



Principales resultados en relación con el consumo de psicofármacos

Encuesta Nacional de Consumos y
Prácticas de Cuidado (ENCoPraC)

Observatorio Argentino de Drogas

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaria de Estado

Lic. Gabriela Torres

Director Observatorio Argentino de Drogas

Mg. Diego Ruiz

Coordinadora de Análisis y Vinculación Territorial

Lic. Romina Natalia Barrientos

Coordinación General de la Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidados

Lic. Leandro Sabatini

Diseño conceptual, Análisis, Procesamiento y Escritura

Lic. María Laura Bottazzi

Sedronar

Tabla de contenido

Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico

Introducción	3
Objetivos	4
Dimensiones e indicadores	5
Marco conceptual y normativo	10
Alcance de los informes e Indicadores utilizados	14
Metodología de la ENCoPraC y Características generales del operativo	18
Cuestionario y administración de la encuesta	19
Diseño conceptual	19
Programación del cuestionario digital.....	20
Administración del cuestionario	21
Organización y estructura del operativo Estructura del operativo	21
Sensibilización	22
Procesamiento y consistencia de los datos.....	23
Diseño muestral de la encuesta	25
Ponderación y calibración de la muestra.....	27
Observaciones acerca de la calidad de las estimaciones.....	28

Capítulo 2. Principales resultados en relación con el consumo de psicofármacos

Consumo de psicofármacos	31
Consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica	34
3.1. Prevalencias de vida, año y mes según variables sociodemográficas.....	34
3.2. Caracterización de los consumidores recientes de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica	36
3.3. Caracterización de las prácticas de consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica	42
Intensidad del consumo.....	44
Prácticas relativas al almacenamiento y búsqueda de información.....	45
Reflexiones finales	46
Principales resultados	51

Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico

Introducción

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), lleva a cabo en 2022 la séptima edición de la Encuesta Nacional de Consumo de sustancias y Prácticas de Cuidados en población general (ENCoPraC), continuando una línea estratégica de investigaciones con antecedentes desde el año 1999 en el país.

En el marco del plan de trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), en la realización de esta encuesta participaron el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de la Sedronar, responsable de la coordinación general y el diseño de contenido del Estudio; la Dirección de Estudios de Ingreso y Gastos de los Hogares y la Dirección de la Encuesta Permanente de Hogares de la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida, dependientes del INDEC, organismos responsables del diseño de la muestra y el relevamiento en campo; y las direcciones provinciales de estadística.

La realización de un nuevo estudio en la población general del país permite conocer cuál es la situación actual en relación con los consumos de drogas en una variedad de aspectos que los conforman.

Esto presenta una gran relevancia en muchos aspectos. En primer lugar, aporta información oportuna al diseño e implementación de políticas y estrategias de prevención y asistencia, permite reconocer -conocer su tamaño, distribución geográfica, contexto social, entre otras características- a la población objetivo de dichas políticas e identificar grupos específicos. Además, permite tener una aproximación estadísticamente relevante sobre algunas representaciones sociales generales en la población y con las cuales las acciones y estrategias estatales dialogan, así como conocer cuál es la magnitud y características de la demanda de tratamiento, entre otras utilidades para el fortalecimiento de las políticas integrales sobre drogas.

Por otro lado, cada edición de este estudio es una oportunidad para que el Estado participe de la discusión en el campo de la salud mental y los consumos de drogas sobre cómo se comprende, aborda y estudia el fenómeno en el país. En esta instancia, el OAD asume el desafío de hacer un proceso de revisión del estudio y de ampliar el mapa de dimensiones e indicadores que releva, incorporando algunas no incluidas en las encuestas previas y cuya indagación se torna relevante tanto por el encuadre de las políticas de drogas actual como por la normativa vigente. Este desafío implica una ingeniería precisa en el trabajo de identificar aquellos aspectos cuyo estudio demanda

el contexto social e institucional actual y que no eran relevados en los estudios anteriores y traducirlos en indicadores válidos que permitan obtener datos relevantes y confiables, así como supone también garantizar la continuidad y comparabilidad de aquellos indicadores que tradicionalmente se analizan y cuya riqueza estriba en cada relevamiento pero también -y centralmente- en las tendencias que pueden observarse a lo largo de los años dada la utilización de metodologías similares y homologadas internacionalmente para su estudio.

Objetivos

En línea con el encuadre normativo, institucional y conceptual presentado, la edición 2022 del estudio en población general presenta algunas modificaciones respecto de sus antecedentes. Dos de ellas implican tanto la definición de nuevos objetivos específicos acordes a las dimensiones de análisis incorporadas, como una nueva definición poblacional según criterios etarios y de tamaño de las localidades.

La ENCoPraC tiene como **objetivo general**:

Obtener información actualizada sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la población urbana de 16 a 75 años de Argentina, los diferentes patrones de uso y el perfil sociodemográfico de los usuarios, como así también indagar sobre la percepción del riesgo vinculado a diferentes sustancias, su vulnerabilidad en cuanto a la exposición al ofrecimiento de drogas y las prácticas de cuidado asociadas.

Y sus **objetivos específicos** son:

- Determinar la prevalencia de vida, año y mes del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Estimar la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Determinar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Estimar la problemática de los consumos de sustancias psicoactivas.
- Conocer los factores asociados, de protección y riesgo, a los consumos de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Indagar sobre las prácticas de cuidado de sí, de otros y la demanda a servicios de atención y tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas existente.

Dichos objetivos se indagan en la **población de estudio** comprendida por las personas de entre 16 y 75 años residentes en viviendas particulares en localidades de 2.000 habitantes o más de todo el territorio nacional. Así, la ENCoPraC establece una innovación tanto en el criterio etario de la población de estudio, cuya delimitación años anteriores estaba pautada entre los 12 y los 65 años, como en el tamaño de las localidades que conforman la población, que en los antecedentes más recientes se ubicaba en un mínimo de 80.000 habitantes.

Estos cambios responden a una serie de razones. En primer lugar, la posibilidad de hacer estimaciones para la población residente en localidades desde los 2.000 habitantes

permite producir conocimiento sobre las características que asumen los consumos y cuidados en contextos locales de todo el territorio nacional, fortaleciendo así el carácter federal de los estudios del OAD. En segundo lugar, el nuevo criterio etario de la población de estudio (cuyo límite superior es ahora de 75 años) busca responder a interrogantes sobre la magnitud, modalidad y otros aspectos que asumen los consumos de sustancias psicoactivas en la población de mayor edad. Estos interrogantes surgen de constatar las modificaciones en la dinámica social en este grupo poblacional, habida cuenta del llamado envejecimiento de la población en la Argentina a partir del cual, por ejemplo, las personas de 60 años y más representan -según los datos del censo nacional de población y viviendas de 2010- al 14,3% de la población total, lo que implica un crecimiento relativo de más del 60% con respecto a 1960 -contexto en el que representaban al 8,9% de la población- (INDEC, 2021). Dentro de las personas mayores de 60 años, las de 60 a 74 años representan a más del 68% de dicho grupo, y si bien este rango etario ha permanecido hasta ahora ciertamente invisibilizado en este tipo de estudios y en lo que implica su utilización para la formulación de políticas específicas, hay indicios que permiten conjeturar que conocer sus prácticas de consumos de drogas -especialmente las de medicamentos psicofármacos aunque no solamente- así como sus prácticas de cuidados y opiniones sobre el fenómeno implica una innovación virtuosa (ONU/UNODC, 2022). Por todo ello, su inclusión en la población de interés en este estudio reviste así de gran relevancia, así como no está exenta de desafíos que no obstante se retomarán para su mejora en vistas a las ediciones futuras.

Dimensiones e indicadores

La construcción del cuestionario, cuya definición de contenido estuvo a cargo del equipo técnico del OAD y cuyo cierre se realizó en articulación con INDEC, implicó un trabajo de varias fases, desde la revisión de antecedentes e identificación de dimensiones a incluir en esta edición, hasta la ejecución de una prueba piloto previa al cierre del instrumento y del posterior trabajo de campo.

Como las anteriores encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas en el país desde su primer antecedente en 1999, esta séptima edición mantiene la matriz metodológica para el estudio de indicadores sobre magnitud, incidencia, frecuencia, intensidad y otros, que están consensuados y solicitados internacionalmente. El mantener estos indicadores y su construcción de modo constante entre las ediciones del estudio a lo largo del tiempo permite conocer las tendencias sobre el fenómeno en el país, la región y el mundo. El estudio de las tendencias es quizás uno de los productos más relevantes de estos estudios, por lo que se torna imprescindible garantizar la comparabilidad entre los datos.

Así, hay una serie de indicadores estandarizados y que permiten responder a preguntas centrales: ¿Cuál es el nivel de consumo de sustancias en el país? ¿Cuáles son las drogas más consumidas? ¿Cómo percibe la comunidad los riesgos asociados al uso de drogas? ¿Cuánta demanda de tratamiento hay? Este grupo de indicadores proporciona

estimaciones de la prevalencia y la incidencia del consumo de drogas en la población general, entre otros aspectos, lo que es una tarea esencial para la mayoría de los sistemas de información sobre drogas (OEA/CICAD/OID, 2019a).

A estos indicadores principales se suman otros que también son relevados a nivel nacional e internacional con metodologías homologadas. Estos se asocian con la percepción del riesgo en relación con los consumos, la percepción de facilidad de acceso a drogas, la oferta de drogas recibida en el último mes y último año, la demanda de tratamiento y algunos factores asociados a la práctica del consumo -como haber sufrido siniestros viales, accidentes laborales, problemas con las fuerzas de seguridad, problemas en contextos laborales, educativos o vinculares que puedan haber estado relacionados con el consumo de drogas-.

En coherencia con el encuadre normativo y conceptual detallado, en la edición 2022 del estudio se procuró incluir nuevas dimensiones de análisis que complementen a los indicadores clásicos y que buscan sumar complejidad y multidimensionalidad al análisis, y garantizando no obstante la permanencia de los indicadores homologados presentados anteriormente. Así, se introdujo una serie de modificaciones relativas al contenido:

- Se incluyeron nuevas dimensiones de análisis centradas en la persona que consume, sus motivaciones, recaudos y contextos de consumo.
- Se reformuló la indagación acerca de la identidad de género.
- Se diseñaron indicadores que buscan dar cuenta de las prácticas de cuidado propios y hacia otros/as que se desarrollan en los distintos territorios del país, como complemento de la tradicional indagación sobre demanda de tratamiento.
- Se desdobló el conjunto de preguntas sobre consumos de psicofármacos en dos bloques, según su uso bajo receta médica o autoadministrado.

Así, poniendo en el centro de la indagación a la persona que consume, el trabajo con el cuestionario realizado por el equipo del OAD derivó en la **incorporación de dimensiones de análisis nuevas**, y en la construcción de indicadores válidos y parsimoniosos y su traducción en preguntas claras y accesibles en el cuestionario. En modo sintético, se incluyen indicadores sobre los motivos de consumo -que se pregunta para quienes han consumido alcohol, tabaco, marihuana y/o cocaína-, las prácticas de cuidado -o recaudos que toman las personas para cuidarse de los posibles efectos no deseados del consumo de alcohol, tabaco, marihuana y/o cocaína- y los motivos para no cuidarse en caso de que no lo hagan, y factores que hacen a la situación de los consumos de alcohol, marihuana y/o cocaína -los lugares donde las personas consumen y las compañías con las que comparten la práctica-.

Por otro lado, **se reformuló el modo en el que se indaga la identidad de género** de las personas, de modo de construir un indicador coherente con la normativa vigente. Según la Ley 26.743 del año 2012, la identidad de género es aquella vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo

Sedronar

asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (Sedronar/OAD, 2022b). Por ello, y en línea con los desafíos metodológicos actuales en la materia (INDEC, 2019), en esta edición se decidió revisar el sistema de categorías de esta variable, de modo de construir un indicador sensible a las múltiples identidades presentes en la población, y habida cuenta de que las identidades de género se articulan con los consumos de drogas y el acceso a los cuidados y la atención de modo no homogéneo sino como clivaje social que condiciona las experiencias, prácticas y el acceso a derechos. Cabe aclarar que, si bien estas modificaciones fueron realizadas en el cuestionario, en el procesamiento de la información se optó por mostrar los resultados utilizando la categoría sexo, debido a los pocos casos muestrales que tenían otros géneros, lo que comprometía la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos.

Así, de forma articulada con los indicadores sociodemográficos de la Encuesta Permanente de Hogares de la INDEC (EPH) junto con la cual se aplica esta encuesta, en la edición 2022 del estudio se obtendrán datos tanto sobre el sexo de las personas (entendido dicotómicamente, y que permitirá analizar la información comparativamente con los estudios anteriores) como sobre su identidad de género (cuyo sistema de categorías comprende a las identidades cis, las trans, las no binarias, y otras posibles).

Otra novedad del cuestionario es el **diseño de indicadores sobre los cuidados comunitarios, propios o hacia otros/as**. Este conjunto de indicadores se orienta a producir conocimiento sobre aquellas acciones emprendidas por las personas en la búsqueda por atender un padecimiento producido como efecto del consumo de drogas, y que se articula con -pero no queda subsumido a- la demanda de tratamiento en la red de atención y asistencia institucional. De esta manera, la apuesta es por visibilizar las prácticas de cuidado y de autocuidado que se dan a nivel de las personas y comunidades, que involucran diferentes actores sociales y valoraciones, y que forman parte de todo itinerario terapéutico que articula modelos y niveles hacia la atención de un malestar (Pasarín, 2011; Menéndez, 2003).

Por último, considerando los emergentes relativos al consumo recetado de psicofármacos surgidos de diferentes estudios (Sedronar/OAD, 2021; ONU/UNODC, 2022), se incorpora un bloque específico para profundizar sobre la temática, **agregando preguntas por el modo en que se utilizan los psicofármacos recetados**. De esta manera, se desdobló el bloque de indicadores sobre consumo de psicofármacos, aportando mayor detalle a los datos sobre consumos de estos medicamentos diferenciados según se realicen en el marco de una prescripción médica o de forma autoadministrada.

Tabla A1. Bloques del cuestionario de la ENCoPraC y características de los mismos.

Bloque	Descripción
--------	-------------

Sedronar

1. Salud general	En este bloque se hace referencia a algunas condiciones de salud del/la encuestado/a en el último año, así como a su identidad de género.
2. Consumo de alcohol	Indaga acerca de los consumos de alcohol en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.).
3. Consumo de tabaco	Indaga acerca de los consumos de tabaco en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.).
4. Consumo de psicofármacos tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica	Indaga acerca de los consumos de psicofármacos tranquilizantes en la vida, en el último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). En este bloque solo se pregunta sobre los tranquilizantes consumidos bajo receta o prescripción médica.
5. Consumo de psicofármacos tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos tranquilizantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). En este bloque solo se pregunta sobre los tranquilizantes consumidos sin receta prescripción médica.
6. Consumo de psicofármacos estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos estimulantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc). En este bloque solo se pregunta sobre los estimulantes consumidos bajo receta o prescripción médica.
7. Consumo de psicofármacos estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de psicofármacos estimulantes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc). En este bloque solo se pregunta sobre los estimulantes consumidos sin prescripción médica.
8. Consumo de medicamentos opioides sin receta o prescripción médica	Se indaga acerca de los consumos de medicamentos opioides sin prescripción médica. Algunos ejemplos son: Morfina, Tramadol, Oxidodona, Codeína, Fentanilo u otros. No se deben considerar analgésicos no opioides de venta libre como Ibuprofeno, Paracetamol, etc.
9. Marihuana, usos recreativos y usos medicinales	Se indaga acerca de los consumos de marihuana en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc.). Se pregunta de forma diferenciada según el uso sea con fines recreativos o de tipo medicinal, terapéutico o paliativo.

Sedronar

10. Consumos de cocaína	Se indaga acerca de los consumos de cocaína en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia, motivos, recaudos, etc).
11. Consumos de alucinógenos	Se indaga acerca de los consumos de alucinógenos en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad, frecuencia y tipo de alucinógeno).
12. Consumo de éxtasis	Se indaga acerca de los consumos de éxtasis en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
13. Consumo de pasta base y/o paco	Se indaga acerca de los consumos de pasta base y/o paco en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
14. Consumo de inhalables y/o solventes	Se indaga acerca de los consumos de inhalables y/o solventes en la vida, último año y último mes, y aspectos sobre las prácticas de consumo (intensidad y frecuencia).
15. Consumo de inyectables	Se indaga acerca de los consumos de sustancias por vía inyectable: momento del último consumo, tipo de sustancia inyectada y prácticas riesgosas asociadas a estos consumos.
16. Consumo de otras drogas	Se indaga acerca de los consumos de otras drogas en la vida, último año y último mes. Algunos ejemplos son: Metanfetamina, Anfetamina, Ketamina, GHB y Crack.
17. Factores asociados al consumo de drogas	En este bloque se indaga sobre los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas. Los aspectos indagados son la ocurrencia de situaciones problemáticas bajo los efectos de alcohol u otras drogas.
18. Cuidados propios, hacia otros y demanda de tratamiento	Se indagán los cuidados que las personas han tenido para sí mismas y para su entorno, y si buscaron algún tipo de ayuda y/o tratamiento para tratar de disminuir el consumo, propio o de personas de dicho entorno.
19. Percepción de riesgo	En este bloque se indaga sobre la percepción de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas. Algunos aspectos indagados son: la percepción de riesgo sobre el consumo de sustancias de modo ocasional y de modo frecuente, la propensión de probar alguna sustancia psicoactiva y la dificultad de obtención, entre otros.
20. Información sobre drogas	Se indaga sobre las opiniones en relación con el consumo de sustancias en su barrio, en el país y como preocupación de las autoridades, así como el grado de acuerdo o desacuerdo con

	determinadas frases y el conocimiento de espacios de atención o programas de prevención.
--	--

Marco conceptual y normativo

Los objetivos de investigación de la ENCoPraC se construyen a partir de un andamiaje teórico tanto a nivel paradigmático como a nivel de orientaciones conceptuales específicas, que implica una toma de posición en el campo y un encuadre general de todas las decisiones de diseño.

La edición del año 2022 de este estudio tiene lugar en el seno de ciertas condiciones históricas, normativas e institucionales que demandan la revisión, actualización y coherencia de las iniciativas investigativas con dicho encuadre al tiempo que proveen algunos de sus lineamientos generales. Así, en la última década se aprecia en las políticas de drogas del país una tendencia a adoptar una perspectiva basada en los derechos humanos, alejada de paradigmas de corte ético-jurídico o médico sanitario, tanto a nivel de la legislación como de las acciones de políticas públicas.

En primer lugar, el marco normativo vigente en la Argentina establece ciertas consideraciones en la materia. Sancionadas en los años 2010 y 2014 respectivamente, la ley de Salud Mental N° 26.657 y la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) N° 26.914 pautan una perspectiva general de derechos humanos en lo relativo a la salud mental en general y de consumos de drogas en particular. Dichas legislaciones establecen la centralidad de comprender a los sujetos desde su autonomía y capacidad de decisión, promoviendo modificaciones en los servicios de atención y tratamiento así como también en las prácticas de producción de conocimiento (Sedronar/OAD, 2022c). En este sentido, este paradigma prevalencia, incidencia y patrones de consumo con otras dimensiones de estudio, jerarquizando la consideración por las condiciones sociales de vida y su relación con los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, los escenarios variables de las prácticas de consumo de drogas, y la concepción de la salud pública como un amplio campo de saberes y prácticas sobre el bienestar colectivo, entre otros aspectos. De esta manera, las personas que consumen drogas son comprendidas desde su capacidad de agencia y de forma respetuosa con los significados que producen sobre sus prácticas; discursos que entran en diálogo con los producidos por otros actores -del sector salud, del campo seguridad, etc.- generándose así complejos modelos de atención en dinámica articulación (Menéndez, 2003).

Tomar como punto de partida esta mirada a la hora de comprender los consumos de drogas determina en gran medida las respuestas político-asistenciales y las estrategias de prevención y acompañamiento que se construyan y consideren válidas, así como las formas de construir conocimiento en la materia (Sedronar/ OAD, 2022a).

En segundo lugar, a nivel institucional la Sedronar prioriza el modelo multidimensional de abordaje integral y comunitario para la prevención y la asistencia de los consumos problemáticos. De esta manera, y en línea con la legislación vigente, se abordan los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva basada en los derechos humanos. Este modelo de abordaje sobre el que se apoyan las estrategias y políticas de esta Secretaría -incluidas las iniciativas de investigación, evaluación y monitoreo del OAD entre las cuales este estudio tiene lugar- concibe a las personas que consumen como sujetos de derechos, íntimamente vinculadas a sus contextos, y las pone en el centro de las políticas. Este modelo de abordaje integral y comunitario implica, así, una jerarquización de los contextos, las prácticas y los saberes que conforman la salud pública, que se traduce en investigaciones situadas e inclusivas de una multiplicidad de dimensiones que permitan caracterizar -y poder observar en sus matices- a las situaciones y sentidos de los consumos y las prácticas de cuidado, en disputa con encuadres que excluyen los sistemas valorativos y culturales de las personas que consumen y que por ende presentan ciertas dificultades para distinguir entre diferentes modos de consumo, y para finalmente pensar estrategias de cuidado adecuadas (Tirado-Otálvaro, 2016).

Así, la adopción de una perspectiva integral en el abordaje de los consumos de sustancias en el marco de la Ley de Salud Mental, el Plan IACOP y la orientación general de la Sedronar coloca en el centro de las políticas de drogas a las personas que consumen sustancias en tanto sujetos de derechos y activos productores de sentidos y prácticas, y desafía a pensar nuevas dimensiones de análisis y construir nuevos indicadores en las iniciativas de investigación.

Apoyado en estos lineamientos paradigmáticos, el encuadre del estudio contempla orientaciones conceptuales específicas relativas a las grandes dimensiones de análisis comprendidas en los objetivos de investigación: las prácticas de consumo de drogas y factores asociados, las prácticas de cuidado -para sí, para otros y como demanda de tratamiento- y las opiniones sobre los consumos.

En *primer lugar*, se parte de considerar a las prácticas de consumo como un fenómeno extensivo a todos los grupos sociales, multidimensional, heterogéneo y complejo que se asienta sobre procesos históricos, económicos, sociales y culturales, de forma tal que los modos de dichas prácticas y sus significados se inscriben en lo singular de las historias de vida de las personas y están a la vez fuertemente condicionados por el contexto comunitario y sociocultural más amplio. De hecho, las drogas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso sino que, por el contrario, estos usos se producen en contextos concretos, generando una gran variabilidad de situaciones, formas de consumo y actividades desarrolladas en torno al mismo, dando como resultado un gran abanico de prácticas y de posibles vínculos con aquello que se consume (Martínez Oró y Pallarés Gómez, 2013).

Esta importancia dada a las personas y sus contextos remite a la consideración por los contextos: las condiciones de vida, los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, y los escenarios o situaciones en los que se

desenvuelven las prácticas de consumo (Sedronar/OAD, 2022c). A su vez, demanda la comprensión de los consumos de drogas como acciones significadas por las personas, por lo que adquiere importancia la indagación acerca de los sentidos que los motivan y el supuesto de que estos son heterogéneos y que constituyen a las prácticas en sus matices. Así, el fenómeno del consumo de drogas se presenta ya no como una conducta unívoca e individual, legible desde una óptica biomédica, se seguridad y/o desde perspectivas de la desviación, sino como los consumos de drogas: una variedad de prácticas contextualizadas, extendidas y cargadas de significados, articuladas tanto con otras dimensiones de la vida de las personas como con niveles comunitarios y macrosociales en los que se enmarcan.

En este mismo marco, pensar la problematización de los consumos de drogas implica atender a los posibles modos de afectación negativa que pueden conllevar tanto en las áreas individuales de las personas -su salud física o mental- como en sus relaciones sociales primarias o secundarias -vínculos afectivos, laborales, de estudio u otros-, así como en sus relaciones con la ley (Touzé, 2010). Es decir, se considera a la problematización de los consumos desde una perspectiva amplia, comprensiva de la dimensión social que los caracteriza como práctica.

En *segundo lugar*, este estudio indaga especialmente sobre los cuidados colectivos en relación con los consumos de drogas. Las personas y grupos llevan a cabo, de forma enlazada con dicho consumo, prácticas de cuidados que son además significadas -dado que en torno a ellas se producen y articulan sentidos y saberes- y situadas -ya que suceden en entornos físicos y sociales particulares-.

El punto de vista de los cuidados, si bien no es estrictamente novedoso, se presenta como un área de vacancia en gran parte de los estudios sobre consumos de drogas, especialmente en aquellos diseñados como encuesta. La infrecuente incorporación de esta dimensión de análisis en los estudios parece vincularse con la perspectiva de equiparar el cuidado a aquel de tipo médico e institucional, relegando a un segundo plano las prácticas y saberes del autocuidado y el cuidado colectivo pese a su preeminencia en la vida cotidiana de las personas y grupos (Güelman y Sustas, 2018). La inclusión de los cuidados colectivos en las investigaciones sobre consumos de drogas -y por lo tanto su visibilización en las políticas públicas- supone la consideración por los saberes y representaciones que, sin provenir necesariamente del campo biomédico -aunque articulados prácticamente con aquel (Menéndez, 2003)- constituyen también la complejidad de las prácticas de consumos. Estas incorporaciones aluden además a evitar comprender a la persona que consume como objeto pasivo, al margen de la sociedad y de la cultura en que vive (Martínez Oró y Pallarés Gómez, 2013) otorgando, en oposición, un lugar central a su capacidad de agencia.

Esta gran dimensión de análisis busca conocer aquellas acciones, estrategias y decisiones tomadas por las personas o grupos para controlar, reducir o evitar las consecuencias potencialmente negativas -en lo físico, emocional y/o social- que pueda acarrear el consumo de drogas en los ámbitos personal, familiar o comunitario, y tendientes por ello a maximizar el bienestar y minimizar el riesgo. Estas prácticas de

Sedronar

cuidados pueden ocurrir antes del consumo, en acciones como la búsqueda de información sobre componentes, efectos y otros aspectos de las drogas y sus usos, la planificación, preparación e higiene del consumo, la evaluación de la potencia o toxicidad de las drogas elegidas, alimentación previa, entre otras; pueden ocurrir durante el consumo, como la ingesta de agua, el evitar la mezcla de sustancias, la espera del tiempo recomendado antes de una nueva dosis, acciones de cuidado de la salud sexual y reproductiva, entre otras; o bien, pueden ocurrir luego del consumo con cuidados posteriores ante señales de preocupación.

En la indagación de los cuidados colectivos, así como en la de las prácticas de consumos, es insoslayable la preeminencia de los contextos; se trata de tramas construidas en los contextos cotidianos de las personas en determinadas coordenadas temporo-espaciales, con determinadas compañías y con ciertas expectativas y sentidos. Así, la consideración teórica del entorno da lugar a la incorporación en los instrumentos de investigación tanto de los escenarios como de las redes sociales que conforman la situación de los consumos y los cuidados.

En este sentido, la pregunta por los cuidados colectivos amplía la comprensión de las estrategias, actores y prácticas de búsqueda de atención de la salud. La centralidad del cuidado, así, se nos ofrece como un espacio para lo común. Por lo tanto, para dar cuenta de los cuidados es un desafío visibilizar y potenciar prácticas que se vienen realizando en los territorios. Conocer los cuidados-descuidos que se producen entre las estrategias de autoatención y de atención entre pares permitirá contar con insumos para la promoción, la prevención y la asistencia. Se trata de investigar una dimensión cuidadora que no empieza ni termina en los dispositivos de salud, sino que transcurre en las múltiples trayectorias que las personas realizan en su cotidianeidad y que se pueden generar en cualquiera de los encuentros que se dan en su vida (Sedronar/OAD, 2022a). “Es una dimensión no capturada por el saber disciplinar y [que] se erige como un territorio común, tanto de los y las profesionales, como [para quienes] acuden a los servicios” (Benet, Merhy y Pla, 2016, p. 230).

En *tercer lugar*, este estudio propone indagar, a modo de aproximación y considerando los límites del diseño metodológico, algunos aspectos de las representaciones en relación con los consumos de drogas. Conocer a nivel poblacional algunas de las opiniones generales sobre los consumos de drogas en el país -como por ejemplo las opiniones sobre su problematicidad social, la percepción de riesgo que asumiría una persona al consumir, la percepción de disponibilidad de drogas o sobre la situación del fenómeno en el contexto más próximo, las opiniones al respecto de la legislación o del abordaje de los consumos problemáticos, entre otras- reviste relevancia en varios niveles.

Por un lado, aporta información sustantiva para la definición de políticas públicas de atención y de prevención, acciones que no se ejecutan sobre un terreno vacío sino sobre comunidades y grupos que construyen representaciones y significados en torno de los consumos y con los cuales las iniciativas estatales deben articular de forma no exenta de complejidades.

Sedronar

Por otro lado, implica un conocimiento de interesante articulación con otros indicadores tales como la magnitud, incidencia, edad de primer consumo, motivos del consumo y del no cuidado, etc., dado que provee una aproximación al marco de significaciones generales que la población argentina tiene sobre la temática. Esto último, no obstante, a sabiendas de la complejidad que reviste la relación que se establece entre las prácticas de consumos y cuidados y las representaciones sociales. Estas no son sólo imaginación o mero reflejo de la realidad, sino que existen y tienen determinados efectos sobre el orden social, impactando sobre las mentalidades y los comportamientos colectivos. En este sentido, cabe señalar, que existe una relación dialéctica entre las prácticas y las representaciones sociales, así en el caso del consumo de sustancias las representaciones influyen en las prácticas cotidianas de las personas, y al mismo tiempo estas prácticas van modificando a lo largo de la historia el contenido de las representaciones (Baczko, 1999).

Por último, cabe mencionar el supuesto de que este entramado de representaciones y opiniones no es un todo homogéneo sino lo atraviesan diferentes sentidos que conviven en la sociedad, habida cuenta de la heterogeneidad de espacios en los que se significan y resignifican las prácticas (Carballeda, 2014), y de las relaciones de poder que estructuran a la sociedad. Las distintas concepciones que se tiene del uso de drogas, de las personas que las consumen, la construcción social del problema y las posibles soluciones, entre otras nociones, son objeto de disputa de los distintos grupos sociales que intentan imponer sus propios sentidos.

Las opiniones y representaciones sociales, ese “magma de actitudes, opiniones, creencias, posturas, motivaciones y fantasías que fijan la postura de las poblaciones frente a las drogas, los consumos y los problemas, [y que] marca la dimensión de los conflictos, define los problemas a tratar, orienta las demandas y condiciona las estrategias de respuesta” (Rodríguez San Julián et. al, 2014: 5), implica un eje de análisis fundamental para entender la configuración particular que adquiere el fenómeno de los consumos de drogas en el país y en cada una de sus provincias, permitiendo abordajes integrales y adecuados.

Alcance de los informes e Indicadores utilizados

Se presenta información correspondiente a los 31 aglomerados urbanos del país para un conjunto de indicadores seleccionados, la cual se encuentra dividida en cinco informes.

EnCoPraC. Magnitud del consumo de sustancias a nivel Nacional.	Se describen la prevalencias de vida de consumo de todas las sustancias indagadas por género y grupo de edad; la edad de inicio del consumo de sustancias, el consumo de sustancias en el último año por género y grupo de edad; el perfil de los usuarios del último año (sustancias más
--	---

	consumidas); el consumo de sustancias en el último mes (las prevalencias de mes de consumo por género y grupo de edad y el perfil de los usuarios del último mes (sustancias más consumidas); y las tasas de incidencia anual.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de bebidas alcohólicas y sus prácticas de cuidados.	Se presentan los indicadores de consumo de bebidas alcohólicas: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo; los indicadores de intensidad del consumo: frecuencia y cantidad; e Indicadores de consumo problemático y perjudicial. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de psicofármacos y sus prácticas de cuidados.	Se puntualizan los indicadores de consumo de tranquilizantes y estimulantes: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto. Se profundiza el análisis sobre el consumo de tranquilizantes con prescripción médica o receta.
EnCoPraC. Principales resultados en relación al consumo de marihuana y sus prácticas de cuidados.	Se detallan los indicadores de consumo de marihuana, ya sea en su uso terapéutico o no terapéutico: Prevalencias de vida, año y mes e Incidencia; la edad de inicio en el consumo. También se incluyen otros indicadores tales como: clima educativo del hogar y factores de contexto.
EnCoPraC. Prácticas de cuidado, preocupación por el consumo e itinerarios en la búsqueda de atención.	Se describen las prácticas de cuidados (recaudos que se toman y motivos por los que no se toman) de las personas que consumen las sustancias de mayor prevalencia. Se analiza la preocupación por el consumo propio y de otras personas. Y se caracterizan los itinerarios que se dan en la búsqueda de atención.

Para abordar las prácticas de consumo de las distintas sustancias que se presentan en este informe se utilizan los siguientes indicadores, en orden de aparición:

Prevalencia de vida (o global): porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia al menos una vez en su vida. Incluye a todas las personas usuarias, sin distinción de quienes consumieron para experimentar, quienes son dependientes, o quienes lo fueron, pero ya no consumen.

Sedronar

Prevalencia anual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último año (o en los últimos 12 meses).

Prevalencia mensual: porcentaje de la población que manifestó, al momento en que se realizó el estudio, haber consumido una determinada sustancia en el último mes (o en los últimos 30 días).

Tanto la prevalencia anual como la prevalencia mensual pueden asociarse al consumo reciente o frecuente.

La **incidencia** del uso de drogas permite estimar la cantidad de nuevas personas consumidoras que iniciaron su consumo en un período determinado. Se expresa en forma de tasa y su cálculo resulta de la división del número de personas que empezaron a consumir una determinada sustancia en un período específico de tiempo (un año o un mes), por el número de personas que podrían consumir esa sustancia por primera vez. La población que podría consumir por primera vez es la población total bajo estudio menos aquellas personas que ya han utilizado sustancias psicoactivas antes del período de tiempo especificado.

La **edad del primer consumo** (o edad de inicio) se expresa en los años que tenía la persona cuando consumió una determinada sustancia por primera vez.

El conjunto de indicadores aplicado sobre la población que en los últimos doce meses manifestó consumir la sustancia observada, declarada o registrada, se presenta en categorías de acuerdo con el contexto de los consumos:

Las categorías sobre **lugar o situación más frecuente** son: en su casa; en la casa de sus amigos/as o pareja; en un lugar público (calle, esquina, plaza, parque); en un evento público (deportivo, musical, cultural, manifestación); en un boliche, bar o restaurante (en la entrada, en el patio, en el baño); en una fiesta (cumpleaños, casamiento, etc.); en el trabajo o en otro lugar. Las personas encuestadas podían elegir una única opción.

Las categorías **con quién o con quiénes consumieron más frecuentemente** son: so- lo/a; con amigos/as; con familiares; con su pareja; con compañeros/as de trabajo o estudio; con otros/as conocidos/as; con desconocidos. Las personas encuestadas podían elegir una única opción.

Las categorías que describen los **motivos por los que consumió una determinada sustancia** son: por placer, curiosidad, búsqueda de nuevas experiencias; para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos); para desinhibirse o socializar; para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales); para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar). Las personas encuestadas podían elegir más de una opción.

Los **recaudos que se toman al consumir una sustancia**, que indican formas de cuidado de los posibles efectos negativos de su consumo, son: mantenerse hidratado/a o alimentarse antes de consumir; buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra; consumir en

un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido); planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.); regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.); intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados; evitar la mezcla de sustancias y otros recaudos. Las personas encuestadas podían elegir más de una opción.

Las **prácticas de cuidado**, es decir, aquellas acciones, estrategias y decisiones tomadas por las personas para controlar, reducir o evitar las consecuencias potencialmente negativas –en lo físico, emocional o social– que pueda acarrear el consumo de sustancias en los ámbitos personal, familiar o comunitario, y tendientes, por ello, a maximizar el bienestar y minimizar el riesgo. Este conjunto de indicadores se aplicó sobre la población que manifestó haber consumido alguna sustancia durante los últimos doce meses. En esta publicación se incluyen las siguientes preguntas:

- si le preocupa su forma de consumo;
- por cuál de las sustancias siente preocupación en caso de que así sea;
- el intento de alguna acción al respecto de esa preocupación;
- si lo hizo, qué tipo de acciones llevó adelante.

La **percepción de riesgo** es la apreciación que manifestaron las personas entrevistadas sobre la posibilidad de consumir alguna sustancia que no hubieran consumido hasta ese momento (considera marihuana, cocaína, pasta base o paco, éxtasis u otras drogas).

La **información sobre drogas** es el conjunto de preguntas que se realizó a todas las personas entrevistadas, hayan consumido o no. Indaga acerca de las opiniones de las personas encuestadas en relación con el consumo y venta de sustancias psicoactivas en su barrio. Incluye el conocimiento de espacios de atención o prevención del consumo de sustancias psicoactivas existentes en el barrio o municipio de la persona encuestada.

El **clima educativo del hogar** es el promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más. Es un indicador que se aproxima al nivel socioeconómico de los hogares y, por ende, a su nivel de vida e ingresos.

La **intensidad de consumo** refiere a la frecuencia o número de días de consumo de sustancia y la cantidad de la misma.

Para caracterizar el consumo problemático y perjudicial de alcohol, se utilizaron dos indicadores. Para analizar consumo abusivo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días: el **Consumo de Alcohol Regular de Riesgo –CRR–** definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres en los últimos 30 días y el **Consumo de Alcohol Episódico Excesivo –CEEA–**, definido como el consumo de 5 tragos o más al menos una vez en los últimos 30 días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o en el fin de semana.

También se utilizó el **Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol –AUDIT–** para quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, para identificar personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol:

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día de consumo normal de alcohol?

¿Qué tan seguido toma usted 5 o más tragos en un solo día?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido el día anterior?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol?

¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

Metodología de la ENCoPraC y Características generales del operativo

La Encuesta de Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC) se realizó entre julio y octubre de 2022 a personas de entre 16 y 75 años de edad residentes de las localidades urbanas de 2.000 y más habitantes. El estudio se aplicó sobre la muestra de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del tercer trimestre de 2022.

Cuestionario y administración de la encuesta

El desarrollo del instrumento de recolección de datos involucró dos procesos interrelacionados. Por un lado, el diseño conceptual, que contempló la operacionalización de las variables y categorías que permitan captar los fenómenos bajo estudio y su secuencia lógica; y por otro, la programación del cuestionario en soporte digital para su administración. A continuación, se detallan ambos aspectos.

Diseño conceptual

El diseño conceptual del cuestionario se realizó en conjunto con el equipo de la Sedronar.

Está estructurado en tres secciones:

1. Planilla de sensibilización y selección de participantes: incluye nombre y edad de todas las personas participantes de 16 a 75 años del hogar para aplicar la tabla de Kish y hacer la selección de las personas que deben responder la encuesta. En la planilla se identifica a la persona seleccionada y se registran los datos de contacto y de disponibilidad horaria.
2. Registro de visitas: sección operativa para el registro de la fecha, la hora, las coordenadas de GPS y el resultado de las visitas de la persona encuestadora al hogar.
3. Bloques temáticos: 20 bloques que agrupan las preguntas acerca de cada una de las sustancias sobre las que se indagó y los aspectos vinculados al consumo, al cuidado y a los riesgos, así como también información sobre la temática.
 - Salud general
 - Consumo de alcohol
 - Consumo de tabaco
 - Consumo de psicofármacos: tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica
 - Consumo de psicofármacos: estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica
 - Consumo de medicamentos opioides sin receta o sin prescripción médica
 - Marihuana: usos recreativos y usos medicinales
 - Consumo de cocaína
 - Consumo de alucinógenos
 - Consumo de éxtasis
 - Consumo de pasta base o paco
 - Inhalantes y/o solventes
 - Consumo de inyectables
 - Otras drogas

- Factores asociados al consumo de drogas
- Cuidados propios, hacia otros y demanda de tratamiento
- Percepción de riesgo
- Información sobre drogas
- Las principales dimensiones relevadas brindan información sobre:
 - Prevalencias de vida, anual y mensual en el consumo.
 - Aspectos sobre las prácticas de consumo como cantidad, intensidad, frecuencia, contextos, motivos y recaudos.
- Factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Prácticas de cuidados, para sí mismos y para su entorno, al momento del consumo.
- Búsqueda de ayuda o tratamiento.
- Percepción de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Opiniones y creencias sobre consumo de sustancias y prácticas relacionadas.

Adicionalmente, se elaboraron las tarjetas para acompañar el cuestionario con referencias de medidas (imágenes y escalas) que sirven tanto para mostrar a la persona encuestada y facilitar su respuesta como para auxiliar a la persona encuestadora en la administración y el registro de datos:

- Tarjeta 1 (cantidad de tragos de alcohol para quien encuesta)
- Tarjeta 1B (cantidad de tragos de alcohol para quien entrevista)
- Tarjeta 2 (motivos por los cuales consume)
- Tarjeta 3 (recaudos para cuidarse de posibles efectos no deseados)
- Tarjeta 4 (motivos por los que no consumió)
- Tarjeta 5 (cantidad de gramos de marihuana)
- Tarjeta 6 (niveles de acuerdo)

Programación del cuestionario digital

Para la ENCoPraC se utilizó un cuestionario en soporte digital, desarrollado con el programa Survey Solutions6 (versión 22.02.7). Entre las principales características y ventajas que este formato ofrece encontramos:

- Flujo automático (pases y filtros de secciones, subsecciones y preguntas)
- Filtros de categorías
- Validaciones/consistencias de error y advertencia
- Tablas asociadas para control de datos ingresados
- Sistema de referencias de color
- Panel de navegación por las secciones y subsecciones
- Indicaciones para quien encuesta
- Referencias internas
- Comentarios para quien encuesta (y la persona que recepciona)
- Georreferenciamiento

El flujo del cuestionario está guiado de manera automática y se visualizan solo las opciones de respuesta disponibles para cada caso, lo cual facilita y agiliza la tarea de la persona encuestadora, además de evitar campos incompletos y registro de datos en secciones, preguntas o categorías que no corresponden.

Al mismo tiempo, gracias al sistema de consistencias internas programadas en conjunto con las tablas de datos de referencia, es posible detectar en tiempo real cualquier inconsistencia en las respuestas que se van registrando. Se cuenta con mensajes personalizados, de acuerdo con la respuesta ingresada, que permiten distinguir el nivel de inconsistencia detectado y su motivo.

Adicionalmente, este programa tiene un sistema de colores que facilita la administración del cuestionario, ya que cada color está asociado a un estado de completitud y validez de las respuestas.

La navegación, referencias e indicaciones son herramientas muy valiosas para quien encuesta al momento de la entrevista. Además, los comentarios que pueden ir dejando las distintas personas usuarias que intervienen en la captación y/o el control de la encuesta resultan un medio muy eficaz para mejorar la calidad de los datos recolectados.

Finalmente, a través de una pregunta en el cuestionario es posible captar las coordenadas de las viviendas visitadas, lo cual sirve no solo para poder hacer un monitoreo de la tarea de quien encuesta, sino para obtener datos georreferenciados del operativo.

Administración del cuestionario

La encuesta se relevó con un dispositivo digital (tableta), a través de la aplicación Interviewer de Survey Solutions. Adicionalmente, se utilizó la plataforma web de Survey Solutions (instalada en servidores del INDEC) para la carga de la planilla de sensibilización y selección de miembro y para la recepción de las encuestas. Solo en situaciones específicas se aplicó un cuestionario en papel.

La aplicación funciona de manera offline con sincronizaciones de información, es decir que el encuestador puede conectarse a una red de internet para vincularse al servidor y así recibir carga de trabajo y enviar las encuestas realizadas y los avances en el trabajo de campo. Las personas encuestadoras realizaron sincronizaciones diarias, que permitían contar con información actualizada en el servidor central y hacer el seguimiento del trabajo de campo.

Organización y estructura del operativo Estructura del operativo

La estructura organizacional del trabajo de campo contó con articulación de dos equipos centrales de coordinación de relevamiento que sistematizaron las acciones del operativo con las direcciones provinciales de estadística (DPE) integrantes del Sistema Estadístico Nacional (SEN), la EPH y ENCoPraC.

La coordinación entre ambos equipos fue uno de los principales desafíos a nivel metodológico y para ello se desarrollaron distintos materiales de apoyo, capacitación y gestión. Su mecanismo de articulación en dos etapas fue testeado en una serie de pruebas de roles y de cuestionario.

La primera etapa del operativo de campo estuvo a cargo del equipo de coordinación nacional de relevamiento de la EPH, responsable de las personas coordinadoras, supervisoras y encuestadoras abocadas a la tarea de sensibilizar los hogares y seleccionar la persona respondente de esta encuesta. Al completar su entrevista tradicional, la persona encuestadora explicó los objetivos del estudio al hogar, y luego de que prestaran consentimiento, procedió a seleccionar, a través de un mecanismo aleatorio (tabla de Kish), la persona que respondería el cuestionario. Después, la persona encuestadora obtuvo y registró la información de contexto necesaria para concertar la entrevista con el equipo de ENCoPraC, como el contacto y los días y los horarios convenientes. Además, proporcionó al hogar referencias sobre las personas encuestadoras que visitarían la vivienda.

Con los datos suministrados por el equipo de la EPH, la coordinación central de ENCoPraC llevó a cabo la encuesta de manera efectiva. Para la ejecución y monitoreo de la segunda etapa del operativo, se designó una persona responsable provincial de ENCoPraC en cada jurisdicción. Esta tuvo la tarea de gestionar el intercambio frecuente de información directamente con el equipo central y de garantizar la calidad de los datos recopilados durante el trabajo de campo. Bajo su responsabilidad se encontraba la unidad técnica de gabinete, establecida para brindar la asistencia técnico-operativa y administrativa requerida en la jurisdicción, y las personas encuestadoras de salud que aplicaron el cuestionario.

La magnitud del operativo requirió la organización de una estructura amplia de aproximadamente 524 personas para el trabajo en campo.

Sensibilización

La campaña de sensibilización para el desarrollo de Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado se propuso brindar información a los hogares sobre la relevancia del estudio y de sus objetivos. El eje conceptual del diseño, adoptado por la Dirección de Comunicación y la Coordinación de Producción Gráfica y Editorial que dependen de la Dirección Nacional de Difusión y Comunicación del Instituto, fue caracterizar las conductas habituales de las personas de entre 16 y 75 años en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos y otras sustancias que inciden en la salud de la población.

El requerimiento a las personas entrevistadas se basó en la necesidad de contar con información sustantiva y de calidad sobre el consumo de sustancias en el país para el diseño de políticas públicas que puedan abordar estas problemáticas sanitarias y

proponer acciones de prevención, atención, acompañamiento y cuidado frente al consumo excesivo.

Se trabajó con especial atención para que las personas respondientes de los hogares pudieran constatar la identidad de los encuestadores al momento de la visita. Además de la exhibición perfectamente visible de credenciales e indumentaria identificatoria, se contó con un sistema de verificación de la información a través del sitio web del INDEC y mediante un número de teléfono directo de la DPE. Como es de rigor en las operaciones estadísticas del Instituto, se destaca el carácter confidencial de la información brindada, protegida por el secreto estadístico establecido en la Ley 17.622.

Uno de los enfoques de la estrategia de sensibilización apuntó a instalar la encuesta en el público en general. Para ello, el INDEC elaboró y difundió, a través de sus canales de comunicación, una cápsula digital que dio a conocer las características de la encuesta, su relevancia y su fecha de realización.

Por otra parte, y desde un abordaje estratégico orientado, los miembros del hogar seleccionados para ser entrevistados recibieron una carta de presentación y un folleto en papel que resumía los bloques temáticos de abordaje de la encuesta cuyo diseño, además, sirvió de guía para la narrativa de las personas encuestadoras.

El propósito de esta estrategia fue comprometer la respuesta de las personas encuestadas, para así contar con información actualizada sobre la salud de la población y su conducta habitual respecto del consumo de estas sustancias.

Procesamiento y consistencia de los datos

El procesamiento de los datos estuvo compuesto de dos procesos encadenados complementarios entre sí:

1. Control de calidad y consistencia de la información relevada.
2. Transformación de la información recolectada en los indicadores a analizar.

A continuación, se detallan cada uno de estos procesos, y se describe en qué etapa del operativo se llevaron a cabo y quiénes fueron responsables de cada tarea.

Control de calidad y consistencia

Las pautas de consistencia de datos fueron definidas en la etapa de diseño conceptual del cuestionario e incluidas dentro de la programación del cuestionario digital. Esto implicó que la primera instancia de consistencia se llevara a cabo en tiempo real durante la administración de la encuesta.

Los equipos de INDEC y de Sedronar trabajaron en la definición de las reglas lógicas que permitieran identificar datos no admitidos e información contradictoria o poco frecuente.

Estas consistencias incluyeron:

- Rangos de respuesta permitidos.
- Cotejo entre respuestas de preguntas de control sobre un mismo fenómeno.
- Revisión transversal entre las distintas secciones temáticas para garantizar la coherencia interna.

Al incluirla en el cuestionario, se disparaba una alerta automática a la persona encuestadora, permitiendo la corrección al momento de entrevista, de forma tal de mejorar la calidad del dato y facilitar la tarea.

Se contemplaron dos niveles de alerta: “Error” para las respuestas inaceptables; y “Advertencia” para los datos que requiriesen el control de quien encuestaba, quien a su vez podía corregir la respuesta ingresada o bien validarla con quien respondía y dejar un comentario para ser tenido en cuenta al momento de la recepción. Asimismo, se incluyeron controles automáticos para indicar la incompletitud de las secciones temáticas.

La siguiente instancia de control de calidad ocurría en la recepción de las encuestas. Allí, mediante el sistema de gestión de Survey Solutions, el equipo de gabinete provincial revisaba tanto los errores y las advertencias como la completitud de cada encuesta y, si lo consideraba necesario, devolvía la persona encuestadora para su corrección. Este segundo momento resultó clave, ya que en este intercambio se podían subsanar errores en la captación de datos de casos particulares y de futuras encuestas.

Una vez que las encuestas atravesaban la recepción y eran aprobadas en dicha instancia, se pasaba a la tercera y última etapa de control de calidad, llevada a cabo por el equipo central de INDEC. Para esta instancia se trabajó con las bases de datos a nivel nacional almacenadas en un esquema que permitía efectuar controles y cambios a fin de obtener una base consistida de la ENCoPraC, conservando una base de datos con la información relevada sin los ajustes efectuados.

En el final del proceso de control de calidad se procuró detectar y corregir los errores de captación de las personas encuestadoras que no fueron registrados por la aplicación móvil ni en la instancia de recepción, mediante dos vías:

Revisión de microdatos: su objetivo fue detectar y corregir errores no subsanados en la etapa de campo y recepción. El equipo se valió de la información volcada por la persona encuestadora en comentarios y observaciones que respaldaban y complementaban los datos registrados.

Evaluación a nivel agregado: se revisó la base de datos de las encuestas a fin de identificar errores sistemáticos o adulteraciones que siguieran patrones por persona encuestadora, área o jurisdicción; se trabajó con grandes volúmenes de datos en comparaciones con datos externos (provenientes de encuestas especiales en la temática de años anteriores, llevadas a cabo por el INDEC o el organismo rector); se analizaron patrones de respuesta para ciertas preguntas o secciones temáticas que requirieran de correcciones generales.

Para ello, el sistema generaba una base de datos de inconsistencias por encuesta y por pauta de consistencia que incluía toda la información de referencia necesaria para la evaluación. Las correcciones individuales y las reglas generales de corrección definidas, se aplicaron también a través del sistema.

Transformación

El objetivo primordial de esta encuesta y de las encuestas especiales y de hogares en general es brindar información oportuna y de calidad para el análisis de fenómenos particulares, y el diseño, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas. Por eso, la planificación del análisis y la transformación de los datos relevados resultan un eslabón clave en la generación de esta información.

El primer paso es la definición del plan de tabulados, en el cual se incluyen las variables y los indicadores de interés para analizar el fenómeno en estudio. El equipo de diseño conceptual del INDEC, junto con el de la Sedronar, trabajó en la elaboración de este plan, contemplando las diversas dimensiones de análisis.

El siguiente paso consiste en la operacionalización y construcción de las variables que permitan cumplir con dicho plan de tabulados. Las preguntas relevadas en el cuestionario constituyen, en algunos casos, variables de análisis, mientras que en otros son un insumo para la construcción de un segundo tipo de variables que permiten medir los conceptos complejos que hacen al objeto de estudio de la encuesta. Para llevar a cabo este proceso se realizó la recodificación de las categorías de captación, la agregación de valores cuantitativos o categorías de respuesta, la generación de nuevas variables a partir dos o más variables captadas en campo y la conversión de tipos de datos.

El procesamiento de datos de la encuesta permite obtener:

- Un conjunto básico de variables de caracterización de la población bajo estudio para analizar comportamientos diferenciales.
- Una base de datos como herramienta analítica disponible para las diversas personas usuarias

En el marco del procesamiento, se realizaron también los procesos de apareamiento entre las bases de datos de la ENCoPraC y la Encuesta Permanente de Hogares.

Diseño muestral de la encuesta

El diseño muestral de la ENCoPraC se basa en el de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) total urbano, el cual a su vez se apoya en el diseño de la Muestra Maestra Urbana de Viviendas de la República Argentina (MMUVRA) ajustado a los requerimientos de la encuesta.

La MMUVRA es de alcance nacional y urbano y permite seleccionar muestras para las encuestas que tienen como principales dominios de estimación las provincias y los

aglomerados que participan en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que lleva a cabo el Instituto.

La estructura probabilística de la EPH hereda la de la MMUVRA, que consiste en 3 etapas de selección probabilística bajo un diseño complejo. En la primera etapa se realiza una selección aleatoria de aglomerados o localidades simples, o “unidades de primera etapa de muestreo” (UPM). Los que son dominios de estimación de la EPH están auto-representados o seleccionados con probabilidad igual a 1 en la MMUVRA. El resto de las UPM de la MMUVRA son seleccionadas bajo un diseño proporcional al tamaño.

Para la segunda etapa, en las UPM seleccionadas para la MMUVRA se definieron las “unidades de segunda etapa de muestreo” (USM) o “Áreas MMUVRA” o con base en los radios censales y en la cartografía del CNPHyV 2010. En cada UPM, todas las USM que la conforman cubren territorialmente y determinan la envolvente o el área de cobertura asociada a dicha unidad; de este modo, se conforma el marco de muestreo para la selección de segunda etapa.

La muestra probabilística de USM para la MMUVRA emplea un diseño estratificado definido a partir del nivel educativo alcanzado de la persona jefa del hogar. La selección involucra un muestreo sistemático proporcional a la cantidad total de viviendas particulares ocupadas según el CNPHyV 2010 en cada estrato.

Finalmente, para la ENCoPraC se suma una cuarta etapa al seleccionar al azar un individuo perteneciente a la población objetivo, constituida por el conjunto de personas de 16 a 75 años, en cada uno de los hogares que respondieron a la EPH.

El tamaño de la muestra inicial de viviendas coincide con el previsto para la Encuesta Permanente de Hogares total urbano, que contempla la distribución que se observa en la tabla A2:

Tabla A2. Distribución del tamaño de muestra de viviendas, por jurisdicción. Total país. Aglomerados urbanos y resto urbano.

Jurisdicción	Viviendas seleccionadas		
	Total	Aglomerados urbanos	Resto urbano
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.812	1.812	-
Buenos Aires	8.127	7.457	670
Catamarca	1.186	601	585
Córdoba	2.436	1.595	841
Corrientes	1.133	603	530
Chaco	1.235	684	551
Chubut	1.782	1.252	530
Entre Ríos	2.087	1.462	625
Formosa	1.347	664	683

Jujuy	1.190	600	590
La Pampa	1.325	644	681
La Rioja	1.241	631	610
Mendoza	1.621	981	640
Misiones	1.211	601	610
Neuquén	1.243	598	645
Río Negro	1.767	481	1.286
Salta	1.506	865	641
San Juan	1.385	800	585
San Luis	1.274	613	661
Santa Cruz	1.010	460	550
Santa Fe	2.488	1.898	590
Santiago del Estero	1.259	659	600
Tucumán	1.422	862	560
Tierra del Fuego	601	601	-
Total	41.688	27.424	14.264

Todos los resultados presentados en este informe corresponden a la población de 16 a 75 años que reside en el conjunto de los 31 aglomerados urbanos de la EPH.

Ponderación y calibración de la muestra

Para generalizar los resultados de la encuesta a partir de los datos por muestra es necesario ponderar cada hogar y persona efectivamente encuestados, empleando factores de expansión. El proceso de cálculo de los factores definitivos involucra varias correcciones sobre los factores teóricos (o de diseño) que surgen de la multiplicación de las inversas de las probabilidades correspondientes a cada una de las etapas de selección señaladas en los párrafos anteriores. En particular, el cálculo de los factores de expansión de la ENCoPraC toma como punto de partida los factores de expansión finales de la EPH (habitualmente conocidos como “pondera” en las bases usuarias de la encuesta). Estos factores toman como base los factores de diseño y se incorporan ajustes por no respuesta a nivel de áreas y viviendas por estrato junto a un ajuste final de calibración de los pesos.

El cálculo de los factores de expansión para la ENCoPraC requiere llevar a cabo ajustes adicionales sobre los factores de expansión de EPH, ya que la selección de las personas que respondieron a la ENCoPraC se realiza sobre los hogares que respondieron a la EPH sumando una nueva etapa de selección, la que a su vez también está afectada por la eventual no respuesta de las personas seleccionadas en esta última etapa.

La magnitud de la respuesta obtenida en esta última etapa de selección es baja, alcanza de forma global un 51,4% de las personas con una distribución dispar a lo largo del país. Así, la tasa de respuesta obtenida se ubicó entre el 31,2% y el 74,0%. Este fenómeno de

baja respuesta no solo disminuye drásticamente los tamaños de muestra efectivos para la encuesta, lo que incrementa el error por muestra, sino que aumenta el potencial sesgo en los estimadores que se acentúa en cualquier intento de desagregación de la información de los resultados de la encuesta.

Ante la necesidad de dar una respuesta metodológica al problema de estimación bajo un contexto de no respuesta elevada, se llevó a cabo un procedimiento de ajuste bajo un enfoque experimental, y se debió incorporar un modelo de propensión de respuesta para los individuos seleccionados para generar un factor de ajuste por no respuesta en los factores de expansión de la encuesta.

El modelo asume como válido el supuesto de que el mecanismo de no respuesta desconocido asociado a la etapa de selección adicional impuesta por la ENCoPraC es aleatorio, y atribuye una probabilidad de respuesta fija a cada individuo seleccionado, y por lo tanto puede modelarse a partir de variables observadas. Esto significa que la propensión a responder de un individuo seleccionado en la cuarta etapa de selección, habiendo sido seleccionado previamente para participar de la EPH, depende de variables que son conocidas (y, por ende, observables) tanto para quienes respondieron como a quienes no lo hicieron. Estas variables corresponden a atributos de los individuos seleccionados, a características del hogar en el que habitan y a indicadores vinculados a los esfuerzos realizados por el equipo de relevamiento para intentar contactarlos.

En la práctica, la estimación de la propensión a responder de los individuos seleccionados para la ENCoPraC se llevó a cabo a partir de ajustar a los datos un modelo de regresión logit con base en un conjunto de variables disponibles de la encuesta. Este permite utilizar los valores estimados que surgen del ajuste para introducir la corrección por no respuesta en el factor de expansión inicial. Por último, se realizó un ajuste final de calibración de los pesos con base en estructuras poblacionales estimadas a partir de la EPH para la población objetivo de la ENCoPraC. Los fundamentos conceptuales de esta metodología junto a los detalles de su implementación práctica podrán consultarse en la Nota Metodológica que se publicará próximamente a través de la página del Instituto.

Observaciones acerca de la calidad de las estimaciones

Debido a la magnitud de la no respuesta y en virtud de los ajustes adicionales que debieron llevarse a cabo para obtener los factores de expansión finales de la ENCoPraC no es posible implementar la metodología habitual del Instituto para el cálculo de errores muestrales mediante réplicas. En su lugar, se utilizó un conjunto de criterios prácticos para orientar la interpretación de los resultados presentados y evaluar la pertinencia de su difusión en este informe, los que a su vez se ponen a disposición de las personas usuarias que deseen realizar sus propios cálculos a partir de la base usuaria de la encuesta.

El siguiente punteo resume un conjunto de criterios que deberán verificarse para considerar que un resultado publicado es aceptable desde el punto de vista de su solvencia estadística. Estos criterios están basados en la magnitud del fenómeno que se desea medir y la cantidad de casos muestrales involucrados en los cálculos de interés.

Los criterios de INDEC utilizados para el procesamiento se encuentran descriptos en el “Anexo I. Metodología de la ENCoPraC 2022” que se encuentra en el informe realizado en conjunto entre ambos organismos. Allí establece que para que un resultado de la ENCoPraC pueda considerarse aceptable se debe verificar:

1. En el caso de resultados asociados al cálculo de prevalencias, razones o proporciones, su resultado numérico debe ser superior a 0,05 (o de forma equivalente, al 5%).
2. La cantidad total de casos involucrados en el cálculo debe ser superior a 200 individuos.
3. En el caso de razones o proporciones, el atributo de interés deberá estar presente en más de 150 individuos. Si el atributo de interés está presente en más de 50 individuos pero en menos de 150 se considerará que el resultado es de aceptabilidad dudosa.

En los siguientes informes, el OAD señala con un * aquellos valores que deben ser analizados con precaución por no verificar el criterio 1 o presentar “entre 50 y 150 casos” en relación al criterio 3. A sí mismo, también se optó por describir, frente a categorías muy específicas, valores que responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos debido a su valor analítico, aunque la calidad de la estimación y la solvencia estadística de ese dato pueda ser cuestionable. Esos casos están señalados con dos **.

Tabla A3. Cantidad de viviendas elegibles iniciales, hogares con personas elegibles visitados por la ENCoPraC, personas respondientes a la ENCoPraC y tasa de respuesta global. Resultados para el conjunto de los 31 aglomerados urbanos, según jurisdicción.

Jurisdicción	Viviendas elegibles iniciales ⁽¹⁾	Personas respondientes ENCoPraC	Tasa de respuesta global ENCoPraC ⁽²⁾
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.541	481	31,2%
Buenos Aires	6.388	2.581	40,4%
Catamarca	500	358	71,6%
Córdoba	1.363	917	67,3%
Corrientes	517	263	50,9%
Chaco	625	340	54,4%
Chubut	1.043	587	56,3%
Entre Ríos	1.154	537	46,5%
Formosa	580	314	54,1%
Jujuy	521	410	78,7%
La Pampa	569	246	43,2%
La Rioja	521	390	74,9%
Mendoza	810	516	63,7%
Misiones	528	329	62,3%

Sedronar

Neuquén	514	227	44,2%
Río Negro	398	190	47,7%
Salta	763	467	61,2%
San Juan	677	379	56,0%
San Luis	542	331	61,1%
Santa Cruz	369	181	45,7%
Santa Fe	1.664	976	58,7%
Santiago del Estero	575	301	52,3%
Tucumán	757	513	67,8%
Tierra del Fuego	520	228	43,8%
Total	23.466	12.062	51,4%

(¹) Dentro del conjunto de viviendas inicialmente elegibles para este relevamiento hay un conjunto de ninguna persona y, por lo tanto, no es posible determinar si allí habitaba alguna persona de 16 a 75 de respuesta podría estar levemente subestimada.

(²) La tasa de respuesta global para la ENCoPraC se calcula como cociente entre la cantidad de personas que respondieron la ENCoPraC con respecto a la cantidad de viviendas elegibles.

Capítulo 2. Principales resultados en relación con el consumo de psicofármacos

Consumo de psicofármacos

En relación con las prácticas de consumo de psicofármacos (tranquilizantes, ansiolíticos, estimulantes y antidepresivos), el estudio nacional indagó por primera vez de manera diferenciada según se tratara de un consumo bajo receta o prescripción médica, o sin ella. De esta manera, se recabó información sobre las prácticas de consumo según cuatro bloques diferenciales:

- Consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica.
- Consumo de tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica.
- Consumo de estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica.
- Consumo de estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica.

Los tranquilizantes o ansiolíticos incluyen los medicamentos que son usualmente utilizados para calmar la ansiedad, poder dormir o relajarse, como las benzodiazepinas y los barbitúricos. Mientras que los estimulantes o antidepresivos incluyen los medicamentos que son usados en ocasiones para disminuir el apetito, mantenerse despierto/a o en el tratamiento de déficit atencional (TDAH), el metilfenidato, la fluoxetina o la sertralina.

Como se observa en el Cuadro 2.1, en la población estudiada es mayor el consumo de medicamentos tranquilizantes o ansiolíticos, que el de estimulantes o antidepresivos. Asimismo, es mayor el consumo de psicofármacos bajo receta o prescripción médica, que sin ella.

Así, se evidencia que el 14,1% de la población consumió tranquilizantes o ansiolíticos alguna vez en la vida (ya sea con o sin receta); el 12,5% de la población los consumió con receta y sólo el 2% lo hizo sin receta alguna vez en la vida.

En cuanto a los estimulantes o antidepresivos, el 3,3% de la población refirió haberlos consumido alguna vez en la vida (con o sin receta), el 3,1% los consumió con receta y el 0,2% los consumió sin receta o prescripción médica.

Cuadro 2.1: Prevalencias de vida, año y mes de consumo psicofármacos con o sin receta. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

Sustancia y modo de administración	Prevalencia de vida		Prevalencia de año		Prevalencia de mes	
	Población	%	Población	%	Población	%
Tranquilizantes (con o sin receta)	2931033	14,1	1428850	6,9	1001717	4,8
Tranquilizantes con receta	2589500	12,5	1311092	6,3	963242	4,6
Tranquilizantes sin receta	424207	2,0	132365*	0,6*	43297**	0,2**
Estimulantes (con o sin receta)	687612	3,3	360111*	1,7*	267543*	1,3*
Estimulantes con receta	647652	3,1	359164*	1,7*	267543*	1,3*
Estimulantes sin receta	44857**	0,2**	947**	0,0**	0**	0,0**

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

En el último año, 321.400 personas consumieron tranquilizantes –con o sin receta– por primera vez (lo que representa al 1,8% de la población que no había consumido anteriormente). En cuanto al consumo de tranquilizantes recetados, el 1,5% de los que no habían consumido anteriormente, comenzaron a hacerlo durante el último año. Las tasas de incidencia anual de tranquilizantes sin receta y de estimulantes (con o sin receta) presentan valores inferiores al 1%.

Cuadro 2.2: Incidencia de consumo de psicofármacos con o sin receta. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

Sustancia y modo de administración	Población	%
Tranquilizantes (con o sin receta)	321400	1,8
Tranquilizantes con receta	284824	1,5
Tranquilizantes sin receta	38312**	0,2**
Estimulantes (con o sin receta)	114459*	0,6*
Estimulantes con receta	113512*	0,6*
Estimulantes sin receta	947**	0,0**

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

En relación con la edad del primer consumo, se evidencia que los tranquilizantes o ansiolíticos son recetados por primera vez alrededor de los 40 años, mientras que las personas que los consumieron sin receta lo hicieron en promedio por primera vez

alrededor de los 30 años (presentando los varones en ambos casos edades más tempranas de primer consumo). Debido a la heterogeneidad presentada en estos datos (Cuadro 2.3), es de utilidad también la lectura de la mediana, es decir, aquella edad en la que la mitad de la población consumió por primera vez dicha sustancia. Así, se evidencia que en el caso de los tranquilizantes con prescripción médica la mediana coincidió con el promedio -media- (40 años), pero para el consumo sin receta o prescripción médica la mediana fue de 25 años.

En cuanto al consumo de estimulantes o antidepresivos, como se puede observar en el Cuadro 2.3, hay una diferencia importante -de 27 años- en la mediana de la edad de primer consumo según sexo cuando son consumidos sin receta (la mitad de los varones consumió por primera vez a los 20 años y las mujeres a los 47 años)¹; mientras que el consumo con receta es en edades más tempranas (mediana de 35 años) y no presenta mayores diferencias entre ambos sexos.

Cuadro 2.3: Medidas estadísticas de la edad de primer consumo de psicofármacos con o sin receta, según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022.

Sexo	Media	Mediana	Moda	Desvío estandar
Tranquilizantes con receta				
Total	40,0	40,0	50,0	14,4
Varón	38,6	39,0	35,0	14,1
Mujer	40,8	40,0	50,0	14,5
Tranquilizantes sin receta				
Total	29,4	25,0	14,0	12,8
Varón	27,3*	22,0*	18,0*	11,9*
Mujer	31,1*	29,0*	14,0*	13,2*
Estimulantes con receta				
Total	37,8	35,0	35,0	15,3
Varón	37,0*	35,0*	35,0*	15,6*
Mujer	38,2	37,0	30,0	15,1
Estimulantes sin receta				
Total	36,7**	47,0**	47,0**	12,6**
Varón	21,1**	20,0**	25,0**	4,8**
Mujer	42,3**	47,0**	47,0**	9,4**

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

** Los valores responden a estimaciones sobre casos muestrales no significativos que son publicados por su valor analítico. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

¹ Si bien son valores cuya lectura debe tomarse con mucha precaución, debido a tratarse de estimaciones sobre casos muestrales no significativos. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

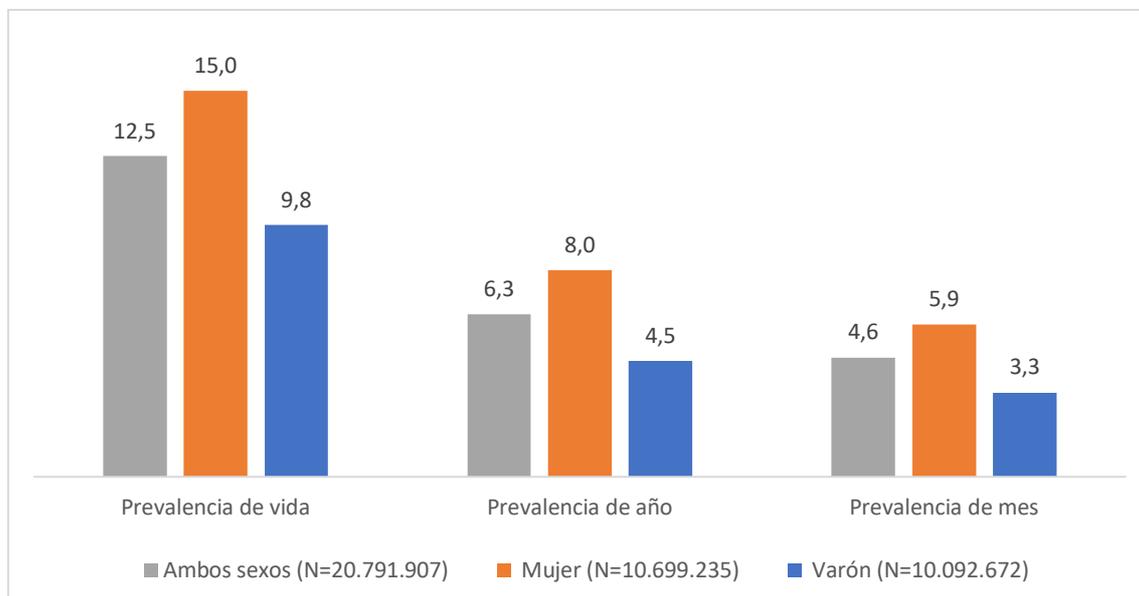
Consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica

Debido a los bajos casos muestrales que presentan tanto el consumo de tranquilizantes o ansiolíticos sin receta como el consumo de estimulantes o antidepresivos (con o sin receta), los próximos apartados del presente informe se centran exclusivamente en el consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica².

Prevalencias de vida, año y mes según variables sociodemográficas

El 12,5% del total de la población consumió tranquilizantes o ansiolíticos con prescripción médica alguna vez en la vida, el 6,3% consumió en el último año y el 4,6% en el último mes. Al observar estos indicadores por sexo (Gráfico 3.1.1), se evidencia que las mujeres consumen tranquilizantes de manera recetada en mayor proporción que los varones: mientras que el 8% de las mujeres consumieron tranquilizantes recetados en el último año y el 4,5% en el último mes, estos valores en los varones son de 4,5% y 3,3%, respectivamente.

Gráfico 3.1.1: Prevalencias de vida, año y mes de consumo de tranquilizantes recetados, según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

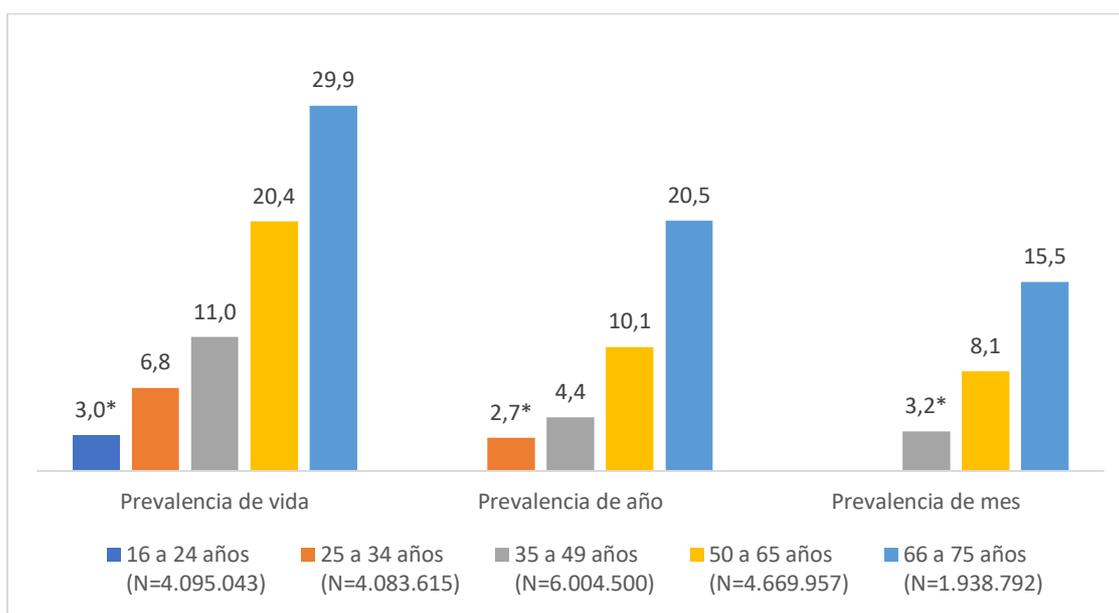


Con respecto a la edad, se evidencia que el consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica aumenta a medida que aumenta la edad de las personas,

² Para mayor información sobre el consumo de estimulantes (con o sin prescripción médica) y de tranquilizantes sin prescripción médica ver el Informe “ENCoPraC: Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional”.

particularmente a partir de los 50 años (Gráfico 3.1.2). Así, se observa que el 20,4% de las personas de 50 a 65 años y el 29,9% de las personas de 66 a 75 años consumieron alguna vez en la vida, el 10,1% y el 20,5% respectivamente en el último año, y el 8,1% y el 15,5% en el último mes.

Gráfico 3.1.2: Prevalencias de vida, año y mes de consumo de tranquilizantes recetados, según tramos de edad. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



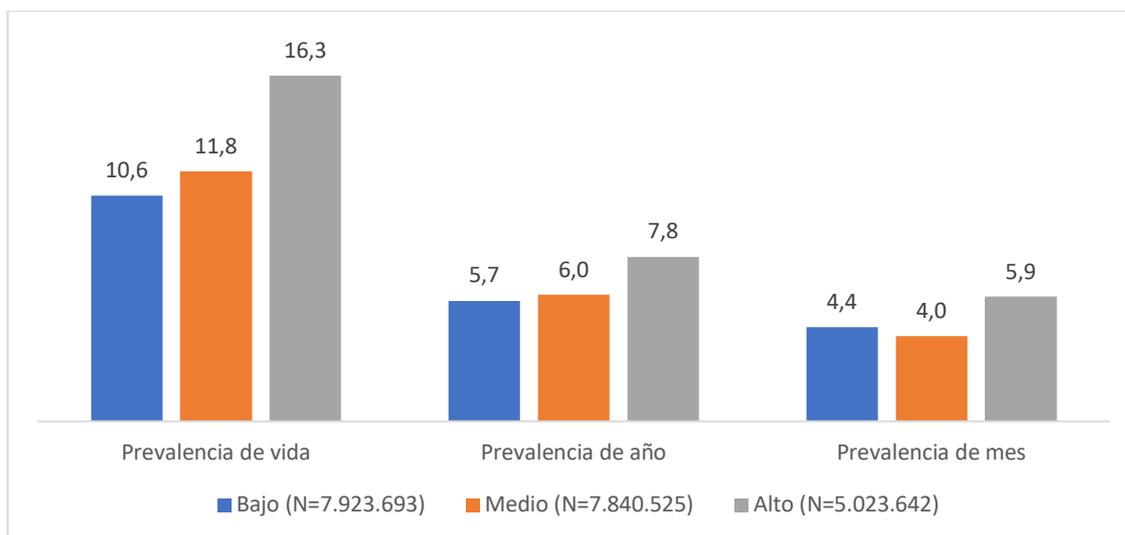
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes a la prevalencia de año del tramo de edad de 16 a 24 años y la prevalencia de mes de 16 a 24 años y de 25 a 34 años de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

En relación con el clima educativo del hogar³, se observan mayores prevalencias de consumo de tranquilizantes recetados entre las personas que pertenecen a hogares con clima educativo alto, siendo mayor esta diferencia en el consumo de alguna vez en la vida.

³ El clima educativo del hogar es el promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más. Es un indicador que se aproxima al nivel socioeconómico de los hogares y, por ende, a su nivel de vida e ingresos.

Gráfico 3.1.3: Prevalencias de vida, año y mes de consumo de tranquilizantes recetados, según clima educativo del hogar. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



Caracterización de los consumidores recientes de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica

Se consideran consumidores recientes a todas aquellas personas que consumieron una determinada sustancia psicoactiva durante el último año. En el presente apartado se caracteriza a los consumidores recientes de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica (1.311.092 personas) a través de una variedad de indicadores, comparándolos con el resto de la población, es decir, con aquellas personas que no consumieron tranquilizantes o ansiolíticos recetados en los últimos 12 meses (19.480.815 personas).

En relación con las variables sociodemográficas (Cuadro 3.2.1), y en consonancia con las prevalencias presentadas en el apartado anterior, puede observarse que casi dos tercios de las personas que consumieron en el último año tranquilizantes recetados son mujeres, en comparación con quienes no consumieron cuya distribución entre sexos es prácticamente pareja (49,5% varones y 50,5% mujeres). Asimismo, la edad de las personas que consumieron tranquilizantes recetados en el último año es claramente superior a la del resto de la población: dos tercios de las y los consumidores recientes tienen entre 50 y 75 años, mientras que estas edades concentran menos del 30% de la población que no consumió tranquilizantes en el último año. Por último, las personas consumidoras de tranquilizantes recetados presentan valores superiores de clima educativo del hogar, en comparación con aquellas personas que no consumieron esa sustancia en el último año.

Cuadro 3.2.1: Distribución porcentual de las personas por sexo, tramos de edad y clima educativo del hogar, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

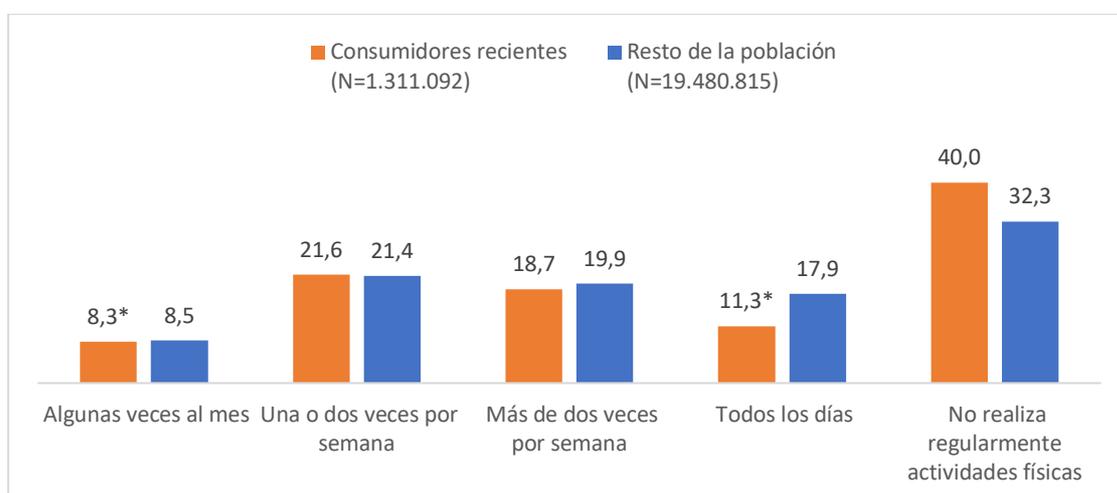
		Consumidores recientes (N=1.311.092)	Resto de la población (N=19.480.815)
Sexo	Varón	34,6	49,5
	Mujer	65,4	50,5
Tramos de edad	16 a 24 años	-	20,7
	25 a 34 años	8,4*	20,4
	35 a 49 años	20,1	29,5
	50 a 65 años	36,1	21,5
	66 a 75 años	30,3	7,9
Clima educativo del hogar	Bajo	34,4	38,4
	Medio	35,8	37,8
	Alto	29,8	23,8

* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes al tramo de edad de 16 a 24 años en consumidores recientes de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Respecto con la frecuencia con la que las personas realizan actividades físicas (como deportes, salir a caminar, gimnasio, musculación, bailes, etc.) de manera regular, se observa que quienes consumieron tranquilizantes recetados durante el último año realizan este tipo de actividades en menor frecuencia que el resto de la población (Gráfico 3.2.1). La mayor diferencia se presenta en la realización de actividad física de manera diaria, ya que mientras que el 11,3% de las y los consumidores recientes realizan actividad con dicha frecuencia, la proporción en el resto de la población es de 17,9%. Además, se destaca que el 40% de las personas consumidoras de tranquilizantes recetados no realiza regularmente actividad física, mientras que esta situación se da en menos de un tercio del resto de la población (32,3%).

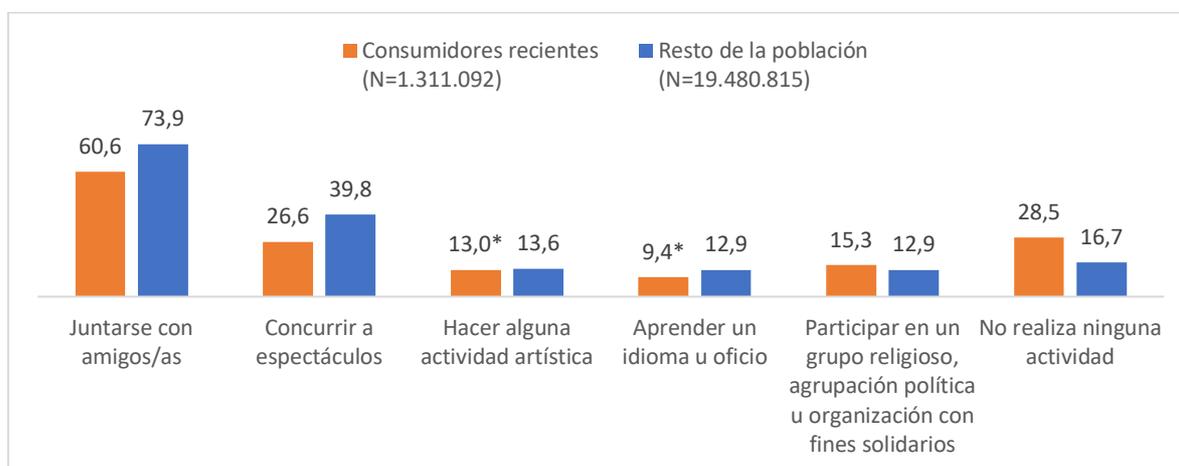
Gráfico 3.2.1: Frecuencia de realización de actividad física regular de las personas, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

En cuanto a la realización de otro tipo de actividades recreativas (Gráfico 3.2.2), a excepción de la participación en grupos religiosos, agrupaciones políticas u organizaciones con fines solidarios (como voluntariado, beneficencia, cooperadora, etc.), el resto de las actividades indagadas presentaron mayor proporción entre quienes no consumieron tranquilizantes recetados en el último año. Se destaca que el 28,5% de las y los consumidores recientes indicó no realizar ninguna de estas actividades, en comparación con el 16,7% del resto de la población.

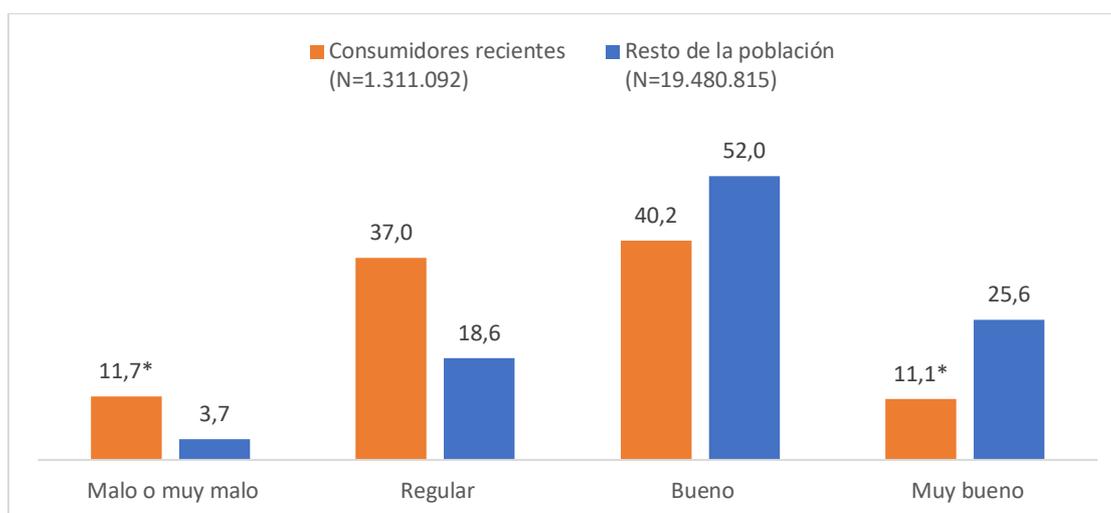
Gráfico 3.2.2: Actividades realizadas por las personas al menos una vez al mes, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Al consultar respecto del estado autopercebido de salud de las personas durante los últimos 12 meses, se evidencia que las personas consumidoras de tranquilizantes recetados califican su salud de peor manera que el resto de la población (Gráfico 3.2.3). Así, se observa que casi la mitad de las y los consumidores recientes califica su estado de salud como regular (37%) o como malo o muy malo (11,7%), mientras que estos valores son del 18,6% y 3,7%, respectivamente, en el resto de la población. En contraposición, más de la mitad de quienes no consumieron tranquilizantes recetados en el último año califica su estado de salud como bueno (52%) y el 25,6% como muy bueno, mientras que estos valores son del 40,2% y 11,1%, respectivamente, entre las personas consumidoras.

Gráfico 3.2.3: Estado autopercebido de salud de las personas en los últimos 12 meses, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

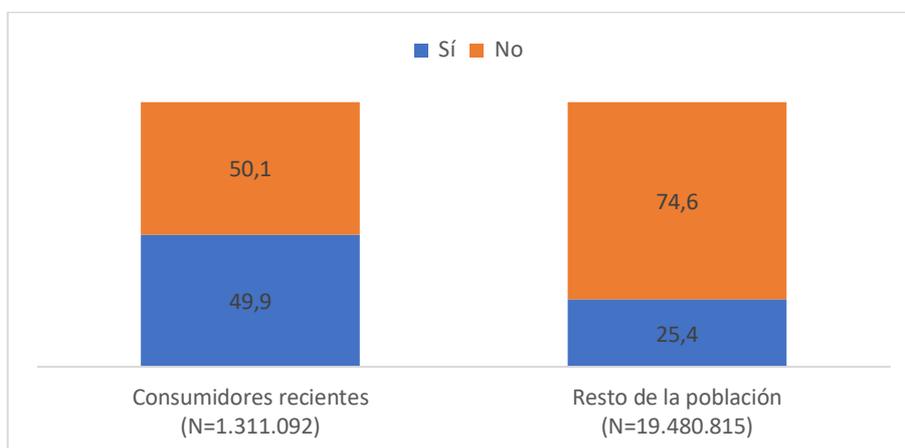


* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: Las categorías “malo” y “muy malo” se unificaron a fines de poder presentar los resultados, de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

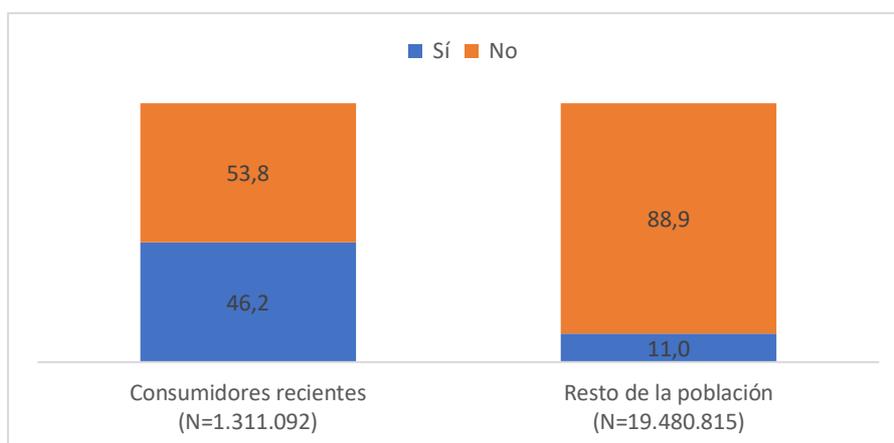
Asimismo, al consultar respecto si durante los últimos 12 meses sufrieron alguna enfermedad por la que debieron guardar cama o reposo bajo consejo médico (Gráfico 3.2.4), se evidencia que esta situación se dio en la mitad de las y los consumidores recientes de tranquilizantes recetados (49,9%), mientras que sólo se produjo en un cuarto del resto de la población (25,4%).

Gráfico 3.2.4: Distribución de la población que sufrió alguna enfermedad por la que debió guardar cama o reposo durante los últimos 12 meses, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



También se indagó si durante los últimos 12 meses consultaron algún/a profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros (Gráfico 3.2.5), y el 46,2% de las y los consumidores recientes de tranquilizantes recetados respondió afirmativamente, mientras que este valor fue sólo del 11% entre el resto de la población.

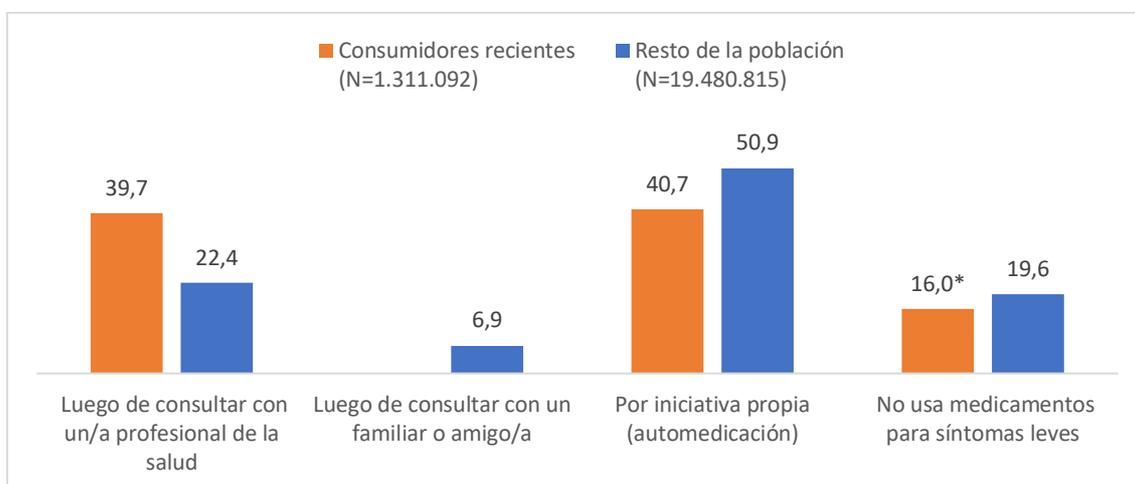
Gráfico 3.2.5: Distribución de la población que consultó algún/a profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros durante los últimos 12 meses, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



Por otro lado, se consultó el modo en que las personas usan generalmente medicamentos para tratar molestias o síntomas de enfermedad -como dolor de cabeza, tos, febrícula, estado gripal, malestar estomacal, dolor de muela, etc.- (Gráfico 3.2.6). Se

observa que las personas que consumieron tranquilizantes recetados durante el último año usan medicamentos para síntomas leves generalmente luego de consultar con un profesional de la salud en mayor proporción que el resto de la población (39,7% vs. 22,4%). Asimismo, las personas que no consumieron tranquilizantes recetados durante el último año recurren en mayor proporción a la automedicación para tratar síntomas leves (50,9%), en comparación con las personas consumidoras de tranquilizantes recetados (40,7%).

Gráfico 3.2.6: Modo de uso de medicamentos para tratar molestias o síntomas de enfermedad, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907

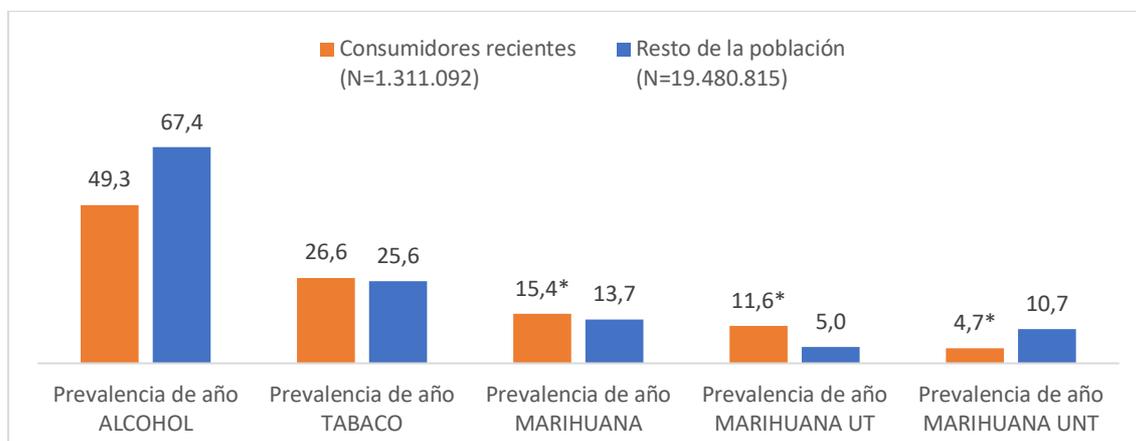


* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes a la categoría "Luego de consultar con un familiar o amigos/a" para los consumidores recientes de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

En relación con el consumo reciente de otras sustancias psicoactivas (Gráfico 3.2.7), se observa que las personas consumidoras de tranquilizantes recetados consumen bebidas alcohólicas en menor proporción que el resto de la población (49,3% vs. 67,4% en el último año). En cuanto al consumo de tabaco, se presentan prevalencias de año prácticamente iguales entre consumidores recientes de tranquilizantes recetados (26,6%) y el resto de la población (25,6%). Por último, respecto del consumo de marihuana, si bien la prevalencia de año -indistintamente del tipo de uso- es levemente superior entre consumidores recientes de tranquilizantes recetados (15,4%) que en el resto de la población (13,7%), se evidencia que es mayor el consumo de marihuana de uso terapéutico entre consumidores de tranquilizantes (11,6%), mientras que el consumo de marihuana no terapéutica es mayor entre aquellos que no consumieron tranquilizantes recetados en el último año (10,7%).

Gráfico 3.2.7: Prevalencias de año de alcohol, tabaco, marihuana de uso terapéutico y/o no terapéutico, según consumo reciente de tranquilizantes recetados. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 20.791.907



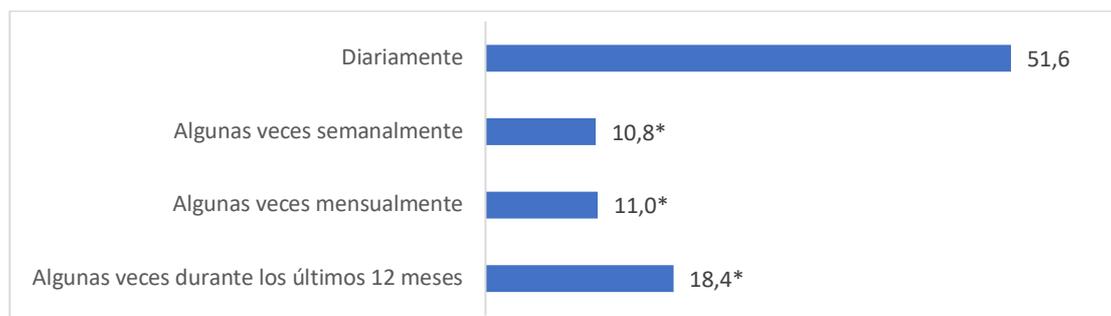
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Caracterización de las prácticas de consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica

En el presente apartado se caracterizan las prácticas en torno al consumo de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica, en relación con varios indicadores: frecuencia de consumo, tipo de tranquilizantes consumidos, modo de administración, consumo combinado con otras sustancias psicoactivas, intensidad de consumo y prácticas relativas al almacenamiento y búsqueda de información.

En primer lugar, se destaca que más de la mitad de las personas que consumieron tranquilizantes o ansiolíticos recetados durante el último año (51,6%) refirió consumirlos de manera diaria (Gráfico 3.3.1). En segundo lugar, se encuentra el consumo ocasional (algunas veces durante el último año) con el 18,4% de las menciones.

Gráfico 3.3.1: Frecuencia de consumo de tranquilizantes recetados en los últimos 12 meses entre consumidores recientes. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.311.092

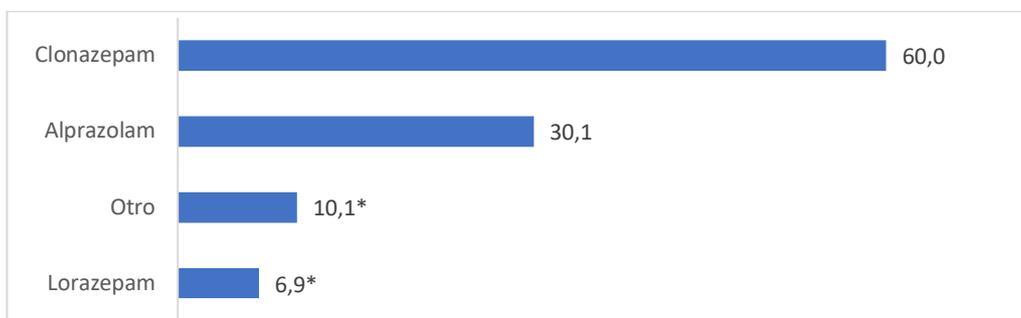


* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes a la categoría “Una sola vez” de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Entre quienes consumieron tranquilizantes o ansiolíticos recetados en el último año, se refirió principalmente el consumo de tranquilizantes pertenecientes al grupo de las Benzodiazepinas (Gráfico 3.3.2), en mayor medida Clonazepam (60%) y Alprazolam (30,1%).

Gráfico 3.3.2: Fármaco tranquilizante o ansiolítico recetado referido como consumido entre consumidores recientes, según nombre genérico. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.311.092

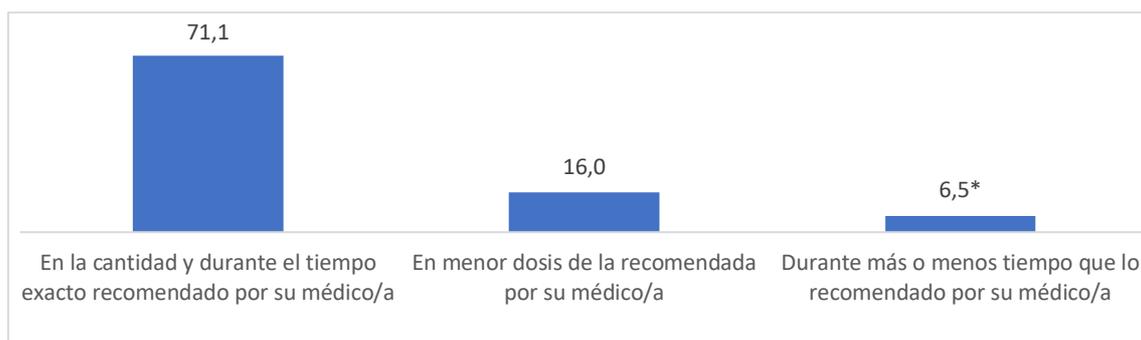


* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes a la categoría “Bromazepam” de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

La mayoría de las personas consumidoras de tranquilizantes recetados (71,1%) indicó consumirlos en la cantidad y durante el tiempo recomendado por su médico/a (Gráfico 3.3.3). En tanto que un 16% refirió consumir los tranquilizantes en menor dosis que la recomendada por su médico/a, y el 6,5% lo hizo en una duración distinta que la prescripta (más o menos tiempo).

Gráfico 3.3.3: Modo de administración de los tranquilizantes recetados entre consumidores recientes. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.311.092



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota 1: Las categorías “Durante más tiempo que lo recomendado por su médico/a” y “Durante menos tiempo que lo recomendado por su médico/a” se unificaron a fines de poder presentar los resultados, de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota 2: No se difunden los valores correspondientes a la categoría “En mayor dosis de la recomendada por su médico/a” de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

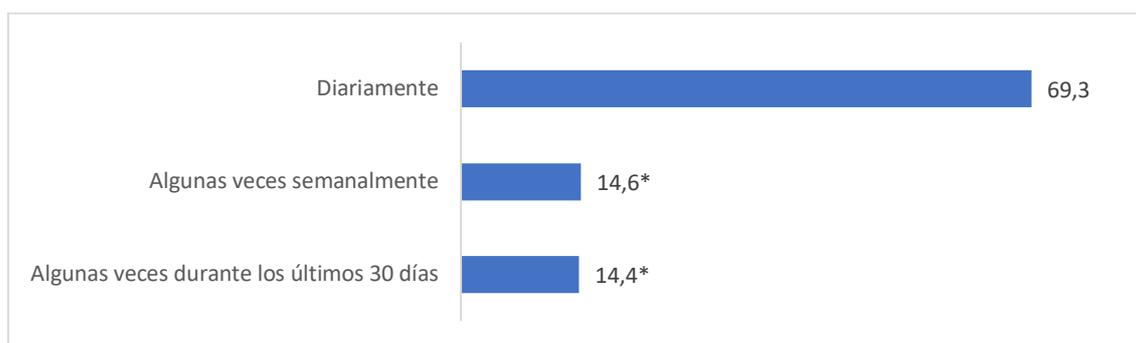
Asimismo, se destaca que casi la totalidad de las personas que consumieron tranquilizantes recetados durante los últimos 12 meses refirió no haberlos consumido en la misma ocasión junto con alcohol (97%), junto con otras drogas como marihuana, cocaína, heroína u otras (98,5%), ni junto con alcohol y otras drogas a la vez (98,8%).

Intensidad del consumo

El análisis de la intensidad del consumo se restringe a los denominados consumidores actuales, es decir, la población que consumió tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica durante los últimos 30 días (representada por 963.242 personas).

Cerca del 70% de las personas que consumieron tranquilizantes recetados durante el último mes, refirió consumirlos de manera diaria (Gráfico 3.3.4). El 14,6% los consumió algunas veces semanalmente y el 14,4% consumió algunas veces en los últimos 30 días.

Gráfico 3.3.4: Frecuencia de consumo de tranquilizantes recetados en los últimos 30 días entre consumidores actuales. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 963.242



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Nota: No se difunden los valores correspondientes a la categoría “Una sola vez” de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Entre las y los consumidores actuales que refirieron consumir tranquilizantes recetados de manera diaria (N= 667.599), el 79,9% lo desde hace un año o más. Como puede observarse en el Cuadro 3.3.1, las personas que consumen tranquilizantes recetados de manera diaria hace un año o más, lo hace en promedio hace alrededor de 11 años si consideramos la media, o 9 años si observamos la mediana (presentando los varones una duración promedio levemente superior a las mujeres).

Cuadro 3.3.1: Medidas estadísticas de la cantidad de años en que los consumidores actuales de tranquilizantes recetados los consumen diariamente, según sexo. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 533.501

Sexo	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Moda	Desvío estandar
Ambos sexos	1,0	55,0	11,2	9,0	2,0	9,4
Varón	1,0*	55,0*	11,6*	10,0*	2,0*	10,3*
Mujer	1,0	48,0	10,9	9,0	2,0	8,9

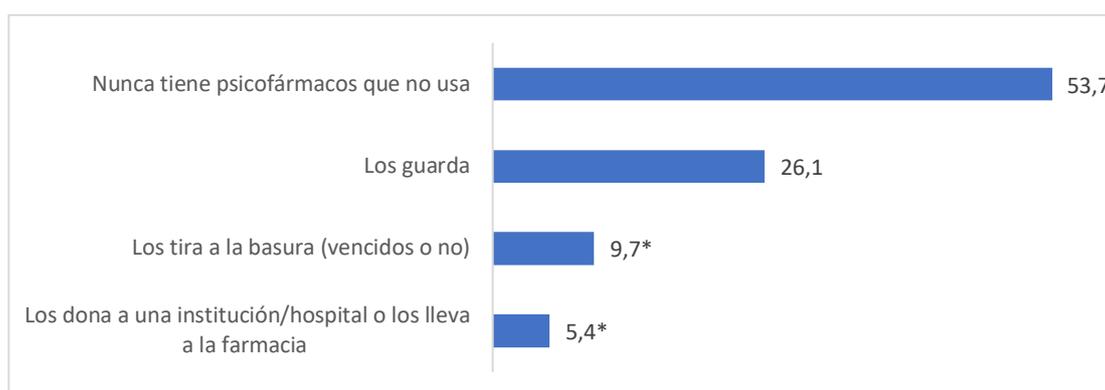
* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Prácticas relativas al almacenamiento y búsqueda de información

Por último, se indagó sobre las prácticas relacionadas tanto con la búsqueda de información para el consumo de psicofármacos como con su almacenamiento, es decir, qué hacen las personas cuando ya no usan los psicofármacos que tienen.

Entre las personas que consumieron tranquilizantes o ansiolíticos recetados durante el último año, más de la mitad indicó que no tiene psicofármacos que no usa (53,7%), mientras que un 26,1% respondió que los guarda (Gráfico 3.3.5). En tanto que menos de un 10% de las y los consumidores recientes mencionó que cuando ya no los utiliza tira los psicofármacos a la basura (9,7%), o los dona a una institución o los lleva a una farmacia (5,4%).

Gráfico 3.3.5: Distribución porcentual de consumidores recientes de tranquilizantes recetados, según qué hace con los psicofármacos que ya no usa. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.311.092



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Nota 1: Las categorías “Los dona a una institución/hospital” y “Los lleva a una farmacia” se unificaron a fines de poder presentar los resultados, de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

Nota 2: No se difunden los valores correspondientes a las categorías “Se los da a un familiar o amigo/a” y “No tiene psicofármacos en su casa” de acuerdo con los criterios metodológicos detallados en el Capítulo 1, Metodología de la ENCoPrac 2022.

La mayoría de las personas que consumieron tranquilizantes o ansiolíticos en los últimos 12 meses (76,9%) afirmó que siempre se informa sobre los riesgos o cuidados que debe tener al tomar psicofármacos, mientras que un 8,5% lo hace casi siempre y un 8,2% pocas veces.

Gráfico 3.3.6: Distribución porcentual de consumidores recientes de tranquilizantes recetados, según búsqueda de información sobre los riesgos o cuidados recomendados para su administración o uso. Población de 16 a 75 años. Total 31 aglomerados urbanos. Año 2022. N= 1.311.092



* Los valores deben ser analizados con precaución. Sobre los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022.

Reflexiones finales

El último estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en población general realizado por la Sedronar (2017b) recabó información sobre el consumo de psicofármacos (tranquilizantes o ansiolíticos, y estimulantes o antidepresivos), pudiéndose conocer si las personas que consumieron alguna vez en la vida los tomaron con receta o prescripción médica, por su cuenta o si primero fueron recetados y luego los tomaron por su cuenta. No obstante, los indicadores de prevalencias de consumo de último año y último mes, la tasa de incidencia anual, la edad de primer consumo y la frecuencia e intensidad del consumo fueron recabados exclusivamente respecto del consumo sin prescripción médica.

Si bien en el estudio anterior (Sedronar/OAD, 2017b) la población bajo estudio presentó otro corte etario (12 a 65 años) y distinto tamaño de las localidades que la conforman, se puede mencionar -a modo de referencia- que el 15,3% de la población había consumido alguna vez en la vida tranquilizantes o ansiolíticos con o sin prescripción médica (siendo mayor la proporción entre mujeres que en varones); y que, de ellos, el 78% de los casos fue únicamente recetado o bajo prescripción médica (lo que representaba a 2.264.278 personas). En la presente edición, entre la población bajo estudio -de 16 a 75 años-, el 14,1% consumió tranquilizantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, mientras que 12,5% es la prevalencia de vida del consumo recetado (lo que representa a un total de 2.589.500 personas). Además, en el último año, 1.311.092

personas consumieron tranquilizantes o ansiolíticos bajo receta o prescripción médica (esto es, el 6,3% de la población estudiada), siendo 2 de cada 3 personas mujeres, y teniendo 2 de cada 3 personas entre 50 y 75 años.

De los datos obtenidos a nivel poblacional respecto del consumo de psicofármacos (y en este caso, particularmente tranquilizantes o ansiolíticos) recetados, se destacan varias lecturas, reflexiones e interrogantes posibles. En primer lugar, resulta importante poner en contexto el momento histórico y social en el que fuera realizado el estudio, esto es, a dos años del inicio de la pandemia por Covid-19. Desde el inicio de la pandemia en adelante, se han publicado una serie amplia de informes, estudios e investigaciones que dan cuenta -cada cual con sus particularidades- de un incremento de algunos diagnósticos de tipo psiquiátrico, como así también del consumo de medicación psicoactiva.

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) publicó un estudio realizado en 130 países, en el que se menciona el crecimiento de la demanda en salud mental en el primer año de la pandemia. Ese estudio menciona, también, la existencia de obstáculos en el acceso a servicios de salud mental.

Otra investigación realizada en 204 países que analizó 5.683 casos concluye que las más afectadas en la pandemia fueron las mujeres, si se las compara con los varones. La mayor afectación se identificó en relación con dos diagnósticos: trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad (Santomauro et al, 2021).

En 2021 se realizó la Campaña para la Salud Mental de la OMS, en la que esta organización reiteró la incidencia de la pandemia en la salud mental, y planteó otros segmentos poblacionales como afectados, además de las mujeres y los/as jóvenes: incluyó trabajadores/as de primera línea (entre ellos, los de salud), y aquellas personas con problemáticas de salud mental preexistentes a la pandemia. La OMS también subrayó que, como consecuencia de la pandemia, fueron interrumpidos distintos servicios de atención para problemáticas de salud mental mental, neurológicas y por consumo de sustancias.

A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) planteó que era necesario proyectar escenarios postpandemia que pudieran tomar en consideración las consecuencias de la misma en los procesos productivos, económicos, laborales y sanitarios, como así también en políticas de protección social y en espacios de intercambio social cotidiano, entre otros aspectos de la vida individual y colectiva.

Por último, en Argentina, durante la pandemia se publicaron estudios que también marcaron la relevancia de considerar que la coyuntura de la pandemia-postpandemia se da en un contexto más amplio con condiciones previas en las que se verifican múltiples vulnerabilidades, entre ellas, en el área de salud (CONICET, 2020; Pecheny, 2020).

La Confederación Farmacéutica Argentina publicó datos que obtuvo durante la pandemia, que señalan que, en este país, el consumo de psicofármacos en 2020 aumentó 6,5%, en comparación al 2019 (COFA, 2021). Por otro lado, la Sedronar publicó un estudio que expuso que esta situación repercutió especialmente en las mujeres por

la sobrecarga de tareas de cuidado que se suscitó a partir del período de ASPO (Sedronar/OAD, 2021).

Por otra parte, un estudio conjunto de INECO y la Universidad de Harvard realizó una encuesta a 10.053 personas en Argentina en la primera semana de cuarentena. Las personas encuestadas mostraron síntomas inequívocos de ansiedad y depresión: el 33% informó posibles síndromes depresivos, y el 23% posibles síndromes ansiosos (Torrente et al, 2021).

Otro estudio del período es el de Irrazábal y equipo (Irrazábal, 2021), en el que analizaron 4.537 casos concluyendo que, en 2021, los casos analizados refirieron haber atravesado al menos 3 problemas de salud, y entre esos problemas, los de salud mental ocupaban el primer lugar. Para el mismo período, casi la mitad de los casos dijo haber padecido trastornos de ansiedad, y casi 4 de cada 10, depresión. Sólo el 42,4% de quienes tuvieron diagnóstico de ansiedad, y el 34,9% de quienes tuvieron diagnóstico de depresión, acudieron a profesionales de la salud mental; en tanto que 3 de cada 10 no recurrieron a nadie para atender la ansiedad y la depresión, y 2 de cada 10 tampoco lo hicieron para cuestiones que consideraron psiquiátricas.

Otros estudios que son útiles para una lectura de los acontecimientos son los de tipo epidemiológico. Previo a la pandemia, Stagnaro et al (2018) realizaron un estudio en población general, y ya habían señalado a los trastornos de ansiedad como el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%). El estudio de Irrazábal (2021) marca un incremento en ambos, que para 2021 arrojan el 47,2% y el 36,8%, respectivamente. Si bien ambas poblaciones no son comparables por las distintas metodologías empleadas, plantean el empeoramiento de indicadores en pandemia.

Por otro lado, los resultados de la ENCoPraC 2022 reflejan otro fenómeno conocido y estudiado hace tiempo: el mayor consumo de psicofármacos en mujeres⁴. Gabriela Bru (2022), luego de una revisión de antecedentes, concluye que las desigualdades de género en el campo de la salud mental adquieren particularidades que se manifiestan de múltiples formas: como un aspecto estructural determinante en la prevalencia y distribución de los padecimientos psíquicos, pero también como un determinante en la atención de la salud mental. Un artículo acerca del consumo de psicofármacos en mujeres en Uruguay (Bielli et al, 2023) arriba a conclusiones similares, al afirmar que “las explicaciones que justifican la prescripción en situaciones familiares problemáticas, roles de género, como esposas, madres o hermanas agobiadas por las responsabilidades respecto a los miembros de la familia, muestran que los psicofármacos no son sólo medicamentos para solucionar problemas de salud mental, sino también para solucionar problemas sociales” (p. 11). Asimismo, en dicho artículo, se señala que el cuerpo médico

⁴ Cabe señalar que, si bien en la ENCoPraC 2022 se ha consultado, además de la categoría sexo al nacer, respecto de la identidad de género de las personas, al presentar los resultados se presenta únicamente la categoría sexo debido a que los bajos casos muestrales de otros géneros no cumplían con los criterios utilizados para garantizar la calidad de las estimaciones y la solvencia estadística de los datos (ver Capítulo 1, Metodología de la ENCoPraC 2022).

ha sido objeto de críticas debido a abogar a la reproducción de las desigualdades de género en el sistema de salud, que se evidencian en los menores esfuerzos terapéuticos y en la prescripción en mayor cantidad de psicofármacos a mujeres que a varones. En la misma sintonía, en España, Bacigalupe et al (2020) muestran la existencia de desigualdades de género en la salud mental y señalan un posible proceso de sobrediagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, por el cual los y las profesionales de la salud -ante estados de salud mental similares- diagnostican con mayor frecuencia como depresión y ansiedad a mujeres que a varones, prescribiendo con mayor intensidad psicofármacos para ellas.

Además de un mayor consumo de tranquilizantes recetados en mujeres, los resultados del presente informe dan cuenta de otro patrón de consumo estudiado: el mayor consumo de psicofármacos en edades adultas. La ENCoPraC 2022 evidencia un aumento marcado en el consumo de tranquilizantes recetados a partir de los 50 años y, además, señala que aquellas personas que consumen de manera diaria, lo hacen en promedio desde hace más de 10 años. Sería interesante ahondar en el conocimiento respecto de las prácticas y motivos de consumo en estos grupos etarios, para conocer si este mayor consumo tiene que ver con una práctica habitual del cuerpo médico de medicar a los pacientes mayores (“polifarmacia”) y/o si responde a consecuencias de las condiciones de vida y los hábitos de los y las pacientes mayores (Bielli et al, 2023). Una investigación realizada durante el año 2020 (Portela, 2021), cuyo objetivo fue estudiar las transformaciones en las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia en mujeres mayores de 60 años atravesadas por factores sociales de vulnerabilidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mostró un consumo crónico y naturalizado de psicofármacos, principalmente de benzodiazepinas, prescritas por sus médicos/as. De acuerdo con esta investigación, en la mayoría de los casos el consumo de psicofármacos se inicia en la mediana edad por problemas de insomnio, depresión y ansiedad vinculados a conflictos con sus hijos/as y/o parejas, y, en varios casos, se extiende por más de 10 años; además de evidenciarse un aumento del consumo de tranquilizantes y antidepresivos durante la pandemia.

A modo de cierre, en un contexto de postpandemia, en el que se experimentan procesos cada vez más crecientes de farmacologización de la sociedad (Bianchi, 2018) y, particularmente, biomedicalización de las vidas de las mujeres (Blázquez Rodríguez, 2021), resulta imprescindible continuar produciendo información a nivel poblacional sobre las prácticas de consumo de psicofármacos, ya no únicamente en relación con sus usos indebidos (esto sería, automedicación), sino también en relación con los consumos recetados o prescritos por un/a profesional de la salud. Como señala Gabriela Bru (2022), “las desigualdades de género en salud mental poseen múltiples implicancias y efectos en todas las dimensiones de la vida y en consecuencia se constituyen como un campo de investigación en expansión” (p. 615). Entre otros temas, sería interesante poder profundizar acerca de los motivos que llevan a las personas al consumo de psicofármacos, para evidenciar si hay una prescripción diferencial de acuerdo con el género de la persona que consulta (en el caso del consumo bajo prescripción médica). En este sentido, podría ser de utilidad el desarrollo de intervenciones basadas en la

Sedronar

capacitación en perspectiva de género que apunten a desnaturalizar las prácticas de sobremedicación de las mujeres (y, particularmente, de edades adultas) por parte de los/as profesionales y a deconstruir o cuestionar los estereotipos que las fomentan (Portela, 2021). Contar con información periódica y actualizada, permitirá reorientar las políticas públicas en la materia.

Resumen Ejecutivo

Principales resultados

El consumo de alcohol y tabaco presentan las prevalencias más altas, ya sea de vida, año y mes, seguida por el consumo de marihuana.

El consumo reciente de alguna droga ilícita asciende al 10,6 % y representan unas 2.206.028 personas.

Los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres para todas las sustancias excepto en el caso de tranquilizantes, estimulantes y marihuana con fines terapéuticos.

Alcohol

El 84,7% de las personas tomaron alguna bebida alcohólica en su vida, y unas 481.984 personas comenzaron a beber en el último año, de las cuales unas 250.298 son mujeres.

El 81 % de los más jóvenes bebió alcohol alguna vez y en promedio lo hizo a los 16 años.

El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 51,2% de la población, y en mayor medida en los varones. Entre los 25 y los 34 años se observa la tasa más elevada del 59,7 % y entre personas adultas mayores, la menor, del 38,9%.

El 13,2% de la población que no había bebido anteriormente iniciaron el consumo en el último año. Estos nuevos usuarios son mayormente varones (19,2%) y el 34,2% tiene entre 16 a 24 años.

Tabaco

Algo menos de la mitad de la población que tiene entre 16 y 75 años fumó cigarrillos alguna vez en su vida y unas 4.851.284 personas, es decir casi 23 personas de cada cien fuman actualmente. Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (26,0% y 20,8 % respectivamente) y son las personas con edades de 35 a 49 años quienes tienen niveles de consumo más elevados.

Psicofármacos

El estudio nacional estima que 14 de cada cien, unas 2.931.033 personas, ha consumido tranquilizantes bajo tratamiento médico o bien por su cuenta, siendo algo superior entre las mujeres y entre las personas adultas de 50 años y más. La mitad de la población bajo estudio que consumió tranquilizantes s/pm, lo hizo antes de los 25 años con una tasa de consumo reciente del 0,6 %.

El consumo de alguna vez en la vida de estimulantes alcanza al 3,3% de la población siendo algo superior entre las mujeres. En tanto, la tasa de usuarios actuales se reduce al 1,3%*.

Marihuana

Es la droga ilícita de mayor consumo en el país. El 13,8% de la población declaró su uso en el último año con fines terapéuticos o no terapéuticos. Unas 2.147.437 personas usaron recientemente marihuana con fines no terapéuticos y en mayor magnitud los varones y las personas de edades entre los 24 y 35 años. En tanto el 10,9% de personas jóvenes de 16 a 24 años consumió marihuana en el último mes.

Cocaína

El 3,9 % de la población entre 16 y 75 años consumió cocaína alguna vez en su vida y las mayores tasas se presentan en la población cuyas edades se encuentran entre los 25 y 49 años.

Menos del 1% la consumió en el último año y prácticamente no se registra uso de la sustancia entre los adultos de 50 años y más.

Otras sustancias

El 3,2% de la población bajo estudio consumió alguna vez en su vida alucinógenos, esto representa aproximadamente unas 672.460 personas, y en mayor medida entre los varones y entre las personas con edades entre 25 y 49 años.

En menor medida, el 1,5 % declaró consumo de éxtasis al menos una vez, con mayores tasas entre los hombres y adultos de 25 a 34 años*.

Prácticas de cuidados

Las personas que consumen bebidas alcohólicas, tabaco y/o marihuana UNT realizan prácticas de cuidado para evitar efectos no deseados del consumo, tomando al menos un recaudo al consumir. Esto sucede en mayor proporción en el caso de quienes consumen bebidas alcohólicas (88,4%) y entre quienes consumen marihuana UNT (79,9%). Por su parte, poco más de la mitad de la población que consume tabaco toma algún recaudo para evitar efectos no deseados (52,4%).

La proporción de personas que no toman recaudos al consumir bebidas alcohólicas aumenta en los tramos de mayor edad: es del 6,6% entre los más jóvenes y llega al 23,9% en el grupo de mayor edad. También varía la cantidad de recaudos tomados para evitar efectos no deseados del alcohol, dado que a menor edad son más los recaudos mencionados (el 47,6% de los/as jóvenes de 16 a 24 años toma tres o más recaudos al

consumir), y a mayor edad (66 a 75 años) es más frecuente tomar solo un recaudo (59,4%), o ninguno (23,9%).

De las personas que declararon haber consumido alguna sustancia en el último año (alcohol, tabaco u otra), el 5,9% manifestó haber sentido preocupación por su forma de consumo. Esta inquietud aparece con mayor frecuencia entre varones (6,7%) y en las personas jóvenes de 25 a 34 años (7,5%).

El 68,3% de la población que declaró preocupación por su consumo señaló que el tabaco es la principal inquietud. En menor medida, le sigue el consumo de alcohol (32,7%).

Otra información

Al analizar las prevalencias de mes de distintos consumos (alcohol, tranquilizantes cpm, marihuana, cocaína) de acuerdo al clima educativo del hogar, se observa que las personas con clima educativo alto suelen consumir más que las de clima educativo bajo. A excepción del tabaco que presenta prevalencias de mes más altas en clima educativo bajo.

El total de personas que declaró haber sentido curiosidad por probar alguna droga que no hubiera consumido previamente representa casi el 12% del total de la población. Cuando se analiza según el clima educativo del hogar al que pertenecen, el porcentaje es mayor en los hogares con clima educativo alto (16,6%) y disminuye al 9% en los hogares con clima educativo bajo.

El 32,0% de la población definió el consumo de drogas en su barrio como “grave”. Cuando se tiene en cuenta el clima educativo del hogar al cual pertenecen las personas: el % aumenta al 43,5% entre quienes se encuentran en hogares con clima educativo bajo mientras que entre las personas en hogares con clima educativo alto baja al 13,8%.

Referencias

- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Sanders, J. y Monteiro, M (2001). "AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria". OMS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
- Baczko, B. (1999). Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 8(2), 214-257. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v8.n2.11>
- Bielli, A.; Bacci, P.; Bruno, G.; Calisto, N. (2023). Cambiar para que todo siga igual: mujeres y psicofármacos en Uruguay. Revista Estudios Feministas, Florianópolis, 31(1), e93197. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193197>
- Blázquez Rodríguez, M. (2021). La biomedicalización de las vidas de las mujeres: una revisión de sus dimensiones desde las publicaciones en español. Revista Internacional de Sociología, 79(2), e182. <https://doi.org/10.3989/ris.2021.79.2.19.141>
- Bru, G. (2022). Medicalización, salud mental y género: perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres. Katálysis, Santa Catarina, 25(3), 611-620. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e85167>
- Carballeda, A.J.M. (2014). Algunos aspectos históricos y geopolíticos que hacen a la construcción discursiva del consumo problemático de drogas. Estrategias Psicoanálisis y Salud Mental, 1 (2), 36-38. Recuperado de: <https://www.revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1490/1439>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones (Informe Especial COVID-19 N° 5), Santiago de Chile.
- Confederación Farmacéutica Argentina. (2021). Evolución de las dispensas de psicofármacos enero – julio 2021. <http://observatorio.cofa.org.ar/index.php/2021/09/03/evolucion-de-las-dispensas-de-psicofarmacos-enero-julio-2021-comparativo-con-igual-periodo-de-2020/>
- CONICET. (2020). Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN. CABA, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf
- Güelman, M. y Sustas, S.E. (2018). Hacer bien una fecha. Entre el cuidado y la maximización del placer en consumidores de drogas sintéticas. Physis: Revista de

- Saúde Coletiva, 28 (3). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280314>
- INDEC. (2021). Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad. Recuperado de: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/dossier_personas_edad.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 ENCoPraC. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Argentina: SEDRONAR.
- Irrazábal, G. (2021). Salud, bienestar, coronavirus y vacunas según región y adscripción religiosa. Primer Informe de la Encuesta Ciencia, Salud, Creencias y Sociedad en contexto de pandemia Covid-19 en Argentina. Materiales de investigación CEIL (9). <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2021/12/m9-Irrazabal-Salud-bienestar-coronavirus.pdf>
- Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (2013). Riesgos, daños y placeres. A modo de introducción de un manual para entender las drogas. En Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (eds). De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida: Editorial Milenio.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. 1413-8123. Ciênc. saúde coletiva, 8(1), 185-207. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- OEA/CICAD/OID (2019a). Indicadores estandarizados para redes nacionales de información sobre drogas en América Latina 2019. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de: <https://www.cicad.oas.org/oid/pubs/IndicadoresEstandarizados.pdf>
- OEA/CICAD/OID (2019b). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de: <https://www.cicad.oas.org/oid/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>
- ONU/UNODC. (2022). World Drug Report. Viena: Autor. Recuperado de: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf
- Organización Mundial de la Salud (5 de octubre de 2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>
- Organización Mundial de la Salud. (5 de octubre de 2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de octubre de 2021). Día Mundial de la Salud Mental 2021. <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2021>
- Pasarín, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

- Pecheny, M. (2020). Fragmentos sobre COVID-19. En London, S. (Comp.), La investigación en ciencias sociales en tiempos de pandemia: cuatro meses de cuarentena. Documento de Trabajo Colectivo, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur. <https://iies.conicet.gov.ar/images/DDT/DocColectivoII.pdf>
- Portela, A. (2021). Las pastillas de la abuela. Revista Límbica vol. II, 3, 1–11. ISSN 2718-7241. <https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2021/11/AR-2-N3-Las-Pastillas-de-la-abuela-.pdf>
- Rodríguez San Julián, E., Megías Valenzuela, E., Megías Quirós, I., Rodríguez Felipe, M.A., Rubio Castillo, A. (2014). Percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD.
- Romaní, O. (2013). Reducción de daños y control social ¿De qué estamos hablando? En Martínez Oró, D.P. y Pallarés Gómez, J. (eds). De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida: Editorial Milenio.
- Santomauro, D. F. et al (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7).
- Sedronar/OAD. (2004). Segundo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina 2004. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2004._estudio_nacional_en_poblacion_de_12_a_65_anos_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_informe_final.pdf
- Sedronar/OAD (2017a). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de Resultados N°1. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_magnitud_del_consumo_de_sustancias_0.pdf
- Sedronar/OAD (2017b). Consumo de Psicofármacos. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._estudio_nacional_en_poblacion_de_12_a_65_anos_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_consumo_de_psicofarmacos_0.pdf
- Sedronar/OAD. (2021). Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Eje 2: Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. Informe general de resultados principales. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/oad_2021_modificaciones_de_las_practicas_de_consumo_de_sustancias_en_poblacion_general._informe_general_de_resultados.pdf
- Sedronar/OAD. (2022a). Sistema Nacional de Información sobre Consumos de sustancias. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/documentos-guia>

Sedronar/OAD. (2022b). Cartilla 6: Recomendaciones para investigar con perspectiva de género. Caja de herramientas. Cartillas OPD. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/cartillas-opd>

Sedronar/OAD. (2022c). Cartilla 8: Enfoque para investigaciones respetuosas. Derechos humanos y salud mental. Caja de herramientas. Cartillas OPD. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/cartillas-opd>

Stagnaro, J.C.; Cía, A.; Vázquez, N.; Vommaro, H.; Nemirovsky, M.; Serfaty, E.; Sustas, S.E.; Medina Mora, M.E.; Benjet, C.; Aguilar-Gaxiola, S. y Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. (XXIX), 275-299.

Torrente, F.; Yoris, A.; Low, D.M.; Lopez, P.; Bekinschtein, P; Manes, F y Cetkovich, M. (2021). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. J Affect Disord. 1(282), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>

Tirado-Otálvaro, A.F. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. Cadernos de Saúde Pública, 32 (7). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00177215.pdf>