

ABUSO DE DROGAS: ALGUNAS DIFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN ASISTIDA EN DOS CENTROS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

CENTRO CARLOS GARDEL DE ASISTENCIA EN ADICCIONES (AP. HOSPITAL RAMOS MEJÍA- R.Sanit. I) Y CENTRO LA OTRA BASE DE ENCUENTRO (AP. HOSPITAL PIÑERO- R.Sanit. II) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.¹

Mario KAMENIECKI² y Beatriz BALDELLI³

Abstract: *El presente trabajo aborda la investigación de algunas variables epidemiológicas que caracterizan a las poblaciones que consultaron y realizaron tratamiento por abuso de drogas durante los años 2007 y 2008 (743 casos) en dos centros del ámbito de salud pública: Centro Carlos Gardel y Centro La Otra Base de Encuentro, ubicados en diferentes zonas de la ciudad de Buenos Aires. Se analizan las variables seleccionadas (consultas por sexo, por grupo etáreo, por lugar de residencia, por indicación, por drogas que consume y mono/policonsumo) y se constatan las diferencias que surgen y que muestran distintos patrones de consumo y de sustancias. **Palabras clave:** epidemiología abuso de drogas.*

Abstract: *The present work covers the investigation of some epidemiologic variables characteristic of the population accessing treatment for drug abuse during the years 2007 and 2008 (743 cases) in two public health care centers in different zones of Buenos Aires city: Carlos Gardel center and La Otra Base de Encuentro center. The variables (gender, age, living area, substance, type of treatment, and mono/poliususe) are analyzed and contrasted to reveal different substance and use patterns. **Keywords:** drug abuse epidemiology.*

1.- Introducción

El estudio que damos a conocer en esta comunicación representa una, entre otras, de las áreas de trabajo que desarrollan tanto el Centro Carlos Gardel de asistencia en adicciones, de la División Área Programática del Hospital Ramos Mejía como el Centro La Otra Base de Encuentro, de la División Área Programática del Hospital Piñero, como efectores de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA) de la

¹ Este trabajo se realizó con la colaboración de los profesionales que conforman los equipos de ambos centros: ALVAREZ, G., BLANCO, G., COPES, J., DABUL, K., DAMIANI, O. HERBÓN C., KOBYLANER, D., LANER, L., C., MEYRIALLE, P., MORALES, N., PÉREZ BARBOZA, H., QUEVEDO, S., ZBUCZYNSKI, G. (Centro Carlos Gardel). ALVAREZ, A., BERNSTEIN, G., BOGLIANO, E., GARCÍA BLANCO, ML., GISELLI, S., LEOZ, E., MARTÍNEZ, A., MOURELLE, F., QUEVEDO, S., RAMOS, L., SUÁREZ GODOY, V., TIFERES, D. (La Otra Base de Encuentro).

centrocarlosgardel@fibertel.com.ar
laotrabase@yahoo.com.ar

² Jefe de Unidad, a cargo del Centro Carlos Gardel, Área Programática Hospital Ramos Mejía, Región Sanitaria I.

³ Coordinadora del Centro La Otra Base de Encuentro, Área Programática Hospital Piñero, Región Sanitaria II.

Dirección de Salud Mental y como efectores de salud de las Regiones Sanitarias I y II, respectivamente, del gobierno de la ciudad de Buenos Aires⁴

Se trata de una aproximación epidemiológica *comparada* de toda la población que realizó tratamientos en ambos centros durante el período 2007 y 2008 - dos años- . Este trabajo parte una pregunta compleja: ¿el consumo de sustancias psicoactivas es homogéneo en toda la ciudad de Buenos Aires, hay o no diferencias entre los patrones de uso y tipo de drogas que se utilizan?.

En efecto, los resultados dan cuenta de la variedad y heterogeneidad de los consumos de drogas en dos centros dedicados a la atención específica de este campo de problemas que se encuentran ubicados en zonas de la ciudad con características diferentes -sociodemográficas, económicas, educativas, sanitarias, etc- y que muestran distintos patrones de consumo y de sustancias.

2.- Caracterización de los centros

El CCGardel (CCG), ubicado en el barrio del Abasto y creado hace 15 años, se dedica específicamente a la atención de personas con problemas vinculados al uso de sustancias psicoactivas (SPA), sus familiares y/o referentes sociales.

En la modalidad de tratamiento ambulatorio brinda asistencia psicoterapéutica y psiquiátrica individual y grupal. Asimismo, lleva adelante intervenciones preventivas en ámbitos de educación, en instituciones comunitarias y barriales. Desarrolla, además, tareas docentes de capacitación y formación clínica y preventiva, de entrenamiento en diseño de planes locales de intervención, entre otras, destinadas a profesionales integrantes de equipos de salud, etc.

Si bien las actividades de prevención se realizan básicamente en las zonas de influencia más cercanas al centro, la cobertura asistencial (tratamientos) comprende una población procedente de muy diversos lugares de la ciudad – que excede con creces las zonas vecinas- , proviniendo inclusive de algunas áreas de la provincia de Buenos Aires.

En suma, el CCG, tiene como población destinataria, no sólo a las de su área de influencia inmediata, que es bastante heterogénea desde el punto de vista sociodemográfico y socioeconómico, ya que si bien se trata de un barrio de clases medias, con numerosos comercios y un shopping (centro comercial) importante, también comprende población de algunas calles (alrededor del shopping) de extracciones socioeconómicas carenciadas, con necesidades básicas insatisfechas (NBI), conformadas además por grupos de “cartoneros” que circulan en diferentes horarios. Además, también recibe pacientes que residen en muchos otros barrios de la ciudad y que concurren por derivación de otros efectores del sistema de salud, de diversas instancias públicas (áreas de desarrollo social, justicia, defensorías, etc) y por boca a boca.

En la zona trabajan diferentes organizaciones comunitarias, barriales y sociales - algunas son ONG's- , que constituyen la Red Social del Abasto. El Gardel forma parte de esta Red con la cual desarrolla diferentes iniciativas – fundamentalmente de prevención- .

El Centro La Otra Base de Encuentro (LOBE) con un abordaje comunitario y asistencial ambulatorio dedicado al campo del uso de drogas y otros problemas sanitarios y sociales fue creado hace tres años. Se encuentra ubicado en el barrio de Flores (sur) – lo que se denomina bajo Flores- , más precisamente, en el barrio Rivadavia. Con una fuerte articulación comunitaria, el eje de sus acciones se

⁴ El Ministerio de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires (GCBA.) dividió el distrito en 4 (cuatro) Zonas o Regiones Sanitarias.

encuentra en el trabajo de calle (*outreach work*) -las actividades con “ranchadas”⁵, la labor conjunta con las instancias barriales (sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, religiosas, etc) , la Red del bajo Flores, las actividades con chicos en situación de calle , entre otras- , ofreciendo además un conjunto de talleres tanto de expresión y comunicación, como también de posible salida laboral. Es importante subrayar las características de este centro en tanto sus actividades, como señalamos, implican una –reiteramos -, fuerte implicación e imbricación con las comunidades aledañas. Cuenta con un área de capacitación y formación en temas de drogadependencias dirigida tanto a profesionales de equipos de salud como a integrantes de la comunidad. Brinda asistencia por problemas vinculados al consumo de drogas a las personas que la piden. El presente estudio toma este último aspecto. En este sentido, la demanda de atención proviene básicamente de la población de la zona (barrio Rivadavia I y II, Villa 1-11-14, Villa 20, barrios Illia, Juan XXIII, Ramón Carrillo, Villa Soldati y Villa Lugano).

Sociodemográficamente, se trata de una zona con alto índice de población con NBI, que reside en conjuntos habitacionales colectivos tipo monoblocks y asentamientos precarios (Villas de emergencia), con algunas casas bajas, y con personas en situación de calle –entre los cuales hay niños y adolescentes-. En consecuencia y en líneas generales, este centro tiene una población destinataria de extracciones socioeconómicas de pobreza e indigencia.

Nuestro trabajo se articula con la necesidad de contar con datos que permitan esclarecer los diferentes patrones de uso de SPA en la ciudad de Buenos Aires, algunas características de la población que las consume y, esencialmente, postular la necesidad de reconocer las diferencias existentes entre las distintas zonas y barrios orientada a fortalecer los criterios de intervenciones y redes locales y en última instancia, de la consolidación de los criterios de regionalización sanitaria.

La población que consulta con los centros es primariamente, la correspondiente al área programática, pero además la demanda proviene de otros barrios de la ciudad y aún de la provincia de Buenos Aires⁶. Esto, que se registra más en el CCG que en LOBE, responde a diversas razones entre las cuales mencionaremos las siguientes: el sistema público de salud cuenta con escasos efectores para la atención de los problemas relacionados con el abuso y dependencia a las drogas y son contados los hospitales y centros de salud que cuentan con profesionales capacitados y dispositivos adecuados para la atención de estos problemas.

Por otra parte, circulan durante la jornada diurna aproximadamente 3 millones de personas procedentes del conurbano bonaerense que tienen algún tipo de actividad laboral en la ciudad duplicándose en consecuencia la población durante las horas diurnas ya que la ciudad de Buenos Aires tiene aproximadamente 3 millones de habitantes; muchas de ellas se asisten en los hospitales y centros sanitarios locales y esto también se observa en la asistencia de las drogadependencias.

⁵ Nombre utilizado por el colectivo de usuarios de droga en la calle. Se autodefinen como “hermanos de la calle”, generan entre sus miembros lazos de contención, seguridad, protección y construcción de estrategias propias de supervivencia caracterizadas por su alto nivel de creatividad para apropiarse de los recursos, en BALDELLI, Beatriz y QUEVEDO, Silvia, *Anudando lazos: estrategias de acercamiento en calle con usuarios de drogas*, trabajo distinguido con el Premio Mención Especial en las Jornadas Científicas del Hospital Piñero, septiembre 2007 y publicado en el Boletín del CCGardel, Nº5, octubre de 2008, pág. 5, Buenos Aires.

⁶ Se entiende por Área Programática al área geográfica donde un efector de salud (un Hospital general) tiene la responsabilidad de la misma respecto de su población y en la cual ejecuta programas.

Los resultados de este estudio expresan los patrones de consumo desde unas pocas variables (tipo de SPA y combinaciones) y algunos datos articulados al mismo (sexo, grupos étnicos, lugar de residencia, indicación). Su objetivo es conocer estas variables en la población que es atendida en ambos centros, es decir, poder apreciar estos elementos en aquellos que accedieron a un tratamiento. De esta manera, efectuamos un análisis de la población que demandó asistencia y encontró una respuesta en el sistema de salud (fundamentalmente la amigabilidad y accesibilidad).

Dada la escasa investigación en este campo resulta difícil comparar los datos obtenidos con los patrones sociales de consumo de SPA en el conjunto de la población de la ciudad, y especialmente en la que no contacta con el sistema sanitario. Por consiguiente preguntas como: ¿estos datos son representativos de las características del consumo de drogas en la población en general? , o ¿la población que no consulta en el sistema de salud público se caracteriza por presentar variables o patrones de uso de drogas que difieren con los de las personas que sí consultan?, aún no podemos responderlas.

Tampoco se difunden datos epidemiológicos - nos referimos a información de características similares a la que ofrecemos- del subsector de las obras sociales y/o del privado como para tener un panorama más amplio y poder efectuar otras comparaciones.

Confiamos que esta modesta investigación aporte elementos que a la hora de requerir materiales para conocer la situación (diagnóstico) del consumo de drogas en la ciudad contribuya al diseño de políticas públicas coherentes con la realidad, basadas en una información veraz y con énfasis en los criterios de regionalización – recursos y redes locales- solidarios a la accesibilidad y a la equidad en salud.

3.- Metodología

El instrumento que se utilizó para el registro de los datos consistió en la evaluación (porcentual) comparada de algunas variables de la población que demandó asistencia – consultas por drogas que consume, consumo mixto o simple, edad, sexo, indicación del tipo de tratamiento y lugar de residencia- , de quienes se atendieron en ambos centros durante el período 2007 y 2008.

Por lo tanto, corresponde a una información de toda la población admitida: 743 casos – que comprenden todas las demandas recibidas en ese lapso- .

Entendemos por población asistida a todas las personas que consultaron y pasaron por un proceso de admisión, con apertura de historia clínica y que tuvieron alguna modalidad de tratamiento durante un período de tiempo dado. Por tratamiento se entiende: algún tipo de psicoterapia individual y/o grupal y/o consultas /evaluaciones psiquiátricas. Se incluyen también los casos en que se realizó, a partir de la evaluación del paciente, una derivación protegida con indicación de internación -como modalidad de tratamiento- .

No se incluyen las entrevistas de orientación a padres, familiares o parejas que consultan por un hijo, familiar o cónyuge respectivamente hasta tanto se evalúe la indicación o no de un tratamiento; tampoco se incluyen: las entrevistas de familia/referentes o pareja en los tratamientos individuales en curso, ni las intervenciones de prevención a las que hicimos referencia en la introducción, ni las interconsultas con otras especialidades médicas. Tampoco forman parte de este estudio las demás actividades que desarrollan ambos centros y que –en algunas de ellas- implican acciones importantes de contacto y acercamiento con consumidores de drogas (actividades e intervenciones comunitarias, etc).

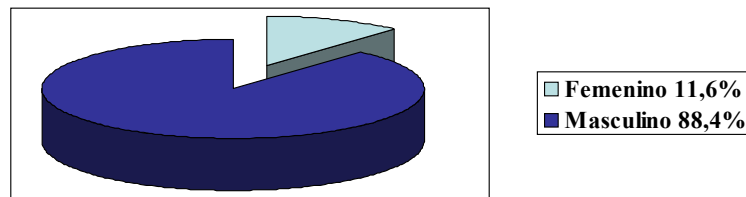
Este conjunto de indicadores nos permiten conocer algunas características de la población asistida en estas dos instituciones dedicadas específicamente a la atención

de personas con problemas vinculados al consumo de drogas y alcohol. A partir de la información obtenida se confeccionaron gráficos y se procedió al estudio de las variables seleccionadas con el objeto de proceder a su análisis y colegir conclusiones.

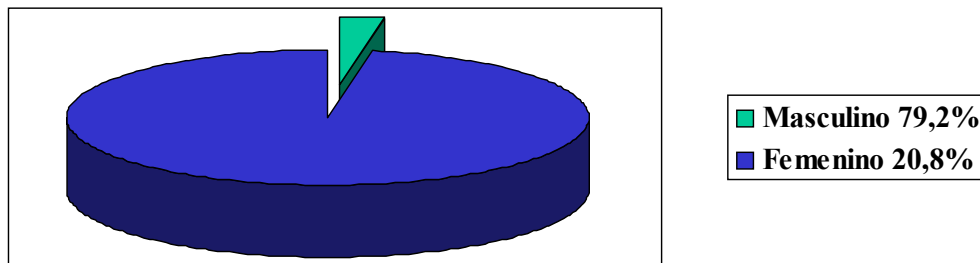
4.- Presentación de las variables y gráficos

4.1. -Distribución de pacientes asistidos por sexo

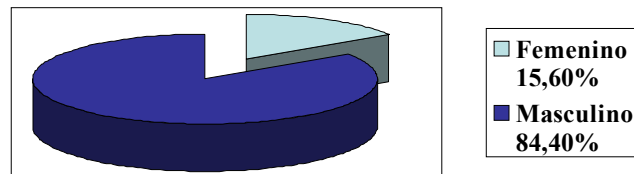
La distribución por sexo de la población asistida se presenta con un perfil similar en ambos centros. Entre aproximadamente el 75% y el 85% - a veces algo más- de las consultas para pedir atención por consumo de drogas durante el período que abarca el presente estudio fueron efectuadas por personas del sexo masculino (ver Gráficos 1, 2, 3 y 4). Estos porcentajes concuerdan con la generalidad de los registros epidemiológicos de otras ciudades y países.



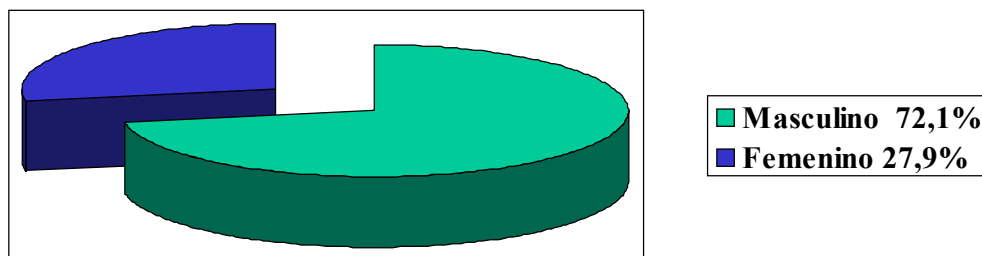
CCG - admisiones 2007-Total casos 225
Gráfico 1.- Consultas por Sexo



LOBE- Admisiones 2007 -Total casos: 101
Gráfico 2.- Consultas por sexo



CCG -admisiones 2008- Total casos: 313
Gráfico 3.- Consultas por Sexo



LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 4.- Consultas por sexo

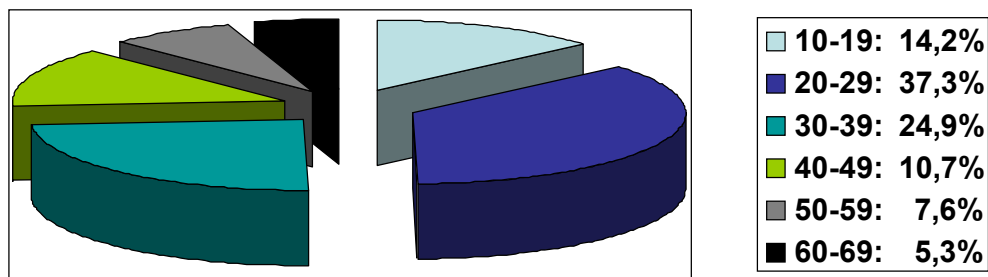
4.2.- Distribución por grupo etáreo

En cuanto a las demandas por edades puede observarse que durante el año 2007 en el CCG más de un tercio (37%) correspondió a la franja de 20-29 años, y por detrás se ubicó la de 30-39 años, con casi un 25% - la cuarta parte-. En LOBE vemos en el mismo período cerca de la mitad de la demanda (el 45 %) para la franja de 20-29 años siguiéndole la de 10-19 años con más de la tercera parte de todas las consultas (un 36%) (ver Gráfico 5).

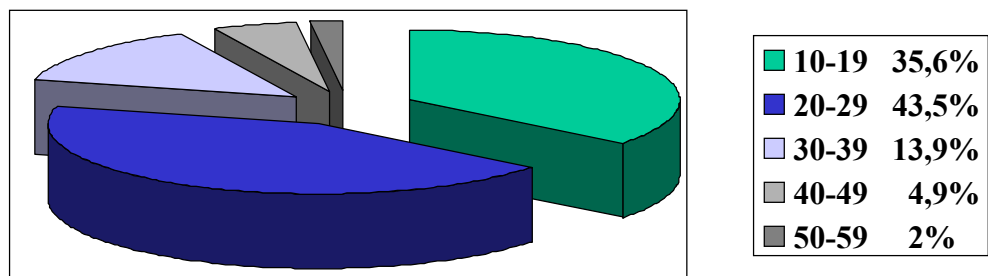
Podemos decir que durante el año 2007 las demandas por grupos etáreos se ubicaron en más del 60% para las edades entre 20-39 años para el CCG, mientras que para LOBE se observa que la gran mayoría de los consultantes comprende el grupo de 10-29 años, con un 83% del total (ver Gráfico 6).

Durante el año 2008 en el CCG la demanda se ubicó en más del 60% para la franja de 20-39 años, mientras que en LOBE casi el 80% correspondió al grupo de 10-29 años (ver Gráfico 7).

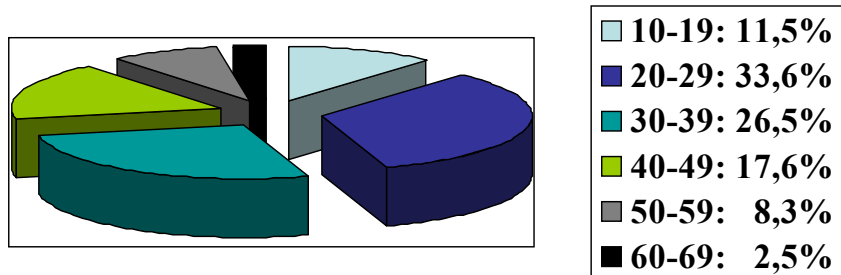
Se observa también que LOBE duplica el porcentaje atendido de la franja etárea de 10-19 años respecto al CCG (ver Gráfico 8). Esto se invierte para el grupo de 30-39 años, que es de casi el doble que en LOBE en las consultas que llegan al CCG.



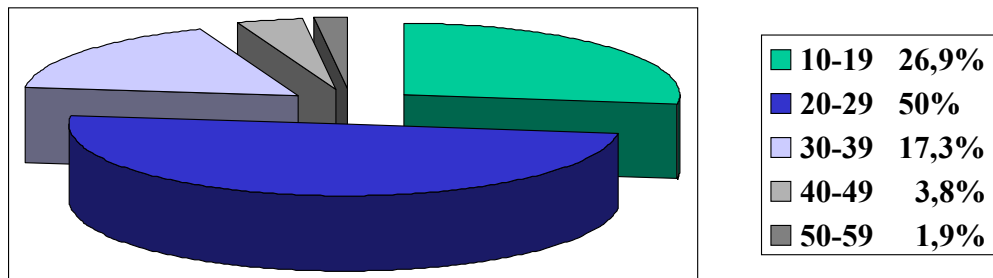
CCG - admisiones 2007- Total casos 225
Gráfico 4.- Consultas por grupos etáreos



LOBE- Admisiones 2007 -Total casos: 101
Gráfico 6.- Consultas por grupo etáreo



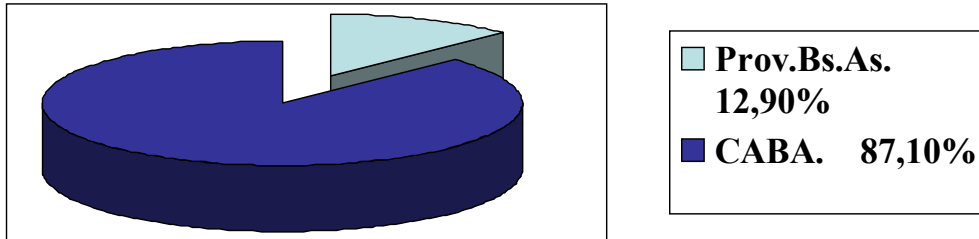
CCG- admisiones 2008- Total casos: 313
Gráfico 7.- Consultas por grupo etáreo



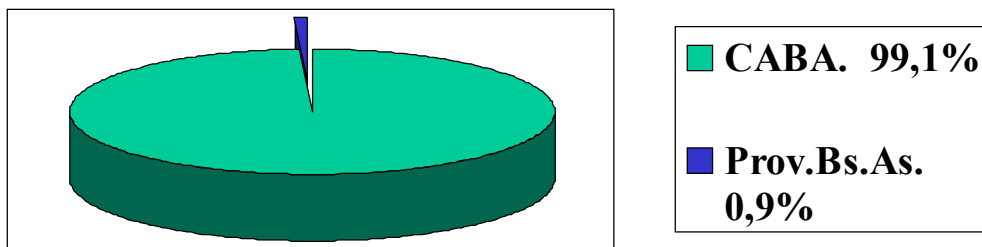
LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 8.- Consultas por grupo etáreo

4.3- Distribución de pacientes asistidos por lugar de residencia

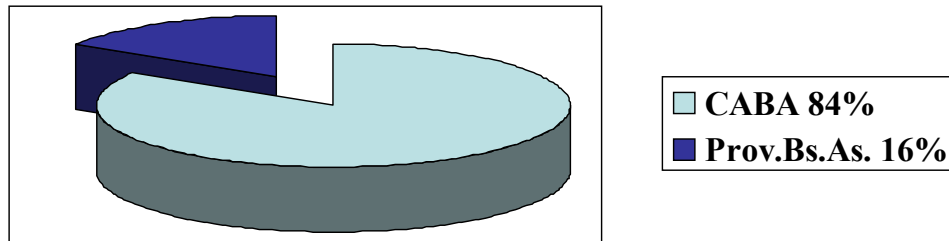
En lo que respecta a la distribución de la demanda de asistencia tomando en cuenta el lugar de residencia se observa que el CCG en el los años 2007-2008 asistió a una población que en más del 80% de los casos reside en la ciudad de Buenos Aires, mientras que un porcentaje que se ubica cerca del 20% reside en partidos del Gran Buenos Aires (esto responde a lo señalado en nuestra introducción). Algo diferente sucede con LOBE cuya demanda procede fundamentalmente de su zona de influencia con un porcentaje de casos residentes en la provincia de Buenos Aires que se sitúa por debajo del 5% (ver Gráficos 9, 10, 11 y 12).



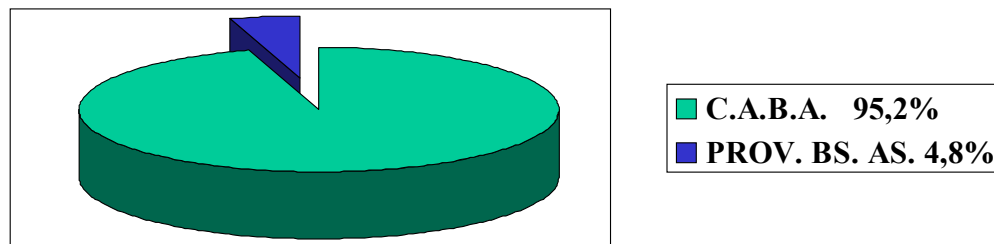
CCG - admisiones 2007-Total casos : 225
Gráfico 9.- Consultas por lugar de residencia



LOBE - Admisiones 2007 -Total casos: 101
Gráfico 10.- Consultas por lugar de residencia



CCG-admisiones 2008- Total casos: 313
Gráfico 11.- Consultas por lugar de residencia

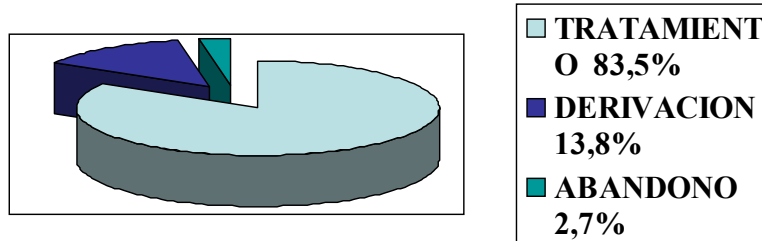


LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 12.- Consultas por lugar de residencia

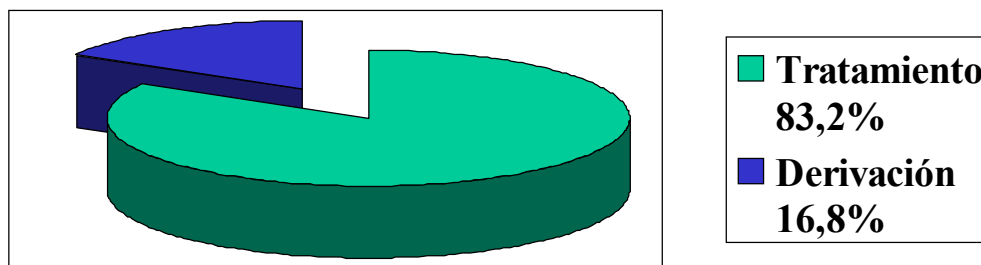
4.4.- Distribución de pacientes asistidos por indicación

Aquí se estudia la distribución de casos por indicación de tratamiento, es decir si el tratamiento que requiere el paciente es ambulatorio o de internación – ya sea por casos agudos de sobredosis o intoxicaciones, pero también para los que requieren un régimen terapéutico residencial-. En este punto nos encontramos con una desmistificación de los estereotipos dominantes que postulan que la mayoría – o la totalidad- de las personas que tienen problemas vinculados al uso de drogas necesitan un tratamiento en internación. Resulta significativo, que en ambos centros, que cuentan con escasos recursos y con plantas físicas precarias, la mayoría de los pacientes son atendidos y pueden sostenerse en tratamientos ambulatorios reservándose la internación solamente para aquellos casos en que efectivamente esté indicado.

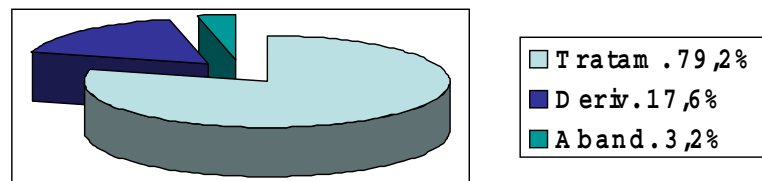
En el CCG durante los años 2007-2008 solamente fueron derivados para internación cerca del 15% de los casos. Algo similar ocurre con LOBE donde los porcentajes son muy parecidos. En suma, el 80% -o más- de las personas que contactan con ambos centros y demandan asistencia son atendidos e ingresan a un tratamiento ambulatorio (ver Gráficos 13, 14, 15 y 16).



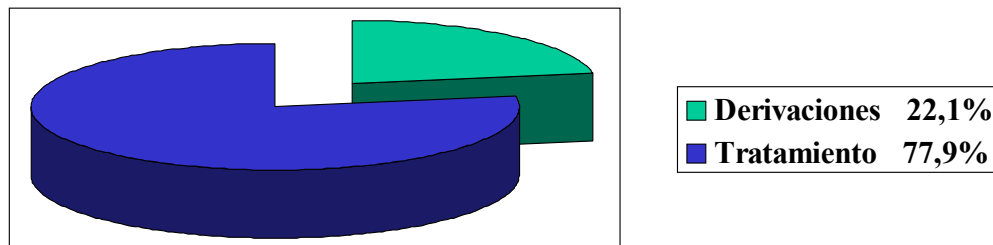
CCG - admisiones 2007- Total casos : 225
Gráfico 13.- Consultas por indicación



LOBE - Admisiones 2007 -Total casos: 101
Gráfico 14.- Consultas por indicación



CCG-admisiones 2008 - Total casos: 313
Gráfico 15.- Consultas por indicación



LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 16.- Consultas por indicación

4.5.- Algunas características del consumo de sustancias psicoactivas entre los pacientes asistidos.

Si bien las tres sustancias que aparecen como las más frecuentes al evaluar las drogas consumidas por quienes consultan en ambos centros son el alcohol, la cocaína y la PBC, la incidencia de cada una de ellas varía, siendo las dos primeras (alcohol y cocaína) más significativas que la tercera en la demanda del CCG, mientras que para LOBE la mayor incidencia en la demanda está dada por la tercera y la primera (PBC y alcohol). Así, observaremos, que mientras en el CCG el alcohol es lo que motiva el mayor número de consultas, mientras que la cocaína ocupa el segundo lugar y la PBC la encontramos detrás de esta, en LOBE la demanda se caracteriza por la altísima incidencia del consumo de PBC sola o combinada. Otras sustancias psicoactivas inciden de manera acotada en las demandas de atención. Pero hay que destacar que se observa un incremento de los consumos mixtos o policonsumos como modalidades actuales predominantes. Subrayamos la significativa diferencia entre el CCG y lo que

se observa en LOBE donde el mayor porcentaje de las demandas se relaciona con el consumo de PBC – sola o combinada (policonsumo)- .

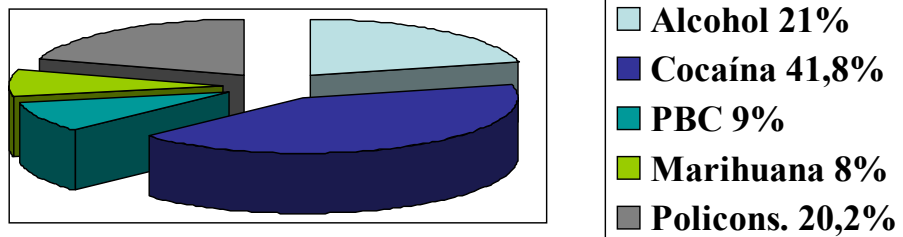
4.5.1.- Distribución de pacientes asistidos por sustancia de la que abusa o depende

En el año 2007 las sustancias de abuso por las que principalmente consultaron los pacientes asistidos en el CCG se ubicaron, para los monoconsumos o drogas únicas, en el siguiente orden, la cocaína (42 %), el alcohol (21 %), la PBC (9 %), la marihuana (8%), y el policonsumo, que se ubicó alrededor del 20%. Una considerable mayoría de los consultantes (casi el 80%) consumió una sola sustancia psicoactiva (ver Gráfico 17).

Vemos que en relación a las drogas que se consumieron y motivaron las consultas, la cocaína y el alcohol constituyeron más del 60% de los casos.

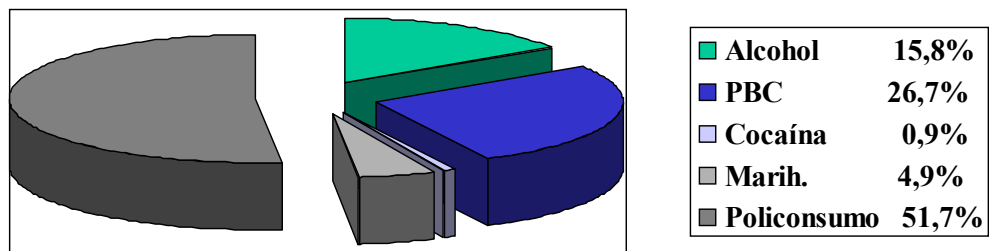
En 2008 la demanda de atención se modificó sensiblemente en el CCG; ese año, las consultas por consumo de alcohol se ubicaron casi en el 30%, el abuso de cocaína se situó en segundo término con menos de un 19% de casos y la PBC también disminuyó en las consultas (a la mitad que el año anterior); pero se observó un notable incremento en la demanda de asistencia por policonsumo (35%) – un 15% más que el año anterior- (ver Gráfico 19).

En tanto, en LOBE, durante el período 2007-2008 se pudo observar una demanda bastante regular y pareja; las consultas por consumo de PBC se ubicaron en el primer lugar (25% -27%), mientras que el alcohol ocupó el segundo lugar (14% - 16%), con porcentajes menores para la marihuana y la cocaína. Pero las consultas por policonsumo tuvieron niveles importantes constituyendo entre el 49% y 52%, es decir, que la demanda se caracterizó en este período por porcentajes casi similares de consumos de una sola sustancia o monoconsumos y consumos combinados, mixtos o policonsumos. Cabe destacar, que en los policonsumos – consumos combinados o mixtos de dos o más sustancias- se registró una significativa prevalencia de la PBC, como veremos seguidamente (ver Gráficos 18 y 20).



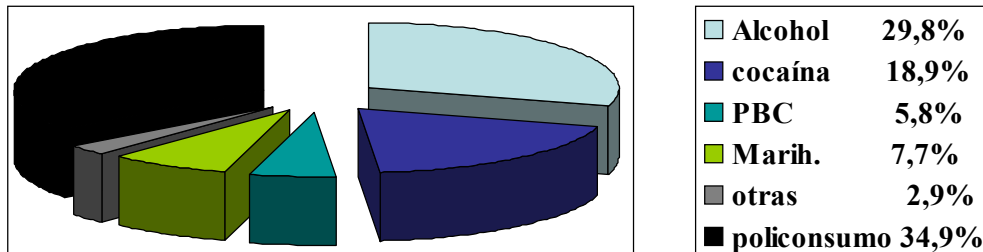
CCG - admisiones 2007- Total casos: 225

Gráfico 17.- Consultas por drogas que consume

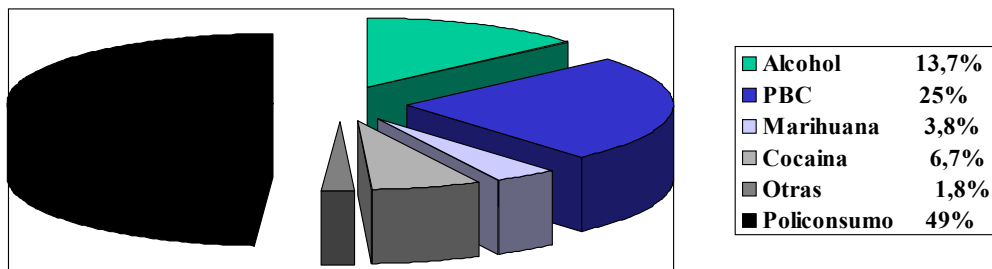


LOBE - Admisiones 2007 -Total casos: 101

Gráfico 18.- Consultas por drogas que consume



CCG - admisiones 2008-Total casos: 313
Gráfico 19.- Consultas por drogas que consume



LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 20.- Consultas por drogas que consume

4.5.2.- Distribución de pacientes asistidos que presentan policonsumo por sustancias combinadas

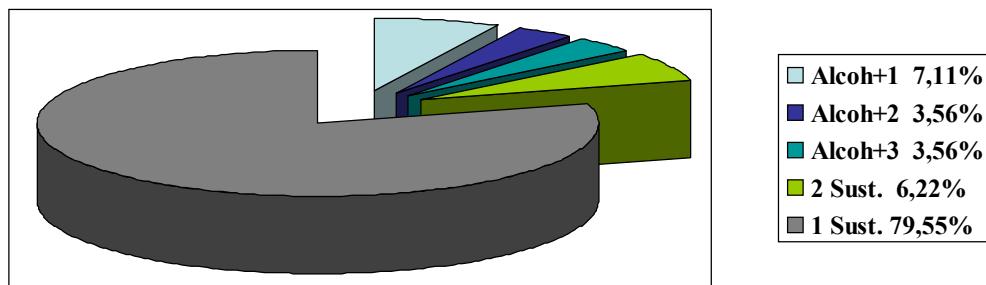
La demanda que recibió el CCG en 2007 nos muestra que casi tres cuartas partes de los pacientes con policonsumo refirieron haber mezclado o combinado de un modo sistemático el alcohol, con una, dos o más sustancias (entre las que se encuentran la cocaína, marihuana, PBC o medicamentos ansiolíticos). Solamente un cuarto del total de los policonsumos utilizó dos sustancias (sin consumo de alcohol). El alcohol estuvo

presente en un 30% de las consultas – entre consumo único y combinado o policonsumo- (ver Gráfico 21).

Durante el año 2008, la presencia de alcohol en los consumos mixtos se registró en el 27% de los casos y el alcohol como única sustancia de abuso estuvo presente en más del 29% de las consultas; en consecuencia, la presencia de alcohol en la demanda se pudo registrar en el 56% de todos los casos (ver Gráfico 23).

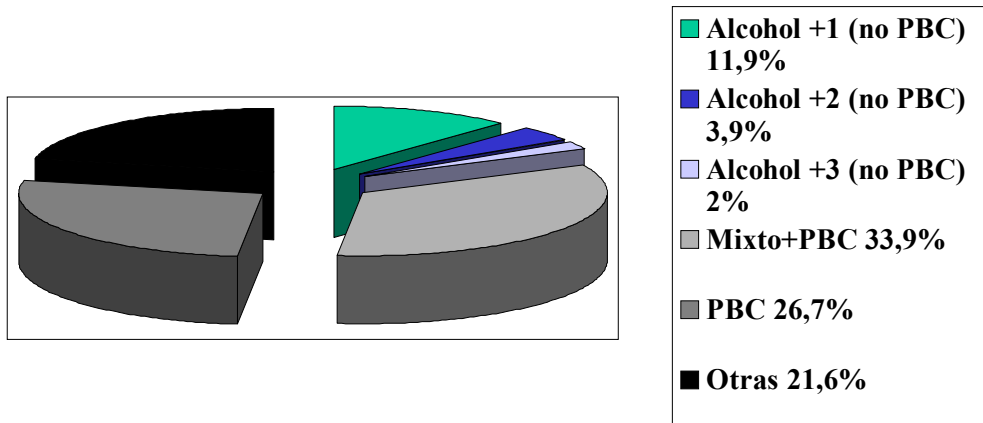
Veamos qué sucedió en este mismo período en LOBE. Durante el año 2007 se pudo observar que las consultas por consumo de alcohol combinado con una, dos o más sustancias (cocaína, marihuana, ansiolíticos) se ubicó en casi el 18%. En cambio el uso de PBC combinado con alcohol u otras drogas, asciende a casi un 34%. Si a esto le agregamos el consumo de PBC como sustancia única observamos que en más de un 60% de las consultas totales encontramos esta sustancia (ver Gráfico 22).

En el año 2008 se registró que un 16% de las consultas fueron por consumo de alcohol más una, dos o más sustancias (marihuana, ansiolíticos, cocaína). Pero para la PBC combinada con una o más sustancias es de más del 30%; si le agregamos las consultas por abuso de PBC como sustancia única se registran porcentajes similares al año anterior, cercanos al 60%. Los consumos mixtos o combinados de otras sustancias (sin PBC ni alcohol) rondan el 3% (ver Gráfico 24).



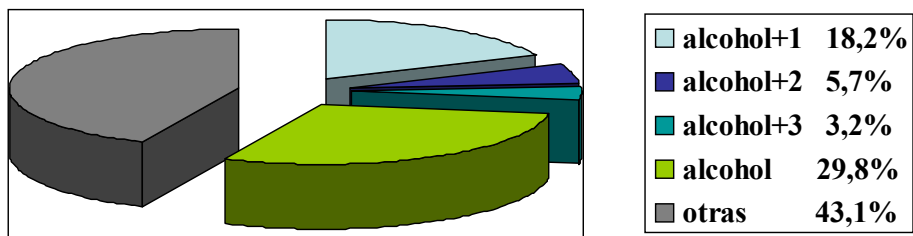
CCG - admisiones 2007- Total casos 225

Gráfico 21.- Consultas por Policonsumo / consumo único



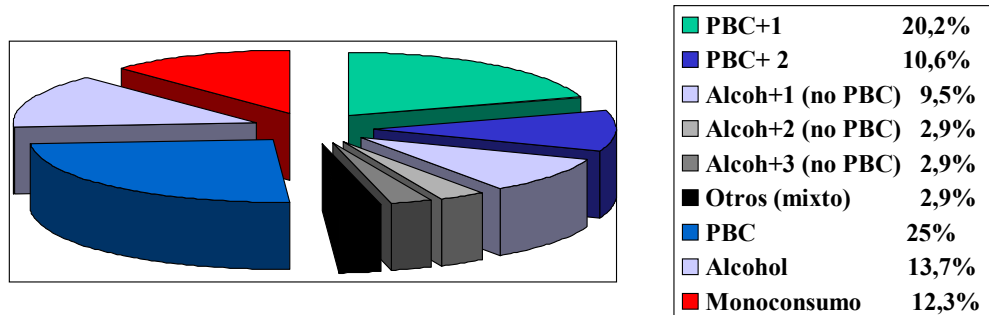
LOBE - Admisiones 2007 -Total casos: 101

Gráfico 22.- Consultas por prevalencia Alcohol y PBC en policonsumos / otras



CCG - admisiones 2008- Total casos: 313

Gráfico 23.- Consultas por prevalencia Alcohol / otras



LOBE - Admisiones 2008 -Total casos: 104
Gráfico 24.- Consultas por prevalencia de Alcohol y PBC en policonsumo / otros

5.- Conclusiones

Efectuado el análisis de las variables precedentes se desprende de ellas que las poblaciones que consultaron en ambos centros durante los años 2007-2008 se caracterizan por presentar perfiles epidemiológicos con variables comunes y variables diferentes.

Veamos en primer término las variables que los dos centros comparten. La distribución de las consultas por sexo no difiere, y, como ya se señaló, esto es afín con lo que sucede en otras latitudes y contextos. La distribución de las consultas por lugar de residencia varía poco de un centro a otro -pero no significativamente-. La distribución de consultas por indicación también tiene características similares en ambos centros lo que ilustra que la mayoría de los casos (el 80%), es decir, 8 de cada 10, pudo sostenerse en un tratamiento ambulatorio; solamente un porcentaje menor requirió tratamiento en un régimen de internación.

Casi el 80% de los usuarios admitidos fueron de sexo masculino resultando esta característica afín a lo que sucede en otros países.

En cuanto a la distribución de las consultas teniendo en cuenta el lugar de residencia, 9 de cada 10 usuarios, provinieron de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ahora veamos las diferencias, que se registraron en los grupos etáreos, patrones de uso y tipos de sustancias.

Existe variación en relación a los grupos etáreos atendidos; si bien la mayoría de las consultas se concentran en la franja de 10-29 años, en el CCG predomina el grupo de 20-29 años, seguido por el de 30-39 años, mientras que en LOBE predomina también el grupo de 20-29, pero seguido, en segundo término por la población más joven, de 10-19 años.

Las diferencias más importantes se sitúan en relación a la distribución de las consultas por las sustancias que motivan la demanda de atención. Lo veremos para cada uno de los centros y al final una breve síntesis con los puntos más relevantes.

Podemos caracterizar el perfil epidemiológico del CCG del modo siguiente: la gran mayoría de las consultas son efectuadas por varones (80-90 %) de 20-39 años (más

del 60%, con el mayor porcentaje en la franja de 20-29 años y más escasa para el segmento de 30-39 años), es decir, jóvenes y adultos, residentes en la ciudad de Buenos Aires (85%); que al momento de la consulta tienen problemas relacionados con el consumo de cocaína (20-40%), alcohol (21-30%), marihuana o PBC (6-9 %), pero la tercera parte consume más de una sustancia psicoactiva, es decir que se trata de consumos mixtos, combinados o policonsumos (oscila entre el 20% y más del 30%), que suelen combinar dos, tres o más sustancias (alcohol, cocaína, PBC/marihuana, u otra). Resumiendo: en el CCG para el período mencionado la prevalencia en relación al monoconsumo se centró en el uso de cocaína (30% promedio) seguido por el alcohol (25% promedio). No obstante, resulta llamativo al analizar la variable según el año el descenso de 23 puntos de la cocaína que representó un 41,8% en el perfil del año 2007, a un 18,9% para el año 2008.; además, 7 de cada 10 usuarios (73% promedio) que consultaron hacían uso de una sola sustancia. No obstante, cabe destacar que el policonsumo se incrementó en 15 puntos entre el período 2007 – 2008, pasando del 20,2% al 34,9%.

Se puede observar que la PBC – lo mismo vale para otras sustancias- tuvo baja incidencia en la demanda. Los casos asistidos por consumo de PBC – porcentajes bajos de los totales- provienen de una población de alta vulnerabilidad social y sanitaria con poca accesibilidad al sistema de salud. Requieren, a nuestro criterio, modalidades de tratamiento que brinden mayor sostén y contención en lo que respecta a las (a menudo graves) carencias sociales, económicas y educativas. Necesitan instancias que se ocupen de estos aspectos para que un tratamiento sea posible.

En lo que respecta a LOBE, según el análisis de las variables estudiadas en este período podemos caracterizar el perfil epidemiológico de la población que consulta de la siguiente manera: la mayoría de las consultas son efectuadas por varones (80%), procedentes del barrio o zonas cercanas al centro, de 10-29 años (80%) -la tercera parte para el segmento de 10-19 años, y la mitad para el de 20-29 años- , que al momento de la consulta demandan atención por consumo de PBC (más de la cuarta parte), alcohol (menos de 1 cada 5 pacientes), y consumo mixto, combinado o policonsumo en la mitad de todos los casos, en el cual prevalece la PBC (31-34%), que en esos consumos mixtos suelen utilizar una, dos, tres o más sustancias (PBC, ansiolíticos, alcohol, marihuana, cocaína), con poca presencia de otras drogas tanto en los consumos simples como mixtos. Los casos asistidos por consumo de PBC provienen de la población de la zona, con alta vulnerabilidad social y sanitaria, con NBI y escasa accesibilidad al sistema de salud. Requieren, a nuestro criterio – como recién se propuso - , modalidades de tratamiento que brinden mayor sostén y contención en lo que respecta a las carencias sociales, económicas y educativas. Necesitan instancias que se ocupen de estos aspectos para que un tratamiento sea posible. El centro LOBE cumple con algunas de estas condiciones y - como también ya se señaló al caracterizarlo en la introducción - desarrolla actividades en estrecha implicación con la trama comunitaria.

Vemos en los datos que las consultas por consumo de pegamentos y afines - solventes volátiles- (inhalables), sustancias legales de uso industrial, son inexistentes. La población que consume estas sustancias – en general es una práctica que se da en chicos en situación de calle- tiene poco acceso al sistema de salud y tiene características similares a las ya descritas en el consumo de PBC. También requieren de modalidades de abordaje no solo sanitario sino social; pero, posiblemente – se trata de una hipótesis- , el consumo de estas sustancias haya sido desplazado por el uso de PBC, pero habría que investigar este tema con mayor rigor.

El uso de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) como el *éxtasis* -el MDMA - tampoco posee una incidencia significativa en las consultas. Si bien se trata de una droga

sintética de las denominadas de ocio o de diversión - consumidas en discotecas- y con un uso difundido entre los jóvenes en situaciones de fiesta, no contamos con demanda de esa población. En nuestra experiencia, se trata de una sustancia consumida por población de extracciones socio económicas con mayor acceso a los bienes. Esta droga, ilegal, como muchas veces es “cortada” ((adulterada, mezclada) en el mercado negro con otras sustancias como las anfetaminas y productos sintéticos derivados o no de ellas, puede producir intoxicaciones graves y/o sobredosis. Consideramos necesario implementar programas preventivos en esos contextos.

Tampoco es significativa la demanda de atención por problemas vinculados al consumo de marihuana, no obstante saber que se trata de una de las sustancias psicoactivas más utilizadas.

En esta línea – la de las sustancias más utilizadas- , también observamos que no existe demanda por abuso de tabaco en los datos registrados. Pensamos que más allá de las campañas antitabaco y la nueva legislación que entró en vigencia en el año 2006 los programas preventivos son herramientas indispensables.

Las consultas por consumo de psicofármacos (benzodiazepinas principalmente) también son acotadas a pesar del uso difundido y generalizado, por automedicación de estos fármacos. En suma, no aparecen significativamente como motivo de consulta aunque se constate su utilización en algunos casos en las entrevistas de admisión en los policonsumos, especialmente como prácticas para contrarrestar los efectos (excesivamente) estimulantes de algunas sustancias.

En síntesis: comprobamos a partir de las variables analizadas que los perfiles epidemiológicos de ambos centros se presentan con diferencias importantes en lo que atañe – principalmente- tanto a las edades de los consumidores como al tipo de sustancias por las cuales consultan. En el CCG predomina una población atendida de adultos jóvenes mientras que en LOBE la población se desplaza a las franjas etáreas más cercanas a la adolescencia -y salida de la adolescencia- , vale decir, que la población que atiende es más joven que la que contacta con el CCG.

En el CCG la incidencia de la cocaína y el alcohol como motivos de consulta es lo más significativo, observándose un progresivo desplazamiento de la demanda por problemas vinculados al abuso de alcohol como única sustancia hacia las franjas etáreas de más de 40 años, mientras que en LOBE predominan las demandas por PBC – los mayores porcentajes – en consumos simples y combinados o policonsumos. También se registran diferencias en las poblaciones por lugar de residencia ya que LOBE, aunque se trate en su gran mayoría de personas que viven en la ciudad, atiende una demanda básicamente procedente de la zona donde está ubicado y de barrios cercanos, mientras que el CCG atiende una población que si bien se compone de residentes de su área de influencia, procede de –prácticamente- todos los barrios de la ciudad con una de cada nueve-diez consultas de residentes del gran Buenos Aires. Las características socioeconómicas de la población, si bien no fueron estudiadas específicamente, se aprecian por las diferencias vinculadas a los patrones de consumo de drogas. La PBC es una sustancia mayormente utilizada por poblaciones en situación de alta vulnerabilidad social y sanitaria⁷ – como la que atiende LOBE- , mientras que la cocaína es utilizada por sectores sociales con mejor accesibilidad a los bienes – como se registra en la demanda del CCG- , y como se puede observar, es casi inexistente en la población que se atiende en LOBE.

⁷ EPELE, María, E. *DROGAS Y POBREZA. Neoliberalismo, vulnerabilidad y sufrimiento social*, en Encrucijadas # 44, Revista de la Universidad de Buenos Aires, 2008, Buenos Aires.

Por último, señalamos los puntos, a nuestro criterio, más relevantes:

1.- El comportamiento de la variable tipo de droga fue significativamente diferencial entre ambos efectores.

2.- En LOBE la prevalencia se concentró en el consumo de PBC (26% promedio) seguido por el alcohol (14% promedio) manteniendo esta tendencia al analizar la variable según el año.

3.- En LOBE la distribución resultó homogénea en un 50% (promedio); 5 de cada 10 hacían uso de una sola sustancia y 5 de cada 10 refirieron policonsumo no registrando comportamiento significativamente diferencial entre el año 2007 y 2008.

4.- Si a lo dicho precedentemente en relación al monoconsumo sumamos el policonsumo observamos que: la sustancia con mayor prevalencia en el CCG es el alcohol, ocupando la cocaína el segundo lugar, mientras que en LOBE encontramos la PBC en primer término y el alcohol ocupando el segundo lugar.

5.- Si analizamos globalmente el perfil de cada uno de los centros podemos decir que:
A. - El CCG atiende una población joven y de adultos jóvenes, principalmente del sexo masculino y residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – en general- con problemas relacionados al consumo de alcohol y cocaína. La PBC, lo mismo que otras sustancias psicoactivas tienen baja incidencia en la demanda.

B.- LOBE asiste a un perfil poblacional cercano a la adolescencia y salida de la adolescencia. La mayoría de las consultas son efectuadas al igual que en el CCG por usuarios de sexo masculino procedentes del barrio o zonas cercanas a su área de influencia; prevaleciendo ampliamente el consumo de PBC seguido por el alcohol.

Pensamos que es importante brindar algunas precisiones sobre la PBC (Pasta Base de Cocaína) -aunque no es el propósito de este estudio-. En rigor, se trata de un producto intermedio en la elaboración del clorhidrato de cocaína en cuyo procesamiento se utilizan sustancias de uso industrial (como el kerosen, el ácido sulfúrico, etc) que hacen de esta droga de abuso un producto no apto para el consumo humano. Es una forma de las llamadas *cocaínas fumables* que recibe diferentes nombres en distintos lugares (paco, basuco, bazuca, crack, base, etc) y que tiene composiciones químicas heterogéneas; esto último, la composición, varía mucho de país a país, de ciudad a ciudad e inclusive de barrio a barrio, ya que tratándose de una sustancia ilegal no cuenta con ningún tipo de contralor. La PBC puede tener diferentes "cortes" – adulteraciones y mezclas con otras sustancias que pueden ser tóxicas en sí mismas- , por lo cual la cantidad de alcaloide (cocaína) que contiene es sumamente variable. A esto último responde que existan diferentes versiones sobre qué es, por ejemplo, el paco – nombre que se le da a la PBC en el ámbito local- , ya que los distintos cortes darían como resultado (supuestas) diferentes sustancias. El consumo de PBC se expandió – su uso existía pero era acotado- , a partir del año 2002 con la gran crisis política, social y económica que sufrió nuestro país debido a que su precio es hasta 30 -40 veces más bajo que el de la cocaína. Así, comenzaron a surgir "cocinas" y redes de distribución de PBC en zonas precarias de nuestra ciudad. Este mismo fenómeno se produjo en otros países que sufrieron importantes crisis económicas y sociales como Brasil y Uruguay. Lo que nos interesa remarcar es que se trata de un producto muy tóxico y altamente adictivo, cuyos efectos son muy

rápidos pero breves (de pocos minutos) y el descenso, el “bajón”, que produce es muy intenso por lo cual empuja a consumir más, a veces sin poder poner un límite. La PBC se fuma – en latas o pipetas metálicas caseras, cuando se trata de prácticas colectivas, o en cigarrillos , mezclada o no con otras sustancias- . Para más información sobre este tema remitimos al interesante y documentado trabajo de Guillermo Castaño *Cocaínas fumables en latinoamérica*⁸.

Por último, las experiencias de los CCG y LOBE muestran la importancia de fortalecer las instituciones y redes locales en virtud de las diferentes demandas que reciben y la cobertura en salud que brindan a las poblaciones beneficiarias, subrayando los criterios de regionalización sanitaria, tan importantes en estos niveles. Pero también, se constata la necesidad de contar con más centros y servicios de atención para las personas con problemas vinculados al uso de SPA, actualmente muy limitados y escasos en el ámbito del Ministerio de Salud del GCBA., tratándose de un problema de salud pública de alto impacto en la morbimortalidad que requiere respuestas organizadas y coherentes y que concita preocupación y alarma social en la población y en los profesionales de los equipos de salud.

⁸ www.zheta.com/user3/adicciones/files/castano.pdf