresivos), los cuales aparecieron desde el mismo momento en que se introdujeron los psicofármacos en los años 50, y comenzaron a preocupar a la comunidad científica.

---

<sup>2</sup> Citado en "Medicalización y Sociedad" (OAD, 2008).

En este sentido se expresa G. Natella en “Medicalización y sociedad” (OAD, 2008) cuando plantea la situación paradójica en salud, ya que nos encontramos por un lado, con la restricción del acceso a fármacos esenciales para grupos poblacionales con escasos recursos económicos, y por otro, un uso banal, excesivo y abusivo de medicamentos –90% de la producción mundial de medicamentos es consumida por el 10% de la población.

Los medicamentos, junto a las sustancias psicoactivas, encarnan un ideal de la sociedad actual, en el sentido de que eliminan “rápidamente y sin esfuerzo” cualquier estado de displacer, o ayudan a mantener los estándares de rendimiento y éxito dictados por la época. Esto se manifiesta en un aumento de la *automedicación* pero también en un aumento de la *prescripción médica*, donde ya se pone en juego el lugar de los profesionales de la salud en el proceso de medicalización de la salud. Como indican Laplacette y Vignau (OAD, 2008), el equipo de salud es parte responsable de la farmacologización de la vida cotidiana por uso indiscriminado (y a veces innecesario) de prácticas de intervención: sobre-medicación y sobre-indicación de estudios y tratamientos. La “pastilla mágica” viene a silenciar un problema con promesas de eficiencia y eficacia, que se traduce en un trastocamiento que transforma la tristeza en depresión, la timidez en fobia o la falta de resultados esperados en síndrome de déficit de atención e hiperactividad. Los medios de comunicación juegan aquí un papel importante, no sólo por la publicidad directa de la industria farmacéutica, sino por su capacidad de generar necesidades en la población, e instalar patologías de época. Es muy importante diferenciar un “aumento del Trastorno del Déficit Atencional” o del “Trastorno de ansiedad” (*panic attack*) del aumento de la prescripción y venta de drogas estimulantes o ansiolíticas.

Es por todo ello que no se puede separar el fenómeno de abuso o uso indebido de psicofármacos del modelo de salud-enfermedad que domina en un momento histórico. Si las empresas farmacológicas son hoy un área central de la puja de poder económico (Laplacette y Vignau en OAD, 2008), éstas jugarán un papel central en la producción de sustancias y también de patrones de legitimación del consumo de medicamentos, reasegurándose en una cultura médica biologicista y centrada en el déficit o enfermedad como algo “fuera de la norma” que hay que ordenar desde lo bio, y no desde lo social.

## **Efectos Psicoactivos y consecuencias en la salud**

Cuando los psicofármacos se toman para el propósito para el que fueron prescritos, pueden tratar de manera segura síntomas mentales para los cuales fueron recetados. Sin embargo, cuando se toman en cantidades diferentes a las indicadas o cuando los síntomas que deberían tratar no están presentes, estos medicamentos pueden afectar al cerebro de manera muy similar a las drogas ilícitas.

Por ejemplo, los estimulantes como la Ritalina aumentan la agudeza mental, la atención y la energía de la misma manera que lo hace la cocaína, al incrementar la cantidad del neurotransmisor dopamina. También tienen efectos fuertes sobre el sistema cardiovascular. Tomar dosis altas de estimulantes puede elevar peligrosamente la temperatura corporal y causar latidos cardíacos irregulares e incluso insuficiencia cardíaca o convulsiones. (NIDA, 2011).

Por otro lado, el consumo de anfetaminas (estimulantes) ilegales, además de los efectos adversos agudos (agitación, cefalea, temblores, náuseas, calambres abdominales, sudoración, mareo y disminución del apetito) su uso habitual puede llevar a efectos adversos crónicos, donde figuran las complicaciones cardiovasculares debidas al riesgo acumulativo de enfermedad cardíaca y coronaria y de hipertensión pulmonar. Además, el consumo a largo plazo se ha vinculado a daños en el cerebro y en el sistema nervioso, a psicosis y a una serie de trastornos de la personalidad y del estado de ánimo, incluyendo el aumento del riesgo de suicidio (OEDT, 2012). Además, los consumidores de anfetaminas con problemas de salud mental subyacentes corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos agudos psicológicos y psiquiátricos, que pueden ir desde el estado de ánimo bajo, la ansiedad, la agresión y la depresión hasta la psicosis paranoide aguda.

Por último, los antidepresivos recetados producen efectos tranquilizantes o calmantes de la misma manera que las drogas de club tales como el GHB y el Rohipnol, intensificando las acciones del neurotransmisor ácido gammaaminobutírico (GABA). Los depresores del SNC disminuyen la actividad cerebral y pueden causar somnolencia y falta de coordinación. El uso continuo puede causar dependencia física y si se interrumpe su uso, puede haber síntomas del síndrome de abstinencia (NIDA, 2011). Los opioides también pueden producir confusión mental, náusea, estreñimiento y, dependiendo de la cantidad de la droga consumida, pueden deprimir la respiración. Las personas que abusan de opioides pueden tratar de intensificar su experiencia al tomar la droga en maneras diferentes a las prescritas, por ejemplo, el OxyContin es un

medicamento oral utilizado para tratar el dolor moderado a severo a través de una liberación lenta y constante del opioide. Las personas que abusan del OxyContin pueden inhalarlo o inyectárselo, lo cual aumenta su riesgo de sufrir complicaciones médicas graves, como una sobredosis. (NIDA, 2012).

### **Datos de Comercialización de psicofármacos en Argentina**

Según los datos sobre la evolución de los psicotrópicos dispensados en farmacias provistos por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA) en el año 2011 se vendieron 99.514.275 unidades de medicamentos destinados al sistema nervioso central, el 75,3% de estas unidades corresponden a psicofármacos. Asimismo estos representan el 11.5% de las cantidades totales de medicamentos dispensados en farmacias. Los psicofármacos más vendidos son los psicolepticos, tranquilizantes (Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam, Diazepam) y antiepilépticos (clonazepam, carbamazepina).



## Capítulo 2

### El consumo a nivel mundial y regional

---

Antes de centrarnos en las regiones de América Latina, EEUU y Europa, tomaremos algunos datos globales del último informe de la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2012). En éste se hace alusión al “*uso indebido de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas*”. El abuso de medicamentos bajo receta que contienen estas sustancias se viene extendiendo en todas las regiones del mundo desde 2009. En los Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia del abuso de medicamentos de venta con receta es mayor que la de cualquier otra sustancia sujeta a fiscalización internacional, a excepción del cannabis. En Alemania y la Federación de Rusia los sedantes y tranquilizantes que contienen benzodiazepinas ocuparon el segundo lugar entre los grupos de sustancias que más se consumen. Las sustancias que, al parecer, se consumen más comúnmente son los opioides que contienen buprenorfina, codeína, hidrocodona, metadona y oxicodona; los sedantes y tranquilizantes que contienen benzodiazepinas, barbitúricos o GHB y los estimulantes. (JIFE; 2012).

Sin entrar en detalles sobre las pautas de consumo regionales a las que nos abocaremos inmediatamente, resulta necesario destacar que según el informe de la JIFE, este creciente abuso de medicamentos con sustancias psicotrópicas es un problema que, en términos generales pasa desapercibido a nivel mundial, a diferencia de lo que ocurre con el consumo de medicamentos que contienen estupefacientes. Es preocupante según expresa el informe, que “*la opinión pública en general, y especialmente los jóvenes, no esté bien informada de los efectos nocivos del uso indebido de esos fármacos*”, fundamentalmente porque aquellos están menos estigmatizados que las drogas de fabricación ilícita. El poder acceder a ellos en el mercado legal genera la idea de que son “*menos perjudiciales*” para la salud. En este punto, los profesionales de la salud juegan un importante papel, “*ya que estos pueden contribuir de distintas formas, de manera consciente o inconsciente, al problema del uso indebido de medicamentos de venta con receta*”. Se destaca en este punto la falta de formación de los profesionales de la salud que aparece en investigaciones de diferentes países, referida a la prescripción y despacho de sustancias fiscalizadas y de diagnóstico de la drogodependencia. (JIFE; 2012).

Respecto a las sustancias psicotrópicas estimulantes del SNC, preocupa su aumento creciente en el tratamiento de trastornos de la atención e hiperactividad, especialmente el uso del metilfenidato, anfetamina y dexanfetamina. Estas sustancias tienen un valor terapéutico escaso o moderado mientras que el riesgo potencial que plantea su uso indebido constituye un grave peligro para la salud pública. Sin embargo, como consecuencia de los efectos de estas sustancias sobre el comportamiento en el ámbito escolar, y las publicidades referidas a los beneficios académicos y personales de la administración de las mismas, sumado a diagnósticos poco precisos, ha aumentado la utilización a nivel mundial de las sustancias administradas para el tratamiento del trastorno de la concentración e hiperactividad durante los dos últimos decenios. La fabricación mundial de metilfenidato se decuplicó con creces, pasando de 4,2 t en 1992 a 45,2 t en 2011, y en 2009 superó la cifra mundial combinada de fabricación de todas las anfetaminas. El consumo mundial calculado aumentó durante el mismo período de 4,2 t (139 millones de dosis diarias) a 51 t (1.500 millones). A su vez, se está produciendo una expansión de su consumo, que solía centrarse en los EEUU, hacia el resto del mundo: en 1992 correspondía a los Estados Unidos el 86% del consumo calculado total de metilfenidato; en 2011 esa cifra se redujo al 69%. (JIFE; 2012)

Son importantes estos datos ya que muestran un aumento general de la disponibilidad y el uso de estas sustancias, así como un aumento de la difusión de información acerca de su uso y abuso, lo que promueve la creación de un mercado ilícito de los preparados que las contienen. Esto afecta principalmente a dos grupos de personas: los estudiantes y escolares que quieren mejorar su desempeño académico; y los consumidores de estimulantes tipo anfetamínico que pulverizan los comprimidos y los inhalan, disuelven o inyectan mezclado con otras drogas (*"speedball"*). (JIFE; 2012)

Además, son de interés los datos aportados por el informe de la UNODC (*Informe Mundial sobre Drogas, 2012*) en cuanto a las variaciones según sexo y respecto a la tasa de abandono. Por un lado, si bien el consumo de drogas ilícitas suele ser mayor entre los hombres que entre las mujeres, el uso de tranquilizantes y sedantes con fines no médicos por las mujeres, en los países sobre los que se dispone de datos (en América del Sur, Centroamérica y Europa), es una notable excepción a la regla (que supera el consumo de cannabis). Por otro, los datos relativos al consumo con fines no médicos de tranquilizantes y sedantes en países europeos, por ejemplo, indican que la tasa de abandono de dicho consumo es muy inferior a la tasa de abandono de las drogas ilícitas, especialmente entre las mujeres. De hecho, más de la tercera parte de

las mujeres que han consumido tranquilizantes y sedantes una vez (consumidoras en algún momento de la vida) pasan a ser consumidoras regulares (mensuales), mientras que en general menos del 10% de las mujeres que han consumido esas sustancias alguna vez en la vida pasan a ser consumidoras regulares (mensuales) de otras drogas.

Estos datos muestran el problema sanitario que presenta el consumo indebido de psicofármacos con o sin receta a nivel mundial.

## Datos Regionales

### 1. Unión Europea

Es importante aclarar que en este caso, dentro de los psicofármacos se informa el *consumo de estimulantes ilegales* (anfetaminas y metanfetaminas), ya que su uso constituye una parte importante de la problemática europea ligada al consumo de drogas y representa una proporción considerable de las personas que requieren tratamiento.

Según el informe de la JIFE (2012), Europa sigue siendo la región en que se descubre el mayor número de laboratorios destinados a la *fabricación ilícita* de sustancias del grupo de las anfetaminas; el número de laboratorios desmantelados aumentó de 43 en 2009 a 62 en 2010. En muchos países, en especial de Europa septentrional, central y oriental, la anfetamina es el estimulante preferido, y en muchos de esos países es la droga ilícita que más se consume después del cannabis. Por otro lado, en Italia se observó un gran aumento del consumo de tranquilizantes y sedantes en 2010, en tanto que en España disminuyó notablemente el consumo de esos fármacos. En el Reino Unido, el consumo de antidepresivos aumentó en Irlanda del Norte.

Según las estimaciones sobre prevalencia de la drogas del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, unos 13 millones de europeos han probado las anfetaminas y unos 2 millones las consumieron durante el último año (*véase en el Cuadro 2.1*). Se estima entonces que el consumo de anfetaminas alcanza una prevalencia de vida del 3.8% en la población adulta europea y un consumo durante el último año del 0.6%. (OEDT, 2012).

En adultos jóvenes (de 15 a 34 años), la prevalencia de ese consumo a lo largo de la vida varía considerablemente en función del país, oscilando el margen entre el 0,1% y el 12,9%, y situándose la media ponderada en el 5,5%. El consumo durante el último año en este grupo de edad fluctúa entre el 0% y el 2,5%, estimando la prevalencia la mayoría de los países entre el 0,5% y el 2,0%. Se calcula que 1,5 millones (1,2%) de jóvenes europeos consumieron anfetaminas durante el último año. Los niveles de consumo durante el último año son más altos en las encuestas hechas entre los jóvenes que acuden a locales nocturnos o discotecas, y en este sentido en 2010 se registraron en la República Checa, los Países Bajos y el Reino Unido cifras comprendidas entre el 8% y el 27%.

Entre 2005 y 2010, el consumo de anfetaminas durante el último año se mantuvo relativamente bajo y estable entre la población general en la mayoría de los países europeos, registrándose niveles de prevalencia de menos de 3 % en todos los países que facilitan información.

**Cuadro: 2.1.1**  
**Prevalencias de consumo de anfetaminas en población general. Resumen de datos.**  
**(OEDT, 2012)**

Grupo de edad	Periodo de consumo	
	A lo largo de la vida	Durante el último año
<b>15-64 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	13 millones	2 millones
Media europea	3,8 %	0,6 %
Intervalo	0,1-11,6 %	0,0-1,1 %
Países con la prevalencia más baja	Grecia, Rumanía (0,1 %) Chipre (0,7 %) Portugal (0,9 %) Eslovaquia (1,2 %)	Grecia, Rumanía (0,0 %) Francia, Portugal (0,2 %) República Checa, Chipre, Eslovaquia (0,3 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (11,6 %) Dinamarca (6,2 %) Suecia (5,0 %) Irlanda (4,5 %)	Estonia, Reino Unido (1,1 %) Bulgaria, Letonia (0,9 %) Suecia, Finlandia (0,8 %)
<b>15-34 años</b>		
Número estimado de consumidores en Europa	7 millones	1,5 millones
Media europea	5,5 %	1,2 %
Intervalo	0,1-12,9 %	0,0-2,5 %
Países con la prevalencia más baja	Rumanía (0,1 %) Grecia (0,2 %) Chipre (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Rumanía (0,0 %) Grecia (0,1 %) Portugal (0,4 %) Francia (0,5 %)
Países con la prevalencia más alta	Reino Unido (12,9 %) Dinamarca (10,3 %) Irlanda (6,4 %) Letonia (6,1 %)	Estonia (2,5 %) Bulgaria (2,1 %) Dinamarca, Reino Unido (2,0 %) Alemania, Letonia (1,9 %)
<p><small>N. B.: Las estimaciones europeas se calculan a partir de las estimaciones de la prevalencia nacional, ponderadas para tener en cuenta la población del grupo de edad correspondiente en cada país. Para estimar el número total de consumidores en Europa, se aplica la media de la Unión Europea a los países para los que se carece de datos de prevalencia (lo que representa no más del 6 % de la población objetivo en el caso de los adultos jóvenes en relación con las estimaciones del consumo durante el último año y no más del 3 % de la población en relación con las demás estimaciones). Poblaciones utilizadas como base: 15-64 años, 338 millones; 15-34 años, 130 millones. Al basarse las estimaciones europeas en encuestas realizadas entre 2004 y 2010-11 (principalmente en 2008-10), no se refieren a un único año. Los datos aquí resumidos pueden encontrarse en la sección «Encuestas de población general» del boletín estadístico de 2012.</small></p>		

Fuente: OEDT Informe anual 2012: *El problema de la drogodependencia en Europa*.

Para referirnos al consumo de *tranquilizantes o sedantes con y sin prescripción médica* aludimos al estudio realizado por el Proyecto Europeo de Encuesta en

Escuelas sobre Alcohol y Otras Drogas (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), cuya última publicación es del año 2011. Allí encontramos que el consumo de tranquilizantes o sedantes *sin* prescripción médica a lo largo de la vida es más común en Lituania, Mónaco y Polonia, donde cerca del 14% de los estudiantes indicó tal uso en la encuesta, mientras que los niveles más bajos son reportados por los estudiantes de Alemania, Federación de Rusia (Moscú) y Ucrania (2%)<sup>3</sup>. En promedio, fueron más niñas que niños los que reportaron el uso de estas drogas sin receta (8% frente al 5%), tendencia que también se puede ver en la mayoría de los países, mostrando cifras significativamente más altas que los niños en 18 países en la última encuesta. La cifra global se ha mantenido bastante estable entre 1995 y 2011 (alrededor del 7-8%).

Los tranquilizantes o sedantes son un grupo de medicamentos muy prescripto, pero estos fármacos pueden también -más o menos fácilmente dependiendo del país- obtenerse sin la prescripción de un médico para ser utilizado con el fin de “drogarse”<sup>4</sup> en lugar de con fines médicos. En general, son un poco más los estudiantes que han utilizado tranquilizantes o sedantes *con* receta respecto a los que lo han hecho sin ella, aunque la diferencia es pequeña (8% frente a 6%). Alrededor del 14% de los estudiantes informó haber consumido alguna vez en la vida tranquilizantes o sedantes recetados en Bélgica, Lituania y Portugal. Las prevalencias más bajas (4% o menos) se encuentran en Finlandia, Alemania, Rumanía y la Federación de Rusia (Moscú). (ESPAD, 2011).

**Cuadro: 2.1.2**  
**Prevalencias de vida de consumo de tranquilizantes y sedantes con y sin prescripción médica por país. Porcentajes. Estudiantes de 15 a 16 años. (ESPAD, 2011)**

	Tranquilizantes y sedantes con prescripción médica	Tranquilizantes y sedantes sin prescripción médica
Albania	6	8
Bélgica	14	8
Bulgaria	6	3
Croacia	10	5
Rep. Checa	11	10
Dinamarca	7	4
Finlandia	4	7
Francia	12	11
Alemania	3	2
Grecia	5	9
Hungría	8	9
Irlanda	9	3
Italia	7	10

<sup>3</sup> Se tomaron datos sólo de algunos países de la encuesta.

<sup>4</sup> “*get high*” en el original.

Lituania	15	13
Monaco	10	14
Polonia	9	15
Portugal	14	7
Rumania	4	3
Rusia (Moscú)	3	2
Serbia	7	7
Eslovenia	5	5
Suecia	8	8
Ucrania	5	2
Reino Unido	6	3
España		8
<b>Promedio</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

Fuente: *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

En el conjunto de países, existe una correlación relativamente fuerte y significativa entre la utilización de tranquilizantes y sedantes *con* prescripción y su uso *sin* receta. Por lo tanto, en los países con un alto nivel de prescripción, muchos estudiantes también han utilizado tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica. (ESPAD, 2011).

Una mirada a la distribución por sexo revela que, en promedio, son más las adolescentes que los varones las que reportan el uso de tranquilizantes o sedantes sin receta (8% frente a 5%). En aproximadamente la mitad de los países no existen diferencias de género importantes en materia de del uso sin receta. Sin embargo, en la mitad de los países de la ESPAD hay significativamente más mujeres que hombres que han usado tranquilizantes o sedantes sin prescripción, y la mayoría de estos países se encuentran entre los de mayores prevalencias de uso. Las mayores diferencias entre sexos (medida en porcentaje) se encuentran en los tres principales países: Polonia, Mónaco, Lituania, donde las niñas están unos 11 puntos por encima de los chicos. (ESPAD, 2011)

**Cuadro: 2.1.3**

**Prevalencias de vida de consumo de tranquilizantes y sedantes con y sin prescripción médica por país y por sexo. Porcentajes. Estudiantes de 15 a 16 años. (ESPAD, 2011)**

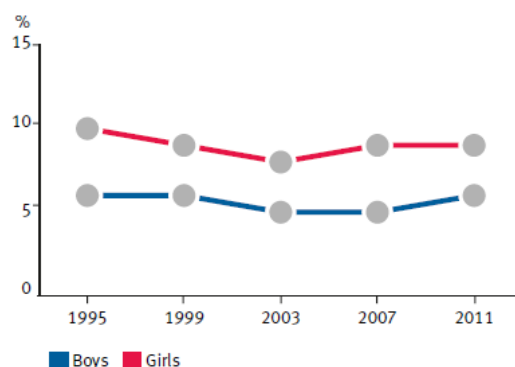
	Tranquilizantes/sedantes con prescripción		Tranquilizantes/sedantes sin prescripción	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Albania	5	6	6	9
Bélgica	14	13	7	8
Bulgaria	4	8	2	4
Croacia	11	8	5	6
Rep. Checa	12	10	8	12
Dinamarca	6	8	4	5
Finlandia	3	5	5	9
Francia	9	15	8	15
Alemania	4	3	3	2
Grecia	4	5	9	10
Hungría	7	9	6	12

Irlanda	9	9	3	3
Italia	6	8	8	12
Lituania	9	21	7	19
Monaco	6	14	9	19
Polonia	7	10	10	20
Portugal	13	14	7	7
Rumania	4	5	3	3
Rusia (Moscú)	2	3	2	3
Serbia	7	7	5	10
Eslovenia	11	14	3	5
Suecia	8	8	7	9
Ucrania	5	6	2	2
Reino Unido	7	5	4	3
España			6	11
Promedio	7	8	5	8

Fuente: *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

**Gráfico 2.1.1**

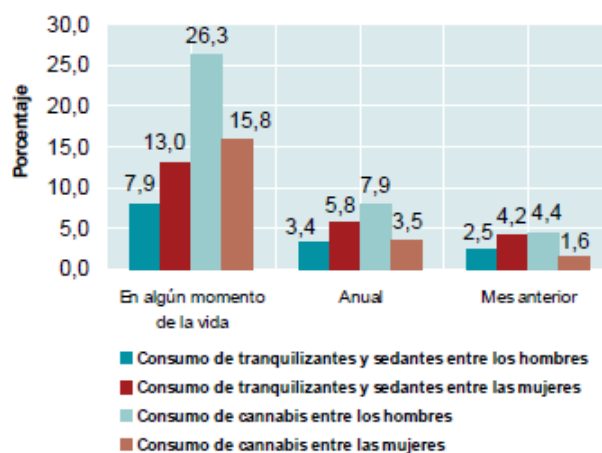
**Prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica por sexo. Estudiantes de 15 a 16 años. Promedio de 19 países. (ESPAD, 2011)**



Fuente: *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

**Gráfico 2.1.2**

**UNODC 2012: Prevalencia regional del consumo de tranquilizantes y sedantes y del consumo de cannabis, ponderada respecto a la población, por género, en Europa, 2005-2010**



Fuente: UNODC. Informe las Drogas

mundial sobre

## 2. Estados Unidos

En Estados Unidos, después de marihuana y alcohol, los medicamentos<sup>5</sup> con o sin prescripción médica son las sustancias que con más frecuencia abusan los norteamericanos de 14 años de edad y mayores (NIDA, 2012). Las clases de medicamentos de prescripción que se abusan con más frecuencia son: los analgésicos opioides, como la Vicodina y el OxiCotin; los estimulantes para tratar a las personas con el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H, también conocido como ADD/H, por sus siglas en inglés), como Adderall, Concerta o Ritalina; y los depresores del sistema nervioso central (SNC) para aliviar la ansiedad, como el Valium o el XanaX. (NIDA, 2012)

La última Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y la Salud (NSDUH, 2011) registró el uso no médico de analgésicos recetados de tipo tranquilizantes, estimulantes y sedantes, y se estima allí que 7 millones (el 2.7%) de estadounidenses mayores de 12 años habría consumido algún psicofármaco (analgésicos, tranquilizantes, estimulantes y sedantes) durante el mes anterior a la entrevista de la encuesta. (NIDA, 2012b). Estas cifras fueron similares a las de años anteriores.

Volvemos a encontrar estos datos, junto con la preocupación del problema sanitario que estos nuevos consumos constituyen, en el Informe Mundial sobre las Drogas 2012, de la UNDOC. Allí se comunica en EEUU una prevalencia en algún momento de la vida, anual y mensual del consumo de drogas psicoterapéuticas (principalmente analgésicos), entre las personas de 12 años o más del 20,4%, el 6,3% y el 2,7%, respectivamente, en 2010, cifras que son superiores a las de cualquier otro tipo de droga excepto el cannabis.

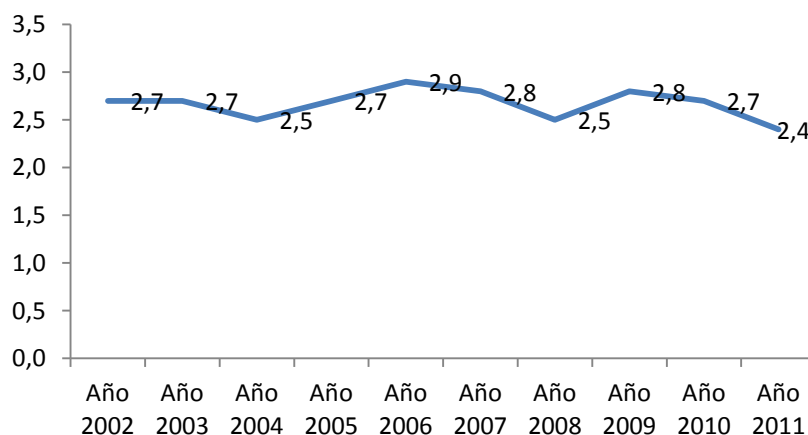
---

<sup>5</sup> Hacen referencia a medicamentos con propiedades psicoactivas (que alteran la mente) (NIDA, 2012b).



**Gráfico 2.2.3**

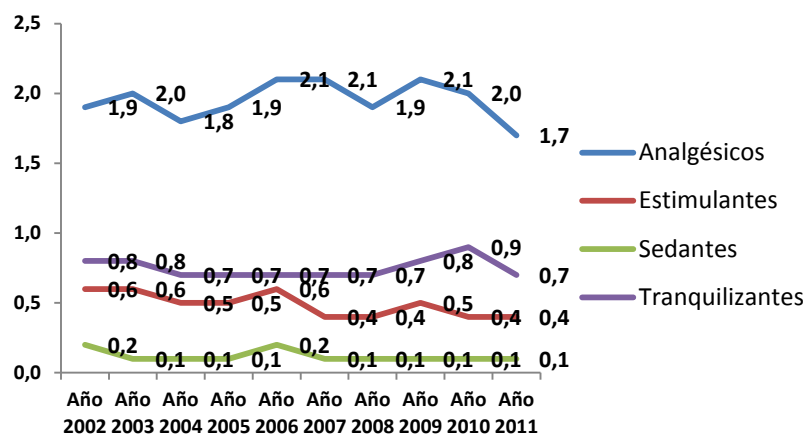
**Tendencia en la prevalencia de mes de consumo de psicofármacos sin prescripción médica. Mayores de 12 años. 2002-2011. (NSDUH, 2011)**



Fuente: Results from the 2010: National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings

**Gráfico 2.2.4**

**Tendencia en la prevalencia de mes de consumo de psicofármacos sin prescripción médica según tipo de psicofármaco. Mayores de 12 años. 2002-2011. (NSDUH, 2011)**

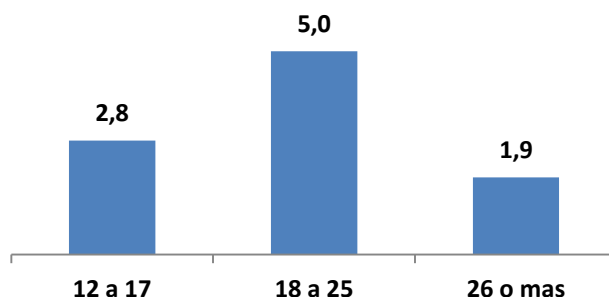


Fuente: Results from the 2010: National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings

El 1.7% de estadounidenses de 12 años o más son usuarios actuales de analgésicos sin prescripción médica (4.5 millones de habitantes), estos valores son las prevalencias más bajas registradas desde el 2002. Por otro lado, el 0.7% de los habitantes norteamericanos consumieron algún tranquilizante sin receta médica en el mes anterior a la encuesta y el 0.4%, 970.000 mil habitantes, consumieron en el

último mes previo a la encuesta estimulantes sin prescripción médica, prevalencias similares al 2010 pero más baja que el 2009.

**Gráfico 2.2.5**  
**Prevalencia de mes de consumo de psicofármacos sin prescripción médica según edad. (NSDUH, 2011)**



Fuente: Results from the 2010: National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings

Entre los jóvenes de 12 a 17 años, el consumo de psicofármacos sin prescripción médica en el pasado mes a la encuesta varía según la edad en 2011. Entre 12 y 13 años, el 1.3% consumió medicamentos psicoterapéuticos sin receta médica (esta prevalencia registró una disminución del 2% en 2010, la mayor parte de la disminución se produce en el uso no médico de analgésicos desde el 1.8% en 2010 a 1.1% en 2011). Entre los 14 y 15 años de edad, el 2.6% de jóvenes consumía drogas psicoterapéuticas sin prescripción médica y también el 4.2% de los que tienen 16 y 17 años de edad. (NSDUH, 2011)

En 2011, la tasa de uso actual de todas las drogas ilícitas fue mayor entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años, así se refleja también para el uso de psicofármacos sin prescripción médica. En 2011, la tasa de utilización actual de medicamentos psicoterapéuticos sin receta médica entre los adultos jóvenes 18 a 25 años fue de 5.0%, cifra inferior a las tasas de 2003 a 2010. (NSDUH, 2011)

En relación al sexo, en 2011, en la población mayor a 12 años los varones fueron más propensos que las mujeres a ser usuarios actuales drogas ilícitas incluyendo el uso no médico de medicamentos recetados (2.6% frente a 2.2%). (NSDUH, 2011).

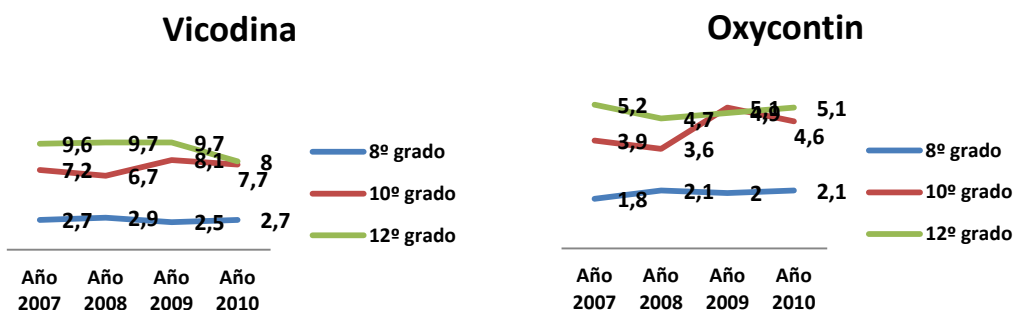
Mediante los estudios regulares *Monitoring the future* (MTF), desarrollada por el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), en población adolescente escolarizada, se

monitorea el consumo de drogas, alcohol, cigarrillos y los comportamientos relacionados a este consumo.

El uso no médico de medicamentos con y sin prescripción médica sigue siendo parte de la problemática de drogas en los adolescentes. En el 2011, el 15.2% de los estudiantes del último año de la secundaria informaron haber usado un medicamento de prescripción por razones no médicas en el año anterior a la encuesta. Los datos para los fármacos específicos muestran que los medicamentos de prescripción que más abusan los adolescentes son el analgésico Vicodina y el estimulante Adderall. (NIDA, 2012c)

El MTF mostró que el 2.7% de los estudiantes de 8vo grado, el 7.7% de los alumnos de 10º, y el 8.0% de los estudiantes del 12º había abusado de Vicodin y el 2.1% de los estudiantes de 8vo, el 4.6% de los alumnos del 10mo, y el 5.1% de 12vo grado habían abusado OxyContin con fines no médicos al menos una vez durante el año anterior a la encuesta.

**Gráfico 2.2.6**  
**Tendencia en la prevalencia de año de consumo no médico de analgésicos por grado.**  
**Estudiantes de 8º, 10º y 12º. 2007-2010. (MTF, 2010)**

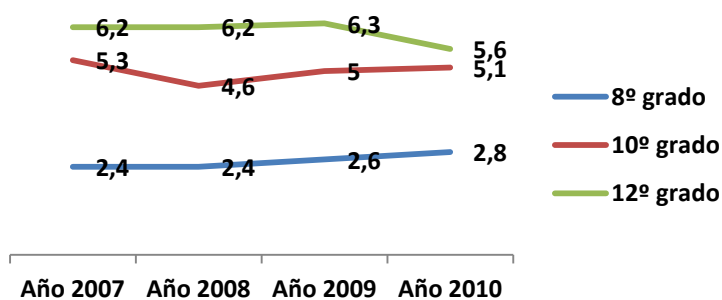


Fuente: NIDA.Tendencias Nacionales. DrugFacts.

Después de la marihuana, los medicamentos de venta con o sin prescripción se encuentran entre las principales drogas de abuso por parte de los estudiantes de 12º grado en la categoría del año anterior. Entre los estudiantes de 12º grado, el uso no médico de Vicodina en la categoría de uso en el año anterior disminuyó del 9.7% al 8%. Sin embargo, el uso no médico de OxyContin en el año anterior se mantuvo constante en los tres grados encuestados, aunque en los últimos 5 años se ha visto un aumento en los estudiantes de 10º. (NIDA, 2012c)

Para ejemplificar la magnitud del problema, la elaboración global de oxycodona (OxyContin) en los Estados Unidos, aumentó de 2 toneladas en 1990 a más de 135 toneladas en 2009. (OEA, 2013).

**Gráfico 2.6**  
**Tendencia en la prevalencia de año de consumo de tranquilizantes por grado.**  
**Estudiantes de 8º, 10º y 12º. 2007-2010. (MTF, 2010)**



Fuente: NIDA.Tendencias Nacionales. DrugFacts.

### 3. Latinoamérica

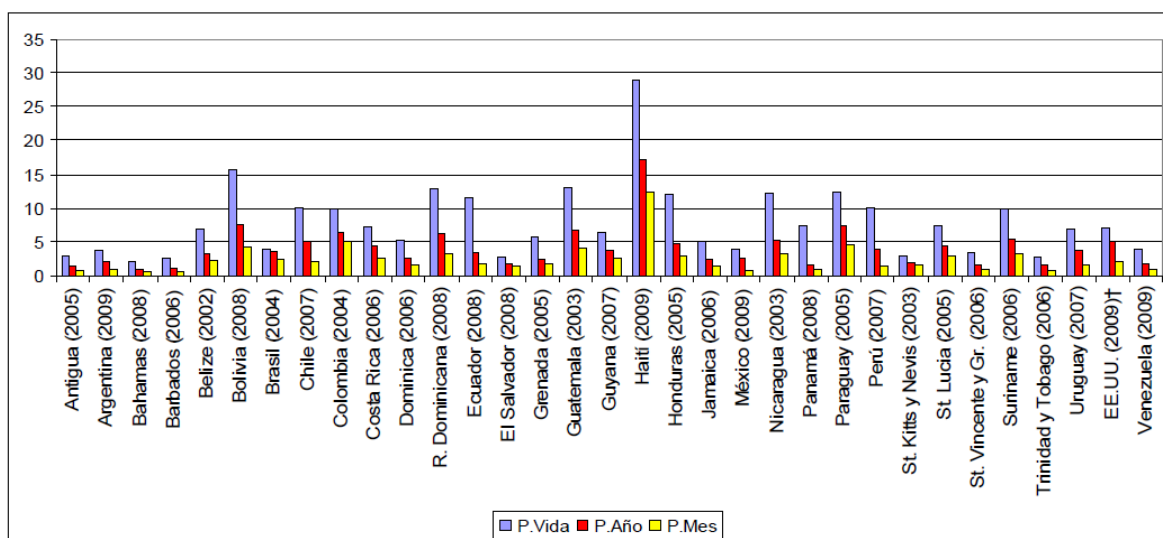
El informe de la CICAD “Uso de drogas en las Américas” (2011) combina la información de los estudios individuales llevados a cabo en treinta y cuatro países de América, entre 2002 y 2009. La información disponible en este documento fue provista a la CICAD por las Comisiones Nacionales de Drogas y sus Observatorios Nacionales de Drogas, o sus equivalentes dentro de cada Estado miembro. Los datos surgen principalmente de los estudios sobre consumo de drogas en dos de las poblaciones más importantes, los estudiantes secundarios y la población general.

El informe alerta respecto a las dificultades para extraer datos ponderables respecto al consumo de psicofármacos, ya que *“tanto la práctica de automedicación sin control médico, como el uso de fármacos con la intención de sentir sus efectos psicoactivos, son complejos fenómenos socioculturales que son difíciles de separar en la investigación”* (CICAD, 2011). Además, otra complicación es que el uso de productos farmacéuticos sin prescripción médica involucra a un conjunto diverso de sustancias que pueden ser conocidas con diferentes nombres de marca.

Los cuestionarios estandarizados, aplicados hasta ahora por los Estados miembros de la CICAD en las encuestas a estudiantes secundarios, preguntan sobre el uso de fármacos en las categorías generales: tranquilizantes y estimulantes. Los cuestionarios incluyen referencia entre paréntesis a determinadas sustancias, principalmente benzodiazepinas como el clonazepam, alprazolam, lorazepam y valium para los tranquilizantes, y se refieren a las anfetaminas y metanfetaminas en la categoría de los estimulantes, también con algunos ejemplos de ellas entre paréntesis. Sin embargo, la metodología estándar utilizada por los Estados miembros no permite desagregar las sustancias específicas. (CICAD, 2011).

Aunque el uso sin prescripción médica de fármacos varía entre los países, puede ser importante tener en cuenta que varios de aquellos países que tienen un uso relativamente bajo de drogas ilícitas, muestran tasas más altas de consumo de drogas farmacéuticas sin prescripción médica.

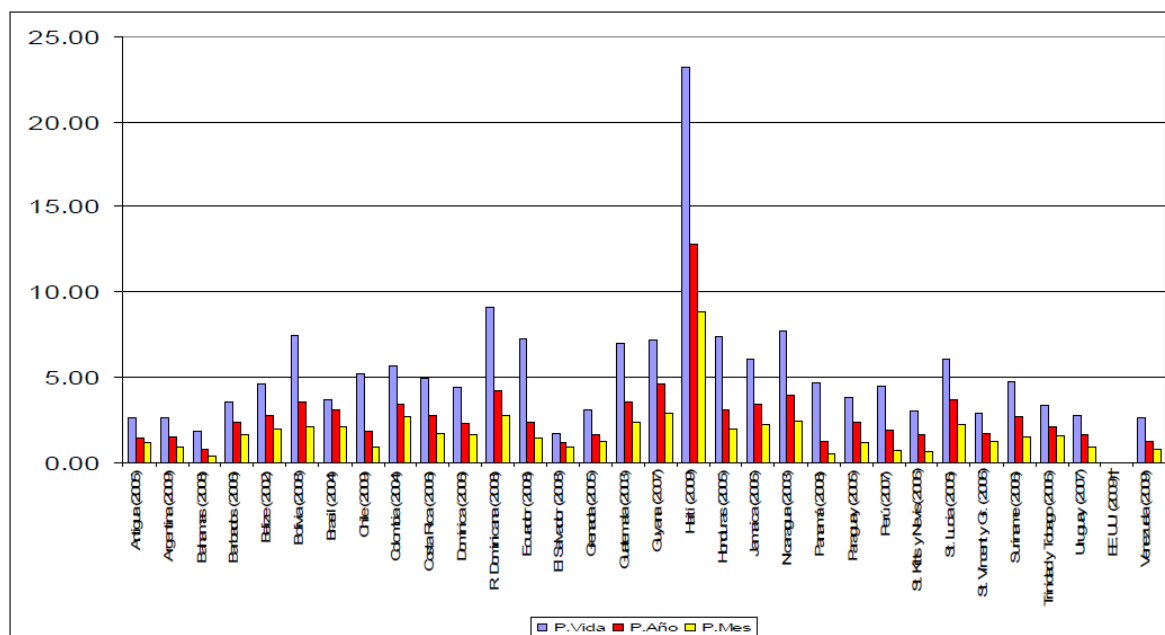
**Gráfico 2.3.7**  
**Prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, entre estudiantes secundarios. CICAD, 2011**



Fuente: CICAD. Informe del Uso de Drogas en Las Américas

Haití se destaca por registrar la mayor prevalencia de consumo tanto alguna vez en la vida, como en el último año y mes. Sin embargo, también es posible observar que en Bolivia, Paraguay, Guatemala, Colombia y República Dominicana la prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes, sin prescripción médica, es superior al 6%.

**Gráfico 2.3.8**  
**Prevalencia Vida, Último Año y Mes de Uso de Estimulantes sin prescripción médica,**  
**entre Estudiantes Secundarios. CICAD, 2011**



Fuente: CICAD. Informe del Uso de Drogas en Las Américas

Al igual que en el caso de los tranquilizantes, Haití se destaca por tener la mayor prevalencia de consumo de estimulantes tanto alguna vez en la vida, como en el último año y mes. También es posible observar que en Guyana, República Dominicana, Nicaragua, Santa Lucía, Guatemala y Bolivia la prevalencia de último año del consumo de estimulantes sin prescripción médica, entre los estudiantes secundarios, alcanza el 3,5% o más.

Diversas encuestas sobre el consumo de drogas han indicado que los fármacos de venta con receta son con frecuencia indebidamente utilizados en las Américas. El uso de medicamentos de venta con receta en el período de 2007-2009 fue reportado como muy por encima del promedio mundial por los siguientes países (enumerados en orden de magnitud): Estados Unidos, Argentina, Brasil, México y Chile. En América del Sur, en particular, el uso de estimulantes está a menudo vinculado a los esfuerzos de pérdida de peso. (UNODC, 2012).

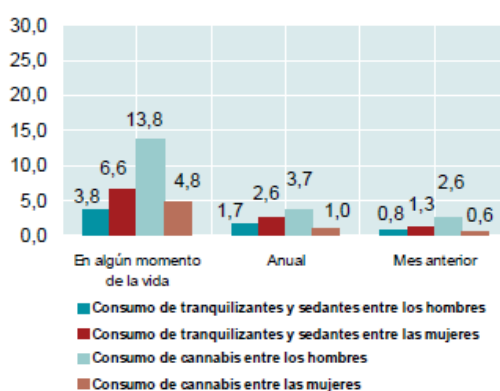
Según el último informe de la OEA (2013) acerca de la situación de las drogas en toda América, la situación del abuso de medicamentos con potencial adictivo en Norteamérica es diferente a la de América Latina y el Caribe. Mientras como vimos, en Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides, los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la

dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido, en contraste, en México el consumo indebido de fármacos es bajo: en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011, 0,4% de la población entre 12 y 65 años reportó el consumo no médico de fármacos en el año previo. Los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia sin prescripción médica son los tranquilizantes (0,3% de la población), mientras que un 0,2% de la población entre 12 y 65 años reportó a su vez haber usado narcóticos fuera de prescripción alguna vez.

Los índices de consumo fuera de prescripción en el último año, en población general adolescente y adulta para los países en donde existe esta información, oscilan entre 2,8% en Costa Rica y 0,03% en República Dominicana y las benzodiacepinas entre 6,1% en Chile y 0,15% en México. (OEA, 2013).

Por último, algo en común en estas regiones es el *avance del uso no médico de los fármacos*, el cual tanto en Estados Unidos como en algunos países latinoamericanos es más prevalente que cualquier otra droga controlada, excepto la marihuana. La *producción lícita mundial* de muchos opioides, incluidos morfina, codeína, tebaína, hidrocodona, oxicodona y metadona, ha aumentado notablemente durante las últimas dos décadas, lo que permite suponer su desviación para uso no médico. Así es que este informe asegura que “*el uso indebido de preparados farmacéuticos que contienen opioides, estimulantes y estimulantes de venta con receta también continúa siendo motivo de preocupación en Centroamérica y América del Sur*”. (OEA, 2013).

**Gráfico 2.3.9**  
**Prevalencia regional del consumo de tranquilizantes y sedantes y del consumo de cannabis, ponderada respecto a la población, por género, en América del Sur, 2005-2010. UNODC 2012.**



Fuente: UNODC. Informe mundial sobre las Drogas 2012.

## **Capítulo 3**

### **El consumo de psicofármacos en Argentina**

---

Son principalmente dos estudios nacionales los que le permiten a nuestro país dar cuenta del estado del problema del consumo de drogas (legales e ilegales) y conocer el perfil de consumo: el Estudio en población general de 12 a 65 años (OAD, 2010) y el Estudio en Escolarizados de nivel medio (OAD, 2012a), que comprende a los estudiantes entre 12 a 17 años de edad.

En ambas poblaciones, el objetivo de conocimiento es similar: conocer la prevalencia, incidencia y consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, definir perfiles de consumo, conocer la edad de inicio y factores de riesgo-protección asociados.

Los estudios se realizan en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas, ejecutado conjuntamente por Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay, con el financiamiento y apoyo técnico de Naciones Unidas a través de la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Los aspectos metodológicos (cuestionario, muestra, abordaje de campo), fueron definidos en las reuniones técnicas realizadas en el marco del mencionado proyecto.

En ambos estudios, la información sobre el consumo es dado por la persona, es por ello, que los abordajes de campo tienen una serie de condiciones tendientes a garantizar la validez de las respuestas. De todas maneras, los estudios se diferencian en metodologías: aspectos de muestreo, modalidad de realizar la entrevista e instrumento de recolección de información.

#### **1. Análisis del consumo de Psicofármacos en Población General**

El objetivo general del estudio fue obtener información confiable y actualizada sobre la magnitud, características y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población urbana de 12 a 65 años, residente en ciudades de 80.000 y más habitantes. Se indagó sobre el consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos con y sin prescripción médica, marihuana, cocaína, pasta base-paco, solventes y sustancias



inhalables y demás sustancias ilícitas (éxtasis, crack, alucinógenos, ketamina, heroína y otras drogas).

El trabajo de campo comenzó entre el 26 de Octubre y al 23 de Diciembre de 2010. Se realizaron un total de 12.589 encuestas efectivas que representan a una población de 16.263.37 habitantes.

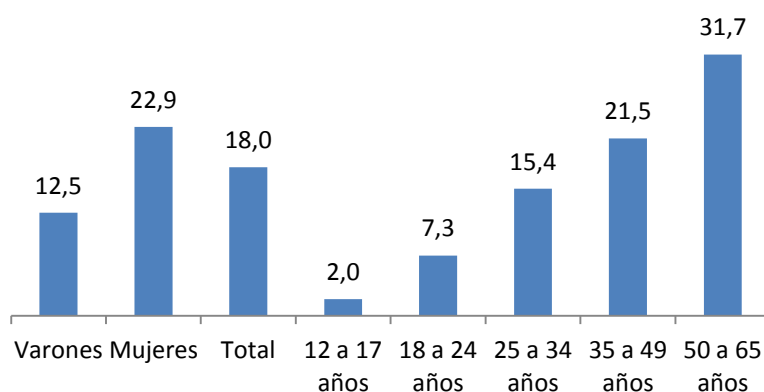
### 1.1 Análisis del Consumo de Psicofármacos

A continuación se presentaran los datos referentes al consumo de alguna vez en la vida de tranquilizantes o ansiolíticos y estimulantes o antidepresivos y su modalidad de uso.

#### a) Tranquilizantes o ansiolíticos

En Argentina unas 3.303.629 personas (el 18% del total de población nacional), de entre 12 a 65 años hicieron uso de tranquilizantes o ansiolíticos. Los más utilizados para calmar nervios o para poder dormir son valium, lexotanil, alplax u otros. El consumo es mayor entre las mujeres y aumenta a partir de los 35 años.

**Gráfico: 3.1**  
**Prevalencia (%) de vida de consumo de tranquilizantes o ansiolíticos según sexo y edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



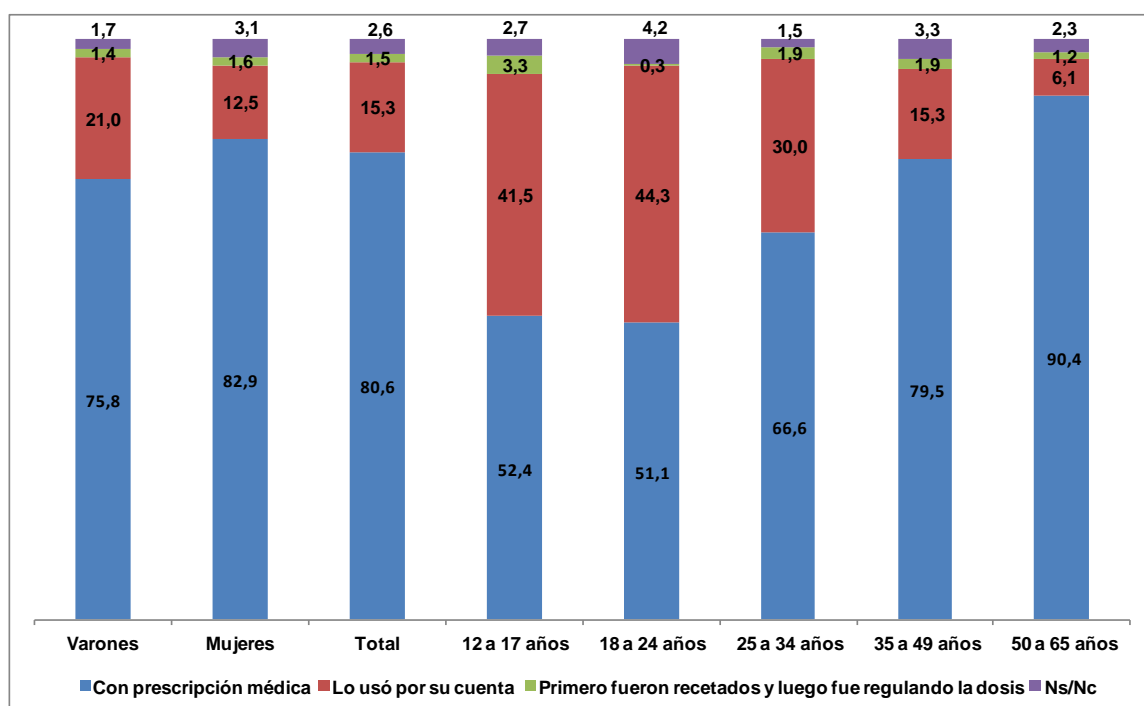
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

El uso fue en el 80,6% de los casos, recetados o bajo prescripción médica. Esta modalidad de uso es mayor entre las mujeres, en tanto que un 21% de los varones los usó por su cuenta.

La modalidad de uso según los grupos etarios muestra diferencias. Mientras entre los que tienen 50 a 65 años, en el 90,4% de los casos fueron usados bajo un tratamiento, este porcentaje desciende al 51,1% entre los jóvenes de 18 a 24 años.

En la mayoría de los casos de consumo bajo receta, fue un médico de medicina general quien lo recetó, seguido de médicos psiquiatras. En un porcentaje algo inferior fueron recetados por otros especialistas.

**Gráfico: 3.2**  
**Modalidad de uso de tranquilizantes o ansiolíticos, según sexo y edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

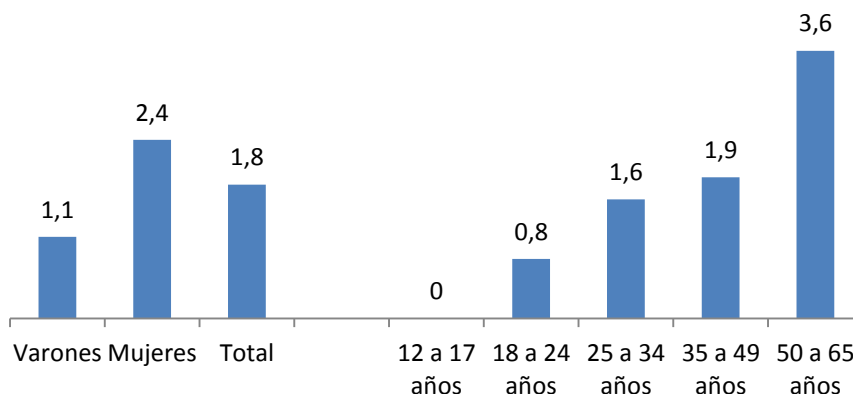


Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

## b) Estimulantes y antidepresivos

En relación al consumo de alguna vez en la vida de estimulantes y antidepresivos, medicamentos como el tamlán, artane, anfetaminas y otros, el consumo alcanza a unas 332.547 mil personas, el 1.8% de la población, el consumo es algo mayor en mujeres y se incrementa a medida que se aumenta la edad.

**Gráfico: 3.3**  
**Prevalencia de vida de consumo de estimulantes y antidepresivos según sexo y edad.**  
**Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

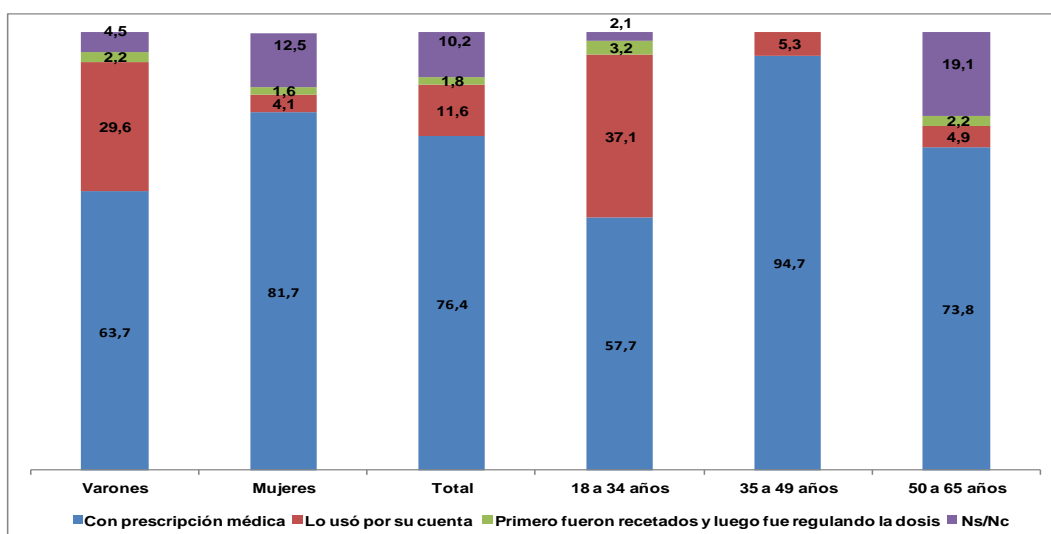


Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

En más del 76% de los casos, el consumo de estimulantes fue recetado por un médico y en el 11,6% hubo autoadministración. Esta práctica es considerablemente mayor entre los varones, quienes en un 29,6% hacen uso auto-administrado de estimulantes.

La modalidad de uso según los grupos etarios muestra que el consumo de estimulantes es principalmente bajo prescripción médica en todos los grupos de edad, aunque un alto porcentaje entre los jóvenes de 18 a 34 años es auto administrado (más del 37%). En mayor proporción son médicos psiquiatras quienes recetan los estimulantes.

**Gráfico: 3.4**  
**Modalidad de uso de estimulantes y antidepresivos, según sexo y edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

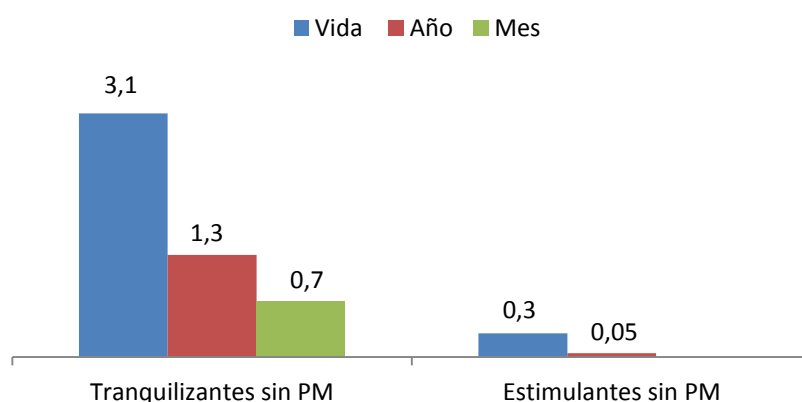


Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

## 1.2. Análisis del Consumo de Psicofármacos sin prescripción médica

Se presentaran en este capítulo los datos sobre el nivel de consumo indebido de tranquilizantes y estimulantes, es decir el consumo sin prescripción médica. Además se detallará la intensidad de consumo de los usuarios y algunos factores asociados a su uso.

**Gráfico: 3.5**  
**Prevalencia de vida, año, mes de consumo de estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



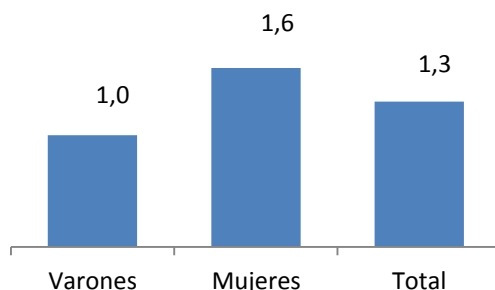
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

Se observa que las tasas de prevalencia son mayores para el uso indebido de tranquilizantes que de estimulantes.

Específicamente, los datos sobre uso sin receta médica de tranquilizantes, indican que el 3.1% de la población (alrededor de 555.000 personas) consumieron esta droga alguna vez en la vida, el consumo reciente o del último año (2010), alcanza al 1.3% de la población y el consumo actual o prevalencia de mes alcanza a 0.7% de la población, es decir a 133.298 habitantes.

Por otro lado, 44.721 habitantes (0.3%) hicieron uso alguna vez en la vida de estimulantes sin prescripción médica, la prevalencia de año alcanza al 0.05% de la población (8.698 habitantes) y no se registro consumo de estimulantes en el último mes.

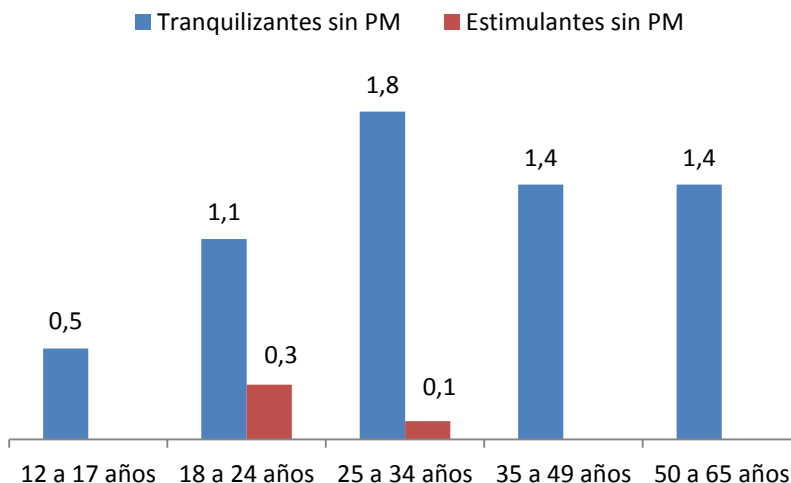
**Grafico: 3.6**  
**Prevalencia de año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, según sexo. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

El consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica indica que 234.734 mil habitantes de 12 a 65 años (1.3% del total) hizo uso indebido de de estos, en su mayoría mujeres.

**Grafico: 3.7**  
**Prevalencia de año de consumo de estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica, según edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

El consumo de tranquilizantes indica que el mayor consumo ocurre en el grupo que tiene entre 25 y 34 años de edad. En cambio, el consumo de estimulantes sin receta médica es mayor en el grupo de personas más jóvenes, de entre 18 y 24 años.

**Cuadro: 3.1.**

**Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo tranquilizantes sin PM según sexo. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

Medidas Estadísticas	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
Media	25,7	29,6	27,9
Mediana	22	30	26
Moda	20	30	30
Desvío Estándar	10,4	11,7	11,3

Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

La edad de inicio promedio en el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se ubica alrededor de los 28 años, y los varones lo hacen aproximadamente a los 26 años mientras que las mujeres a los 30 años.

**Cuadro: 3.2**

**Medidas estadísticas de la edad de inicio de consumo estimulantes sin pm según sexo. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

Medidas Estadísticas	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
Media	20.4	26.1	22.1
Mediana	20.0	25.0	20.0
Moda	20.0	40.0	20.0
Desvío Estándar	6.0	9.6	7.7

Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

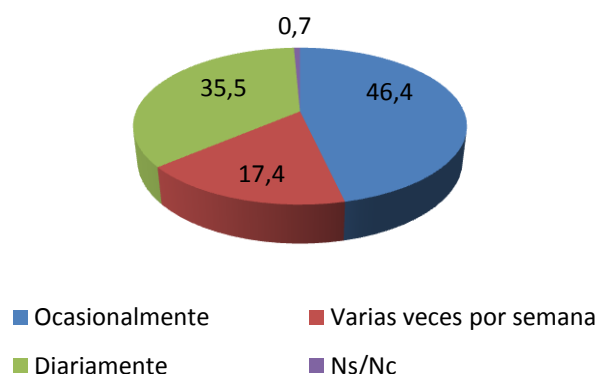
La edad de inicio promedio en el consumo de estimulantes sin prescripción médica se ubica alrededor de los 22 años, y los varones lo hacen aproximadamente a los 20 años mientras que las mujeres a los 26 años.

#### **Intensidad del Consumo:**

La intensidad del consumo se observa a partir de dos indicadores, **la frecuencia de uso** y **la cantidad de días promedio de consumo** en los últimos 30 días. Obsérvese que analizamos los usuarios de mes.

**Gráfico: 3.8**

**Frecuencia de uso de tranquilizantes sin PM. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

Recordemos que el 0,7% de la población de 12 a 65 años declaró consumo reciente sin prescripción médica de tranquilizantes o antidepresivos, es decir 133.298 personas. La frecuencia de uso indica que en la mayoría de los casos, el uso es ocasional, pero el uso diario alcanza al 35,5%.

**Cuadro 3.3**

**Cantidad de días de uso de tranquilizantes sin prescripción médica. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**

Medidas Estadísticas	Total
Media	15,3
Moda	30,0
Desvío Estándar	12,0
Percentil 25	3
Percentil 50	15
Percentil 75	30
Total	133298

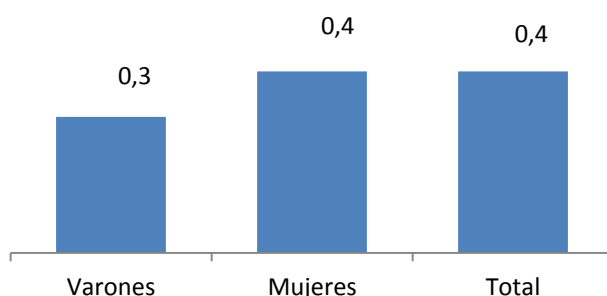
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

El 0.7% de la población consumió tranquilizantes sin prescripción médica en los últimos 30 días y a esta población se les preguntó cuántos días consumieron en el último mes. En promedio, el consumo del último mes ocurrió durante 15 días y un 25% de la población lo hizo todo el mes.

**Incidencia:**

La población total bajo estudio menos aquellas personas que ya han usado drogas antes del último año, es decir, quienes no han consumido una determinada droga al inicio del periodo conforman la “población en riesgo”. El porcentaje de nuevos consumidores en el último año sobre el total de la población en riesgo, calculado como la división del número de personas que empezaron a usar drogas durante el último año y el número de personas que corren el riesgo de usar una droga determinada por primera vez, determina la tasa de incidencia anual.

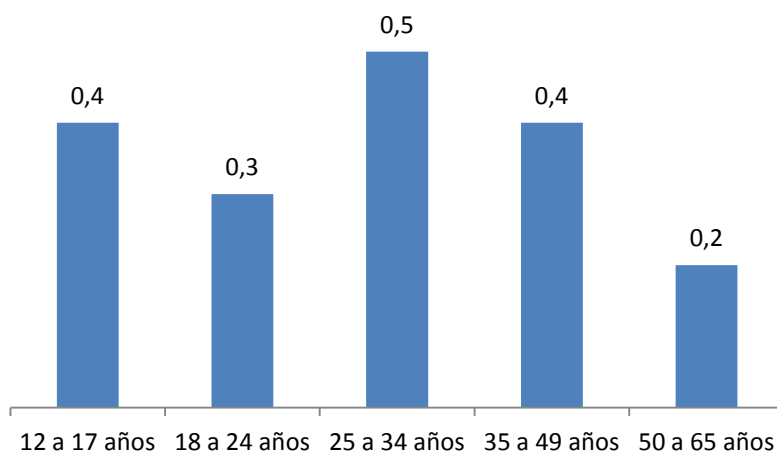
**Gráfico: 3.9**  
**Incidencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica según sexo. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

La incidencia de tranquilizantes sin prescripción médica es del 0.4% y sin diferencias significativas entre sexos.

**Gráfico: 3.10**  
**Incidencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica según grupos de edad. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.



Los nuevos usuarios de tranquilizantes sin pm, se distribuyen entre los 12 y 49 años principalmente.

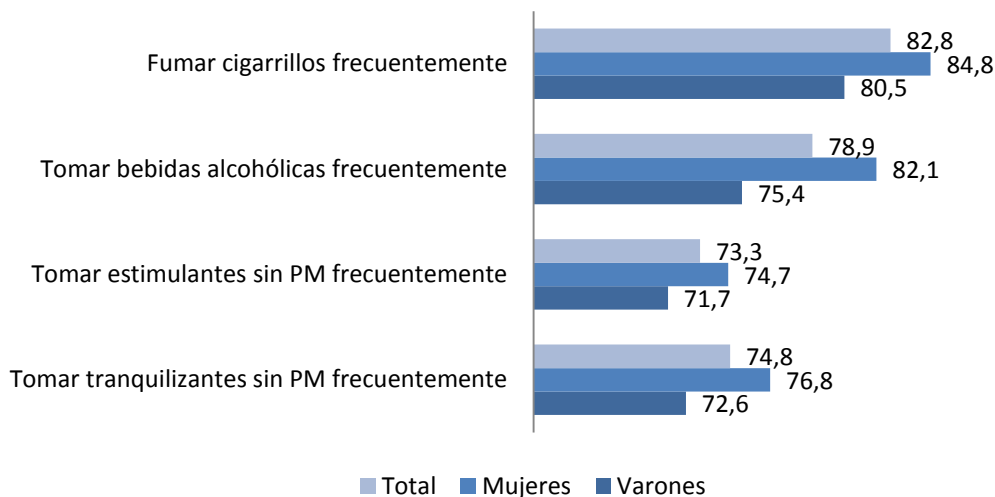
**Factores Asociados:**

Se entiende por factores de riesgo-protección los estímulos o situaciones sociales, familiares y personales que determinan una mayor o menor vulnerabilidad respecto del uso de drogas.

Uno de estos factores es la *percepción de riesgo*, medida subjetiva de percepción del daño asociado al consumo de determinada droga, en tanto a mayor percepción de riesgo menor probabilidad de consumir esa droga.

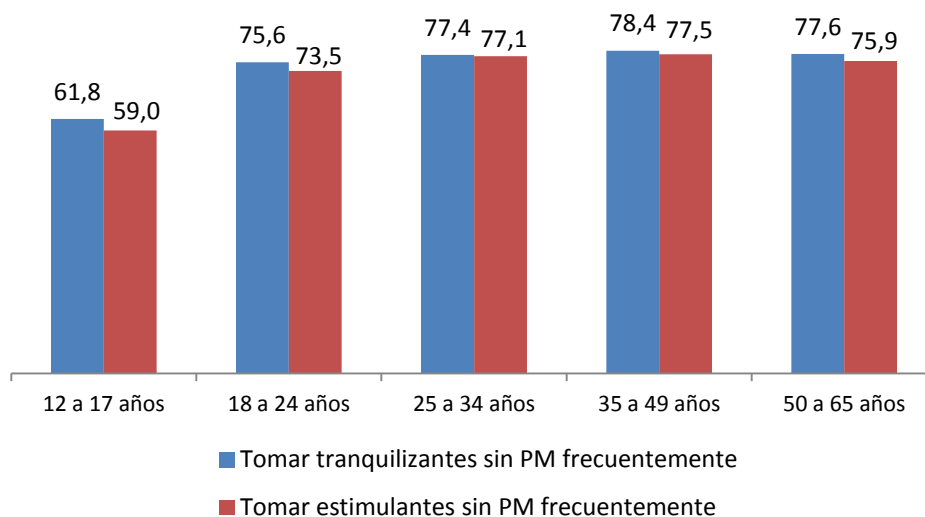
La percepción de gran riesgo para el consumo frecuente de alcohol y tabaco se ubica alrededor del 80% y para el uso frecuente de psicofármacos sin prescripción médica se encuentra alrededor del 74%. En todos los casos es mayor en las mujeres.

**Gráfico: 3.11**  
**Distribución de la muestra según Percepción de Gran Riesgo de consumo de sustancias legales por sexo (%). Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

**Gráfico: 3.12**  
**Distribución de la muestra según Percepción de Gran Riesgo de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin PM según edad (%). Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

A medida que aumenta la edad aumenta la percepción de Gran Riesgo frente al consumo de psicofármacos teniendo una leve disminución en población mayor a 50 años.

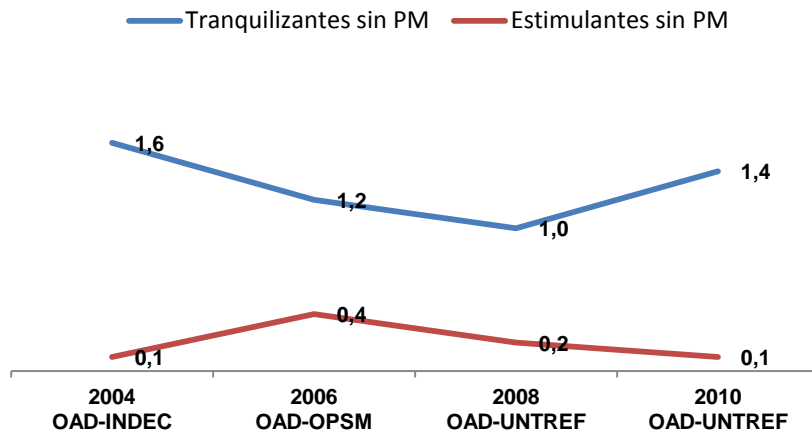
#### **Tendencia en la magnitud del consumo:**

En este apartado se utilizarán datos obtenidos en el *Análisis de la Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 - 2010* (OAD, 2011b), realizado en base a los estudios nacionales en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas de los años 2004, 2006, 2008 y 2010.

Se debe considerar que para hacer comparables los datos de los cuatro estudios nacionales –que tuvieron similar metodología, pero fueron ejecutados por diferentes organismos– la población de referencia es de los 16 a 65 años.

**Gráfico: 3.13**

**Prevalencia de año de consumo de estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica. Estudios Nacionales en población de 12 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.**



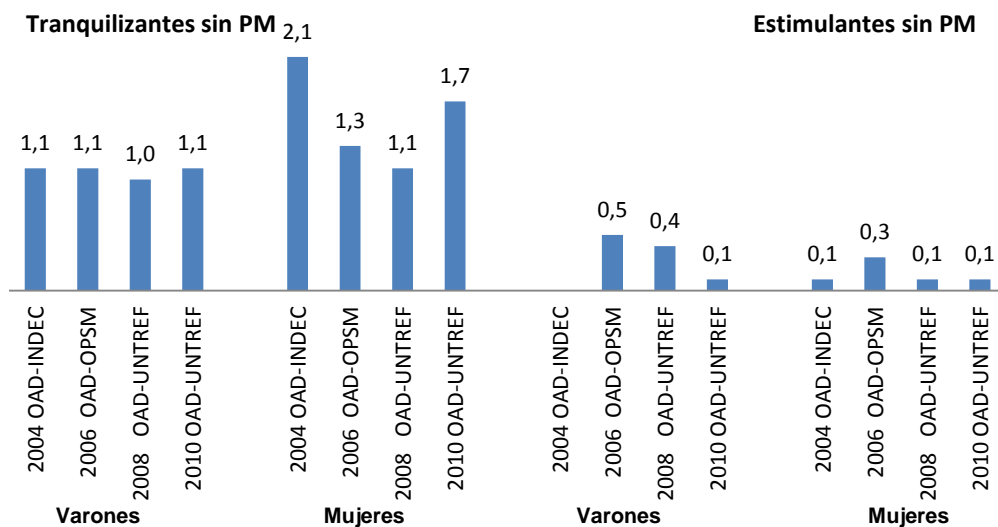
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

Los diferentes estudios muestran una tasa de consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica con pocas oscilaciones, finalizando el periodo sin cambios significativos.

Respecto del consumo indebido de estimulantes, las tasas son estables del 0.1% al inicio y al final del periodo, con excepción del incremento al 0.4% en el 2006 (OPSM).

**Gráfico: 3.14**

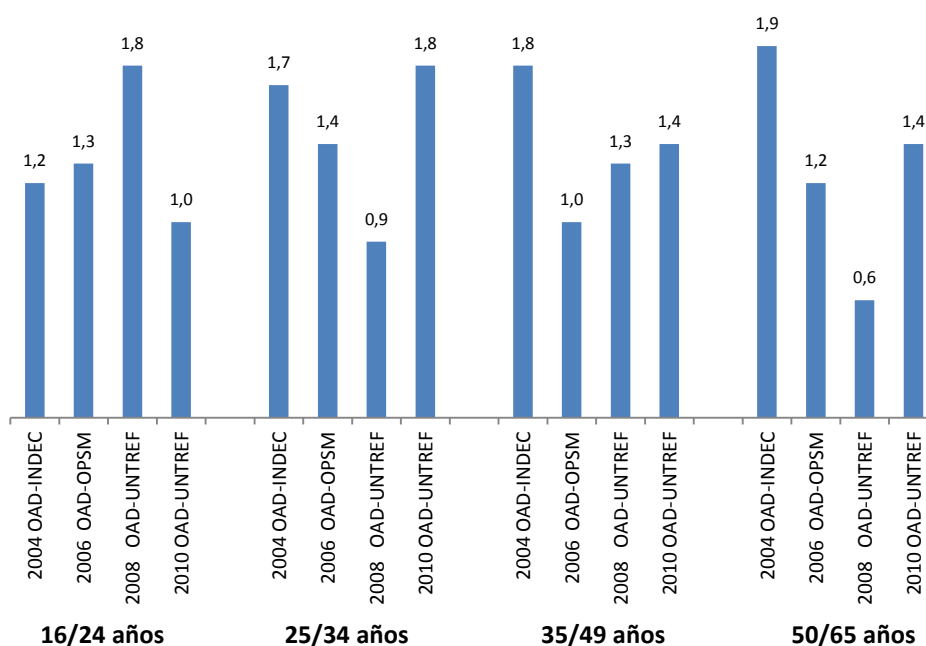
**Prevalencia de año de consumo de estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica según sexo. Estudios Nacionales en población de 12 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

El uso de tranquilizantes sin prescripción médica es mayor en las mujeres, en todos los estudios. La tendencia muestra cierta estabilidad en los varones y mayor oscilación en las mujeres. En cambio, el uso de estimulantes sin prescripción médica, inicialmente con mayor peso relativo en los varones, finaliza el periodo con tasas del 0.1% para ambos sexos. En el 2006 se observa la tasa más alta para ambos sexos y en el 2010 la más baja en varones.

**Gráfico: 3.15**  
**Prevalencia de año de tranquilizantes sin prescripción médica según edad. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.**



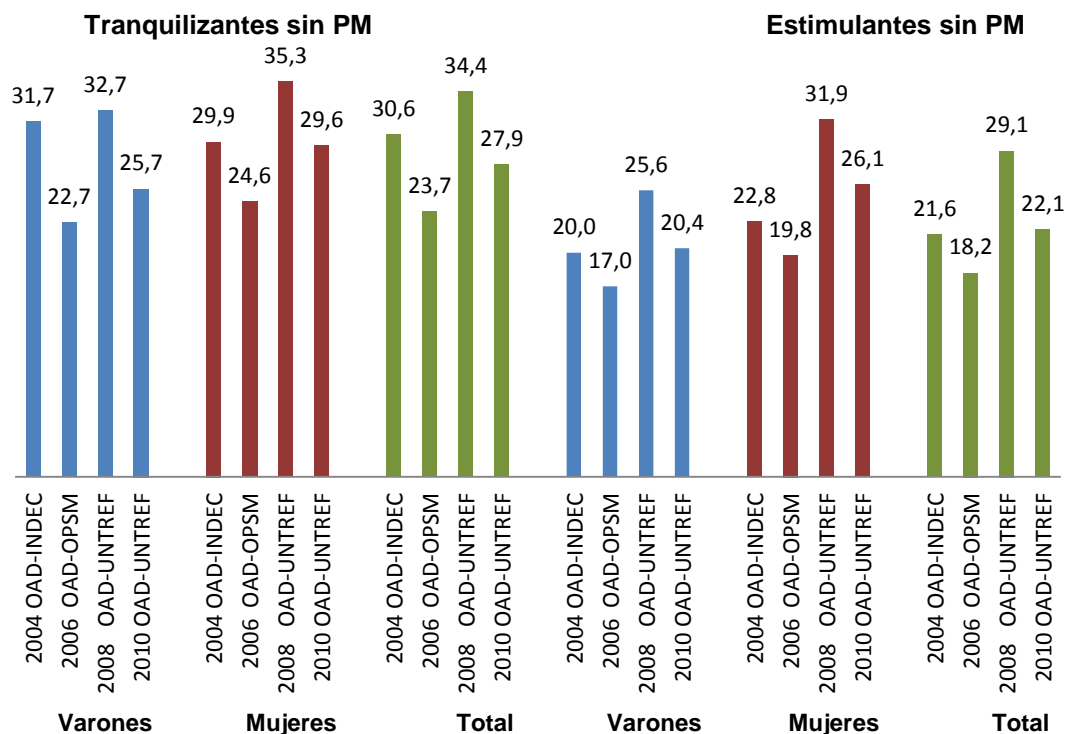
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

La tendencia en el uso indebido de tranquilizantes es errática según los grupos de edad. Entre los jóvenes de 16 a 24 años, se mantiene la tasa en el orden del 1%, con excepción de la estimación del 2008. En el grupo de 25 a 34 años hacia el principio y fin del periodo se encuentran las mismas tasas, con descensos en las estimaciones intermedias. En los grupos de edad restantes, habría un descenso leve entre el 2004 y 2010, con oscilaciones en el medio.

Es oportuno mencionar que si bien en todos los estudios se preguntó de manera genérica por el consumo de “*tranquilizantes sin prescripción médica*” entre paréntesis se ofrecieron ejemplos similares: valium, lexitanil, trapax, y en el 2004 se mencionó librium y rohypnol y en el 2010.

**Gráfico: 3.16**

**Promedio de edad de inicio en el consumo estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010.

Los datos muestran una gran variabilidad en los promedios según cada estudio, y al interior de cada estimación los desvíos son de 11 y 12 años, tanto en varones como en mujeres. En este marco, es difícil definir una tendencia con claridad.

Sin embargo, es posible concluir que las mujeres inician el consumo de tranquilizantes dos años promedio después que los varones. En el uso de estimulantes esta diferencia se ensancha en el periodo 2008-2010 a más de 5 años de diferencia entre los sexos.

En términos generales, la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica habría descendido al finalizar el periodo y ha aumentado progresivamente la edad en la cual se usaron por primera vez estimulantes.

## **2. Análisis del consumo de Psicofármacos sin prescripción médica en Adolescentes Escolarizados**

La Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados se realizó entre fines de julio y fines de septiembre de 2011 simultáneamente en todo el país. En el período señalado se realizaron encuestas en un total de 814 escuelas sobre una muestra de 961 establecimientos, distribuida en la totalidad de las provincias del país. Las encuestas se aplicaron sobre una muestra representativa de los alumnos de 13, 15 y 17 años de todo el país, que corresponden a la población escolar del nivel medio que esté cursando el 8º, 10º y 12º año, y en total respondieron la encuesta 90.450 estudiantes.

El estudio informa sobre la magnitud del consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos usados sin prescripción médica (tranquilizantes y estimulantes), solventes o inhalables, marihuana, cocaínas (clorhidrato y pasta base), éxtasis, heroína y otras drogas ilegales; a partir de un cuestionario auto-aplicado.

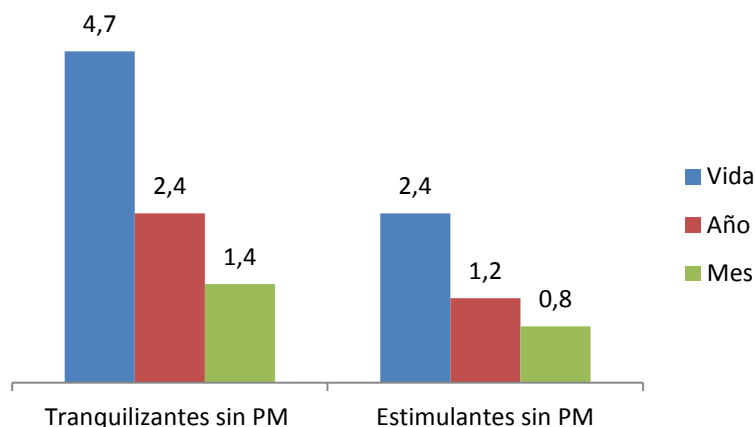
También indagó sobre factores de riesgo y protección ligados al uso de drogas, sobre los perfiles asociados al abuso de bebidas alcohólicas y sobre la percepción de los estudiantes acerca de sus condiciones de vida y de su entorno, información que constituye un avance en el conocimiento de esta problemática necesario para el diseño de políticas de prevención y asistencia necesarias.

Se presentarán a continuación los datos sobre el nivel de consumo indebido de tranquilizantes y estimulantes, es decir el consumo sin prescripción médica. Además para identificar la celeridad que presenta el consumo en esta población abordaremos las tasas de incidencia anual, es decir el porcentaje de nuevos consumidores en el último año.

También analizaremos la percepción de riesgo de los estudiantes frente al consumo frecuente de psicofármacos y su asociación con el consumo. Asimismo veremos la tendencia en la magnitud del consumo desde el año 2001 hasta el 2011.

**Gráfico: 3.17**

**Prevalencia de vida, año y mes de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin receta médica. Población escolar nivel medio. Total país 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

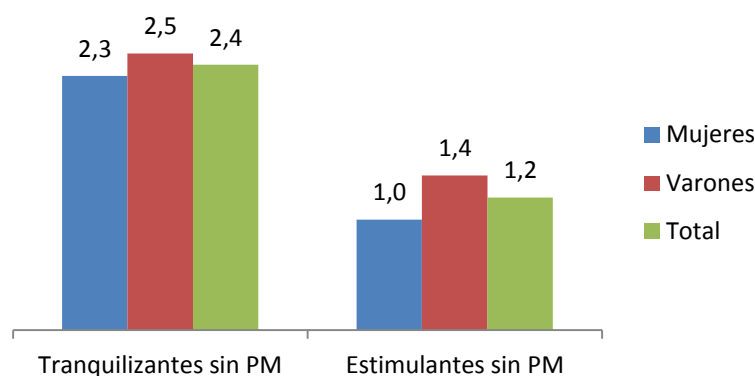
Se observa que las tasas de prevalencia son mayores para el uso indebido de tranquilizantes que de estimulantes, aunque para el prevalencia de mes se van igualando.

Los datos sobre uso sin receta médica de tranquilizantes, indican que el 4,7% de los estudiantes consumieron este grupo de psicofármacos alguna vez en la vida, el consumo reciente o del último año (2011), alcanza al 2,4% de los alumnos y el consumo actual o prevalencia de mes alcanza a 1,4% de los mismos.

Por otro lado, el 2,4% de los estudiantes hicieron uso alguna vez en la vida de estimulantes sin prescripción médica, la prevalencia de año alcanza al 1,2% y consumieron estimulantes en el último mes 0,8% de los alumnos.

**Gráfico: 3.18**

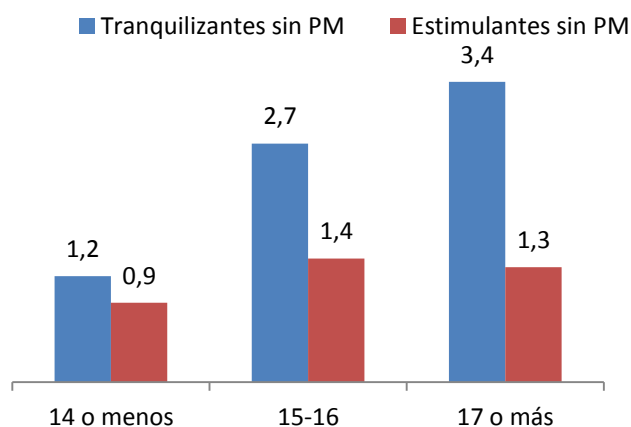
**Prevalencia de año de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin receta médica según sexo. Población escolar nivel medio. Total país 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

El uso sin prescripción médica de tranquilizantes alcanza al 2,4% de los estudiantes, sin diferencias entre sexo, mientras el consumo de estimulantes alcanza al 1,4% presentando mayor consumo en varones.

**Gráfico: 3.19**  
**Prevalencia de año de consumo de tranquilizantes y estimulantes sin receta médica según edad. Población escolar nivel medio. Total país 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

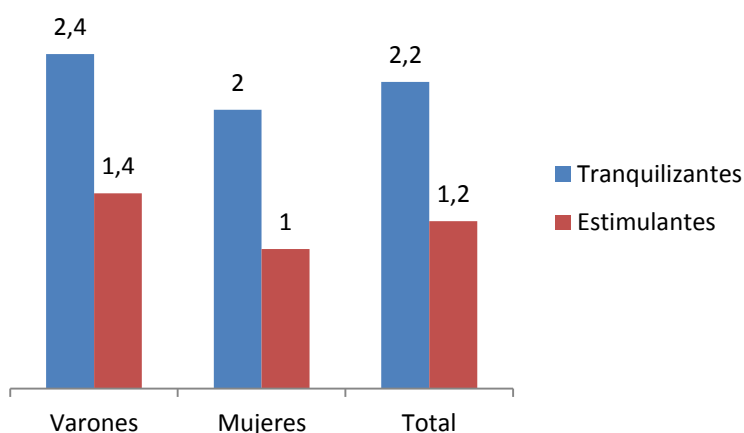
El uso reciente de estimulantes es más alto en los estudiantes de 15-16 años, sin embargo, es relevante el aumento en el consumo de tranquilizantes de 1,2% en los menores de 14 a 2,7% a los 15-16 años, saltando a un 3,4% en los mayores de 16.

### **Incidencia Anual**

La tasa de incidencia anual indica el porcentaje de nuevos consumidores en el último año sobre el total de la población en riesgo.



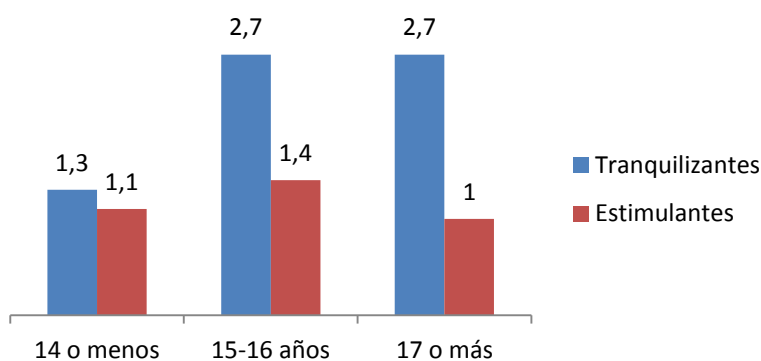
**Gráfico: 3.20**  
**Incidencia del último año de consumo de psicofármacos sin receta médica según sexo.**  
**Estudiantes del nivel medio. Total país. 2011**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Respecto de los psicofármacos sin prescripción médica, se observa un mayor número de nuevos consumidores de tranquilizantes (2,2% ó 37.521) que de estimulantes (1,2% ó 20.359), siendo mayor el porcentaje de hombres que se han iniciado respecto de las mujeres.

**Gráfico: 3.21**  
**Incidencia del último año de consumo de psicofármacos sin receta médica según edad.**  
**Estudiantes del nivel medio. Total país. 2011**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

En el caso de estimulantes sin prescripción médica se observa un mayor porcentaje de nuevos consumidores entre los 15 y los 16 años. El inicio en el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica es el doble entre los estudiantes de los grupos de más edad, respecto a los de hasta 14 años, a diferencia de lo que sucede con otras sustancias de inicio más temprano, como la pasta base/paco.

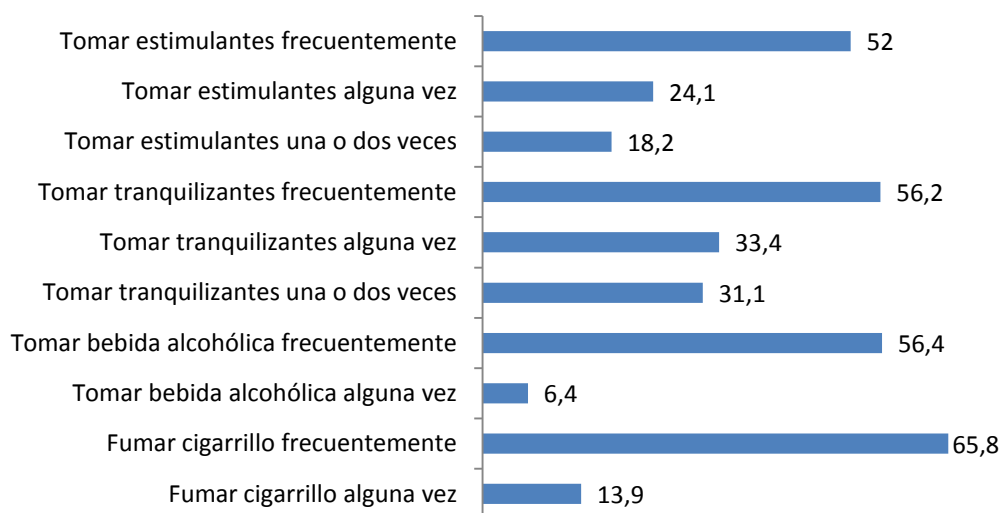
## Factores Asociados

La percepción de Gran Riesgo por parte de los estudiantes sobre el consumo de drogas es mucho más baja que entre la población general, comportamiento que tiene que ver precisamente con la edad: los adolescentes tienden a no percibir riesgo o daños al consumo como tampoco los riesgos frente a otros comportamientos sociales. Sentimientos de omnipotencia y autocontrol son comunes en esta etapa evolutiva, y generan dificultades para detectar peligros, en este sentido, más que la “falta de percepción de peligro”, estamos en general ante una idea de potencia en el control de las situaciones que lo rodean.

La percepción de riesgo frente al consumo es una variable que en sus extremos se configura como un factor de protección (gran riesgo) o un factor de riesgo y vulnerabilidad (ningún riesgo y riesgo leve). Como se observa en el gráfico la barrera subjetiva de los alumnos está presente en mayor medida frente al uso frecuente, en tanto entre el 55% y el 60% de los estudiantes consideran de gran riesgo el consumo frecuente de sustancias legales. Para el caso del alcohol la percepción de gran riesgo aumenta cuando su uso es emborracharse. La percepción de gran riesgo es notablemente menor para el uso de unas o algunas veces.

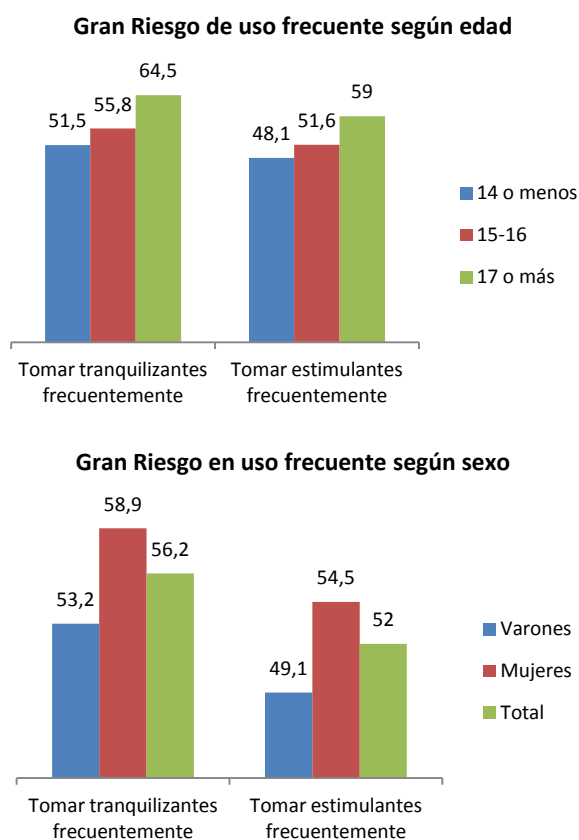
**Gráfico: 3.22**

**Distribución porcentual de los estudiantes según Percepción de Gran Riesgo por sustancias legales y frecuencia de uso. Estudiantes de nivel medio. Total país 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

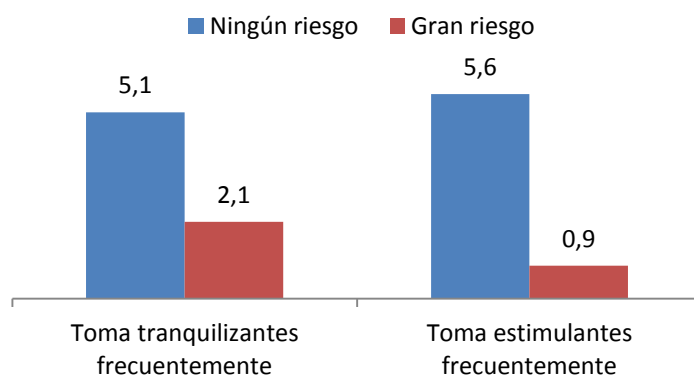
**Gráfico: 3.23**  
**Distribución porcentual de los estudiantes según Percepción de Gran Riesgo de uso frecuente de tranquilizantes y estimulantes según sexo y edad. Estudiantes de nivel medio. Total país 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Se observa que la percepción de gran riesgo de uso frecuente de ambos grupos de psicofármacos va aumentando conforme aumenta la edad de los estudiantes y es mayor en mujeres.

**Gráfico: 3.24**  
**Prevalencia de año de psicofármacos según percepción de riesgo asociado a su consumo. Población de nivel medio. Total país 2011.**



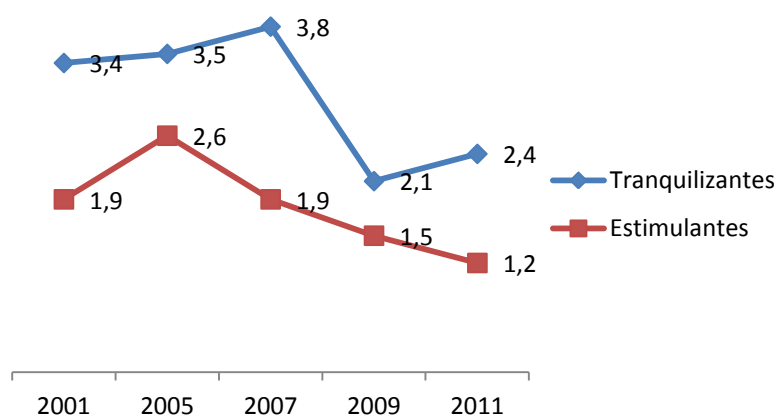
Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Según lo observado existe una asociación entre percepción de riesgo y consumo de psicofármacos ya que las tasas de consumo de tranquilizantes y estimulantes son mayores cuando los estudiantes consideran que su consumo frecuente no presenta ningún riesgo.

### Tendencia en la magnitud del consumo

De acuerdo al gráfico siguiente, la tendencia del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica presenta un leve incremento en el 2007 y luego un descenso hacia el 2009. En tanto que con prevalencias menores, el uso de estimulantes sin prescripción médica luego del incremento en el 2005, inicia una tendencia decreciente en el 2007.

**Gráfico: 3.25**  
**Prevalencia de año de psicofármacos sin receta médica. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007\*, 2009 y 2011.**



\*Las prevalencias del 2007 de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica han sido ajustadas en su cálculo, por lo que difieren de las presentadas en el informe de dicho estudio.

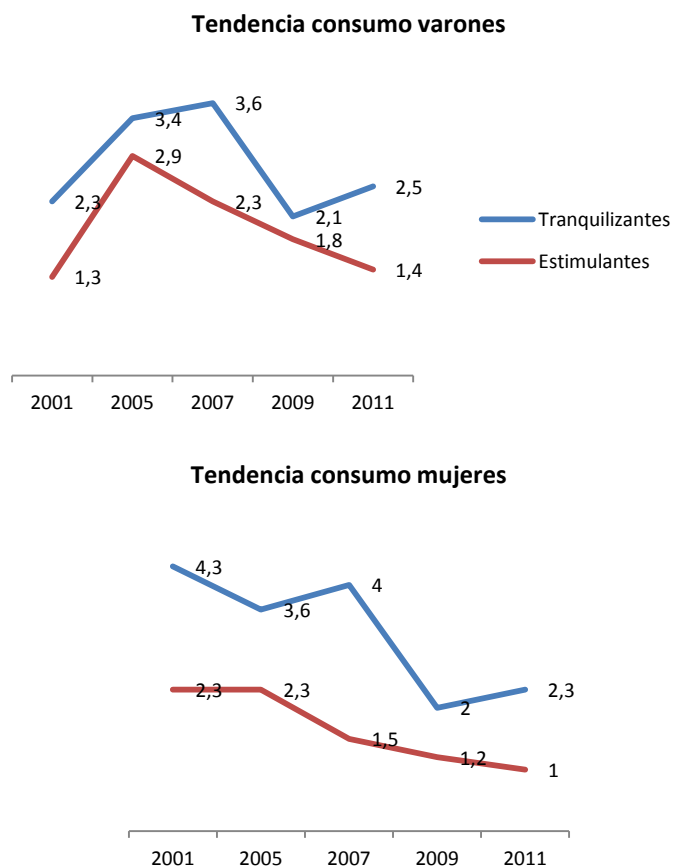
Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

El uso de tranquilizantes sin prescripción médica disminuye en el 2009 y aumenta levemente en el 2011, mientras que el de estimulantes muestra un descenso sostenido desde el 2005. El uso de tranquilizantes sin prescripción médica en el 2001 era marcadamente un uso femenino y hacia el 2009, se igualan los sexos. El proceso indica un decrecimiento sostenido en las mujeres y un proceso inverso en los varones en los años 2005 y 2007, pero se iguala la tendencia en el último período.

Observando los grupos de edad, cada uno presenta una tendencia diferente en los años anteriores, pero todos coinciden en el descenso hacia el 2009.

Gráfico: 3.26

Tendencia en la prevalencia de uso de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica por sexo. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007\*, 2009 y 2011.



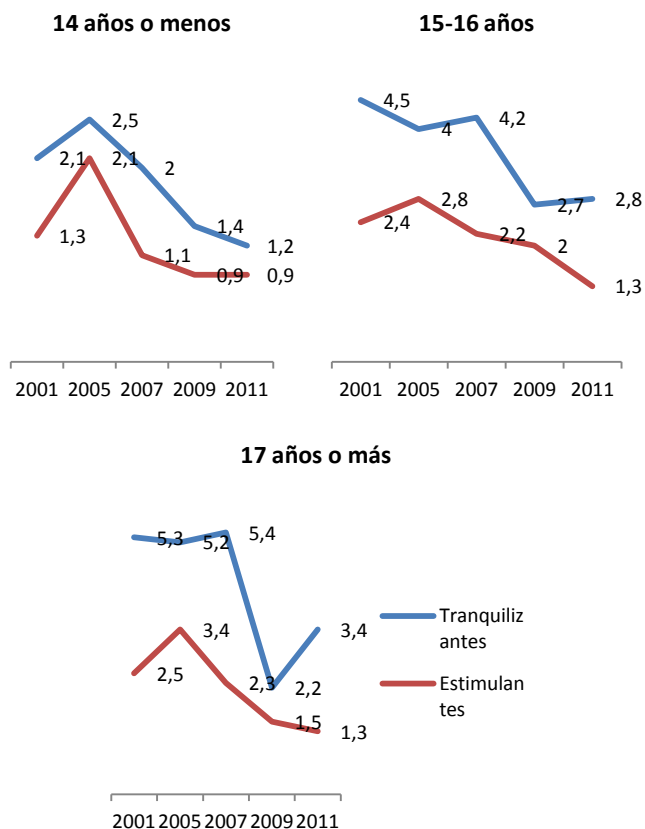
\* Las prevalencias del 2007 de tranquilizantes sin prescripción médica han sido ajustadas en su cálculo, por lo que difieren de las presentadas en el informe de dicho estudio.

Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

El uso de estimulantes sin prescripción médica en el año 2001 era preferentemente un consumo de las mujeres pero en este caso a partir del 2005 la prevalencia en los varones es mayor. Entre los varones el consumo reciente de tranquilizantes sin prescripción médica ha ido aumentando hasta el 2007 y luego disminuye hacia el 2009 para recuperarse levemente en el 2011 y ubicarse en proporciones similares a las de origen. Para las mujeres en cambio, si se analizan el primer y el último estudio, el consumo ha disminuido casi a la mitad, sin embargo no se observa un comportamiento lineal a lo largo de la década. Se produce un leve aumento en el consumo de tranquilizantes en la última muestra del 2011, mientras que el de estimulantes sigue bajando.

**Gráfico 3.27**

**Tendencia en la prevalencia de uso de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica por edad. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007\*, 2009 y 2011.**



\* Las prevalencias del 2007 de estimulantes sin prescripción médica han sido ajustadas en su cálculo, por lo que difieren de las presentadas en el informe de dicho estudio.

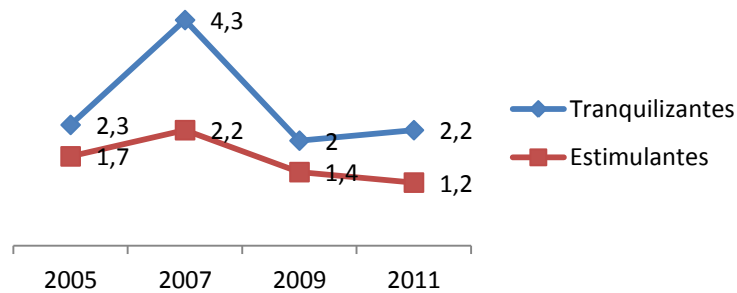
Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Entre los estudiantes de 14 años o menos, el consumo reciente de psicofármacos sin prescripción médica ha disminuido mucho entre el 2001 y el 2011. Así como en el grupo de 15-16 años, que si bien no muestra una disminución lineal, es significativamente inferior en el 2011 respecto del 2001. En el grupo de mayor edad se observa la misma disminución con un crecimiento en el consumo de tranquilizantes hacia los últimos años.

### **Incidencia**

Para tener una visión integrada del consumo y de la tendencia que adquiere este fenómeno es interesante analizar la incidencia del consumo, es decir la proporción de nuevos usuarios en el último año, a lo largo del tiempo.

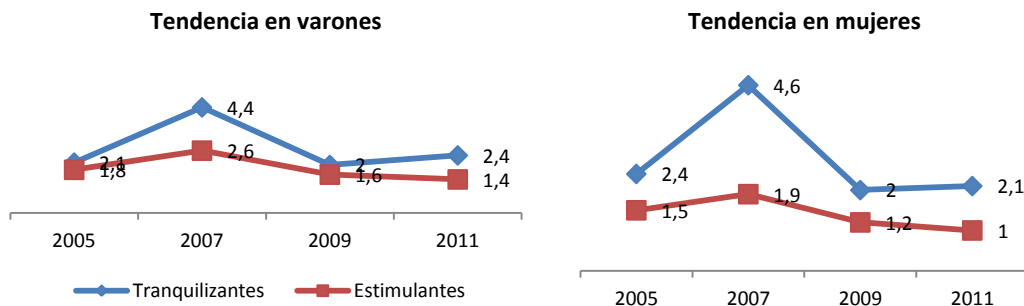
**Gráfico: 3.28**  
**Incidencia anual de consumo de psicofármacos sin prescripción médica. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2005, 2007, 2009 y 2011**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Se puede observar cómo viene disminuyendo la incidencia de psicofármacos sin prescripción médica entre estudiantes de nivel medio, luego de un pico en 2007, se mantienen por debajo de los índices de 2005, aumentando muy levemente en el caso de los tranquilizantes.

**Gráfico: 3.29**  
**Incidencia de año de consumo de psicofármacos sin receta médica según sexo. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2005, 2007, 2009 y 2011**

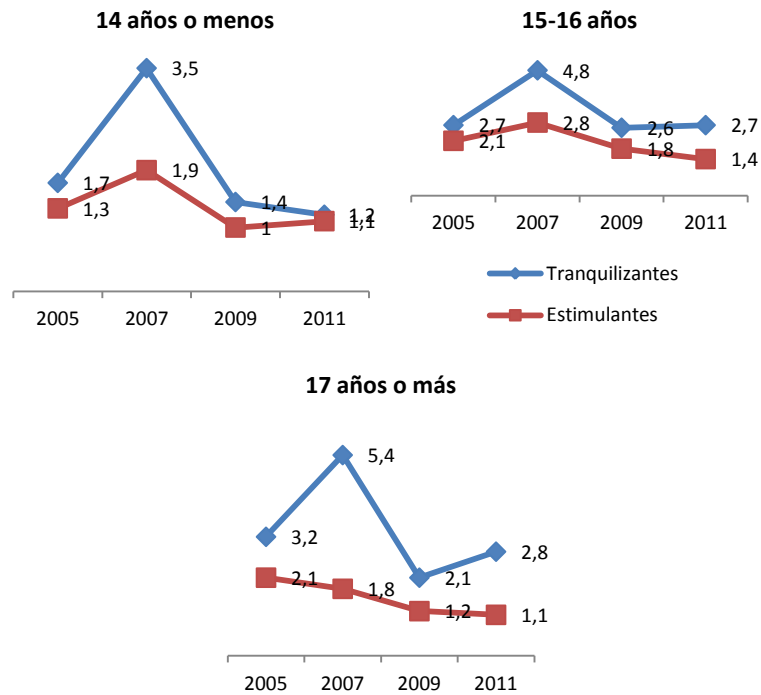


Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Este análisis permite observar que en ambos sexos hay un comportamiento similar en cuanto a la incidencia, aunque en los varones se ve un aumento más fuerte del 2005 al 2007 en ambas sustancias, mientras que en las mujeres el consumo de estimulantes nunca pasó el 1,9%, y el de tranquilizantes se mantiene por debajo del consumo de 2005.

Gráfico: 3.30

Incidenia de año de consumo de psicofármacos sin prescripción médica según grupos de edad. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2005, 2007, 2009 y 2011.



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Entre los estudiantes de 14 años o menos, al comparar los años 2005 y 2011, se observa que las tasas de incidencia de estimulantes sin prescripción médica son similares, mientras que la de tranquilizantes sin prescripción médica es inferior.

Los estudiantes de 15 y 16 años empiezan en el 2005 y el 2011 a consumir en mayor porcentaje tranquilizantes sin prescripción médica, y en menor, estimulantes sin prescripción médica.

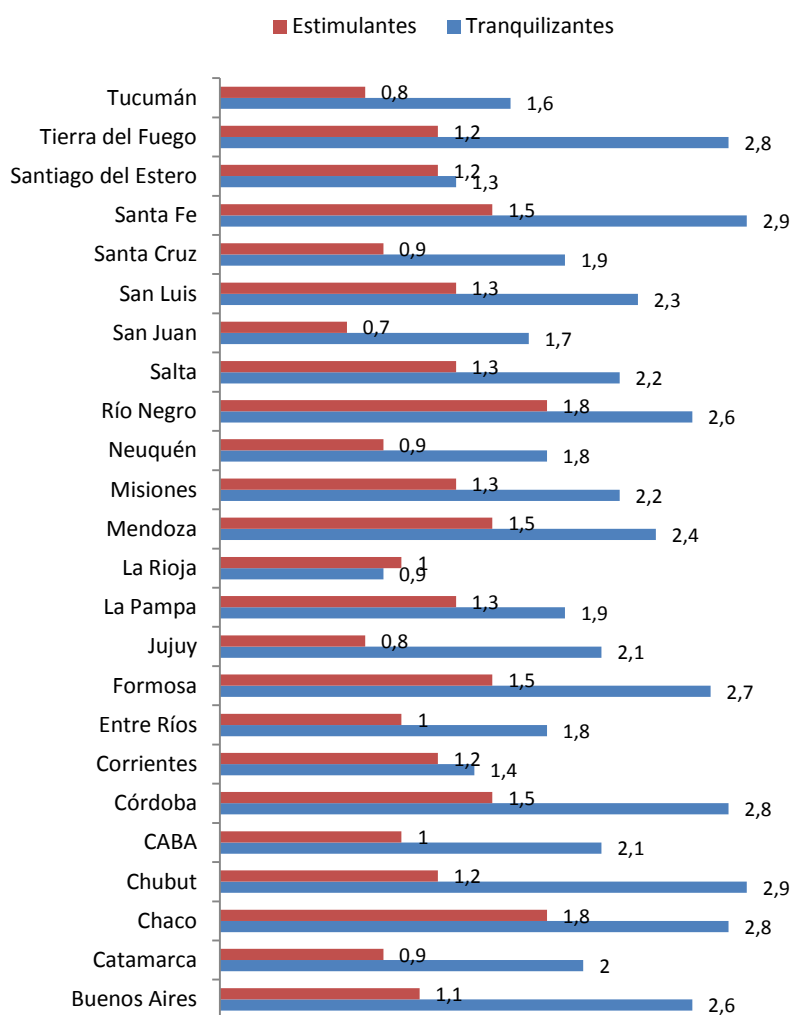
Por último, los alumnos mayores, han disminuido su inicio en relación al uso de psicofármacos sin prescripción médica, que viene disminuyendo para estimulantes de modo homogéneo desde 2005, mientras que para tranquilizantes, aunque de manera más errática, se mantiene en niveles inferiores a los de 2005/2007.

### Uso indebido de psicofármacos por provincias de Argentina

La muestra permite el análisis del consumo en las provincias del país. En el siguiente gráfico se muestran las tasas de consumo reciente o del último año de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica.



**Gráfico: 3.31**  
**Prevalencia del último año del consumo de psicofármacos sin receta médica por provincias. Estudiantes del Nivel Medio. Argentina 2011.**



Fuente: OAD. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011

Las provincias con mayor porcentaje de estudiantes que consumieron tranquilizantes sin prescripción médica son Santa Fe (2,9%) y Chubut (2,9%), le siguen Chaco, Tierra del Fuego y Córdoba con porcentajes similares (2,8%). Chaco es también una de las provincias con más alto consumo de estimulantes (1,8%), al igual que Río Negro (1,8%).

## Capítulo 4

### Demanda de tratamiento

---

En este capítulo se presentarán datos obtenidos en el *Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010* (OAD, 2011a) referidos a los usuarios de psicofármacos que se encontraban en tratamiento al momento del relevamiento de los datos.

El estudio fue realizado por la DNOAD entre octubre y diciembre de 2010. Del relevamiento se obtuvieron un total de 1771 encuestas efectivas; luego de la ponderación de la muestra, estos casos son representativos de 21252 pacientes en todo el país.

El perfil del total de los pacientes atendidos se define por ser mayoritariamente varones y tienen un promedio de 30 años de edad. Alrededor del 70% de los pacientes no ha concluido los estudios secundarios. El 93% de los pacientes trabajó alguna vez en su vida, de estos el 60,1% eran activos económicamente al momento de la encuesta.

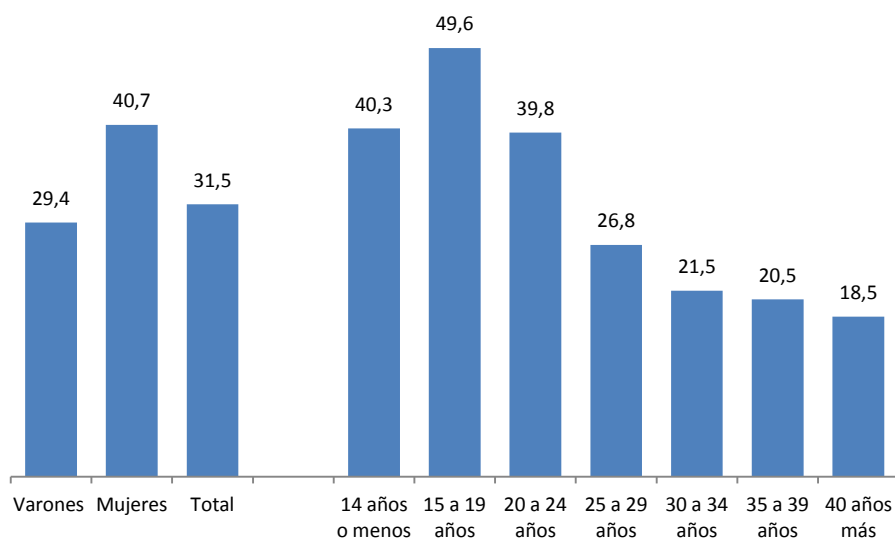
Se debe tener en cuenta que analizando el número de sustancias consumidas por los pacientes a lo largo de su vida se observa que solo el 7,5% ha consumido una única sustancia, es decir, son monoconsumidores. Y entre los pacientes que consumieron más de una sustancia en su vida, el 23,6%, se concentra en aquellos que han declarado haber consumido seis o más sustancias a lo largo de su vida.

#### **Prevalencia de Vida:**

Del total de pacientes en tratamiento, el 31.5 % (6.689 casos) mencionó consumo de tranquilizantes en su historia de consumo –independientemente de la sustancia por la cual se encontraban en tratamiento– y el 6% (1.276 casos) declaró haber consumido alguna vez en su vida estimulantes. En ambos casos el consumo es mayor en mujeres. Con respecto a la edad, en lo que refiere al uso de tranquilizantes, se destaca el consumo de los menores de 24 años, concentrándose aun más entre aquellos que tienen entre 15 y 19 años: el 49.6% ha hecho uso alguna vez en la vida, en cambio el consumo de estimulantes se concentra principalmente en los pacientes de 25 a 29 años.

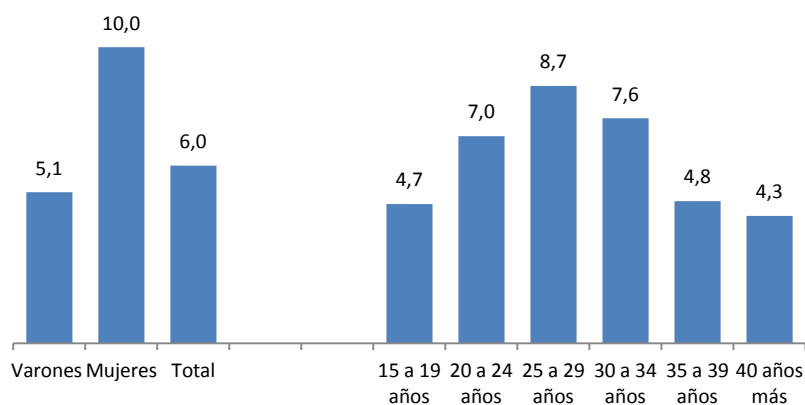
En el gráfico siguiente se presentan las prevalencia de vida por sexo y edad de los pacientes que se encuentran en tratamiento y que declararon haber consumido tranquilizantes y estimulantes en algún momento de su vida.

**Gráfico: 4.1**  
**Prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes según sexo y edad. Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

**Gráfico: 4.2**  
**Prevalencia de vida de consumo de estimulantes según sexo y edad. Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.**



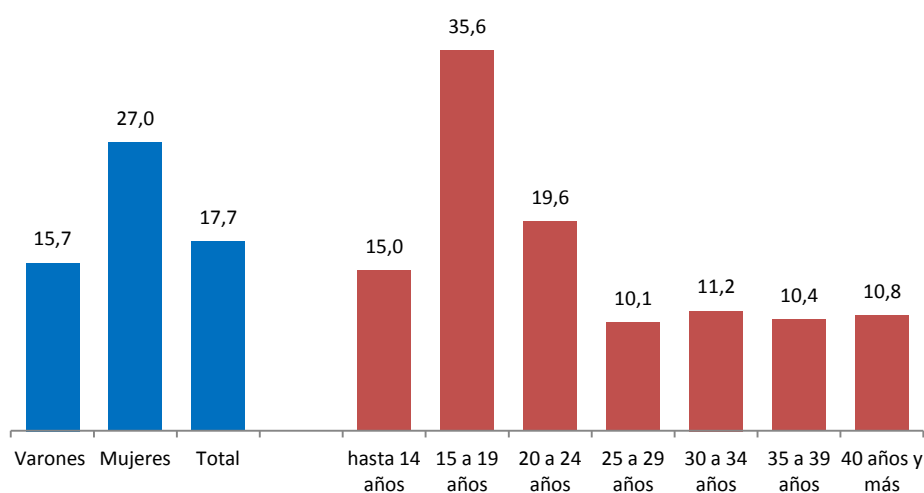
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

## Prevalencia de Mes

A continuación se presentan los datos referidos a aquellos pacientes que manifestaron haber consumido psicofármacos en los últimos 30 días previos al ingreso a tratamiento, también se considera consumo actual.

En el gráfico siguiente observamos que el 17.7% (3768 casos) pacientes en tratamiento declaro consumo actual de tranquilizantes y el 1.9% (396 casos) mencionó haber consumido estimulantes en los últimos 30 días previos al ingreso a tratamiento. En ambos psicofármacos el consumo es mayor en mujeres. Con respecto a la edad, en lo que refiere al uso de tranquilizantes, se concentra mayormente entre los pacientes que tienen entre 15 y 19 años: el 35.6% ha usado tranquilizantes en el último mes antes de comenzar el tratamiento, en cambio el consumo de estimulantes se concentra principalmente en los pacientes de 35 a 39 años.

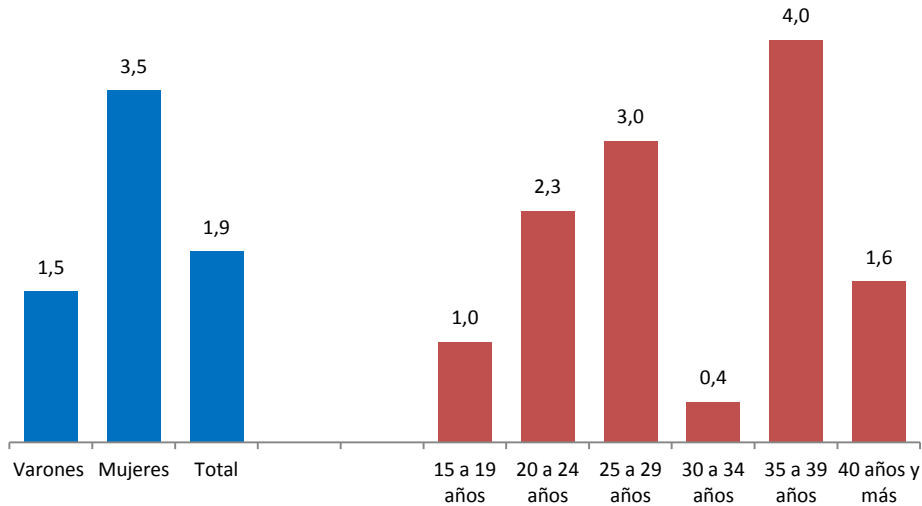
**Gráfico: 4.3**  
**Prevalencia de mes de consumo de tranquilizantes según sexo y edad. (La sustancia sobre el total de pacientes). Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

**Gráfico: 4.4**

**Prevalencia de mes de consumo de estimulantes según sexo y edad. (La sustancia sobre el total de pacientes). Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento, 2010.**



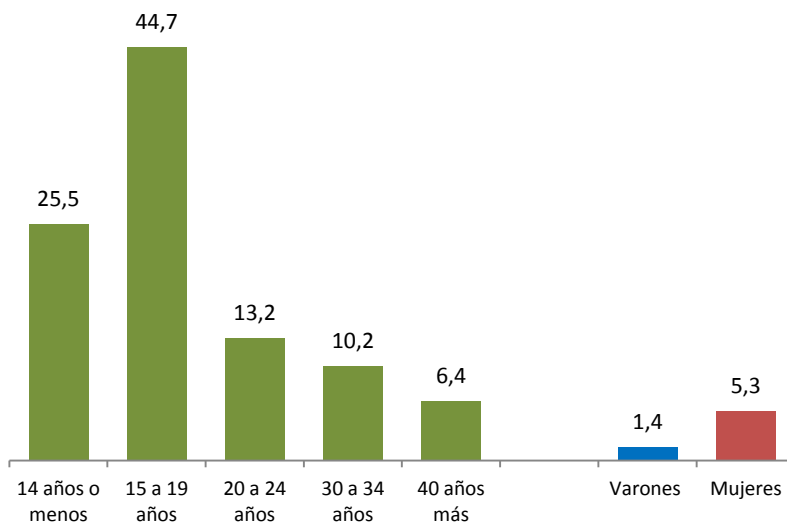
Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

### **Droga de Inicio**

Esta sección del informe se ocupará de los datos relacionados con los pacientes que declararon como droga de inicio algún psicofármaco tranquilizante, esto representa a 2.1% de los pacientes registrados, es decir 438 pacientes. Estos pacientes tienen un promedio de edad actual de 28.8 años.

**Gráfico: 4.5**

**Distribución de los pacientes que se iniciaron con tranquilizantes según edad de inicio y sexo.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Los pacientes que se iniciaron con psicofármacos son en su mayoría mujeres y se iniciaron mayormente entre los 15 y 19 años, aunque un cuarto de ellos lo hizo antes de los 15 años.

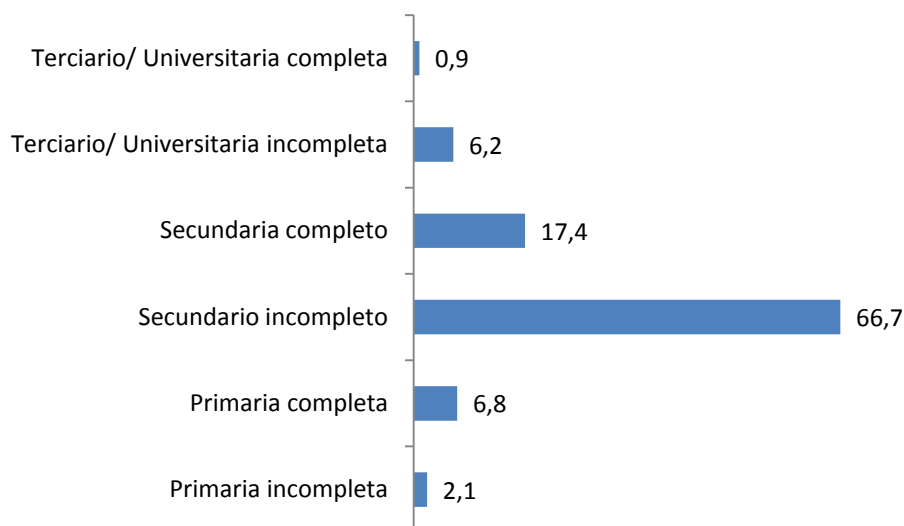
**Cuadro: 4.1**  
**Indicadores estadísticos de la edad de inicio de consumo de tranquilizantes.**

Edad de inicio			
Media aritmética	Mediana	Modo	Desviación Estándar
18.9	15	15	9.07

Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Si bien el promedio de edad de inicio es 19 años existen variaciones en la edad de inicio de alrededor 9 años.

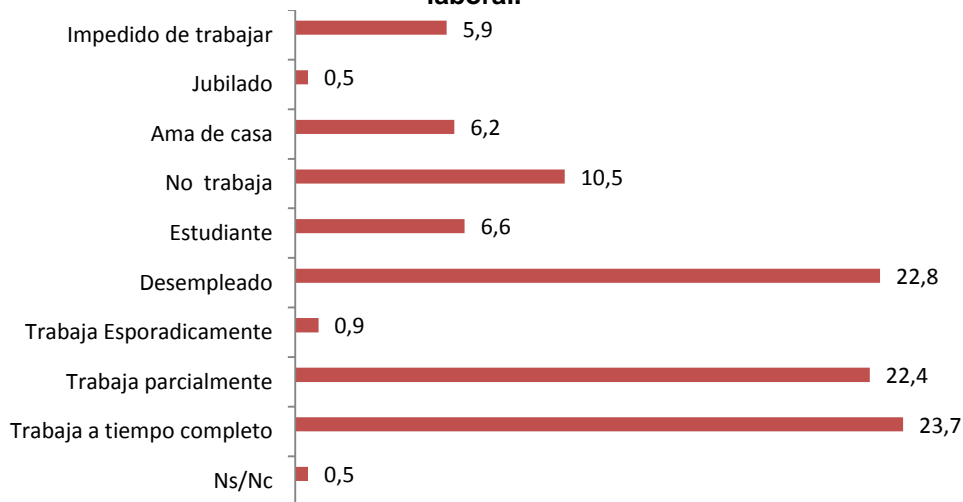
**Gráfico: 4.6**  
**Distribución de los pacientes que se iniciaron con psicofármacos según nivel educativo.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Los pacientes que se iniciaron con psicofármacos, en su mayoría se encuentran cursando la secundaria o bien han abandonado sus estudios en esa instancia educativa.

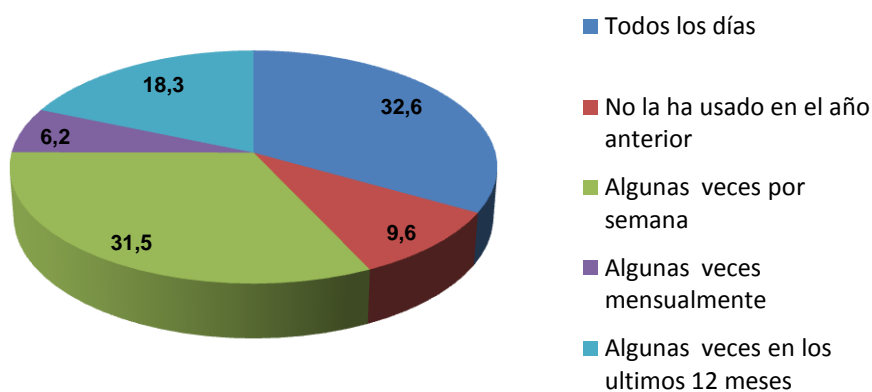
**Gráfico: 4.7**  
**Distribución de los pacientes que se iniciaron con psicofármacos según situación laboral.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Casi el 70% son activos económicamente, en su mayoría trabajan a tiempo completo. No trabaja un 10.5% de estos pacientes y 6.2% son amas de casa.

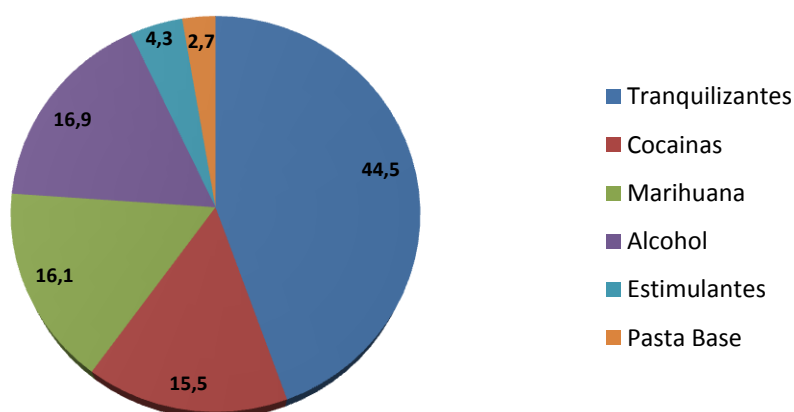
**Gráfico: 4.8**  
**Distribución de los pacientes por frecuencia de uso de tranquilizantes durante los últimos 12 meses previos al tratamiento.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Según se observa en el gráfico que alrededor del 30% de los pacientes que se iniciaron en su historia de consumo con psicofármacos antes de ingresar al tratamiento tenía un consumo diario o de algunas veces por semanas.

**Gráfico: 4.9**  
**Distribución de los pacientes que se iniciaron con psicofármacos según droga que motiva el tratamiento.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

De los pacientes que se iniciaron con tranquilizantes, el 44.5% están en tratamiento por esta sustancia.

### **Droga que motiva el tratamiento**

Si bien la demanda del tratamiento no suele estar estrictamente relacionado con el consumo de una única sustancia se solicitó a los pacientes que identifiquen a la principal sustancia por la cual iniciaron tratamiento. Principalmente acuden a tratamiento motivados por el consumo indebido de alcohol. En segundo lugar aparece la marihuana, seguido por los pacientes que están en tratamiento por consumo de cocaínas.

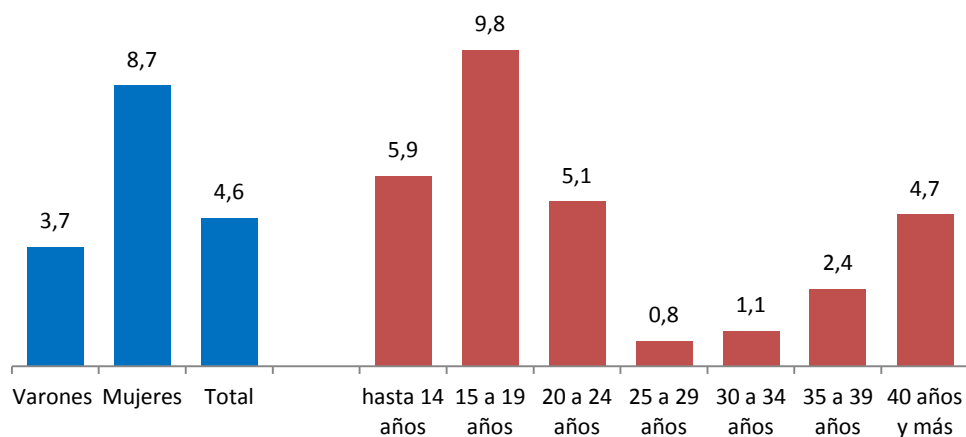
El 4.6% del total de los pacientes registrados, 983 pacientes, buscaron tratamiento por el consumo de tranquilizantes, y un 0.3% (69 casos) se vieron motivados a iniciar tratamiento por consumo de estimulantes. Las mujeres acuden a tratamiento



motivadas por psicofármacos (tranquilizantes y estimulantes) en mayor medida que los hombres.

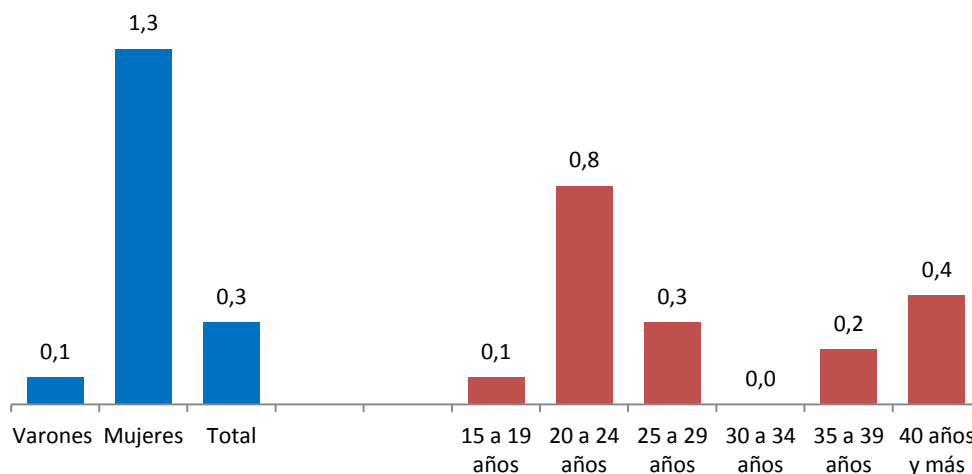
La demanda de tratamiento por tranquilizantes tiene mayor presencia entre los pacientes de 15 a 19 años, en tanto la de estimulantes en aquellos que tienen entre 20 y 24 años.

**Gráfico: 4.10**  
**Demanda de tratamiento por tranquilizantes según edad y sexo.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

**Gráfico: 4.11**  
**Demanda de tratamiento por estimulantes según edad y sexo.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

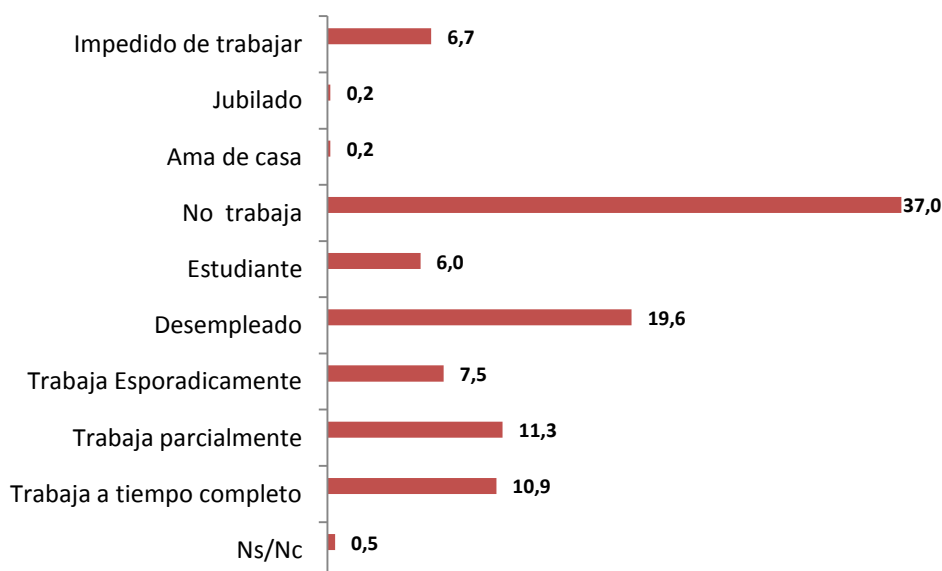
**Gráfico: 4.12**  
**Distribución de los pacientes que buscaron tratamiento por tranquilizantes según nivel educativo.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Según se observa en el gráfico los pacientes que iniciaron tratamiento motivados por consumo de tranquilizantes en su mayoría tienen el nivel medio incompleto ya sea por encontrarse en curso o por haberlos abandonado.

**Gráfico: 4.13**  
**Distribución de los pacientes que buscaron tratamiento por tranquilizantes según situación laboral.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010

Los pacientes se distribuyen homogéneamente entre población activa e inactiva, sin embargo en su mayoría no trabajan.

## **Capítulo 5**

### **Representaciones sociales frente al consumo de psicofármacos**

---

#### **1. La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos.**

El objetivo de la investigación “La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos” (OAD, 2007), de carácter cualitativo, consistió en indagar las representaciones sociales acerca del consumo de medicamentos psicotrópicos y explorar los patrones de consumo indebido de estos medicamentos en la vida cotidiana de sujetos adultos de sectores medios y bajos.

El proyecto se desarrolló entre enero de 2006 y febrero de 2007 y el trabajo de campo se realizó en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Mar del Plata y Bariloche.

Se entrevistaron médicos y profesionales vinculados a la industria farmacéutica y se recabaron datos secundarios que se centraron en publicidades de psicotrópicos, publicadas en revistas médicas especializadas. También se realizaron entrevistas a varones y mujeres de distintas franjas etarias que decían realizar un consumo “autorregulado”.

Los hallazgos de esta investigación mostraron que los imaginarios y prácticas de consumo “por cuenta propia” de psicotrópicos no se dan de modo homogéneo. Los ciclos vitales, el género y el nivel socioeconómico trazan diferencias significativas:

#### **Consumo en jóvenes**

Este ciclo vital aparece signado por la idea de “forjar el camino”. Se identifican dos grandes grupos cuyas diferencias se fundamentan en el estilo de vida centrado en el desarrollo personal o en el proyecto familiar.

- Los “*jóvenes adolescentes*”: se define por ideales de competencia y rendimiento, aunque con bajo nivel de compromiso. Los “*jóvenes adolescentes*” tienen un estilo de vida que se apoya en un espacio intermedio entre la individualidad y la dependencia, propio de la adolescencia. Se trata de individuos solteros y de una clase media alta, con estudios terciarios o universitarios, seguidos muchas veces por estudios de

posgrado o cursos de actualización y formación continua para la calificación y el desarrollo profesional.

El proyecto se inscribe dentro de una idea de realización personal, cuyo eje es el trabajo que se extiende al resto de la vida. El nivel de exigencia es vivido como desafío y como parte de la exploración de emociones que define a este perfil. Es un trabajo competitivo, que requiere altas dosis de proactividad e iniciativa individual y que si bien valora la actitud de “trabajo en equipo”, lo hace como estrategia de adaptación a un ideal individualista.

En este marco, la pastilla cumple una *función compensatoria*, ayuda a seguir cuando “yo solo/a no puedo”. De este modo se justifica para el rendimiento, pero también para bajar el ritmo desde un enfoque instrumental, para recuperar fuerzas y continuar el circuito.

El consumo en este ciclo se muestra caracterizado por lo esporádico, es decir puntual o periódico, que suele responder a las demandas de rendimiento, ya sea por alcanzar niveles de proactividad o para bajarlos a fin de “recargar energías”.

Dado que los estilos de vida no muestran distinciones significativas entre varones y mujeres, en este perfil no se observan grandes diferencias por género. Sin embargo, en las mujeres jóvenes de este perfil aparece de modo recurrente la figura de la madre como modelo de consumo y como quien recomienda y acerca la primera pastilla.

- Los “jóvenes adultos”: en ellos el proyecto se focaliza en el bienestar de la familia. El desarrollo individual cede paso al proyecto familiar o se construye a través suyo. Pertenecen al segmento joven de niveles medios bajos y bajos, con un estilo de vida signado por la adultez de sus condiciones objetivas pero también por una actitud de seriedad y compromiso que los distancia de los jóvenes adolescentes.

Estos jóvenes parecen vivir una adultez temprana, adelantando los patrones de comportamiento y de consumo del psicotrópico propios de los grupos de mediana edad de estos sectores. Se observa una tendencia hacia un consumo periódico, signado por imaginarios de supervivencia.

### **Consumo en mediana edad**

En este ciclo vital se reconoce un imaginario marcado por la sensación de apremio del tiempo presente, una idea de “ahora o nunca”, lo cual lleva a situaciones de estrés y

angustia frente a la tensión que supone la presión (“romperse el lomo”) y la amenaza de caída asociada con una siempre latente insuficiencia (de no llegar a alcanzar lo planteado).

En las mujeres profesionales de clase media y media alta se observa lo que podríamos denominar el “normal desarrollo de la joven adolescente competente”. A sus actividades de trabajo y desarrollo personal se suma ahora la exigencia familiar de la cual antes se esforzaba por distanciarse. Intensifica así su nivel de presión al no abandonar ningún rol y buscar el rendimiento en todos los ámbitos. El psicotrópico, en estos casos, sigue actuando como “*pastilla compensatoria*”, desde la idea de gustar a todos.

La idea de “*tapar*” con la pastilla los sentimientos negativos también aparece en las mujeres de sectores medios y bajos que se apartan del rol de profesional exitosa y se acercan a la figura de “ama de casa abnegada”, donde los vínculos más íntimos aparecen como la principal motivación de consumo, siendo no sólo causa sino también destinatarios indirectos de sus beneficios en el logro de armonía y tranquilidad en un acto imaginario de transferencia mediante la idea de “estar bien yo para que los míos estén bien”. Priman aquí valores de “estabilidad” y “contención” antes que el logro de “*equilibrio*” (entre las múltiples áreas a cubrir) al que refiere la mujer profesional.

El autoconsumo femenino viene precedido en muchos casos por algún tipo de intervención médica. Aún cuando ésta haya seguido los pasos de un tratamiento regular, la *autorregulación* aparece como respuesta a estrategias de “personalización del tratamiento” por parte de la paciente a través de un ejercicio de autoconocimiento (“yo sé lo que necesito”, “yo me conozco”, o simplemente bajo la práctica de ensayo y error) que no necesariamente implica poner la capacidad médica en cuestión.

En los varones de clase media alta, aparece la idea de autoexploración (conocerse uno mismo), lo cual implica la exploración de los malestares (qué siento) y la exploración de la solución (cómo lo manejo) mediante el fármaco, por una combinación entre recomendación y ensayo y error que excluye al médico del proceso.

En este grupo, el malestar está muy concentrado en lo laboral y específicamente en el “trato con la gente” dentro de ese espacio, como fuente de angustia y estrés que determina el consumo.

En los varones de sectores medios bajos y bajos, aparecen de modo muy marcado los mandatos de rol tradicionales (el hombre trabajador y proveedor), pero también una búsqueda del equilibrio entre el trabajo y la familia, abonando la idea de un jefe de familia presente en un rol que se desdobra entre ambos escenarios. Esto se vive como un corte abrupto entre uno y otro ámbito. Reconocer el quiebre entre casa y trabajo, entre afectos, vínculos y obligaciones, hace que se vuelva necesaria la pastilla para “dejar los problemas fuera de casa”.

En este ciclo, el consumo suele presentarse de modo caótico: puede ser puntual, periódico, cotidiano o habitual. Sin embargo, en las mujeres parece encontrarse una mayor periodicidad que tiende hacia lo cotidiano a medida que se avanza en el tiempo, mientras que el varón habla acerca de su consumo en términos más puntuales. Esto debe leerse con cuidado ya que puede responder a una característica propia del discurso masculino y también por la menor naturalización que supone el consumo por parte de los varones entrevistados.

### **Consumo en adultos mayores**

En los adultos mayores tiene lugar la idea de un ciclo vital signado por lo que se hizo, llevando esto a tres enfoques diferenciados: la angustia de “quedar fuera de ruedo”, los replanteos negativos y la valoración de sí mismo.

En la idea de “quedar fuera de ruedo” prima la amenaza a alejarse de los roles que lo definieron social y subjetivamente aparecen así los miedos presentes a un futuro que lo represente desde ideas signadas por “no servir” o “volverse un estorbo”.

En las mujeres el crecimiento de los hijos y su consecuente independencia aparece como un presente que se les impone, dando lugar a la angustia del “nido vacío”, que se agudiza en la que sostuvo su rol desde la figura de “madre abnegada”. Se observó un recurrente ejercicio de autoevaluación de lo hecho que suelen tomar la forma negativa de “lo que no hice” o “lo que hice mal”, lo cual genera angustia y resulta un motivo importante en el consumo de “la pastilla”.

Como contracara de la que se replantea negativamente lo que hizo o la que llora el despegar de los hijos aparece la idea de que ya dio demasiado a los otros y la idea del “ahora yo” alude de modo positivo reconocimiento de los propios deseos y actuar al respecto. De este modo, en la mujer del “ahora yo”, la pastilla toma una función

compensatoria: el déficit de la edad debe ser compensado para poder disfrutar, avanzando en valores de proactividad pero desde la idea del disfrute del tiempo, lo cual lo vuelve más relajado.

En la mujer profesional, la cosecha también tiene lugar viendo un momento de reconocimiento profesional, que incluso puede comenzar en el ciclo anterior y los reproches pueden estar del lado de no haber sabido relajarse lo suficiente o no haberse “esforzado” en la búsqueda de un mayor equilibrio entre los tres ámbitos de desarrollo: laboral, familiar y personal.

En el varón este sentimiento también aparece aunque tensionado con ciertas ideas de utilidad y competencia que resultan difíciles de abandonar y en este sentido se muestra unido a sentimientos de nostalgia, frustración y búsqueda de nuevos desafíos para “dar sentido a la vida”.

Las mujeres mayores manifestaron casi siempre un consumo de forma cotidiana o habitual y bajo algún tipo de intervención médica. En los grupos de mujeres mayores de sectores bajos se repitió la práctica de ocultar la pastilla en el mate o en algún alimento para que sea consumida por el marido, lo que da muestra de un continuum de apropiaciones de parte de la mujer sobre la “salud” de la familia.

En el caso de los varones, se hace mayor mención a cuestiones puntuales o de cierta periodicidad en el consumo que, a fuerza de acostumbramiento o suma de malestares, se pueden volver habituales o cotidianas, sobre todo si se trata de problemas relacionados con el sueño.

El médico está más presente que en ciclos de vida anteriores, donde el consumo por total cuenta y regulación se impone. Sin embargo es una relación más distante que en la mujer; suele darse un inicio del consumo por prescripción, aunque luego la autorregulación se impone y el médico pierde prácticamente toda incidencia o actúa mínimamente como “recetador”.

### **Algunas consideraciones**

→ Género: la mayor frecuencia de visitas al médico por parte de las mujeres genera una intensa apropiación de saberes legítimos, notoriamente mayor que los varones. Esta producción de saber, la práctica misma y el aprendizaje dado a partir de las

frecuentes visitas al consultorio, son factores que sostienen una imagen de mujer consumidora, lega y proveedora de pastillas al interior del ámbito familiar o del círculo de amistades.

Así, la mujer aparece como la proveedora paradigmática dentro del ámbito familiar, como madre, esposa o hermana, lo cual abona a la naturalización del rol de consumidora.

Las mujeres hablan con mayor naturalidad del propio consumo de psicotrópicos, mientras que en los varones este resulta ser más “escondido”.

→ Banalización del consumo: podemos distinguir al grupo de tranquilizantes o ansiolíticos del tipo Benzodiazepinas como las drogas más conocidas y usadas por las personas entrevistadas. Este grupo de drogas es el que presenta una mayor naturalización y banalización en su uso. En los imaginarios, las benzodiazepinas, al ser drogas de uso más extendido y naturalizado, aparecen como drogas “todo terreno” y en muchos casos se habla de ella como “la aspirina”, lo cual demuestra el grado de naturalidad en el consumo.

La referencia y el consumo de los Antidepresivos de Segunda Generación, como la Fluoxetina, se concentra en los grupos focales de clase media alta pero siempre secundando a las benzodiazepinas. Los imaginarios de esta droga están asociados a la idea de rendimiento, proactividad, *performance* social, pero desde un mensaje que trasmite la recuperación de las ganas de vivir y el desarrollo de la emoción: “sentir”, como experiencia en sí.

→ Malestares: entre los malestares mencionados como motivadores del consumo, aparece la imposibilidad de conciliar el sueño o un mal descanso, entendiendo que esto arrastra luego otros malestares como ansiedad y falta de rendimiento durante la jornada. El estrés, la ansiedad, la angustia, también aparecieron de modo recurrente como factores de consumo.



## 2. Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El consumo de psicofármacos y género en la Ciudad de Buenos Aires (Observatorio de Drogas, 2010) es un estudio de carácter cualitativo cuyo objetivo es describir, analizar y caracterizar, teniendo en cuenta el contexto social y cultural específico, el tipo de modalidad de consumo de psicofármacos en las mujeres y las funciones que el mismo cumple en las estrategias de vida, las representaciones sociales e individuales, así como el sentido que éstas dan a éste consumo.

El mismo indica que los ansiolíticos e hipnóticos son los psicofármacos más consumidos. Las benzodiacepinas 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 (30 a 50 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.

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 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'.

## **Capítulo 6**

### **Fenómenos asociados al consumo de psicofármacos**

---

En este capítulo se presenta la información referida a la asociación de los fenómenos de la consulta de emergencia y la comisión de delitos con el consumo de psicofármacos. Tal como se refirió en la introducción, la magnitud y características de esta vinculación se midió a partir de dos estudios fundamentales, cada uno de ellos centrado en el análisis de poblaciones específicas. A continuación, se presentan los principales resultados.

#### **1. El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia**

El Quinto Estudio Nacional sobre el “uso indebido de drogas y la consulta de emergencia” (OAD, 2012) brinda información sobre la población con consumo reciente de sustancias psicoactivas (6 horas anteriores al ingreso) y que requieren atención médica de urgencia.

El estudio busca determinar la cantidad de consultas de emergencia relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en salas de emergencia de hospitales públicos de todo el país. Así, se pueden conocer las causas que motivan las consultas y el perfil sociodemográfico de los pacientes. También, permite describir cuáles son las sustancias más consumidas por esta población y en especial, aquellas más frecuentemente asociadas con lesiones personales.

La investigación se realiza cada dos años, en 2012 se llevó a cabo durante el mes de noviembre. La muestra de este estudio está formada por todas aquellas personas mayores de 12 años que concurren a las salas de emergencia de 24 hospitales públicos durante la semana del 5 al 11 de noviembre de 2012 –semana considerada “típica”– las 24 horas del día y que consintieron contestar el cuestionario. Quedaron excluidas todas las personas menores de 12 años y todas las mujeres que asistieron por consultas obstétricas o de maternidad. Se relevaron un total de 13.328 encuestas.

La mayoría de los pacientes (60,9%) ingresó a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general), el 31% lo hizo por accidentes (de tránsito,

de trabajo o común o casero), 5,4% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia, y un 1,5% por motivos relacionados a sobredosis. De un total de 13.328 consultas de emergencia registradas, el 12,3% estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia según la impresión clínica del médico.

Cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancia, el estado en el cual llega el paciente es de mayor gravedad: los pacientes que llegaron en estado de inconsciencia tienen un mayor porcentaje de asociación con el consumo de SPA (48,4%), seguidos por quienes ingresaron en estado de conmoción cerebral u obnubilados (41,9%). Dicho porcentaje se reduce al 10,6% en los pacientes que llegaron conscientes a la sala de emergencia habiendo consumido alguna SPA 6hs antes del ingreso al hospital. La presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 7,1% al interior de las consultas relacionadas al consumo, frente al 1,3% que corresponde a las que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte acerca del impacto que tiene el consumo de sustancias sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento).

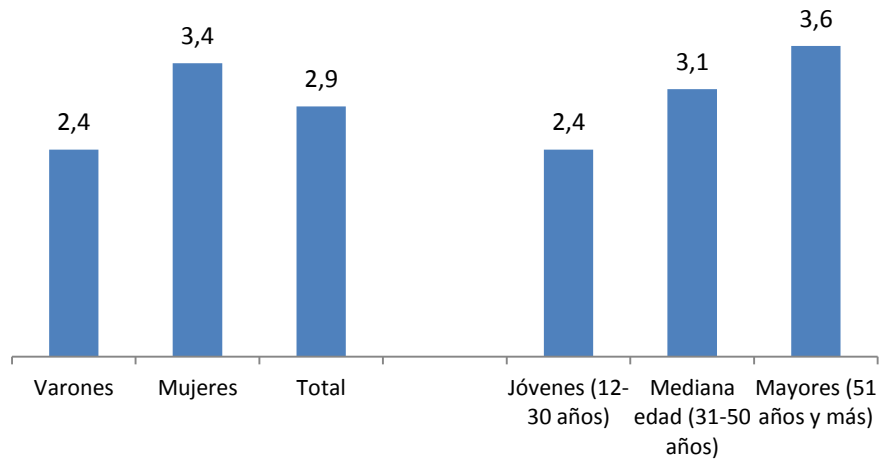
Resulta relevante también que los pacientes que consumieron solventes o inhalantes, cocaína y/o ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes llegaron a la sala de emergencia en estado de inconsciencia en mayor proporción que los que consumieron el resto de las sustancias.

### **Análisis de la relación entre el consumo de psicofármacos y la consulta de emergencia**

El cuestionario indagó sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, indicando una prevalencia de consumo reciente. Los datos sobre este tipo de consumo indican que los psicofármacos tipo ansiolítico, sedante y tranquilizante son la tercera sustancia más consumida cuando según la impresión clínica del médico la consulta de emergencia está relacionada al consumo.

A continuación se presenta los datos sobre consumo reciente de psicofármacos:

**Gráfico 6.1**  
**Prevalencia de consumo de psicofármacos en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según sexo y edad. Total país, 2012.**

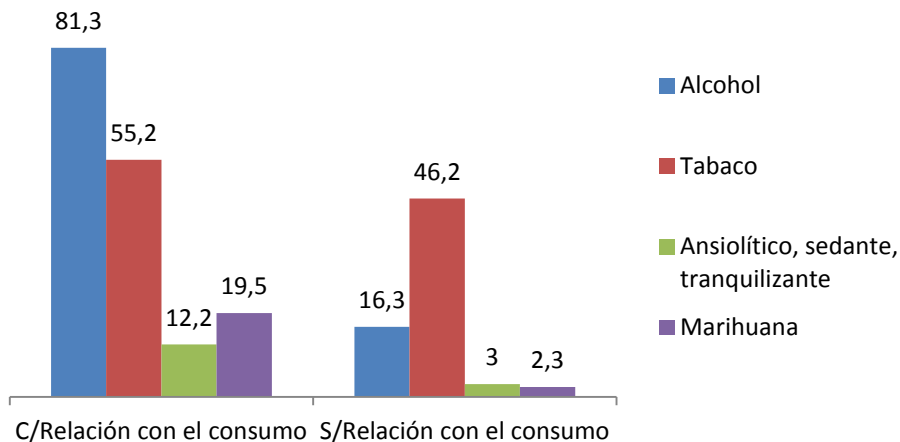


Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

El 2.9% de los pacientes que acudieron a la consulta de emergencia habían consumido psicofármacos en las 6 horas anteriores, en su mayoría ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes. Ello equivale a 384 pacientes del total de los pacientes que asistieron a los hospitales. El consumo prevalece en las mujeres en relación a los hombres y a medida que aumenta la edad de los pacientes se incrementa el consumo.

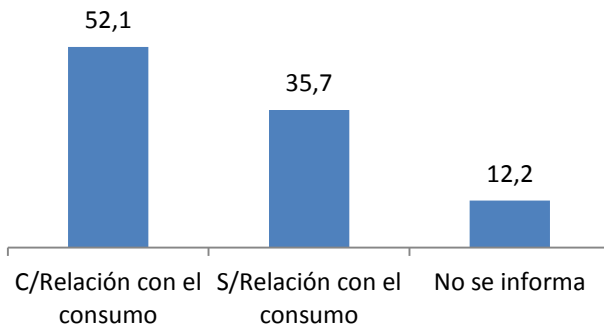
Como se observa en el gráfico siguiente, la impresión clínica del médico de la presencia de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes en las consultas relacionadas al consumo es del 12.2% y disminuye al 3% cuando la consulta no está relacionada al consumo.

**Gráfico 6.2**  
**Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas más consumidas en las últimas 6 horas, según las consultas vinculadas o no al consumo. Total país, 2012.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

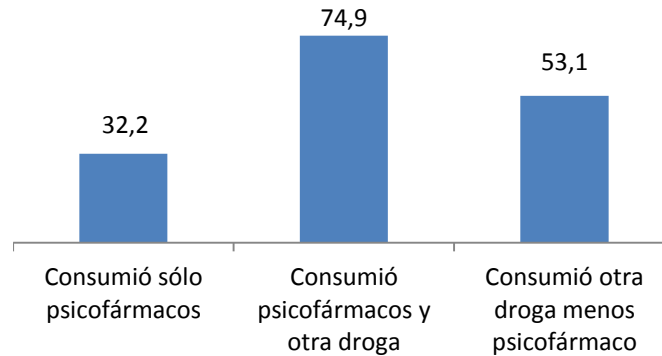
**Gráfico 6.3**  
**Distribución de las consultas con consumo de psicofármacos según la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2012.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

Según se observa en este gráfico, entre los pacientes que consumieron ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 50%.

**Gráfico 6.4**  
**Porcentaje de consultas relacionadas con el consumo de sustancias y tipo de policonsumo considerando ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes. Total país, 2012.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

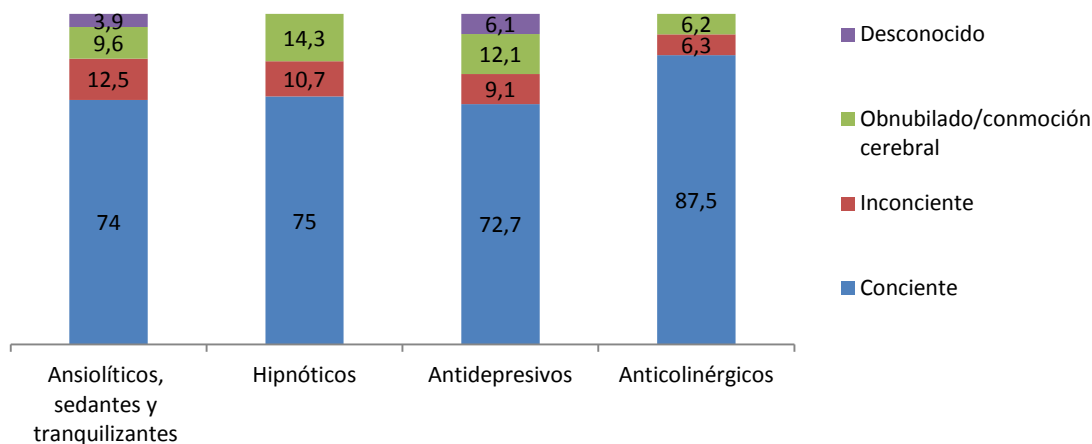
El consumo de psicofármacos como única SPA vincula la consulta con el consumo en el 32,2% de estos pacientes, asociación que se incrementa cuando el uso de psicofármacos se combina con otras drogas al 74,9%.

Otra de las variables relacionadas a la consulta de emergencia es el estado en el que paciente llega a la guardia: consciente, inconsciente o bien en estado de conmoción cerebral u obnubilado.

Los pacientes que consumieron solventes o inhalantes, cocaína y/o ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes llegaron a la sala de emergencia en estado de inconsciencia en mayor proporción que los que consumieron el resto de las sustancias. Por otro lado, quienes consumieron hipnóticos, solventes o inhalables y antidepresivos son quienes ingresaron en mayor número en estado de conmoción cerebral u obnubilados.



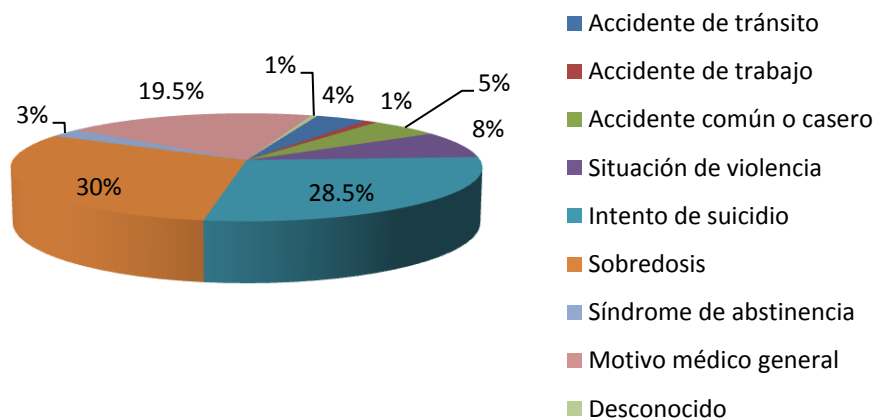
**Gráfico: 6.5**  
**Distribución de las consultas según estado en que llegó el paciente por consumo de psicofármacos. Total país, 2012.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

Los motivos de ingreso son un aspecto a considerar, puesto que marcan las problemáticas a las que se asocia el consumo de SPA. En general, los datos relacionados con los intentos de suicidio muestran que el 75,6% de los ingresos por esta causa están asociados al consumo de sustancias. Además, se asocian con el consumo de sustancias el 46,8% de las situaciones de violencia y el 22,5% de los accidentes de tránsito.

**Gráfico: 6.6**  
**Distribución porcentual de pacientes con consumo de ansiolíticos según motivo de ingreso de las consultas vinculadas al consumo. Total país, 2012.**



Fuente: El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.

De los 200 pacientes con consumo reciente de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y de los cuales su consulta estuvo vinculada al consumo según la impresión clínica del médico, el 30,5% ingresó a la guardia por sobredosis, el 28,5% por intento de suicidio y el 19,5% por motivos médicos generales.

## **2. Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos en población privada de libertad.**

El *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad* (OAD, 2009) tiene como objetivo principal estimar la magnitud de la asociación entre el consumo de alcohol y drogas y la comisión de delitos y diferenciar estas vinculaciones según sean de tipo psicofarmacológico, económico, sistémico o legal, de acuerdo a las conceptualizaciones de uso internacional.

La metodología empleada (encuesta estructurada sobre una muestra probabilística) reúne las mejores experiencias de otros países de América y del nuestro y sus ejes principales fueron fijados en una reunión de expertos internacionales bajo la coordinación del Observatorio Interamericano de Drogas (CICAD-OEA).

El estudio se llevó a cabo en la población mayor de 18 años privada de libertad, alojada en los recintos penitenciarios provinciales del país que se encuentren bajo la condición jurídica de condenada y procesada.

Se entrevistaron en total 2988 personas, que representan a unas 42.536 personas privadas de libertad de todo el país, mayores de 18 años y de ambos sexos, en condición jurídica de condenados y procesados en 73 establecimientos penales provinciales.

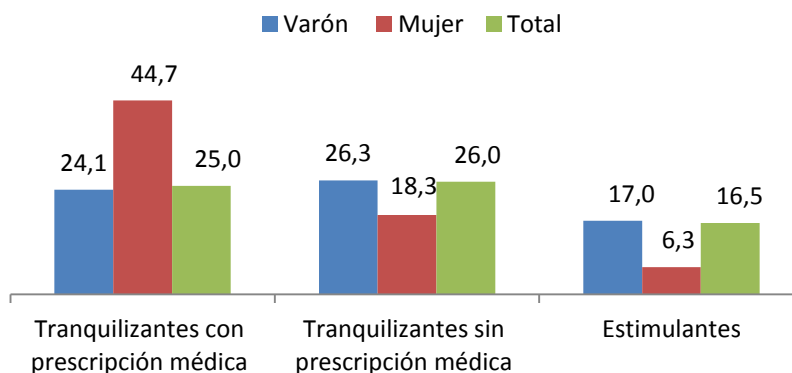
El 96% de las personas entrevistadas son varones. Un 43.7% pertenecen al grupo de 25 a 34 años de edad. La mitad de los entrevistados declaran haber asistido a establecimientos educativos y haber completado la escolaridad primaria, pero no el secundario. Más del 90% eran activos económicamente antes de su reclusión y en su mayoría eran empleados y cuentapropistas.

El 62.0% de los internos (correspondiente a 26.3778 personas) se encuentra en la situación jurídica de procesados y el 38.0% (16.143 internos) corresponde a población condenada.

### El consumo de psicofármacos en la población privada de libertad

Las sustancias con mayor prevalencia de vida – proporción de personas que consumieron alguna vez en la vida una o más sustancias – en la población de referencia son las legales, alcohol y tabaco, alrededor del 80% del total de los reclusos consumieron alguna vez en la vida estas sustancias, seguido por marihuana (55.5%) y cocaína (48.6%). En quinto lugar se ubica el consumo de psicofármacos.

**Gráfico: 6.7**  
**Prevalencia de vida de consumo de psicofármacos en población privada de libertad según sexo. Argentina, 2009.**

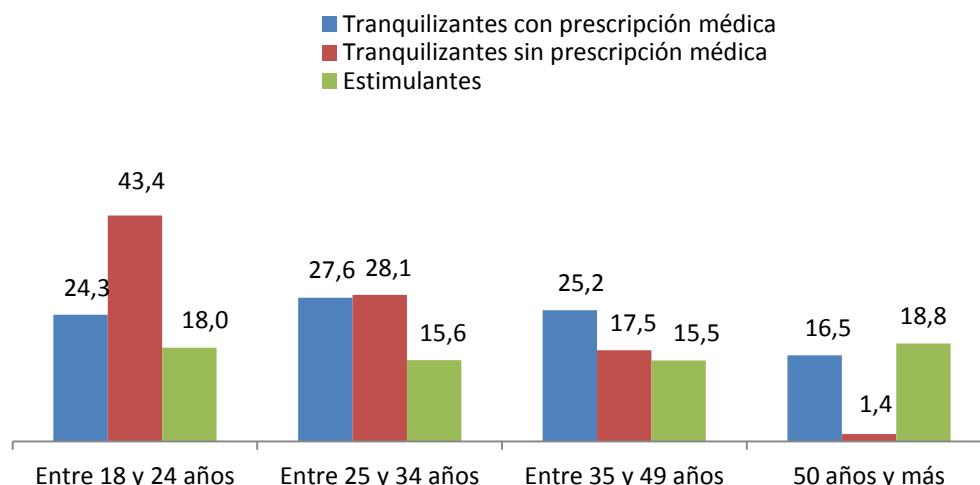


Fuente: OAD. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad

Alrededor de un cuarto de la población privada de la libertad consumió alguna vez en su vida tranquilizantes con o sin prescripción médica, estos porcentajes disminuyen al 16.5% para el consumo de estimulantes.

Según se observa el consumo recetado de tranquilizantes es más frecuente en las mujeres que en los varones en tanto su uso indebido es mayor en hombres al igual que el consumo de estimulantes.

**Gráfico: 6.8**  
**Prevalencia de vida de consumo de psicofármacos en población privada de libertad según grupos de edad. Argentina, 2009.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad

El consumo de tranquilizantes con prescripción médica se mantiene sin grandes variaciones hasta los 50 años, momento en el que empieza a decrecer. En cambio la prevalencia de vida de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica se encuentra acentuada entre los 18 y 24 años y disminuye en las franjas de edades más avanzadas. El consumo de estimulantes no presenta diferencias significativas por grupo de edad, se observa un leve incremento del consumo en los grupos de los más jóvenes y aquellos de 50 años o más.

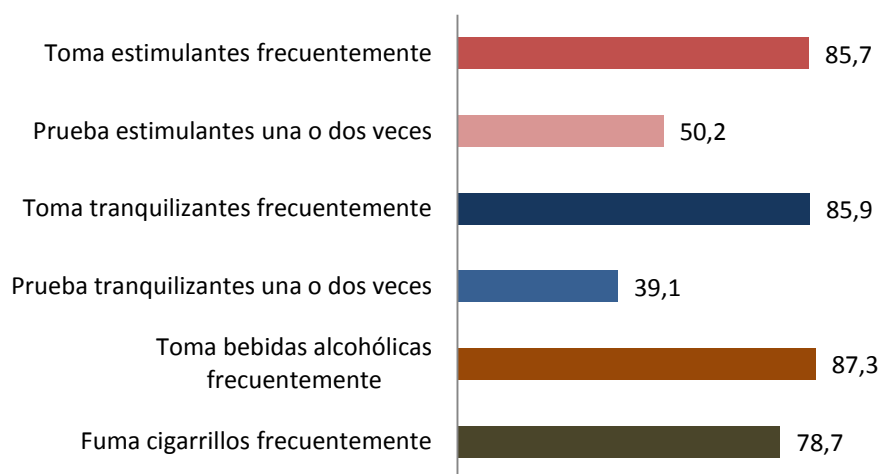
Consideramos un asunto prioritario la adquisición de conocimientos para definir medidas y acciones específicas que orienten la estructuración de servicios y programas para la atención y tratamiento oportuno a personas con consumo problemático y que además, han cometido delitos. El cuestionario indagó sobre la necesidad que perciben los entrevistados que consumieron alcohol, tabaco u otras drogas de recibir algún tipo de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

La demanda de tratamiento por consumo de tranquilizantes, sedantes o antidepresivos es del 13.7%. Teniendo en cuenta que un cuarto de la población bajo estudio declaró haber consumido tranquilizantes con o sin prescripción médica, la necesidad que manifiestan los entrevistados de tratamiento es un dato interesante a tener en cuenta para pensar distintas posibilidades de respuesta a esta situación.

### Factores de Riesgo asociados al consumo

La percepción de riesgo es un buen indicador de la tolerancia o no que presenta una población respecto del uso de sustancias. La población bajo estudio se caracteriza por una mayor vulnerabilidad social y de hecho presenta niveles de consumo muy superiores a la población general: consume 4 veces más cualquier droga ilícita, 6 veces más cocaína y tiene un número 3.5 veces mayor de usuarios de marihuana. Estos indicadores deben tenerse en cuenta para pensar en una percepción de riesgo mayoritaria de personas que consumieron alguna droga ilícita alguna vez en la vida.

**Gráfico: 6.9**  
**Distribución porcentual de la población privada de la libertad según Percepción de Gran Riesgo por sustancias legales y frecuencia de uso. Argentina, 2009.**



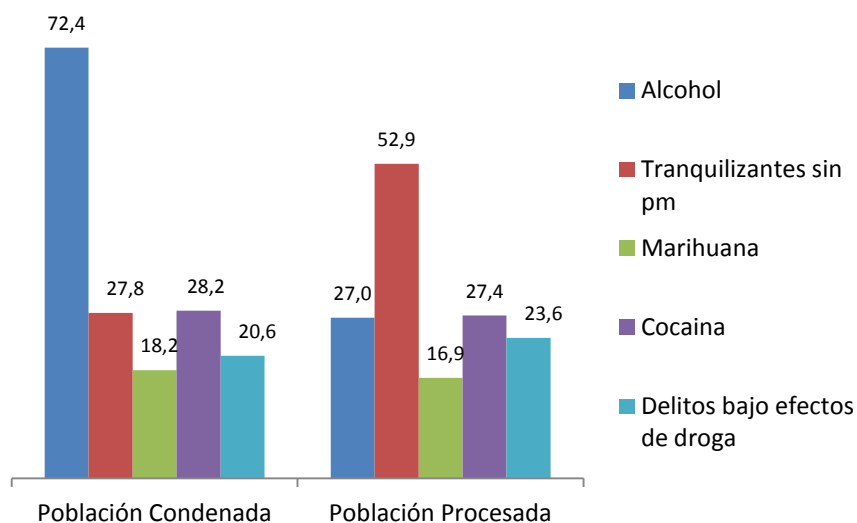
Fuente: OAD. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad

Los datos muestran que la percepción de gran riesgo ante el consumo frecuente –al igual que en población general– alcanza más del 80% en las sustancias legales y disminuye cuando la frecuencia de uso es menor.

## Asociación entre el consumo de psicofármacos y la comisión de delitos

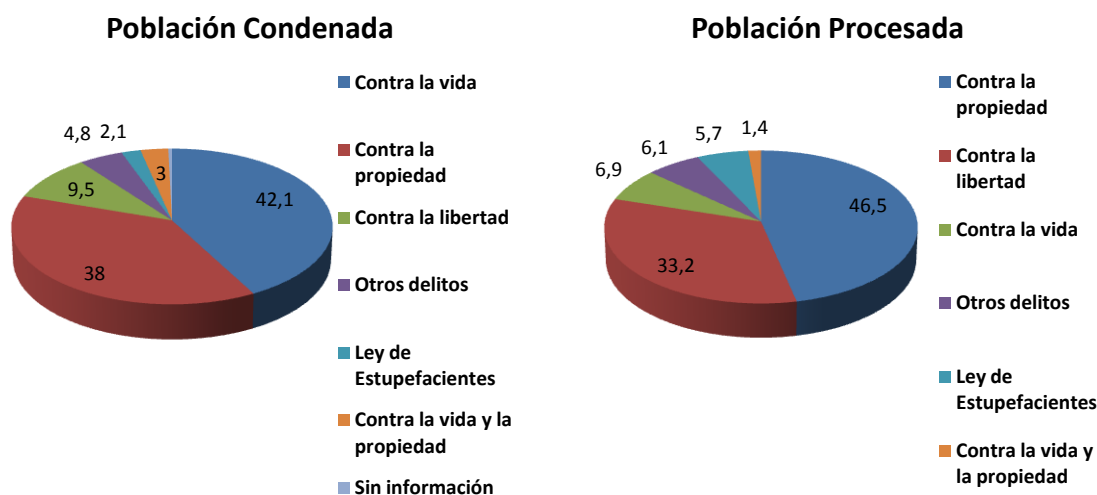
El 20.6% de la población condenada, y el 23.6% de la población privada de la libertad que aun no tiene condena, cometieron delitos estando bajo los efectos de droga y/o alcohol. En el caso de la población *condenada*, las principales sustancias que estuvieron presentes en la comisión de delito -y que sin su consumo el mismo no se hubiese cometido-, son principalmente alcohol (72.4%), cocaína (28.2%), tranquilizantes sin prescripción médica (27.8%) y marihuana (18.2%). En cambio, para la población *procesada*, la principal sustancia de consumo -sin la cual no hubiera tenido lugar el delito- son los tranquilizantes sin prescripción médica alcanzando al 52.9% de los procesados, seguido de cocaína (27.4%) y alcohol (27%), y por último marihuana (16.9%).

**Gráfico: 6.10**  
**Distribución de la población condenada y procesada según tipo de sustancias consumidas en la comisión del delito. Delitos con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2009.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad

**Gráfico: 6.11**  
**Distribución de la población condenada y procesada según tipo de delito. Delitos con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2009.**



Fuente: OAD. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad

Analizados los tipos de delitos cometidos bajo la influencia del consumo de alcohol o drogas en la población condenada prevalecen los delitos contra la vida (42.1%) y contra la propiedad (38%). En este caso los delitos contra la vida tienen un peso mayor en este grupo de condenados que en quienes cometieron delito sin estar bajo los efectos de alcohol o drogas (28.3%).

En la población procesada los tipos de delito que tienen mayor peso son contra la propiedad (46.5%) y delitos contra la libertad (33.2%), este último tiene un peso mayor en este grupo que frente a quienes cometieron este tipo de delito sin estar bajo los efectos de alcohol o drogas.

## Conclusiones

De acuerdo al proceso histórico recorrido en el uso de los psicofármacos, concluimos que es cierto que la introducción de los mismos ha significado un progreso cualitativo en la psiquiatría; sin embargo, como para todo aquello accesible al hombre, su uso ha llevado en ocasiones al uso indebido. Han existido, y existen a la fecha, miles de personas que se encuentran bajo los efectos de psicofármacos por razones más sociales que médicas, de hecho en Argentina el 15% y el 11.6% de quienes usaron algún tranquilizante o estimulante respectivamente alguna vez en la vida lo tomaron por su cuenta.

A fines de construir un perfil de la población afectada, podemos resumir que en nuestro país, en *población general*, son las mujeres quienes muestran mayores índices de consumo que la población masculina en todos los segmentos etarios, siendo particularmente el grupo comprendido entre los 35 a 65 años el que evidencia mayor consumo. Al distinguir entre estimulantes y tranquilizantes se puede observar que si bien los primeros afectan de modo similar a ambos sexos en el total de la población, es evidente su mayor consumo femenino a partir de los 50 años. Por otro lado, al analizar el *uso no médico*, también son las mujeres quienes presentan mayores tasas de consumo, sin embargo el uso indebido se da principalmente en población más joven. En el caso de los tranquilizantes el mayor consumo ocurre en el grupo que tiene entre 25 y 34 años de edad y el consumo de estimulantes sin receta médica es mayor entre 18 y 24 años. La edad de inicio promedio para el uso indebido de psicofármacos se sitúa alrededor de 28 años para tranquilizantes y 22 años para estimulantes, en ambos casos los varones se inician en el consumo antes que las mujeres.

El consumo *sin prescripción médica* en estudiantes de enseñanza media, es mayor entre quienes tienen entre 15 y 16 años, por otro lado el uso indebido de tranquilizantes entre los estudiantes no presenta diferencias según sexo en cambio el consumo de estimulantes es mayor en varones.

Podemos destacar dentro de los psicofármacos al grupo de tranquilizantes o ansiolíticos como los medicamentos más usados en nuestro país en comparación con los estimulantes. Puede deberse a que este grupo de drogas es el que presenta una mayor naturalización y banalización en su uso.



Por otro lado, el uso frecuente de psicofármacos sin prescripción médica presenta *la percepción de gran riesgo más baja* en comparación con todas las drogas registradas, lícitas como ilícitas, tanto en población general como en estudiantes de nivel medio. Sin embargo, a pesar de la creencia de su poca nocividad y su fácil acceso, el uso de psicofármacos modifica la conducta de los sujetos con repercusiones sociales y clínicas: en las consultas de emergencia se reflejó que según la impresión clínica del médico cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancias los psicofármacos tipo ansiolítico, sedante y tranquilizante son la tercera sustancia más consumida en las 6 hs previas al ingreso en guardia. De los 200 pacientes con consumo reciente de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y de los cuales su consulta estuvo vinculada al consumo según la impresión clínica del médico, el 30,5% ingresó a la guardia por sobredosis, el 28,5% por intento de suicidio y el 19,5% por motivos médicos generales. El uso de hipnóticos y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes produjo el mayor porcentaje de ingresos a la sala de emergencia en estado de inconsciencia. Por otro lado, el 52.9% de la *población procesada* declaró que la principal sustancia de consumo sin la cual no hubiera tenido lugar el delito son los tranquilizantes sin prescripción médica.

Del mismo modo, se observó en el estudio en pacientes en centros de tratamiento un 4.6% del total de los pacientes registrados, 983 pacientes, se vieron motivados a iniciar tratamiento por el consumo de tranquilizantes, y un 0.3% (69 casos) por consumo de estimulantes. Del total de pacientes en tratamiento, el 31.5 % (6.689 casos) mencionó consumo de tranquilizantes en su historia de consumo –independientemente de la sustancia por la cual se encontraban en tratamiento– y el 6.0% (1276 casos) declaró haber consumido alguna vez en su vida estimulantes. También como en población general en ambos casos el consumo es mayor en mujeres. Sin embargo la prevalencia de vida para los pacientes en tratamiento es mayor en relación a la población general (18% tranquilizantes y 1.8% estimulantes) debido a que es una población más vulnerable al consumo de drogas. Lo mismo sucede en la población privada de la libertad donde alrededor de un cuarto de los reclusos consumió alguna vez en su vida tranquilizantes con o sin prescripción médica y el 16.5% de los mismos consumió estimulantes alguna vez en su vida. En este caso el consumo es mayor en varones que en mujeres, salvo para los tranquilizantes con prescripción médica que es más alto en mujeres.

Creemos, con estas evidencias, que se hace necesario reflexionar sobre el consumo autorregulado de psicofármacos, así como la recomendación y/o suministro de los

mismos a personas del entorno sin intervención de un profesional tratante. Y si son recetados por un médico conocer los principios activos de lo consumido y posibles consecuencias del uso y abuso.

## Bibliografía

**ANMAT (2010).** Definición de Psicotrópicos. Normativa de Medicamentos. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

[http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Disposicion\\_ANMAT\\_885-2010\\_Definiciones\\_Psicotropicos.PDF](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Disposicion_ANMAT_885-2010_Definiciones_Psicotropicos.PDF)

**Anatomical Therapeutic Chemical (2012).** *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2012*, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2011.

Versión electrónica consultada en Octubre de 2012:  
[http://www.whocc.no/filearchive/publications/2012\\_guidelines\\_with\\_front\\_pa.pdf](http://www.whocc.no/filearchive/publications/2012_guidelines_with_front_pa.pdf)

**Brailowsky, Simón (1995)** Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. [Versión electrónica] D.R.© 1995 Fondo de Cultura económica. Carretera Picacho-Ajusco 227, 14200 México, D.F.

<http://adi-test.com/aditest/images/lasustanciasdelossuenos.pdf>

**CICAD (2011).** Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011.

[http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso\\_de\\_Drogas\\_en\\_Americas2011\\_Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf)

**ESPAD (2011)** *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries* [versión electrónica solo en inglés]. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

[http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf)

**JIFE (2012).** *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012.*

[http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/AR\\_2012\\_S.pdf](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/AR_2012_S.pdf)

**NIDA (2011)** *Medicamentos de prescripción: Abuso y adicción.* Serie de Reportes de Investigación. Nota del Director. Actualizado en Diciembre del 2011, consultado en Octubre del 2012,

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-medicamentos-con-y-sin-prescripcion-medica#referencias>

**NIDA (2012a)** Los medicamentos con y sin prescripción médica. DrugFacts. Actualizado en Junio 2012. Consultado en Octubre 2012.

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-medicamentos-con-y-sin-prescripcion-medica#referencias>

**NIDA (2012b)** Tendencias Nacionales. DrugFacts. Actualizado en Octubre 2012. Consultado en Octubre 2012.

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-nacionales>

**NIDA (2012c)** Tendencias en estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. DrugFacts. Actualizado en Octubre 2012. Consultado en Octubre 2012.

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-de-los-estudiantes-de-la-secundaria-y-otros-jovenes>

**NSDUH (2011)** Results from the 2010: National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings  
<http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k11Results/NSDUHresults2011.htm>

**OAD (2007)** “El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana. Un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso” SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Consultado en Octubre 2012.  
<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/MedicVidaCot.pdf>

**OAD (2009).** *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos en Población Privada de Libertad. Informe final de resultados.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Consultado en Octubre 2012  
<http://observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe%20Estudio%20Nacional%20en%20poblacion%20privada%20de%20libertad.pdf>

**OAD (2011)** *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas 2010. Informe final de resultados.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Consultado en Octubre de 2012.  
[http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio\\_Nacional\\_sobre\\_consumo\\_en\\_poblacion\\_general-Argentina2010.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general-Argentina2010.pdf)

**OAD (2011a)** *Estudio Nacional en Pacientes de Centros de Tratamiento 2010.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Consultado en Octubre de 2011.  
[http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio\\_Nacional\\_en\\_pacientes\\_en\\_tratamiento2010.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf)

**OAD (2011b)** *Análisis de la Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 - 2010.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Consultado en junio de 2011.  
[http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tendencia\\_en\\_el\\_consumo\\_2004-2010\\_Poblacion\\_General.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General.pdf)

**OAD (2012).** *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Informe final de resultados.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.  
<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/V%20Estudio%20Nacional%20en%20salas%20de%20emergencia.2012.pdf>

**OAD (2012a).** *Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Informe final de resultados.* SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.  
<http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Enseñanza%20Media%202011.pdf>

**OEA (2013).** El problema de las drogas en las Américas. 2013.  
[http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion\\_e\\_Informe\\_Analitico.pdf](http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf)

**OEDT (2012).** Informe anual 2012: *El problema de la drogodependencia en Europa.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012  
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/InformeOEDT2012.pdf>

**OPPA (2010).** Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones. Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Consultado en Octubre 2012,

[http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/adic/observatorio/pdf/psico.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/pdf/psico.pdf)

**UNODC (2012).** Informe mundial sobre las Drogas 2012.

[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)