



ESTUDIO LOCAL DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ACCESIBILIDAD

Municipio de Berisso

2014



SEDRONAR
PRESIDENCIA DE LA NACION

Presidenta de la Nación
Cristina Fernández de Kirchner

Secretaría de Programación para la Prevención de la
Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico

Secretario de Estado
Juan Carlos Molina

diciembre 2014

CONTENIDO

Prólogo	5
Presentación	
Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad	7
Agradecimientos	11
Capítulo I	
Definiciones conceptuales y metodológicas	13
1. Definiciones conceptuales y marco teórico.....	13
2. Diseño metodológico	17
2.1. Objetivos.....	17
2.2. Material y métodos.....	17
2.3. Diseño muestral	18
2.4 Trabajo de Campo	19
Capítulo II	
Sobre el Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad en el Municipio de Berisso	21
2.1 Mapeo inicial.....	24
2.2 Reuniones de diagnóstico y mapeo inicial. Percepciones y debates.....	25
Capítulo III	
Caracterización socio-demográfica de la población	29
3.1. Distribución por edad y género.....	29
3.2. Cobertura de Salud.....	31
3.3. Trayectorias educativas.....	34
3.4. Condición de actividad de los entrevistados	37
3.5. Programas sociales.....	39
3.6. Caracterización de los entrevistados PSH.....	41

Capítulo IV

Consumo de sustancias psicoactivas	43
4.1. Consumo de alcohol y tabaco.....	43
4.1.1 Consumo problemático de alcohol.....	46
4.2 Consumo de psicofármacos	49
4.2.1 Consumo problemático de psicofármacos.....	51
4.3 Consumo de marihuana, cocaína y pastillas mezcladas con alcohol.....	52
4.3.1 Consumo problemático de marihuana	54
4.3.2 Consumo problemático de cocaína.....	56
4.4 Consumo de solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias.....	57
4.5 Edades de inicio promedio	58

Capítulo V

Accesibilidad y trayectorias institucionales	61
5.1 Percepciones sobre el consumo propio	61
5.2 Respuestas frente a la preocupación por el consumo propio.....	64
5.3 Percepciones sobre el consumo de otros.....	66
5.4 Respuestas frente a la preocupación por el consumo de otros.....	71
5.5 Recursos de consulta.....	73

Capítulo VI

Problemas y recursos de los vecinos del barrio	75
---	-----------

Capítulo VII

Opinión.....	81
Reflexiones finales	87

PRÓLOGO

La gestión de Juan Carlos Molina en la conducción de SEDRONAR planteó un cambio de perspectiva para las distintas áreas de la Secretaría. Frente al enfoque punitivo y medicalizador que pone el énfasis en la sustancia consumida, y homologa a quien consume con la figura del delincuente o del enfermo, se propuso un enfoque de derechos centrado en los sujetos y sus condiciones de vida. Este nuevo enfoque requiere producir información, datos fiables y relevantes para comprender a los consumos problemáticos y las adicciones en su complejidad e integralidad, incluyendo también el análisis de las respuestas de las diferentes instituciones.

El estudio que presentamos a continuación implementa un abordaje de tipo territorial y comunitario para efectuar un diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en diferentes barrios y/o municipios de nuestro país. Este enfoque es estratégico en tanto entiende que la investigación sobre los consumos de sustancias debe incluir tanto los patrones y magnitud del consumo como el impacto del consumo en la vida cotidiana de las personas, y, principalmente, la accesibilidad a los sistemas preventivos, terapéuticos y de contención.

A su vez, este estudio abre la posibilidad de efectuar un diagnóstico a nivel local y de ofrecer información a escala microsocial, una dimensión que no puede ser abordada desde los estudios y estadísticas nacionales. En un país como Argentina, donde la heterogeneidad territorial es la regla y no la excepción, este estudio, a través de metodologías específicas, construye información estratégica que puede aportar a la toma de decisiones y

comprensión de un fenómeno tan complejo como el consumo de sustancias, a nivel de los barrios y localidades.

El trabajo que se desarrolla aquí se inscribe entonces en el objetivo de construir abordajes desde la comunidad, desde la multiplicidad de realidades locales y de comprender el fenómeno de los consumos de sustancias psicoactivas desde la complejidad que lo caracteriza. Al incorporar a los actores sociales involucrados directa o indirectamente en la temática se busca además fortalecer el trabajo de redes intersectoriales y así como incorporar una pluralidad de miradas para profundizar nuestra comprensión de este fenómeno.

Presentación

ESTUDIO LOCAL DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ACCESIBILIDAD

El Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR tiene como objetivo sistematizar y analizar información estadística relacionada con los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el territorio nacional, así como también promover líneas de investigación que contribuyan al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas vinculadas con dicha temática.

Con el propósito de aportar información rigurosa, útil y de calidad, la líneas de acción de SEDRONAR se orientan a caracterizar los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en los diferentes territorios, provincias y regiones a fin de construir un mapa en donde sea posible identificar «zonas críticas» en el territorio nacional y desarrollar, en consecuencia, las respuestas político-institucionales más adecuadas a esas realidades. Así, se articula el análisis micro y macro social e integrando diferentes estrategias metodológicas que aporten perspectivas complementarias sobre las múltiples dimensiones de esta problemática.

En este marco, una de las principales líneas de trabajo es el desarrollo de estudios que nos permitan caracterizar los diversos consumos a nivel local, así como también aportar elementos para comprender con qué recursos socio-sanitarios cuentan las personas que requieren atención para sí o

para otros significativos. Este estudio también promueve la participación de los municipios y de otros organismos afines con el propósito de conformar un proyecto plural, interdisciplinario y federal para la producción de información sobre una temática compleja.

Desde esta perspectiva, los **Estudios locales de consumos problemáticos y accesibilidad** a recursos socio-sanitarios tienen como propósito conformar un proyecto plural que articule el trabajo de SEDRONAR, organismos provinciales, municipios, instituciones, organizaciones, grupos y/o personas que están trabajando –de manera directa o indirecta- en el tema consumos problemáticos de drogas en barrios o localidades de nuestro país, planteando como meta la construcción de un **diagnóstico local** utilizando herramientas de la **epidemiología comunitaria**. Esto es, desde este estudio buscamos ofrecer a los actores locales un mayor y mejor conocimiento, una síntesis de información sobre lo que sucede en sus territorios de pertenencia en materia de consumo problemático de drogas y, especialmente, en torno a la accesibilidad a los sistemas terapéuticos y preventivos.

Los estudios nacionales aportan una mirada generalizante, amplia, que aportan datos estadísticos agregados, ya sea a nivel provincial o nacional. Estos estudios son de suma relevancia en la medida en que ofrecen algunos para realizar un análisis nacional o regional así como también comparar la situación de nuestro país en relación con la de otros países de la región. Sin embargo, es frecuente que a partir de esta mirada situada en lo “macro” se pierdan de vista y se diluyan las realidades locales.

Esta línea de estudios busca complementar esta mirada general. Partiendo del reconocimiento de que es en el plano territorial y en la vida cotidiana de los barrios en donde se expresan y constituyen las problemáticas relacionadas al consumo de drogas, este estudio tiene como objetivo producir información que visibilice la situación de un barrio o municipio y ofrezca además algunos elementos para la reflexión sobre la construcción de dispositivos preventivo-asistenciales. Esto necesariamente involucra la participación de actores gubernamentales de diferente nivel así como también

el trabajo de organizaciones y grupos y que ofrezca algunas herramientas para futuras intervenciones.

Pensemos, por ejemplo, cuántas veces los referentes sociales y/o trabajadores de salud que están en contacto con los cotidianos de los barrios comentan desconcertados los datos estadísticos a nivel nacional o provincial: si “si en nuestro barrio casi todos los pibes de 13 años fuman marihuana, como es posible que la prevalencia de consumo actual sea del 5%?”; o que se preguntan por las maneras de intervenir o derivar frente a una situación determinada: “¿qué hacemos cuando vemos a un chico consumiendo?; ¿qué se puede hacer, o dónde se puede ir para ayudar a un vecino con problemas?”.

Los diagnósticos locales aportan elementos que podrían colaborar a resolver al menos algunos aspectos de estas preguntas tan frecuentes. En primer lugar, a partir de conocer mejor no sólo qué consume la población de un barrio, o cuánto lo consume, sino cómo los consumos problemáticos afectan la vida cotidiana de la persona o de alguien cercano. Pero además, se propone dar un paso más, para saber qué es lo que hacen las personas frente a los consumos problemáticos: *¿buscan ayuda o lo resuelven en la esfera doméstica? Si consultan, ¿a quién? ¿A dónde? ¿Qué respuesta encuentran?* Estas preguntas buscan comprender problemas frecuentes que se presentan en la atención de los consumos problemáticos, en especial la escasa consulta espontánea sobre estas problemáticas, y las dificultades que existen muchas veces para acceder a la atención oportuna o contención frente a un problema de consumo. Este es un aspecto a abordar desde estos estudios, con el fin de aportar elementos que permitan precisar y explicitar fortalezas y debilidades de los recursos que disponen los territorios, barrios o comunidades, para poder pensar estrategias más adecuadas que promuevan una mayor y mejor accesibilidad a los mismos.

Por último, se busca a través de la participación comunitaria fomentar la reflexión colectiva de los actores locales como ser: instituciones de salud, educación, deporte, cultura; organizaciones sociales y políticas; clubes, iglesias, referentes territoriales, vecinos, etc. con el objetivo de que en esa

reflexión se aborden problemas relacionados directamente con el consumo, pero buscando también discutir cómo este tema se asocia a los procesos de inclusión/exclusión social y la protección de los derechos sociales y humanos. Creemos que un diagnóstico local debe ser realizado a través de la participación social de la comunidad para que esa información sea construida y utilizada por quienes pueden generar los cambios necesarios.

Agradecimientos

Desde el equipo de SEDRONAR queremos agradecer especialmente la colaboración de todos los actores sociales e institucionales que participaron y que con su compromiso hicieron posible la realización de este estudio.

Al Municipio de Berisso que a través de la Dirección de Salud a cargo de la Dra. Graciela Matcovik, puso disposición su equipo de trabajo. A la coordinadora general de este estudio, la Lic. Marilina Maciel; a los 25 encuestadores, estudiantes de la Universidad Nacional de la Plata y a los cuatro data entries; a los referentes barriales que se acercaron y aportaron su valiosa mirada sobre la problemática del consumo en sus barrios; a los representantes de organizaciones sociales y asociaciones civiles de los barrios de Berisso; a los miembros de la comunidad religiosa que también se acercaron y colaboraron; a los trabajadores y trabajadoras de las Unidades Sanitarias y CPA de la zona que además nos proveyeron de espacios físicos donde poder llevar a cabo las reuniones preparatorias; a los clubes y mesas de encuentro que nos abrieron las puertas a esta propuesta y se animaron a pensar juntos la realidad local.

Esperamos los siguientes resultados y análisis aporten a este camino de un abordaje distinto de los consumos problemáticos.

Equipo SEDRONAR

Capítulo I

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

1. DEFINICIONES CONCEPTUALES

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad trabaja –ya desde su denominación– en dos grandes ejes: los consumos problemáticos, y la accesibilidad a los recursos socio-sanitarios. Ambos requieren de ser precisados para acercarnos a definiciones que nos permitan dar un marco apropiado para interpretar los resultados obtenidos, así como a los instrumentos producidos para la recolección de datos.

Por empezar, la noción de **consumos problemáticos** es una construcción relativamente reciente. La distinción clásica que suele utilizarse en la bibliografía es la que diferencia: uso, como esporádico, recreativo, o incluso indicado para el tratamiento de algún síntoma; abuso, como el uso susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente al sujeto o a su entorno; y la llamada “*adicción*” o “*dependencia*”, en donde aparecen rasgos físicos o psíquicos de un “impulso irrefrenable” por el consumo de dicha sustancia. La idea de consumos problemáticos nos permite incorporar en las definiciones la dimensión particular del sujeto que consume. Primero, “consumos” en plural intenta des-homogeneizar este campo, recuperando la multiplicidad de las experiencias. Por otro, al referirnos a “consumos

problemáticos” se busca identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de ese sujeto en particular.

En este sentido recuperamos el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), donde los consumos problemáticos se definen como: “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras, o cualquier otro consumo diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

De esta forma, lo que supone el concepto de consumo problemático es que el consumo es cualitativamente distinto de un sujeto a otro, y que cada acto de consumo asume una característica particular y especial en cada contexto. Estas diferencias pueden observarse tanto en los efectos como en las consecuencias que trae el consumo en la vida cotidiana de los sujetos, como ser: su vida personal y relaciones sociales, su capacidad de producir (trabajar o estudiar), sus posibilidades de elección o autonomía, su salud psicofísica, etc. Siendo un instrumento cuantitativo, esas particularidades podrán ser observadas pero también cuantificadas, medidas, puestas en relación, y comparadas.

Por otro lado, este estudio aborda la problemática del consumo desde el enfoque de la **accesibilidad a los servicios de atención y rehabilitación**. El concepto de accesibilidad en salud ha sido abordado de múltiples maneras, para los fines de este estudio de diagnóstico local, utilizaremos principalmente la noción de accesibilidad como un vínculo “(...) *que surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad*

particular que adquiere la utilización de los Servicios”¹. Así, para acceder a un recurso no alcanza con que éste se encuentre cerca (accesibilidad geográfica) de quien lo necesita, ya que existen mecanismos *invisibles* -pero que pueden hacerse observables -, que hacen que quienes consultan o piden algún tipo de ayuda o asesoramiento respecto al consumo, propio o de un ser querido, no tengan respuestas o, peor, tengan respuestas desacer-tadas que los expulsan de las redes institucionales y los dejan a la deriva.

Para dimensionar la complejidad intrínseca al concepto de accesibilidad, incluimos las dimensiones que atraviesan esta relación recursos-sujeto que estamos trabajando. Tomando aportes de Floreal Ferrara, distinguimos entre:

- **Accesibilidad geográfica:** toma de medida clásica sobre la distancia (metros, kilómetros) o tiempo (minutos, horas) de distancia entre la persona y el efector. Se asume que a menor complejidad, menor distancia.
- **Accesibilidad económica:** referida al acceso gratuito o pago de los servicios de salud, o de otros servicios como medicamentos, análisis, prácticas, instrumentos.
- **Accesibilidad cultural:** en relación al vínculo médico-paciente, y referida a las representaciones, ideas, creencias y valores, así como los hábitos, prácticas y actitudes de profesionales de la salud y usuarios.
- **Accesibilidad jurídica:** en relación a la cobertura de los pacientes.
- **Accesibilidad administrativa:** referida a las características burocráticas de entrada a los servicios (pedido de turno previo, requerimiento de identificación, tiempo de espera, etc.).

Partiendo de estos conceptos, con el objetivo de establecer en qué magnitud se encuentran recursos institucionales accesibles a los entrevistados,

1 [Barcala, A. y Stolkner, A. \(2000\) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas \(NBI\): Estudio de caso. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.](#)

realizamos preguntas que buscan reconstruir el camino hecho por ellos mismos por distintas instituciones del barrio o del municipio, qué respuesta obtuvo y cuántas veces tuvo que recurrir por el mismo problema. A esto nos referimos con la idea de “trayectorias institucionales”. La misma se refiere a la secuencia de prácticas pautadas a través de las cuales un individuo busca una solución terapéutica a sus problemas. A través de este itinerario, los sujetos se vinculan con la comunidad y las instituciones. Más allá de las variaciones, lo que buscamos es la construcción de una secuencia, más o menos estructurada, que permita dar cuenta de los *recorridos de los sujetos en busca de atención*, de las relaciones que establece con distintos actores e instituciones, como así también del amplio abanico de saberes, prácticas y valores, que articula en ese proceso. En este sentido, la “trayectoria terapéutica” es necesariamente una noción relacional, y por ello se articula con el concepto de accesibilidad como vínculo que trabajáramos antes.

Por último, es de enorme importancia el aporte teórico de Eduardo Menéndez² para entender los datos que aporte este estudio en términos de accesibilidad, siendo que uno de los aspectos abordados y mediante los cuales pretendemos construir información de utilidad, se refiere a las estrategias de auto-cuidado de los sujetos frente a los padecimientos que el consumo propio o ajeno suscitara. Según el autor, la “atención” no puede reducirse a los mecanismos de abordaje bio-médicos de las enfermedades o padecimientos, sino que incluye a todas las actividades que, de manera intencional, buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. De esta manera, se incluyen entre las “estrategias de atención” a diversas formas y técnicas, así como diversos indicadores para la detección de los problemas, y por tanto diversos criterios de curación. Así, esta noción se vuelve particularmente importante para nuestro estudio, ya que reconoce otras formas de atención que requieren ser

-
- 2 MENÉNDEZ, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207, Río de Janeiro. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

reconocidas, especialmente en el campo de las adicciones donde abunda la incertidumbre y las dificultades en las respuestas desde el sistema de salud ortodoxo. Las prácticas populares, y especialmente, algunas formas de auto-atención serán visibilizadas y reconocidas en este abordaje, tanto como las formas de atención “tradicionales”, es decir, las asociadas a la medicina y psicología.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Objetivos

El objetivo general del presente estudio es *construir un diagnóstico local sobre consumos problemáticos de sustancias y sobre la accesibilidad de los sujetos a los recursos socio-sanitarios, a partir de un trabajo de articulación intersectorial e interjurisdiccional, focalizando en:*

- Describir y analizar la situación local respecto a:
 - Los Consumos de sustancias y patrones de consumo.
 - Contextos de vida y relaciones sociales.
 - Percepciones de los sujetos respecto a su propio consumo
 - Trayectorias institucionales de los sujetos en búsqueda de ayuda y/o tratamiento para sí o para otros significativos
- Fortalecer las redes intersectoriales de trabajo en el área.
- Comprometer y sensibilizar a los miembros de la comunidad, organizaciones sociales, trabajadores de la salud y educación, etc. en la problemática
- Diseñar la herramienta adecuada para el registro sistemático de la información

2.2 Material y métodos

En función de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuanti-

tativo, descriptivo-transversal, que incorpora distintos métodos y técnicas, que a continuación se detallan:

- a. Reuniones de organización previas al desarrollo del trabajo de campo con encuestas. Definición de prioridades y mapeo del barrio y/o municipio. Actores implicados: instituciones u organismos del Estado local que lleva adelante la propuesta.
- b. Reuniones de diagnóstico inicial con actores y referentes barriales/vecinales, organizaciones, instituciones específicas o inespecíficas. Información de la experiencia de actores clave del territorio: trabajadores de la salud, educación, referentes barriales, trabajadoras vecinales.
- c. Recolección de información de fuentes secundarias (nacionales o locales).
- d. Encuesta de Consumos Problemáticos y Accesibilidad -se la describe más adelante.
- e. Observación directa. Antes y durante el trabajo de campo.
- f. Taller de devolución y discusión de resultados

En relación al *punto d*, el estudio sobre **Consumos Problemáticos y Accesibilidad** se realizó a través de un **cuestionario estructurado** producido por el equipo técnico de SEDRONAR. Se indagaron las siguientes dimensiones a relevar:

- Socio-demográfica y personal-vincular.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Recorridos de los sujetos que buscaron ayuda para resolver un problema de consumo propio y/o de otros cercanos.
- Recursos institucionales y redes del barrio
- Opinión sobre las políticas implementadas en los últimos años y sobre la problemática del consumo de sustancias en su barrio y el país.

2.3 Diseño muestral

Se empleó una muestra no probabilística por cuotas, en la cual la distribución de los casos a relevar corresponde al peso proporcional de la población de entre 15 años y 65 de cada área seleccionada, tomando como base para su cálculo los datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas 2010. El tamaño de la muestra está ligado a: **1)** la cobertura geográfica definida para cada estudio y; **2)** las aperturas o cruces que se consideran para el análisis de la información. Cuanto mayor sea el nivel de apertura de los resultados, mayor cantidad de encuestas serán necesarias. En el estudio local se trabaja con aperturas territoriales a nivel local.

El proceso de encuestado fue a través de visitas a los hogares de los barrios en los que se trabajó, y dentro de los mismos se seleccionan aleatoriamente las personas a entrevistar.

Las características de los grupos de población a relevar, se definieron antes del armado la muestra y usando como lineamiento los objetivos del estudio y la información obtenida de las **reuniones de mapeo previas** al trabajo de campo del estudio (*puntos a y b*). El aporte de los actores locales es de suma importancia en la determinación de las zonas prioritarias donde realizar el estudio como así también en la decisión de ampliar o disminuir el número de entrevistados en algunos de las grupos de edad y/o género.

Este estudio se aplicará en territorios definidos, geográficamente delimitados (barrios/áreas programáticas). Por las características propias de la muestra, los resultados del estudio tendrán un alcance local y *no podrán ser extrapolados más allá de la población a la que refieren*. De todas formas, se ha mostrado su validez para estimar tendencias y describir características de un territorio, y –fundamentalmente- los datos que se obtengan serán de suma relevancia para los actores intervinientes en el proceso.

2.4 Trabajo de Campo

El **trabajo de campo** se realizó durante un período de dos semanas. El equipo de SEDRONAR, seleccionó y capacitó a los encuestadores para la realización del relevamiento. El relevamiento se organizó a partir de la articulación del trabajo de tres tipos de actores, con distintas responsabilidades y funciones:

1. **Coordinador/es del trabajo de campo local:** uno regional/local por municipio y en caso de requerirlo, coordinadores por barrio o sección
2. **Encuestadores**
3. **Tutores**, quienes acompañan el trabajo de los encuestadores actuando como facilitador

Capítulo II

SOBRE EL ESTUDIO LOCAL DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y ACCESIBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE BERISSO

El Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad se llevó a cabo en los barrios Nueva York, El Carmen, Villa Nueva y Villa Progreso del Municipio de Berisso, provincia de Buenos Aires. Se contó con la participación del Municipio a través de la Dirección de salud a cargo de Dra. Graciela Matkovic, y la coordinación general de la Lic. Marilina Maciel, psicóloga de la US18, quien articuló el trabajo y realizó el seguimiento de los encuestadores.

La elección de esos cuatro barrios, fue el resultado del trabajo conjunto del equipo técnico SEDRONAR y las autoridades municipales. Desde un principio se acordó trabajar en el mapeo inicial, geo-referenciando la zona, conociendo sus recursos, debatiendo con los referentes y actores institucionales acerca de sus fortalezas y debilidades.

La aplicación de esta metodología en esos barrios del Municipio de Berisso comenzó con **las reuniones de diagnóstico y mapeo inicial** que se realizaron con la presencia de distintos actores locales (referentes, vecinos, agentes de salud, miembros de organizaciones sociales y ONG, profesionales y técnicos, etc.), el equipo de la SEDRONAR, y la coordinadora general del trabajo.

La cantidad de casos efectivos en cada uno de los barrios en los que se realizó el estudio varió en función del tamaño de la muestra y de la com-

posición poblacional de cada uno de ellos³. Se realizaron **607 encuestas** efectivas, las cuáles se distribuyeron del siguiente modo:

Barrio	Muestra	Grupos Edad	Varones	Mujeres	Total
El Carmen	149	15-21	15	17	32
		22-30	17	18	34
		31-40	16	15	31
		41-50	12	14	26
		51-65	13	13	26
Villa Nueva	150	15-21	17	15	32
		22-30	19	18	37
		31-40	17	17	33
		41-50	13	13	27
		51-65	11	10	21
Villa Progreso	160	15-21	16	16	32
		22-30	17	18	35
		31-40	16	17	33
		41-50	14	14	28
		51-65	16	16	32
Nueva York	153	15-21	12	12	25
		22-30	16	17	32
		31-40	17	16	33
		41-50	13	15	28
		51-65	16	19	35
Total	612		303	309	612

El equipo de SEDRONAR estuvo además presente para el desarrollo de la capacitación a los encuestadores, y en los primeros días del trabajo de campo para colaborar en la comprensión del cuestionario y brindar la asistencia técnica necesaria.

3 Para la asignación de la muestra para cada uno de los barrios se tomaron los datos del Censo de Población y Viviendas, Año 2010.-

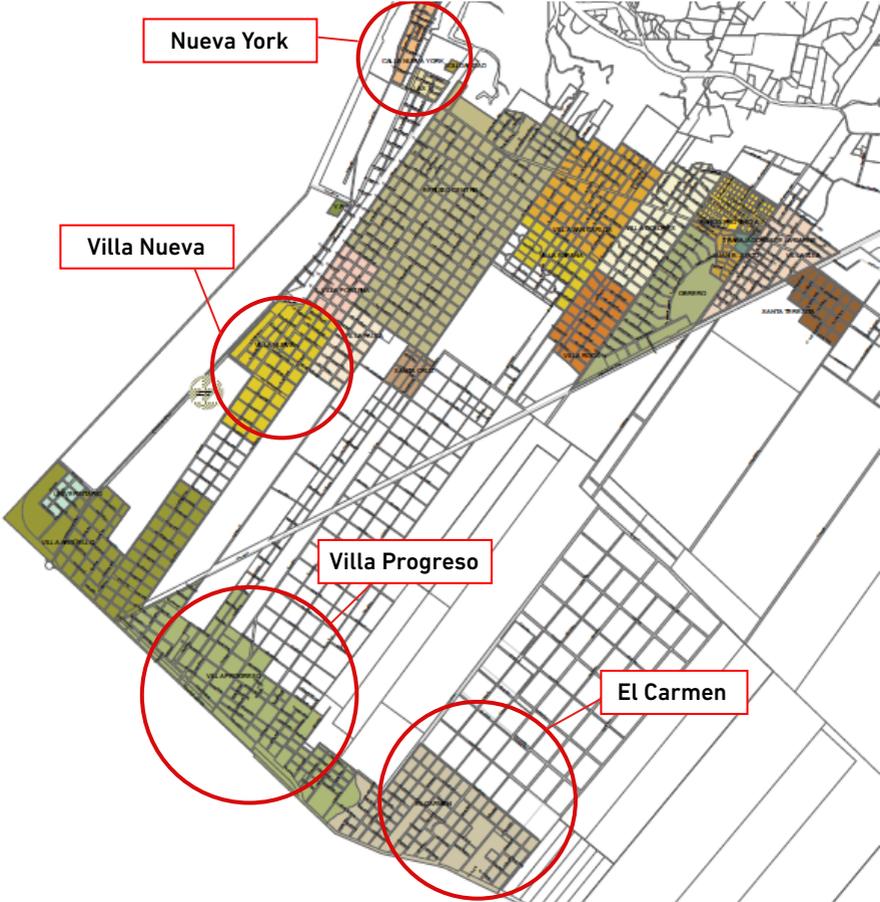
El **trabajo de campo** se realizó durante las últimas dos semanas del mes de septiembre del año 2014. Para la organización del trabajo de campo se hizo mención a los objetivos planteados en esta investigación, a los aspectos vinculados a la forma correcta de completar el cuestionario y a la importancia de captar la totalidad de los sujetos asignados para las cuotas, para mejorar la representatividad de los datos.

Las autoridades del Municipio abrieron sus puertas y prestaron sus instalaciones como base para las tareas de capacitación y coordinación del trabajo de campo. Los referentes territoriales que participaron del mapeo inicial estuvieron también a disposición del equipo que estuvo trabajando en el territorio durante esos días, acompañando, orientando y ayudando a los encuestadores.

La carga de la base de datos, procesamiento y elaboración del Informe final se hicieron en SEDRONAR.

2.1 MAPEO INICIAL

Mapa de Berisso y ubicación de los barrios:



Como se observa en el mapa, el trabajo de campo se extendió en cuatro barrios distintos del municipio de Berisso: El Carmen y Villa Progreso, se encuentran ubicados en la denominada “franja” de Berisso, por su cercanía geográfica con la ciudad de La Plata y su distancia con el Centro de Berisso. Por otro lado, los barrios de Nueva York y Villa Nueva se encuentran en la periferia del centro del municipio, siendo el primero uno de los barrios más antiguos de la zona, con edificaciones compuestas por viejos conventillos, empedrados en las calles, y un estilo colonial desmejorado por el paso del tiempo. En cambio los otros barrios están compuestos por edificaciones más modernas, y periferias con asentamientos, algunos nuevos, otros de ya una década.

Esto compone un panorama muy heterogéneo, y por ello la muestra buscó captar población de distintas latitudes del municipio, incorporando todos los sectores a través de un trabajo previo con los coordinadores y encuestadores de parcelación de los barrios en los que trabajaron.

2.2 REUNIONES DE DIAGNÓSTICO Y MAPEO INICIAL. PERCEPCIONES Y DEBATES

Como se explica en el capítulo sobre metodología, previo al trabajo de campo se llevaron adelante las reuniones de diagnóstico y mapeo en cada barrio, a las que concurrieron en cada caso referentes de salud, de educación, y barriales, y además profesionales y técnicos de organismos específicos del tratamiento de las adicciones, o de organizaciones sociales-culturales que trabajan la temática directa o indirectamente.

Las percepciones de los actores del barrio acerca del consumo de sustancias en el barrio son variadas, e interesan para interpretar los datos obtenidos. Por un lado, desde los profesionales del sector salud se planteó el problema en términos de *demanda*, advirtiendo que el consumo no suele ser motivo de consulta espontánea, lo que suele llamarse una “demanda oculta”. Es decir, que las personas consultan por otros motivos y que depende del médico o psicólogo que atiende en la sala, si puede –realizando

un diagnóstico longitudinal del paciente- propiciar que se hable de ello. Sin embargo, reconocen que esto es difícil que se produzca, por una “inhibición” de los pacientes, o por “falta de formación” de los profesionales.

Por otro lado, la idea de que “es difícil atender a un adicto” y el temor encubierto a esta población visibilizan un imaginario donde este problema tendría un abordaje específico. En los profesionales que trabajan en instituciones especializadas en adicciones, como puede ser el CPA⁴, coinciden en las dificultades para generar el espacio de demanda, y compartieron en las reuniones procesos interesantes para pensar este tema. A su vez, hay en estos barrios varias organizaciones u ONG que trabajan la temática de adicciones de manera directa o indirecta, haciendo lo que se conoce como “prevención inespecífica”. En el debate entre uno y otro sector que trabajan en adicciones, aparece una diferencia entre los enfoques de abordaje: en un caso enfocado en la persona y el profesional que lo recibe, y en el otro orientado a generar un lazo identificatorio entre el consumidor y el “adicto recuperado”. Lo que emerge de este debate puede servir para entender algunos límites y potencialidades que tienen los sistemas de abordaje específicos y profesionales si no se articulan con otras estrategias territoriales, cercanas a la población objetivo. “A ustedes no los van a ver porque creen que son para los locos, en cambio con nosotros hablan en la calle, o en cualquier lado”, les decía un joven de una ONG en adicciones a una profesional del CPA. Sin asumir que esta es una expresión que refleje una situación objetiva, el debate que se generó entre estas posiciones puede servir para leer los datos sobre accesibilidad.

Las percepciones de la situación del barrio que transmiten los vecinos, y trabajadoras barriales que participaron de las reuniones podemos dividir las en dos grupos: aquellas que están orientadas a posibilidades de trabajo y propuestas, y otras orientadas hacia una valoración negativa de la juven-

4 En Berisso hay dos CPA (ex Centro de Prevención de Adicciones, hoy Centro de Atención Provincial, Provincia de Buenos Aires): uno ubicado en el centro de la ciudad y otro en La Franja, en el barrio El Carmen, compartiendo espacio físico con la unidad sanitaria.

tud y el consumo. Respecto a las primeras, encontramos vecinos y referentes muy activos y preocupados por el *uso del tiempo libre* de la juventud del barrio, la falta de actividades gratuitas para la franja etaria entre los 13 y los 21 años, y especialmente para las mujeres, así como por la falta de oportunidades laborales.

En el segundo grupo encontramos representaciones de la juventud relacionadas a la apatía, las dificultades para establecer el diálogo, la falta de respeto por las instituciones y los adultos en general. Además, se establecieron relaciones entre las problemáticas de la juventud y las del barrio, planteando que en general hay en general, *falta de compromiso y desmotivación*. Si a esto se suma la problemática del consumo, los significantes que surgen son *“extremadamente difícil”, “están enfermos y no se dan cuenta”, “no se les puede decir nada, no quieren hacer tratamiento”*. Según lo que observan en sus hogares y en el barrio, lo que se consume más es alcohol mezclado con pastillas, y marihuana. Sin embargo, el uso de sustancias en los adultos, especialmente el de psicofármacos, ni se problematiza ni se enuncia. En uno de los barrios incluso se planteó la idea de que el consumo y el trabajo serían mutuamente excluyentes: *el que trabaja no consume, y el que consume no trabaja*. Estas conceptualizaciones se asocian además a la idea de cualquier consumo como un acto repudiable y vinculado a la delincuencia, vagancia, ocio, o apatía.

Por último destacamos que las organizaciones sociales y barriales que trabajan con jóvenes demostraron en las reuniones un gran conocimiento de la juventud en sus aspectos positivos: intereses, energía, ganas de participar y de crecer. Es por ello que en sintonía con todo el trabajo realizado instamos a seguir el camino de la articulación y fortalecimiento de redes que permiten abrir la mirada y pensar nuevos posibles.

Capítulo III

CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

A continuación se presentan los resultados de los distintos ejes temáticos que se abordaron en el estudio⁵.

3.1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

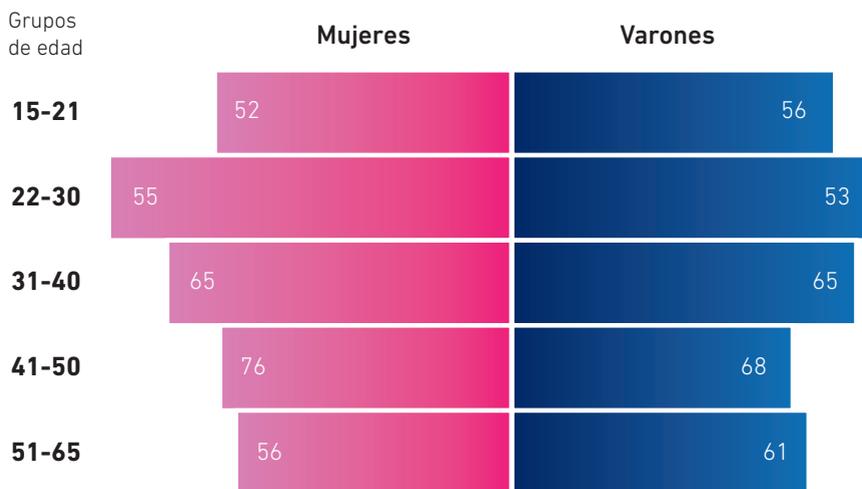
La cantidad de entrevistados en los hogares de los barrios en los que se realizó el estudio, alcanzó un total 607 personas. De ellos el 50,1% fueron mujeres y el 49,9% varones. Como ya se mencionó en el apartado metodológico, la distribución por sexo y edad de los entrevistados fue acorde al peso proporcional de la población de entre 15 y 65 años de cada uno de los barrios del Municipio, conforme a la información que surge del último Censo de Población y Viviendas, Año 2010.

En la distribución de edad se observa una base de la pirámide angosta en

5 Se advierte al lector que toda la información y los análisis que se presentan a continuación sobre las características generales de la población y el consumo de sustancias problemáticas, se realizaron con fines estrictamente descriptivos. En el mismo sentido, los resultados que se presentan en los siguientes apartados sirven exclusivamente a los fines de describir puntualmente la población de los barrios relevados para este operativo.

el grupo de 15 a 21 años de edad, debido en parte a la mayor importancia que toma el envejecimiento poblacional a nivel país, fenómeno que abarca también al Municipio de Berisso. Si bien se observa una distribución uniforme entre ambos sexos en casi todos los grupos etarios, se da una participación levemente mayor de las mujeres respecto a los hombres entre los 22 y 30 años de edad. Por otro lado, tanto en la base de la pirámide (15-21) como en el tramo de edad más avanzado (65 y más), los varones superan levemente a las mujeres. Ambos sexos concentran la mayor cantidad de casos en el grupo de 22 a 30 años. Cabe destacar que no se observaron diferencias en las estructuras poblacionales de cada barrio respecto a la de la apertura de sexo y edad de los datos generales, por tal motivo se presenta solamente la pirámide poblacional que representa al total de los casos relevados.

Gráfico 1: Entrevistados según sexo y edad.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

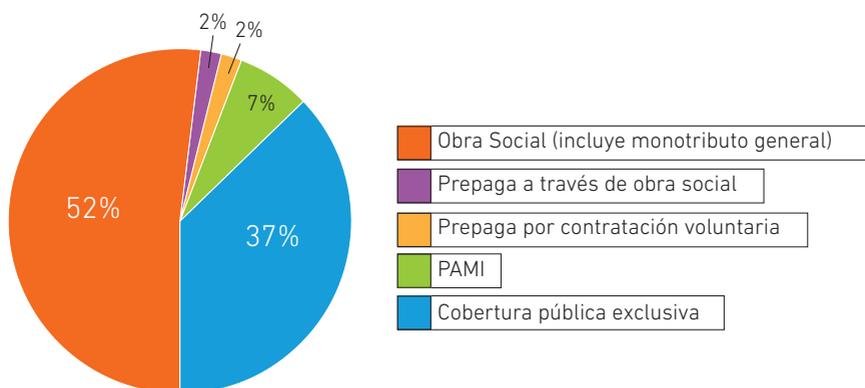
3.2. COBERTURA DE SALUD

Respecto a la cobertura de salud de los entrevistados, la mayor proporción posee **Obra Social** (que incluye monotributo social) alcanzando el **52%**. Si a esta proporción se le adiciona la cobertura de salud proveniente de Prepagas a través de Obras Sociales y contratación voluntaria (4%), se puede afirmar que casi 5 de cada 10 encuestados posee cobertura de salud proveniente del subsistema de obras sociales o subsistema privado. Por su parte, la proporción de encuestados con cobertura de salud pública exclusiva representó al 33% del total de los entrevistados⁶.

Asimismo, la proporción de encuestados para cada cobertura de salud no varió significativamente entre varones y mujeres, pero se observan algunas diferencias por grupos etarios. En este sentido, entre los 15 y 21 años de edad hay una mayor proporción de varones con Obra Social que mujeres, tendencia que se revierte a favor de la mujeres en los grupos de edad 31-40 y 51-65. Por otro lado, las mujeres poseen una proporción mayor en cobertura salud pública exclusiva que los varones, principalmente en el grupo de edad de 15-21 años. Asimismo, la proporción de personas con cobertura pública exclusiva se incrementa entre los entrevistados de 22 a 40 años y disminuye entre los entrevistados de mayor edad.

6 Este análisis se puede complementar a partir del análisis de los microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares, tomando el período 2003-2013. Si bien no es el objetivo del estudio, a través del mismo se puede comprobar, que en la medida que se incrementa la tasa de registro laboral y de empleo de calidad, también aumenta la proporción de hogares cubiertos por el sistema de obras sociales, a la vez que decrece el número de hogares que deben acudir al Sistema Público-

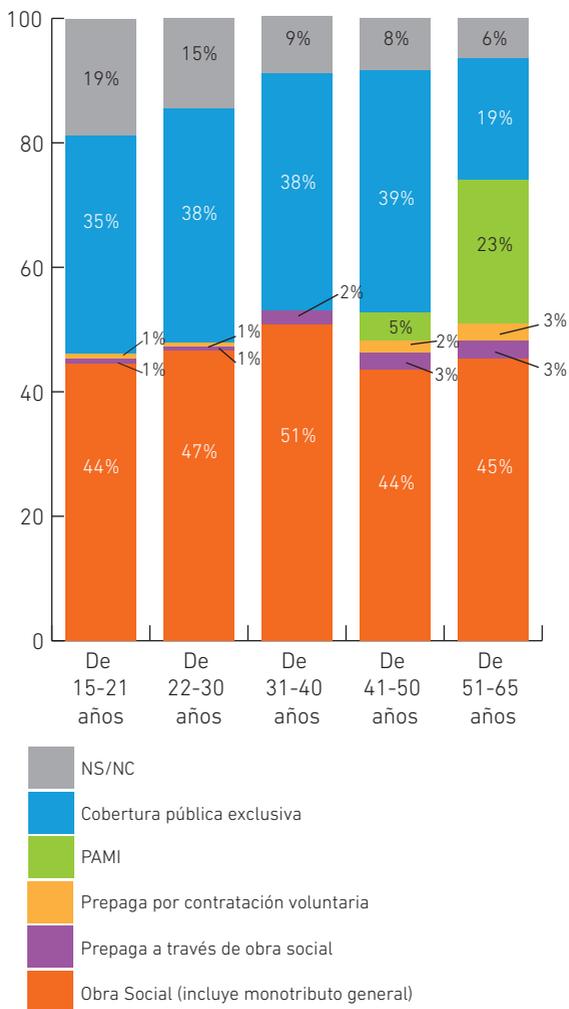
Gráfico 2: Entrevistados según cobertura de salud.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Por su parte, del total de entrevistados, el 7% declaró que posee PAMI. Respecto a las personas que están cubiertas con PAMI, cabe resaltar que entre los consultantes de mayor edad en ésta categoría fue del 23%.

Gráfico 3: Entrevistados por rango etario según cobertura de salud.

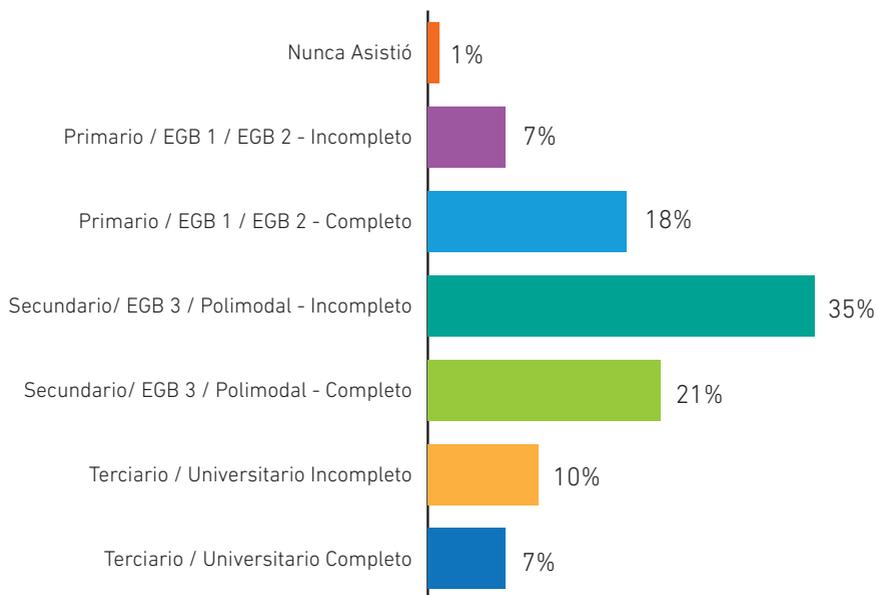


Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Los entrevistados que manifestaron estar ocupados presentaron mayor incidencia en las siguientes categorías de cobertura de salud: Obra Social 54% (incluyendo prepaga a través de obras sociales y prepaga por contratación voluntaria). Por otro lado, entre los entrevistados en condición de inactividad se incrementó la cobertura de salud por parte de PAMI, alcanzando el 13%. Cabe resaltar, que para aquellos entrevistados que declararon estar desocupados se observó un incremento en cobertura de salud pública exclusiva.

3.3. TRAYECTORIAS EDUCATIVAS

Gráfico 4: Entrevistados según nivel educativo alcanzado.

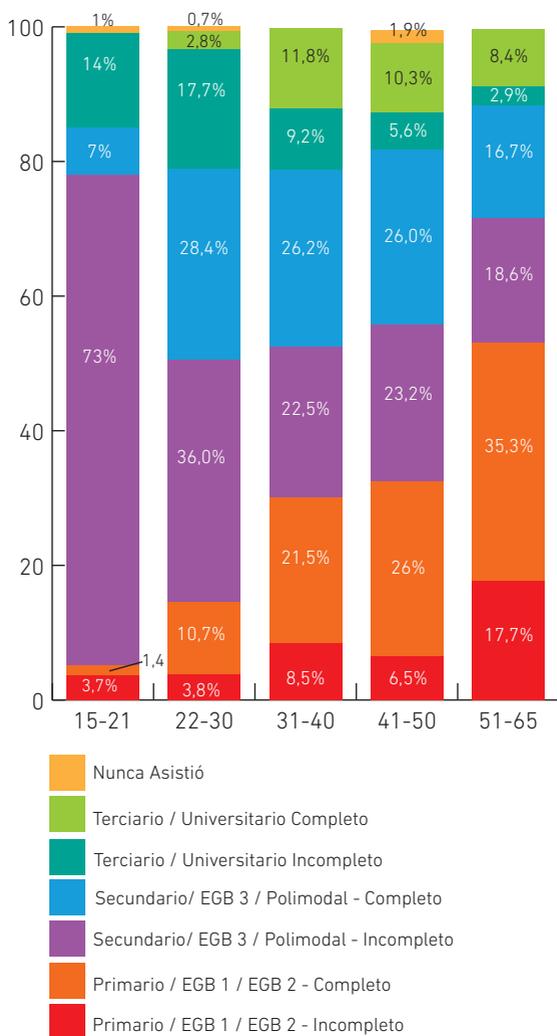


Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Del total de entrevistados, un 21% declaró haber completado hasta nivel secundario, y un 34% no lo completó. Si le adicionamos los entrevistados que declararon haber completado la primaria (18%), podemos afirmar que casi 9 de cada 10 entrevistados completo el nivel primario. Por último, la proporción de quienes completaron niveles superiores de educación alcanzó el 7% (Terciario – Universitario). Si se adicionan los entrevistados sin instrucción y los que indicaron no haber completado el nivel primario el porcentaje de la categoría más baja de nivel educativo alcanzó el 8%.

A partir del análisis realizado se pudo observar que el nivel educativo alcanzado por los entrevistados varía según el rango etario. En este sentido, fue posible observar que entre quienes tienen entre 15 y 21 años la proporción de entrevistados que alcanzó el nivel medio (Secundario), ya sea completándolo o no, resultó del 80%, proporción que disminuye a medida que la edad de los entrevistados aumenta. Lo inverso ocurrió respecto del nivel de educación primaria. Así, entre quienes tienen 51 años y más, el porcentaje de los que sólo completaron este nivel asciende y fue decreciendo entre los grupos etarios más jóvenes. Esta situación puede asociarse a los procesos de inclusión educativos que ha experimentado el país a lo largo del tiempo.

Gráfico 5: Entrevistados según último nivel educativo alcanzado, por rango etario.-



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

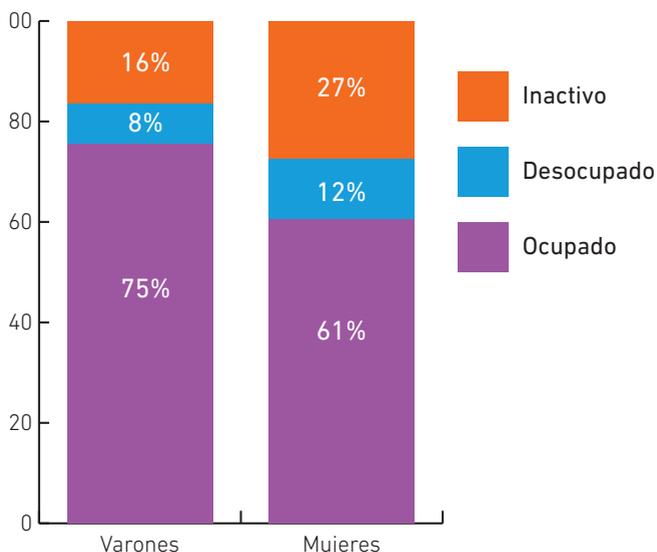
3.4 CONDICIÓN DE ACTIVIDAD DE LOS ENTREVISTADOS

Tomando como referencia las definiciones teóricas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se calculó la condición de actividad para los entrevistados de 15 años y más (100% de los entrevistados, ya que la población definida para el estudio son las personas de 15 a 65 años de edad, residentes en hogares), siendo las posibles categorías analíticas: “ocupado”, “desocupado” e “inactivo”⁷.

Del total de entrevistados de 15 años y más, casi el 26% son inactivos, el 66% ocupados y el 8% desocupados. Tal como se puede apreciar en el gráfico a continuación, la condición de actividad difiere según el sexo de los entrevistados. Así, la proporción de ocupación es significativamente mayor entre los varones respecto de las mujeres, siendo estas 75% y 61%, respectivamente. Asimismo, la condición de inactividad entre las mujeres (27%) resultó más elevada respecto que la de los varones (16%).

-
- 7 La **población económicamente activa** la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Para la medición de este concepto, se considera la población entre 14 y 65 años. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Por **población ocupada** se entiende el conjunto de personas entre 14 y 65 años que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). La **población desocupada** se refiere a personas entre 14 y 65 años que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo y están disponibles para empezar a trabajar. La **población inactiva** refiere al conjunto de personas menores de 14 o mayores de 65 años que no son económicamente activas, es decir personas que no tienen trabajo y no lo buscan activamente.

Gráfico 6: Condición de actividad de los entrevistados de 15 años y más por sexo.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Entre los entrevistados ocupados, las categorías ocupacionales que presentaron mayor frecuencia fueron:

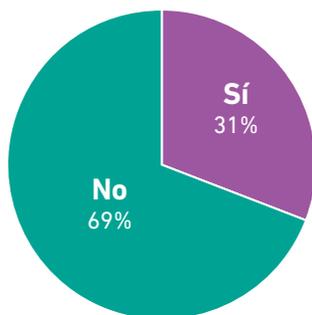
- Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo 23% (ascendiendo a 25% en varones y descendiendo a 21% en mujeres),
- Empleado/a u obrero/a del sector público 21% (ascendiendo a 22% en varones y descendiendo a 21% en mujeres);
- Trabajos esporádicos - Changas 21% (ascendiendo a 28% en varones y descendiendo a 12% en mujeres) y;
- Empleado/a obrero del sector privado 19% (ascendiendo a 20% en varones y descendiendo a 17% en mujeres),
- Servicio Doméstico 9% (19% entre las mujeres).

3. 5 PROGRAMAS SOCIALES

De total de hogares, el 31% manifestó percibir algún tipo de Programa Social, es decir 3 de cada 10 de los hogares relevados es beneficiario de un subsidio del Estado, cualquiera sea la fuente de financiamiento. Del total de los subsidios (por parte del Estado) recibidos por cada hogar, el 63% correspondió a la Asignación Universal por Hijo, y un 5% del Plan Progresar. El peso de los planes sociales que otorga la Provincia o el Municipio fue del 4% sobre el total de hogares que perciben algún subsidio. Por otro lado, las pensiones no contributivas representan el 2% del total los hogares que reciben algún tipo de subsidio. El resto de los planes identificados tuvieron una incidencia mucho menor, alcanzando al 6% de los hogares, y fueron agrupados en la categoría “otros”, como se observa en el gráfico a continuación.

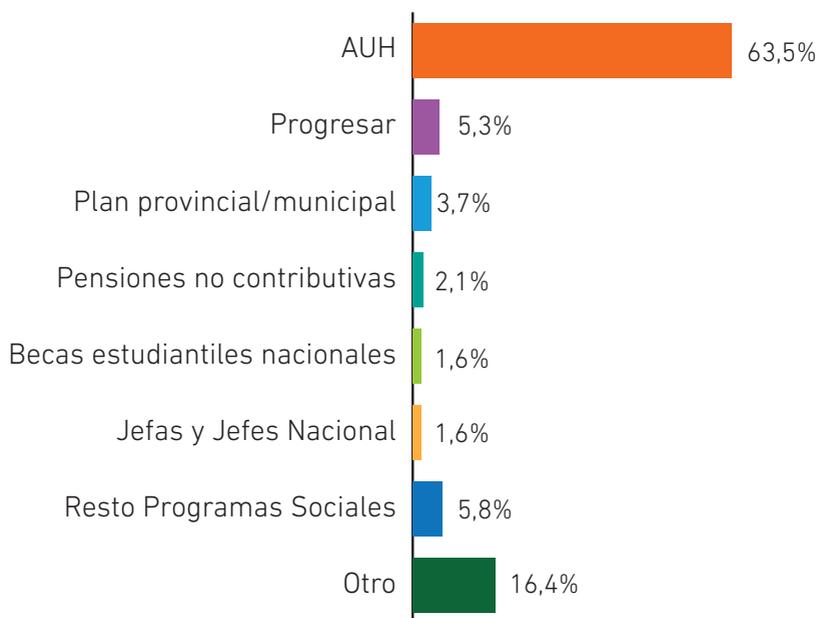
Por su parte, un 16% de los Hogares declaró recibir otro tipo de plan, sobre los cuáles no se indagó y por tal motivo no podemos saber a qué tipo de plan corresponden.

Gráfico 7: Hogares que reciben Programas Sociales.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Gráfico 8: Proporción de Programa Sociales.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Cabe destacar que al analizar la incidencia de los programas según el tamaño del hogar, fue posible observar que a medida que aumenta el número de integrantes del hogar se incrementa la proporción de hogares beneficiarios de Programas Sociales.

Composición del Hogar⁸

En total se relevaron 607 hogares; en promedio, cada hogar estuvo compuesto por 4,2 miembros. Un 25% de los hogares está compuesto 4 integrantes, proporción que desciende a 19% para los hogares con 3 integrantes. Por su parte, los hogares unipersonales ascienden al 4% sobre el total de hogares, entre los que predominan los hogares unipersonales masculinos con un 68%

3.6 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS PSH

Del total de entrevistados, el 47% refirieron ser el principal sostén de sus respectivos hogares (PSH), y un 53% declararon no serlo. De ellos, el 36% son mujeres y el 64% varones. El promedio de edad de los entrevistados PSH fue de 42 años, no observándose diferencias significativas entre varones y mujeres. En este sentido, el 45% de los entrevistados PSH tiene entre 22 y 40 años, el 35% entre 41 y 65 años. Por otro lado, entre los más jóvenes (15 a 21 años de edad) la proporción que declaró ser PSH disminuye al 19%.

El 47% de los PSH poseen Obra Social, ya sea a través de obra social o por contratación voluntaria, un 35 % posee cobertura de salud pública exclusiva y un 7% PAMI.

8 Por hogar se entiende a un conjunto dado de personas que habitan bajo el mismo techo y que comparten los gastos de alimentación. Esta definición difiere de la de vivienda puesto que pueden existir viviendas con más de un hogar en cada una de ellas.

Capítulo IV

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A continuación se presentan los principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas.

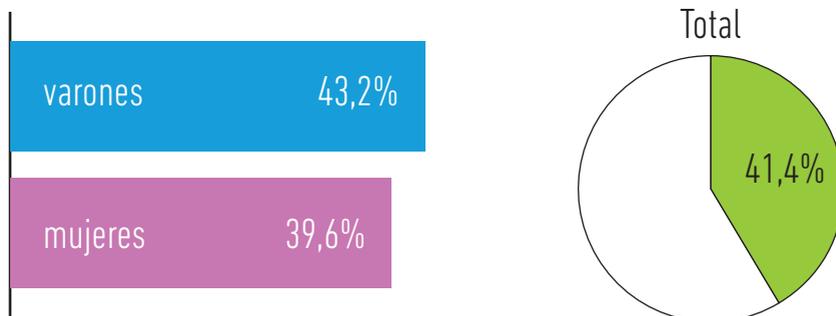
- La prevalencia de vida es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población consumió determinada sustancia al menos una vez en la vida.
- La prevalencia de año es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población que consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 365 días.
- La prevalencia de mes es una cifra porcentual que indica qué proporción de la población que consumió determinada sustancia al menos una vez en los últimos 30 días.

Los datos se presentan de manera global para los cuatro barrios, en los casos en los que se observó alguna particularidad se puntualizan algunos comentarios.

4.1. CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Respecto al consumo de **tabaco**, un 45% fumó cigarrillos en el último año y un 41,4% durante el último mes. Se trata de un alto porcentaje de consumo actual de tabaco en la población encuestada, con poca variación de año a mes, lo que da cuenta de un bajo índice de cesación del consumo.

Gráfico 9: Prevalencia (%) de mes en tabaco, según sexo y total.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

El consumo de tabaco provoca en la Argentina la muerte de aproximadamente 40 mil personas al año, y es el causante del 16% de todas las muertes cada año. Además explica el 15% del gasto anual en salud, generando altos costos sanitarios que son superiores a lo recaudado en concepto de impuestos al cigarrillo. Si bien la prevalencia de tabaco ha ido descendiendo en los últimos años (aproximadamente 40% en 1999 a 33,4% en 2005 - datos de población de 18 a 64 años), la misma continua siendo una de las más elevadas de América Latina⁹.

El consumo de **alcohol** constituye una de las principales causas de carga de enfermedad en Argentina, es así que del total de muertes por causas asociadas al consumo de drogas, un 23% de las mismas corresponden al alcohol¹⁰.

9 Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en: http://www.msai.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf

10 Los datos corresponden al Estudio de Mortalidad relacionada al consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina 2011, Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR.

Considerando esta sustancia, del total de entrevistados, un 73,2% declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 59% lo hizo en el último año, y el 47,5% durante el último mes, lo que se considera consumo actual.

Gráfico 10: Prevalencia (%) de año en alcohol, según sexo y total.

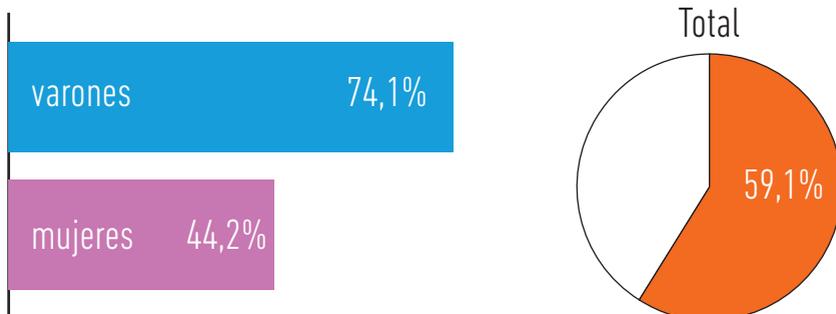
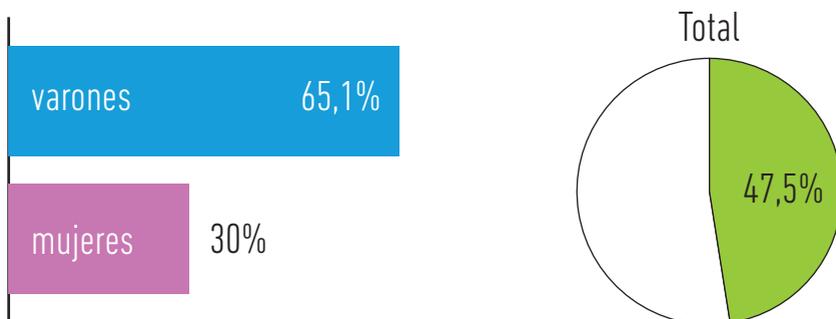


Gráfico 11: Prevalencia (%) de mes en alcohol, según sexo y total.



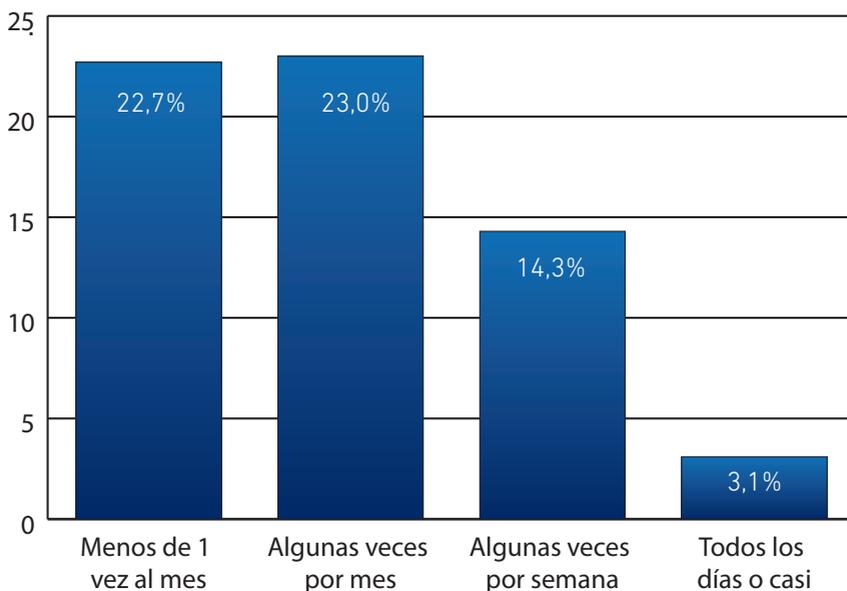
Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Se observaron diferencias entre varones y mujeres, en tanto que un 74% de los varones declararon haber consumido alcohol en el último año contra el 44% declarado por las mujeres. De la misma forma, la proporción de varones que consumieron alcohol en el último mes fue de un 65% contra un 30% en el caso de las mujeres.

4.1.1 Consumo problemático de alcohol

Por las características propias de este estudio y la necesidad de diseñar un instrumento de recolección breve, la escala del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud se abrevió a cinco indicadores que responden sólo quienes consumieron alcohol en los últimos 12 meses, a fin de dar cuenta de la presencia o no de síntomas vinculados con el uso perjudicial de bebidas alcohólicas. Para ello se toma como referencia de “consumo excesivo” 6 tragos o más de bebidas alcohólicas, o su equivalente en 2 litros de cerveza o un litro de vino.

Gráfico 12: Entrevistados según frecuencia de consumo excesivo de alcohol



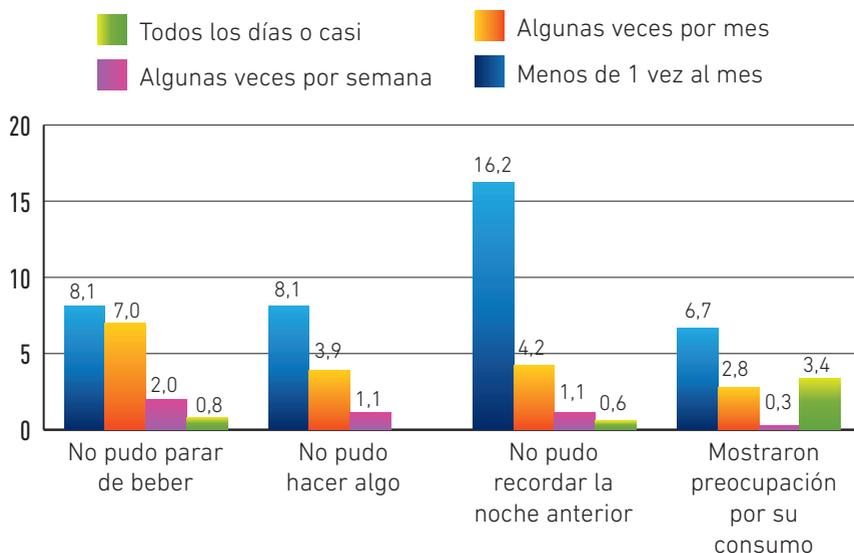
Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=357 (total de encuestados que tomaron alcohol en el último año o mes)

El gráfico permite observar que el consumo habitual frecuente de alcohol (de 6 tragos o más, como indica el AUDIT) presenta en esta población las siguientes características:

- el 23% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol algunas veces por mes. Los que declararon este tipo de consumo son varones en su totalidad;
- el 22,7%% de los encuestados que consumieron alcohol el último año dijo consumir esa cantidad menos de una vez al mes.
- el 14,3% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades de alcohol algunas veces por semana, y;
- el 3,1% de los encuestados que consumieron alcohol el último año manifestó consumir esas cantidades todos los días.

En todos los casos los porcentajes de consumo excesivo de alcohol son mayores en varones que en mujeres.

Gráfico 13: Encuestados según frecuencia de situaciones de consumo problemático de alcohol.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=357 (total de encuestados que tomaron alcohol en el último año o mes)

Se observan en estos gráficos situaciones que pueden indicar **consumo problemático de alcohol**, en tanto se manifiestan, por un lado, conductas compulsivas en el consumo: el 7% dijo que algunas veces por mes no han podido parar de beber una vez que habían empezado; mientras que al 8,1% le sucede esto menos de una vez al mes, y al 2% semanalmente. Por otro lado, al 3,9% le ha sucedido que no pudo hacer algo que se esperaba de él o ella algunas veces por mes. Es destacable el 16% de quienes dijeron no haber podido recordar lo sucedido la noche anterior menos de una vez al mes, mientras que a un 3,4% de los encuestados su entorno le ha manifestado algún tipo de preocupación todos los días o casi.

Estas medidas pueden tomarse como un dato a considerar para trabajar en estrategias de atención y prevención del consumo problemático de al-

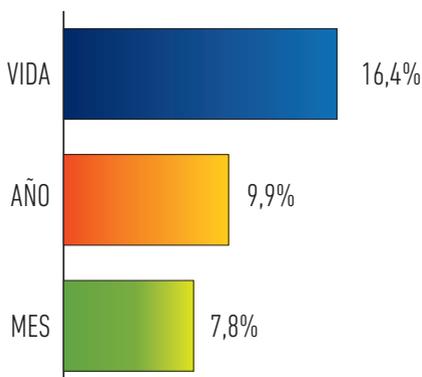
cohol, ya que podrían mostrar una tendencia general. Cabe destacar que estos consumos abusivos frecuentes son, en todos los casos, declarados por más varones que mujeres.

4.2 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Respecto al consumo de **psicofármacos**, el 16,4% de los entrevistados declaró haber consumido psicofármacos alguna vez en la vida, un 10% lo hicieron en el último año y un 7,8% durante el último mes. Como se puede observar en el gráfico 14, las prevalencias de consumo en todos los casos son más importantes en las mujeres respecto a los varones.

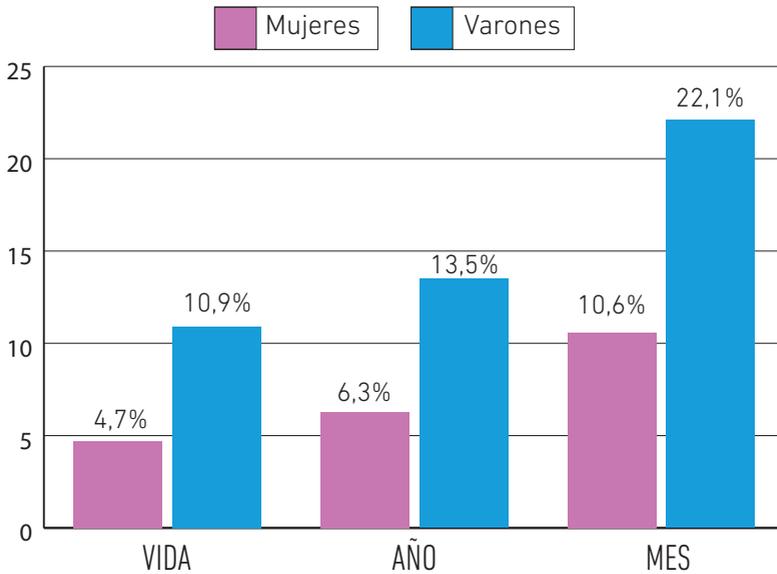
Estos datos son levente mayores en los barrios de Villa Nueva y Nueva York, donde se registra mayor consumo de estas sustancias en el último año (12% en cada caso), y en el último mes en el barrio Villa Nueva consumió el 10% de la población encuestada.

Gráfico 14: Prevalencia (%) de mes, año y vida de psicofármacos.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Gráfico 15: Prevalencia (%) de mes, año y vida de psicofármacos por sexo



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Ahora bien, si observamos en detalle el consumo de psicofármacos en los barrios estudiados, podemos notar que los tranquilizantes son las sustancias más consumidas de este género, mientras que la forma de administración más común es bajo receta (76%).

Aquellos que consumieron psicofármacos *sin receta* representan el 24% del total de consumidores de psicofármacos, la mayoría (el 75%) los consiguió a través de un amigo o familiar, mientras que un 16,7% lo hizo directamente de la farmacia. Por otro lado, aquellos que obtuvieron los fármacos *con receta*, la mayoría lo hizo a través de un médico clínico o psiquiatra, mientras un 12% declaró haber recibido la receta de otros profesionales como: odontólogo, neurólogo, psicólogo, gastroenterólogo y reumatólogo.

Gráfico 16: Tipo de psicofármaco consumido

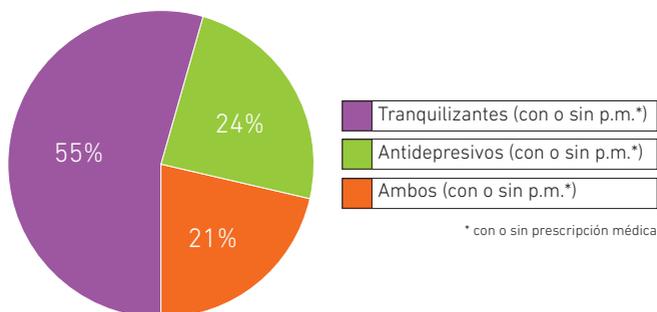
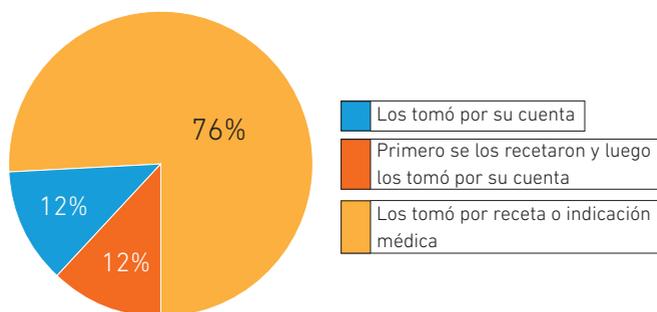


Gráfico 17: Forma de administración



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=99 (Total de encuestados que declararon consumo de psicofármacos).

4.2.1 Consumo problemático de psicofármacos

Además de diferenciar el consumo *con* y *sin receta* (distinción clásica para discernir entre “uso” y “uso indebido”), en este instrumento incorporamos preguntas para cualificar el consumo de psicofármacos, más allá de que sean recetados o no, y su interferencia o no en la vida cotidiana de las personas encuestadas.

Gráfico 18: Frecuencia consumo de psicofármacos.

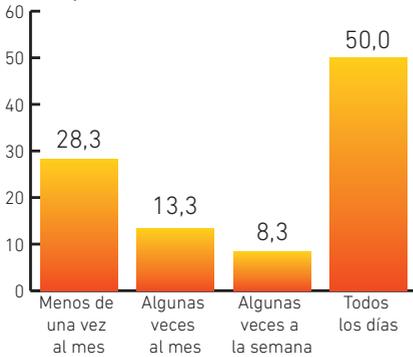
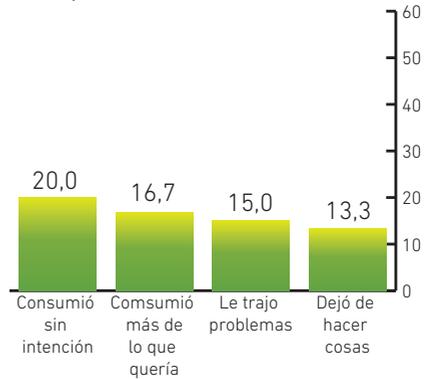


Gráfico 19: Consumo problemático de psicofármacos.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=60 (encuestados que declararon consumo de psicofármacos de año y mes).

En el caso de los psicofármacos, el consumo frecuente no puede ser considerado de por sí como problemático en tanto la prescripción médica puede indicar la toma diaria del mismo. Asimismo, el 20% de los encuestados los consumieron *sin tener intención de hacerlo*, el 16,7% dijo *haber consumido más de lo que quería*, mientras el 15% dijo *haber tenido problemas* (familiares, personales, o de otro tipo) a partir del consumo de psicofármacos. Por último, el 13,3% dijo haber dejado de hacer cosas que le gustaban por el consumo de estas sustancias. Estos datos pueden servir para reflexionar sobre el uso racional de medicamentos y sus efectos en la vida cotidiana.

4.3 CONSUMO DE MARIHUANA, COCAÍNA Y PASTILLAS MEZCLADAS CON ALCOHOL

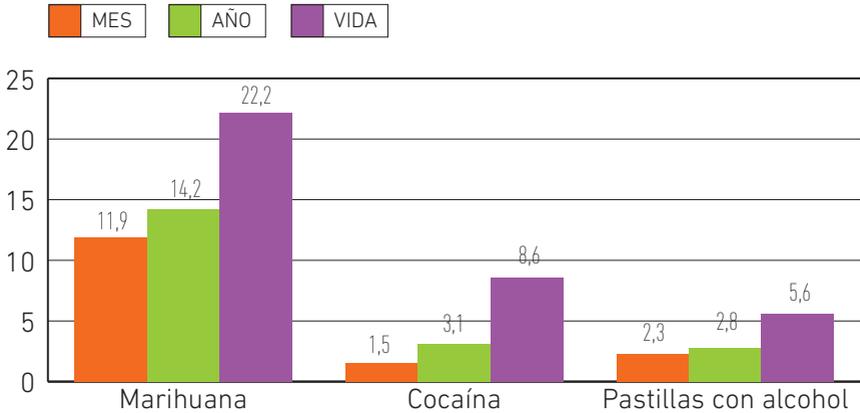
Según la información obtenida en las encuestas, encontramos que el consumo de **marihuana** alguna vez en la vida asciende entre los entrevistados a un 22,2%, mientras un 14,2% lo hizo en el último año y un 12% durante el último mes. Estas declaraciones involucran en total a 134 personas que

declararon consumo de marihuana en vida, año o mes. Al comparar las prevalencias de consumo de marihuana por sexo, se observan diferencias marcadas entre varones y mujeres, en tanto que entre las mujeres la prevalencia de vida es de un 10,9%, la de año 5,3% y la de mes un 4%, y entre los varones 33,6%, 23,3 y 19,9%, respectivamente.

En relación a la **cocaína**, un 8,6% de los entrevistados manifestaron haberla consumido alguna vez en la vida, el 3,1% lo hizo en el último año, y el 1,5% en el último mes (consumo actual). Estas respuestas involucran a 52 personas que respondieron positivamente a esta pregunta. Del mismo modo, al comparar las prevalencias de consumo de cocaína por sexo, cabe destacar que las mujeres no declararon haber consumido esta sustancia durante el último año y último mes, siendo la prevalencia de vida 3,3%. Por el contrario, entre los varones las prevalencia de vida es de un 14%, la de año 6,3% y la de mes un 3%.

Por último, el consumo en el último año de **pastillas** (léase psicofármacos u otros) **mezcladas con alcohol** fue declarado por el 2,8%, mientras el 2,3% lo hizo en el último mes. Estas respuestas involucran a 34 personas que respondieron positivamente a esta pregunta. Esta mezcla es lo que los referentes barriales resaltaron en el espacio de reunión como un consumo observado por ellos mismos en las conductas de los más jóvenes.

Gráfico 20: Prevalencia (%) de vida, año y mes de marihuana, cocaína y pastillas con alcohol.



Fuente: SEDRONAR-OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Observando estos datos por barrios, se hace necesario hacer algunas puntuaciones. Por ejemplo, que las prevalencias de marihuana son considerablemente mayores en los barrios Villa Nueva y Nueva York respecto a los barrios que componen la Franja de Berisso, siendo en aquellos el consumo actual de alrededor del 15%. Respecto al consumo de cocaína sucede algo similar, en tanto son estos dos barrios los que muestran las prevalencias más altas (alrededor del 2,5% de consumo actual, frente al 0,6% en los barrios de Villa Progreso y El Carmen).

4.3.1 Consumo problemático de marihuana

Aquí observamos cómo se distribuyen las frecuencias del consumo de marihuana entre los que dijeron haber consumido en el último año o mes, es decir, sobre un total de **86 personas**, y la interferencia que produce su consumo en la vida cotidiana de las personas.

Gráfico 21: Frecuencia consumo de psicofármacos.

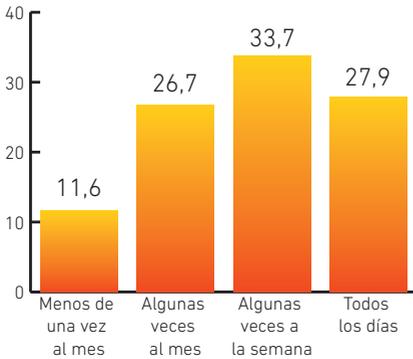
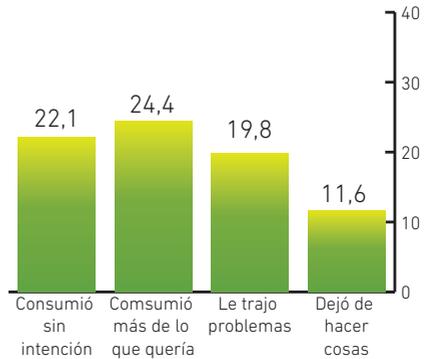


Gráfico 22: Consumo problemático de psicofármacos.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=86 (consumidores de año y mes).

Destacamos en primer lugar que dentro de los consumidores actuales o recientes, la mayoría consume marihuana algunas veces por semana (33,7%) o todos los días (28%). Por otro lado, es necesario observar que el 24,4% de ese total declaró que alguna vez consumió más de lo que quería, mientras el 22% consumió sin intención de hacerlo. Además, casi el 20% dijo que consumir le trajo problemas (familiares, personales u otros); y el 11,6% dijo que dejó de hacer cosas que le gustaban por consumir esta sustancia.

De esta forma, sobre el total de consumidores de marihuana, observamos que entre el 12 y el 24% de esas personas tuvieron algún problema o vieron afectada su realidad por ese consumo. Asimismo, destacamos que tanto en prevalencias como en indicadores de consumo problemático, son más los varones que las mujeres los implicados.

Por último, mencionamos que la marihuana aparecerá como la sustancia con la que *tuvieron problemas los entrevistados o los familiares de los entrevistados* (gráfico 38), por sí sola o en combinación con la sustancia que analizaremos a continuación: la cocaína.

4.3.2 Consumo problemático de cocaína

Gráfico 23: Frecuencia consumo de psicofármacos.

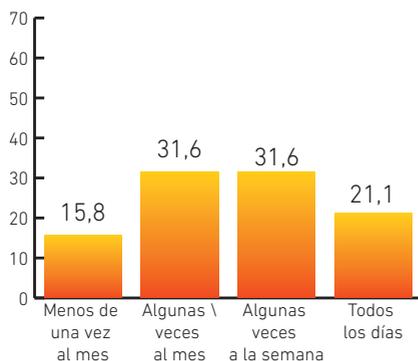
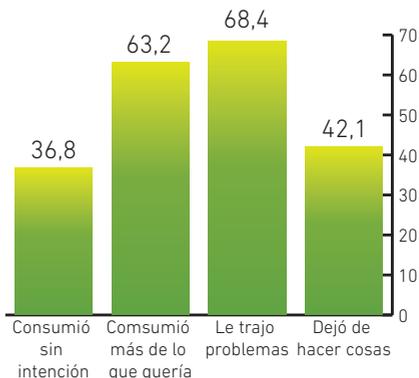


Gráfico 24: Consumo problemático de psicofármacos.



Fuente: SEDRONAR-OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=19 (consumidores de año y mes).

Los entrevistados que declararon consumo de cocaína en el último año o mes fueron **19 personas** en total, es decir, el **3,1%** del total de entrevistados. Como se puede observar en el Gráfico, el 31% de esas 19 personas consume algunas veces por semana, mientras que el mismo porcentaje dijo hacerlo algunas veces por mes, y el 21% consume todos los días la sustancia.

Los indicadores de consumo problemático de cocaína registran *valores más elevados que el resto de las sustancias*, considerando siempre que el total sobre el que se mide son **19 casos**, que cabe mencionar que todos son varones. Se trata de una sustancia que a la gran mayoría de consumidores les ha traído algún problema familiar o personal (68,4%) y que los ha llevado a consumir más de lo que querían (63%). En este mismo sentido, no es menor que el 37% consumió sin intención de hacerlo, y que el 42% dejó de hacer cosas que disfrutaba por consumir esa sustancia.

Estos efectos en la vida cotidiana se relacionan con medidas que tomamos en el apartado de accesibilidad, por ejemplo: se trata de una sustancia reconocida en *tercer lugar* en la lista de sustancias que preocupan o preocuparon a los encuestados en relación a su propio consumo, casi a la par del alcohol, y suscitaron consulta o pedidos de ayuda, principalmente por la compulsión que genera su consumo, su incapacidad o dificultad para dejar de consumirla. Asimismo es *la primera sustancia* en la lista de preocupación generada por problemas de consumo en otros, sean familiares o amigos de los encuestados, y también es la primera en la lista de sustancias con las cuales tuvieron problemas los encuestados o sus familiares¹¹.

4.4 CONSUMO DE SOLVENTES E INHALABLES, PASTA BASE/PACO, ÉXTASIS Y OTRAS SUSTANCIAS

Como se observa en los datos del gráfico 25, otras sustancias como solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias (entre las cuales se destaca el LSD o ácidos) son de **baja prevalencia** en los barrios tomados por la encuesta.

Analizando algunos datos por barrio, nos encontramos que algunas de estas prevalencias merecen ser descritas particularmente, en tanto hay dos barrios que muestran mayores niveles de declaración de consumo.

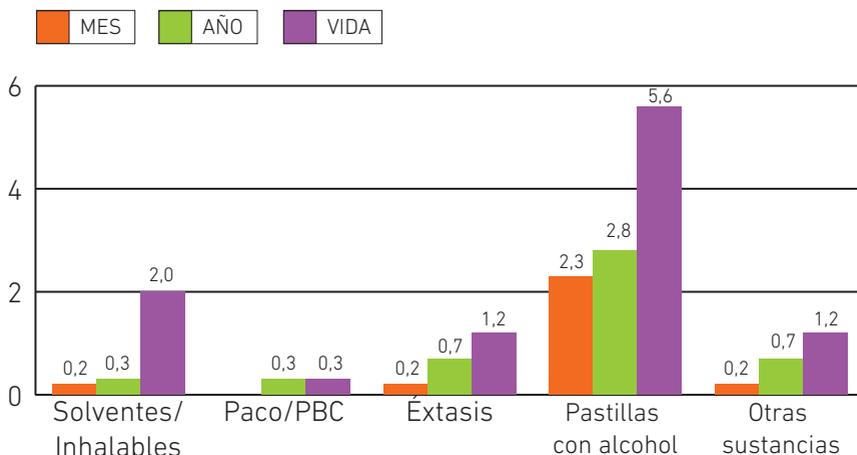
Respecto al consumo de **solventes e inhalables**, resaltamos además que la declaración de su consumo se da principalmente en el barrio Nueva York, alcanzando al 4,4% de la prevalencia de vida y el 0,7% de la prevalencia actual o de mes. Asimismo, es necesario considerar que el consumo de **pasta base/paco** fue sólo declarado en este barrio antes mencionado por dos personas, que representan el 1,5% de esa población.

Por otro lado, el consumo de **éxtasis** aparece declarado principalmente en los barrios Villa Progreso y Nueva York, siendo su prevalencia de año del

11 Ver Capítulos de Accesibilidad y Recursos (V y VI).

1,2 y 1,5% respectivamente. Por último, en otras sustancias, hallamos que hubo más declaración de consumo de **LSD** y ácidos (incluyendo hongos y otras drogas alucinógenas) en Villa Progreso y Villa Nueva.

Gráfico 25: Prevalencia (%) de vida, año y mes de solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias de baja prevalencia.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

4.5 EDADES DE INICIO PROMEDIO

Las edades de inicio promedio son un sencillo y útil recurso para pensar las estrategias más eficaces de prevención, trabajando en las franjas etarias correspondientes, intentando captar a los sujetos antes de su inicio en el consumo, para así disminuir la tasa de incidencia y, a largo plazo, las tasas de prevalencia.

Respecto a la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias, según lo manifestado por los entrevistados, el **tabaco** y el **alcohol** tienen promedios similares, alrededor de los 15 o 16 años de edad. Por otro lado, es de

utilidad siempre conocer el valor mínimo en edades de inicio, para poder ajustar al máximo las políticas de prevención. En el caso del alcohol, la edad más joven de inicio declarada es de 7 años de edad. Por otro lado, la edad de inicio promedio en **psicofármacos** es de 31 años de edad, pero es necesario señalar que un entrevistado declaró consumo a los 4 años de edad, y otros lo hicieron a los 14 años de edad.

En las sustancias ilícitas, encontramos que las edades promedio de inicio para el consumo de **marihuana** es de 17 años, mientras la edad más baja de inicio declara fueron entre 10 y 12 años. En el caso de la **cocaína**, el promedio de edad es más alto, de 19 años de edad, mientras la edad más baja para su inicio en el consumo fue de 14 años. Para el consumo de **solventes e inhalables** las edades de inicio son más bajas, en un promedio de 16 años, mientras que la declaración de edad más baja es de 10 años de edad. Por otro lado, respecto a las **pastillas con alcohol**, el promedio es de 18, y para el **paco** es de 19 años de edad (aunque en este último caso fueron sólo dos personas, una había iniciado a los 17 y otra a los 21 años). Por último, la edad promedio para el **éxtasis** y el **LSD** está alrededor de los 20 años de edad.

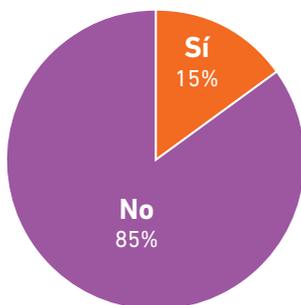
Capítulo V

ACCESIBILIDAD Y TRAYECTORIAS INSTITUCIONALES

5.1 PERCEPCIONES SOBRE EL CONSUMO PROPIO

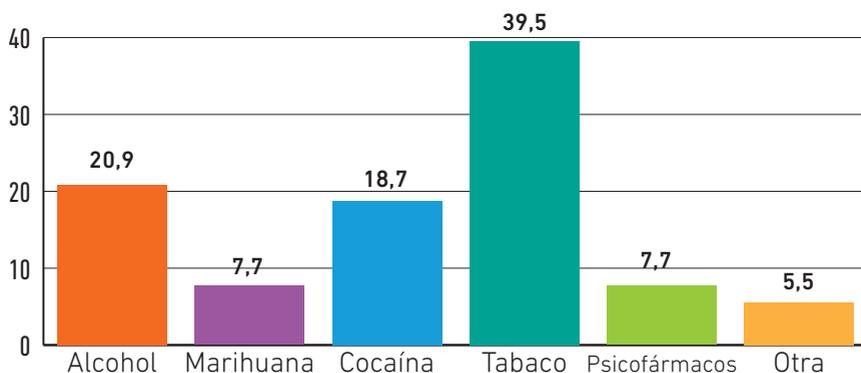
El 15% de los entrevistados manifestaron sentirse o haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia, y la sustancia que más les generó preocupación es el tabaco, seguido por el alcohol y la cocaína, y además resaltamos que la marihuana y los psicofármacos fueron motivo de preocupación para el 8% de la población preocupada por su consumo.

Gráfico 26: ¿Alguna vez te sentiste preocupado por tu forma de consumir alguna sustancia?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=603.

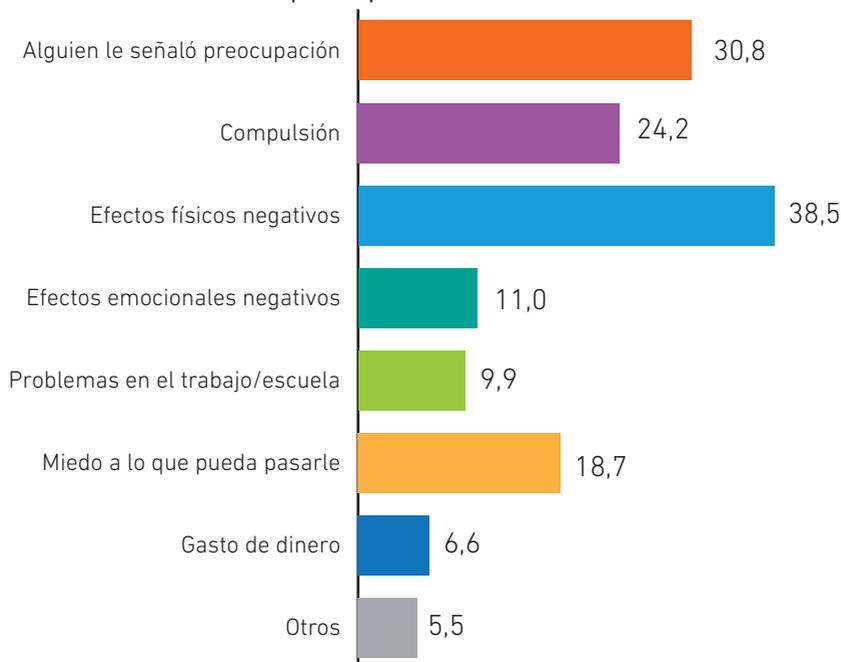
Gráfico 27: Sustancia que generó preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=91 (encuestados que respondieron haberse preocupado por su consumo)

Por otro lado, encontramos que la mayoría de los encuestados que dijeron haberse preocupado por su consumo lo hicieron hace más de un año (65%) mientras que el 17% comenzó a preocuparse este último mes. Sin embargo, el dato más relevante que es que el **55% continúa preocupado por su consumo**, es decir, que no ha resuelto este problema. Resaltamos además que este porcentaje asciende al 66% en los barrios El Carmen y Villa Nueva, siendo en este último donde se registra mayor número de personas preocupadas por su consumo.

Gráfico 28: Motivos de preocupación.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=91 (encuestados que respondieron haberse preocupado por su consumo)

Entre los motivos de preocupación observamos que priman los relacionados a los efectos físicos negativos, es decir, a los **efectos sobre la salud física** que producen algunas sustancias. En este punto los encuestados se refirieron principalmente al tabaco, en segundo lugar a la cocaína y alcohol, y en algunos casos incluso los psicofármacos.

También aparecen otros motivos que merecen atención, como la **intervención de otros significativos** que señalan o manifiestan preocupación por el consumo propio (31%). Las sustancias por las que esto sucedió fueron principalmente por alcohol y cocaína. Esto nos permite pensar el lugar de las redes de contención social y familiar en estos problemas y la necesidad

de reforzarlas o de trabajar con esos vínculos para acceder a los sujetos con problemas de consumo.

Por otro lado, la **compulsión** en el consumo o la dificultad o incapacidad para dejar de consumir implica a buena parte de los encuestados (24%), principalmente en lo que hace al consumo de tabaco y cocaína.

El **miedo** a lo que pudiera pasarle de seguir consumiendo (19%) es un motivo frecuente entre los que están preocupados por su consumo de tabaco y cocaína, y en menor medida de psicofármacos.

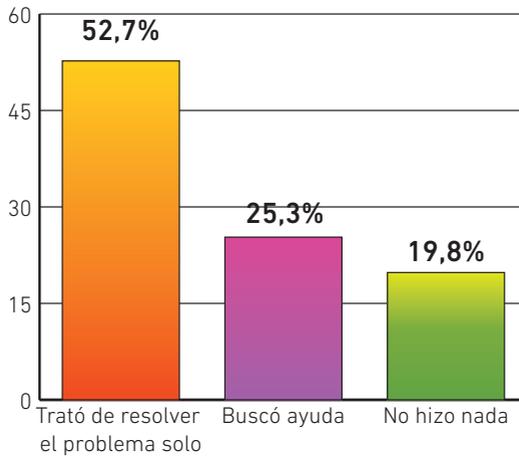
Otros motivos de preocupación, como el hecho de que el consumo lo hace sentir mal **emocionalmente**, están altamente relacionados con el consumo de cocaína y alcohol, al igual que los **problemas en el trabajo o escuela**, mientras que el **gasto de dinero** se menciona mayormente en casos de consumo de tabaco y cocaína.

Cabe señalar que los motivos de preocupación por el consumo de marihuana son relacionados al no poder parar de consumir, o a que otros le señalaron preocupación por su consumo, pero no se observan datos que manifiesten preocupación por efectos negativos ni físicos ni emocionales.

5.2 RESPUESTAS FRENTE A LA PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO PROPIO

La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es a resolver el problema de manera *privada e íntima*. Así, entre los entrevistados que se manifestaron preocupados por el consumo de alguna sustancia, encontramos que la mayoría intentó resolver el problema solo (54%), contra un 26% que buscó ayuda de terceros y un 20% que no hizo nada con esa preocupación.

Gráfico 29: Respuestas frente a la preocupación



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=91 (encuestados que respondieron haberse preocupado por su consumo)

Según lo que sabemos por testimonio de vecinos y profesionales de Berisso, frente a otras problemáticas vinculadas con la salud y la salud mental, la población suele consultar o pedir algún tipo de asistencia. Sin embargo, en lo que respecta al consumo problemático de sustancias, asistimos a una forma de resolución de problemas centrada en lo que Menéndez llamaría “estrategias de auto-atención o auto-cuidado”, a las cuales incorporamos para reconocerlas como una intención (individual o familiar, pero casi siempre *privada*) orientada a prevenir, dar tratamiento y/o controlar el consumo.

Siguiendo estos datos, y tomando el total de 48 personas que dijeron haber intentado resolver el problema de manera individual, encontramos que las estrategias de auto-atención involucran: bajar la intensidad del consumo (48%), dejar de consumir (38%), irse del barrio (8%) u otros (6% que incluye hablar con su familia y llamar a un profesional). Los entrevistados declaran en su mayoría (65%) haber tenido éxito con las mismas.

Lo que corroboran estos datos es algo que ya aparecía en las reuniones de diagnóstico y mapeo inicial, y se refiere en los profesionales a la idea de la “baja consulta espontánea” o la llamada “demanda oculta”, y en los referentes barriales a la idea de que los consumidores “no quieren” realizar tratamiento, o siquiera buscarlo. Sin embargo, lo que muestran estos datos también es que, por un lado, efectivamente hay una falta de consulta espontánea, pero que esto no necesariamente significa una “demanda oculta”, ya que en ese caso deberíamos preguntarnos “¿oculta para quién?”: que desde los sistemas de atención no podamos abordar por completo el problema del consumo, no significa que las personas no cuenten con estrategias de abordaje frente a estos problemas. Reconocer estas estrategias es un paso hacia la comprensión del fenómeno y, por tanto, hacia la ampliación de las capacidades de acción e intervención sobre el mismo.

Entre los que **buscaron ayuda** (23 personas que representan el 25,3% de los casos), encontramos que 9 personas lo hicieron a un amigo o familiar, mientras que 7 lo hicieron a un profesional (médicos en este caso) y 6 recurrieron a una institución, entre las que se mencionan AA y Hospitales. Una persona recurrió a la Iglesia.

Por último, entre los que **no hicieron nada** (18 personas), encontramos que la mayoría no consultó porque no quiso hacerlo, mientras algunos (4 personas) dijeron no tener con quién hablar o no encontrar la fuerza de voluntad para salir de esa situación. Algunas personas (3 personas) dijeron haber sentido vergüenza, no conocer un lugar o no tener dinero para ir.

5.3 PERCEPCIONES SOBRE EL CONSUMO DE OTROS

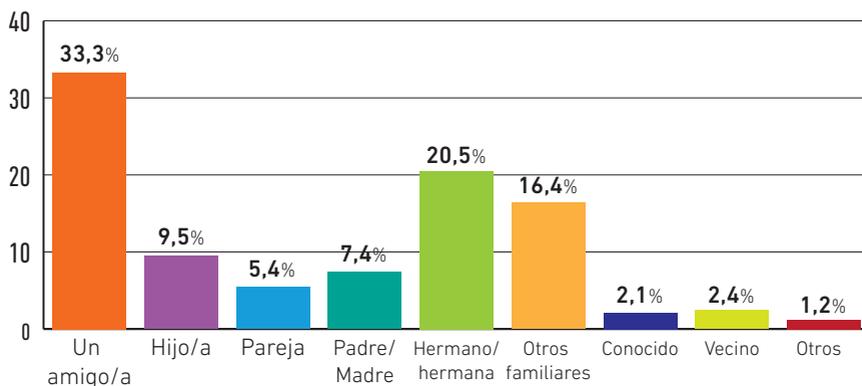
Como se observa a continuación, frente a **la preocupación por otro** aumenta significativamente la respuesta positiva. El 33% de los entrevistados se preocupó por algún amigo, y cerca del 60% por algún familiar, mientras un 5% lo hizo por un conocido o vecino del barrio. En el gráfico 34 observamos estos datos, y en el caso de la preocupación por un familiar, discriminamos en la encuesta de qué vínculo con el entrevistado se trata.

Gráfico 30: ¿Alguna vez te sentiste preocupado por el consumo de un amigo / familiar o le sugeriste buscar ayuda?



Fuente: SEDRONAR-OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

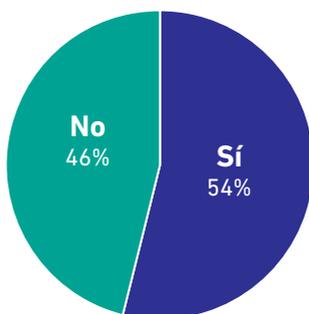
Gráfico 31: ¿Por el consumo de quien te preocupaste?



Fuente: SEDRONAR-OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

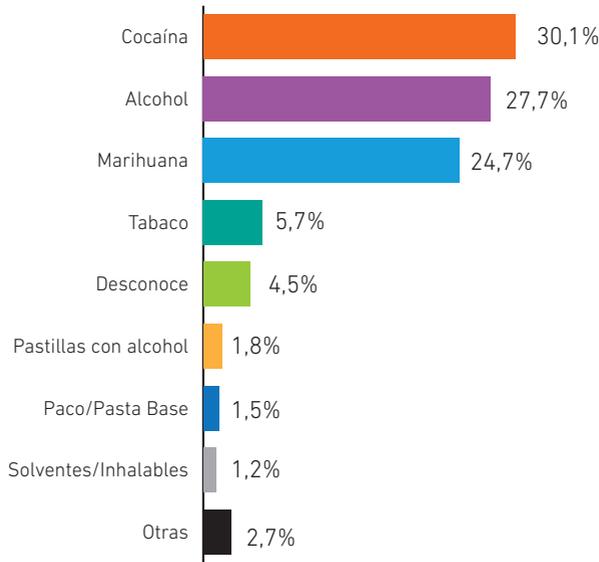
Un 30% de los entrevistados mencionó a la cocaína como la sustancia que les genera mayor preocupación por sus allegados; le siguen en importancia el alcohol (28%) y la marihuana (25%). Es destacable que, como con respecto a la preocupación por el consumo propio, el **54% continúa preocupado**, es decir, no ha resuelto el problema o no lo ve resuelto en la persona en cuestión, siendo que la mayoría comenzó a preocuparse hace más de un año, se trata de un dato para considerar a la hora de planificar trabajo territorial en la temática.

Gráfico 32: ¿Continúa preocupado?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=336 (encuestados que se preocuparon por un tercero)

Gráfico 33: Sustancia que generó la preocupación

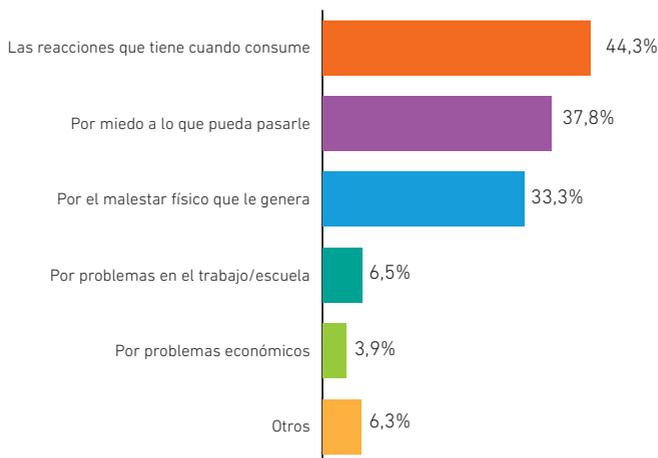


Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=336 (encuestados que se preocuparon por un tercero)

Ya que se trató de un pregunta de respuesta múltiple, la preocupación de los entrevistados respecto a los consumos de amigos o familiares pueden tener más de una motivación. En este caso, las preocupaciones que encontramos en su mayoría tienen un correlato individual, es decir se encuentran dirigidas a lo que pudiese hacer o lo que pudiera pasarle a la persona que consume. La mayoría está preocupado por las **reacciones** que tiene esta persona cuando consume, o teme por lo que pudiera pasarle, o está preocupado por el **malestar físico** que observa que se le genera, o que cree que se le genera a esta persona. En menor medida, aparecen preocupaciones más relacionadas a lo social, como **problemas en el trabajo/escuela o problemas económicos**. Entre otros motivos encontramos temores

respecto a la influencia del entorno, miedo a que ese consumidor afecte a otros, “dando un mal ejemplo”, o “descuidando a su familia”¹².

Gráfico 34: Motivos de preocupación.



Fuente: SEDRONAR-Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=336 (encuestados que se preocuparon por un tercero)

La mayor cantidad de respuestas referidas a las reacciones agresivas o depresivas están relacionadas al consumo de cocaína y alcohol, así como los motivos relacionados al malestar físico. Mientras que el miedo a lo que pueda pasarle a la persona que consume es un motivo más relacionado al consumo de marihuana, y en segundo lugar a la cocaína. Por último, el consumo de pastillas con alcohol que apareció en la categoría “otros”, preocupa principalmente por los problemas en el trabajo y/o escuela y el malestar físico que genera.

12 Estos son extractos textuales de las respuestas en las encuestas.

5.4 RESPUESTAS FRENTE A LA PREOCUPACIÓN POR EL CONSUMO DE OTROS

En lo que respecta a la ayuda u orientación solicitada por los entrevistados frente a problemas de consumo, **observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de un familiar o de un amigo que cuando se trata de un problema propio.**

En este caso, pidieron ayuda o realizaron *algún tipo de intervención* el 49% de los encuestados que dijeron estar preocupados por un tercero, es decir, un total de 165 personas. En el gráfico observamos que los recursos utilizados también se quedan en la esfera privada-individual, en tanto sólo el 17% fue a una institución y el 12% lo acompañó a consultar. El resto de los encuestados se caracterizan por una mirada con una fuerte impronta en el individuo, desde la cual se percibe al consumo de sustancias como un problema privado -íntimo- de las personas.

Esto se observa también en los motivos que dieron los encuestados que decidieron no pedir ayuda (51%): la mayoría dijo haber consultado porque no quiso “meterse”, porque “no hacía falta”, o la persona por la cual se preocupó no tenía “voluntad” o interés en consultar. Además, un 17,5% no supo a donde ir a consultar, y un 5% dijo que no hay donde ir en el barrio. Estos porcentajes observados por barrio nos dicen que el mayor desconocimiento está en los barrios de Villa Nueva y Nueva York.

Gráfico 35: ¿Qué hizo para buscar ayuda?

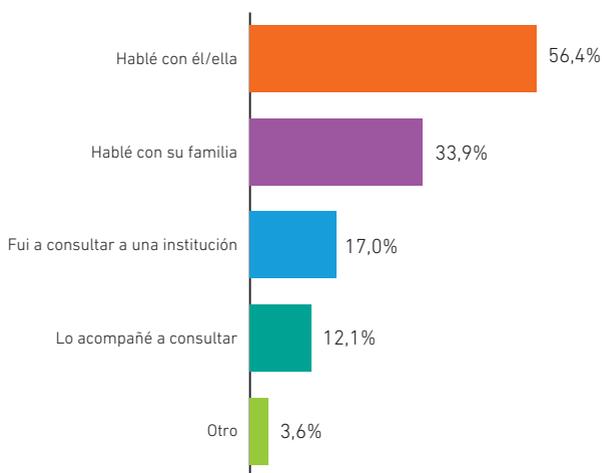
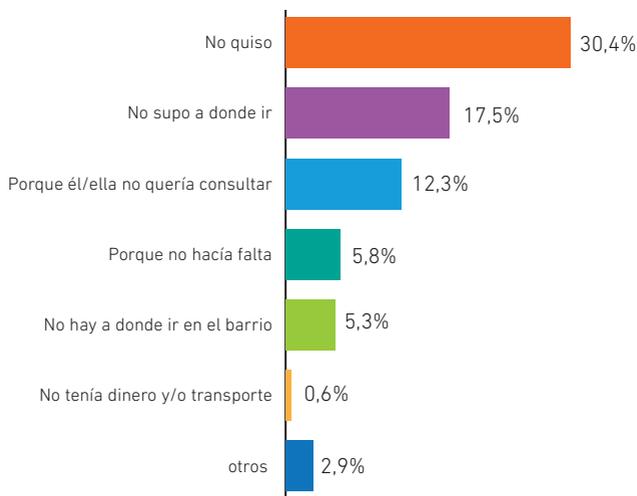


Gráfico 36: ¿Por qué no hizo nada?



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. B° El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=171

5.5 RECURSOS DE CONSULTA

A quienes se preocuparon por su consumo o el de otros, se les consultó por los lugares donde fueron a pedir ayuda, estos podían ser más de uno para mostrar las trayectorias de los sujetos en búsqueda de atención. Además se les pidió que pusieran a la atención recibida un puntaje (evaluación) del 1 al 10, siguiendo una escala tradicional. Encontramos que **la mayor cantidad de encuestados dijo no haber consultado a ninguna de las instituciones allí detalladas**, y en segundo lugar haber recurrido al ámbito familiar o de amistad, reforzando lo anteriormente señalado al respecto de la resolución por vía privada de estos problemas. A continuación puntualizamos algunos de los recursos institucionales utilizados por los encuestados:

Los recursos de consulta más comunes para aquellos que fueron a consultar a una institución por preocupación por el consumo propio fueron: la guardia y los consultorios externos del Hospital, el CPA y el Centro de Salud del barrio. Todos los que utilizaron estos servicios dijeron haber sido atendidos y puntuaron muy bien esa atención.

Respecto a los que consultaron a instituciones por el consumo de otros, las respuestas están más distribuidas, y encontramos los siguientes recursos mencionados: Centro de Salud y CPA son más frecuentes en las respuestas, y algunos casos dijeron no haber sido atendidos o haber sido derivados. En esos casos las puntuaciones que hicieron los usuarios son más bajas (entre 1 y 6 puntos), pero en los casos que sí fueron atendidos, las puntuaciones son altas (entre 8 y 10 puntos). Luego aparecen escasas consultas a Comunidades Terapéuticas (de baja puntuación) y Clínicas psiquiátricas. En la misma proporción, algunos optaron por la Iglesia o un psiquiatra o psicólogo particular.

Por último mencionamos que las personas que fueron a consultar por el consumo de otros, lo hicieron en su mayoría solos (47,7%), pero en un gran porcentaje fueron acompañados de la persona en cuestión que los preocupaba (36%).-

Capítulo VI

PROBLEMAS Y RECURSOS DE LOS VECINOS DE LOS BARRIOS

En este capítulo se ordenan los recursos con los que cuentan las personas encuestadas frente a distintos tipos de problemáticas. Es importante aclarar que, a diferencia del capítulo sobre accesibilidad (Capítulo 4), en éste las preguntas se le realizaron al total de encuestados, ya que las mismas se orientaron a conocer a qué instituciones o lugares *recurren o recurrirían* en el caso de tener ellos mismo o algún familiar/amigo distintos tipos de problemas: abuso de alcohol, consumo de drogas, maltrato o violencia, y angustia o depresión. Cuando se preguntó por el consumo de drogas, se incluyó una pregunta para conocer de qué droga se trataba, para captar de manera más acabada el fenómeno del consumo en los barrios trabajados.

En este sentido, se indagó en los entrevistados acerca del conocimiento de dispositivos formales -privados o públicos- e informales que intervengan de alguna u otra forma en las problemáticas mencionadas.

Tabla N° 1: Conocimiento de Dispositivos formales y no formales, en porcentajes.

	Abuso de alcohol	Consumo problemático de drogas	Violencia doméstica	Angustia/miedo/
Iglesia	8,6	6,6	6,7	8,2
Referente político	0,7	0,5	0,7	0,2
Escuela	0,7	0,8	0,8	0,7
Centro municipal	1,6	1,3	0,8	0,7
Centro de salud	32,7	35,7	13,5	28,3
ONG	1,5	1,0	1,3	0,2
Familiar	32,6	31,3	23,7	33,1
Amigo	4,8	3,9	4,6	5,6
Policía	2,6	2,8	36,7	2,5
Organismo especializado	9,4	9,4	3,5	3,9
No tengo a quien recurrir	1,5	1,5	1,2	0,5
No sé a quién recurrir	6,4	3,6	3,8	2,8
Otro/s	3,9	5,1	2,6	11,8
Ninguno	4,9	3,8	4,9	3,5
NS/NC	8,4	9,7	11,2	10,5

Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

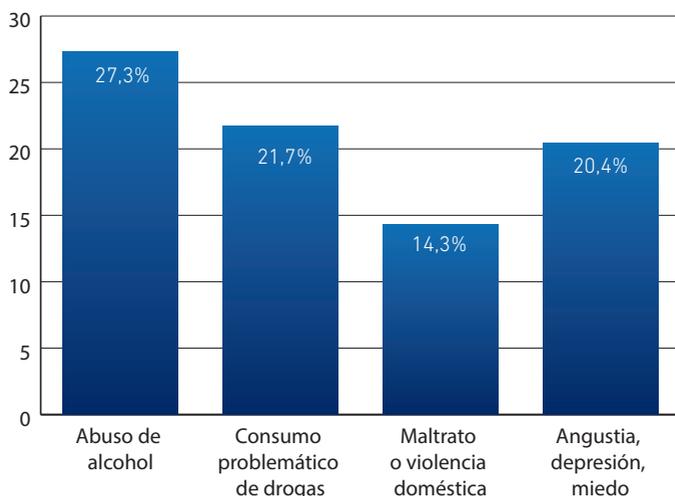
Como puede observarse, frente a los problemas de abuso de alcohol, consumo de drogas y angustia y/o depresión, las personas dijeron que recurrirían principalmente al Centro de Salud como institución, pero también

aparece una importante cantidad de respuestas que indican el recurso familiar que refleja esta lógica de resolución privada de los conflictos asociados al ámbito de la salud mental. La utilización de otros recursos como la Iglesia, u organismos especializados que suelen tener más preponderancia en otros estudios, aquí se ve disminuido por la preponderancia de los dos recursos antes mencionados. En el caso de violencia doméstica aparece además la policía, y en segundo lugar nuevamente el recurso a los familiares. Y respecto a la angustia, también se mencionan los psicólogos y psiquiatras particulares en la categoría “otros”.

Los organismos especializados mencionados son principalmente el CPA, el Hospital Re-encuentro y AA.

Cuando se indagó acerca de si los encuestados habían sufrido, ellos o su familia, efectivamente estos problemas, encontramos que:

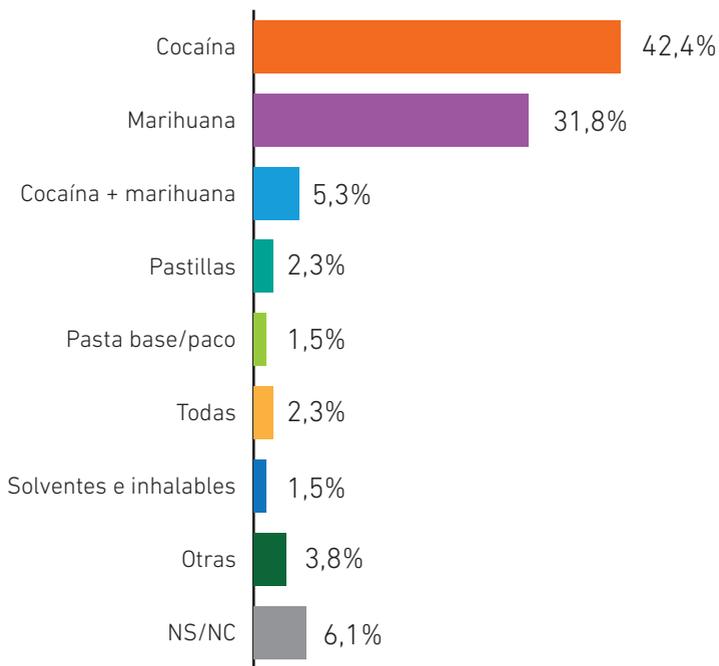
Gráfico 37. Problemas sufridos por los entrevistados



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Del total de personas que dijeron haber sufrido problemas de consumo problemático de drogas (132 personas), evaluamos con qué sustancia fue que tuvo problemas. En este caso tuvimos que incluir en una categoría separada la combinación “cocaína + marihuana” dado que se presentaba en la categoría “otras sustancias” con mucha frecuencia.

Gráfico 38. Sustancia con la que tuvo problemas el entrevistado o un familiar del entrevistado.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=132

Por último, **la mayoría de los entrevistados (82%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio**, y entre los que conocen (18%) se menciona principalmente al CPA, el Centro de Salud y SEDRONAR. Además aparecen instituciones como Amanecer, Don Bosco, la Iglesia, el programa Envión, Tomar Conciencia, Granja Darse Cuenta, el club Villa Progreso y una línea telefónica. El mayor desconocimiento de programas o actividades se da en Villa Progreso, donde sólo el 9% dijo conocer algún plan o programa de atención y/o prevención del consumo de drogas. También es necesario remarcar que la mayor cantidad de respuestas que implican al CPA provienen de los barrios Villa Nueva y Nueva York, mientras que en los barrios que componen La Franja esta institución casi no fue mencionada, o se la incluyó en las respuestas del Centro de Salud¹³.

13 Vale aclarar que en La Franja el CPA se encuentra ubicado dentro del centro de salud (US n°35), y por ello es susceptible de generar confusión en la población respecto de qué institución se trata.

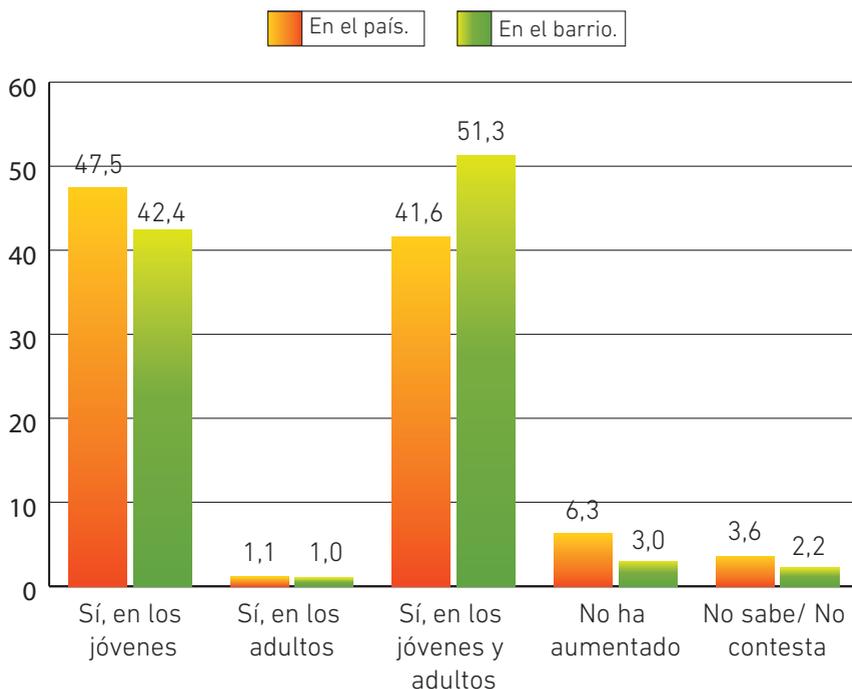
Capítulo VII

OPINIÓN

Diversos estudios realizados sobre la percepción del consumo problemático de sustancias¹⁴, marcan una generalizada percepción del aumento del consumo de drogas entre los jóvenes en los últimos años. Para este estudio en particular se confirma esa misma tendencia, ya que cuando se le preguntó a los entrevistados por su opinión respecto al aumento del consumo de drogas como marihuana, cocaína, pasta base / paco, solventes, metanfetaminas, etc. en su barrio y en el país, encontramos las siguientes proporciones de respuesta:

14 Entre los que podemos mencionar: Percepción de los/as docentes de la provincia de Buenos Aires sobre el consumo de drogas en jóvenes y estudiantes. Año 2011 - Informe de resultados.

Gráfico 39: ¿Piensa que ha aumentado el consumo de drogas como marihuana, cocaína, pasta base /paco, solventes, metanfetaminas, etc. en su barrio y/o en el país?

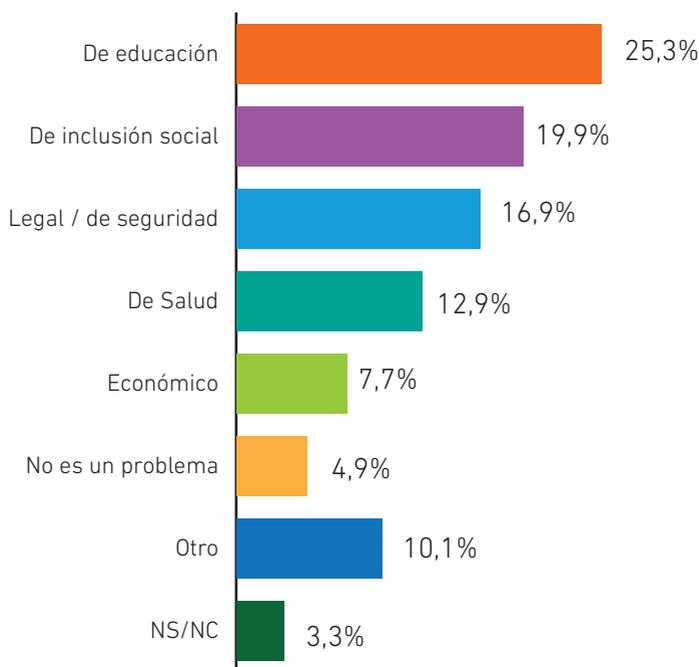


Fuente: SEDRONAR-OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Por otro lado, el 25,3% de los entrevistados perciben al problema de la droga como un problema de educación, mientras el 20% lo considera un problema de inclusión social, y el 13% un problema de salud. Asimismo, el 17% lo considera un problema legal o de seguridad. Así, resulta interesante a nivel del análisis del imaginario social, que las drogas y sus causas estén asociadas mayoritariamente a problemáticas sociales cuyas respuestas o soluciones debieran provenir de estrategias de inclusión social a través del trabajo, educación y salud. Sin embargo, al preguntarle a los mismos

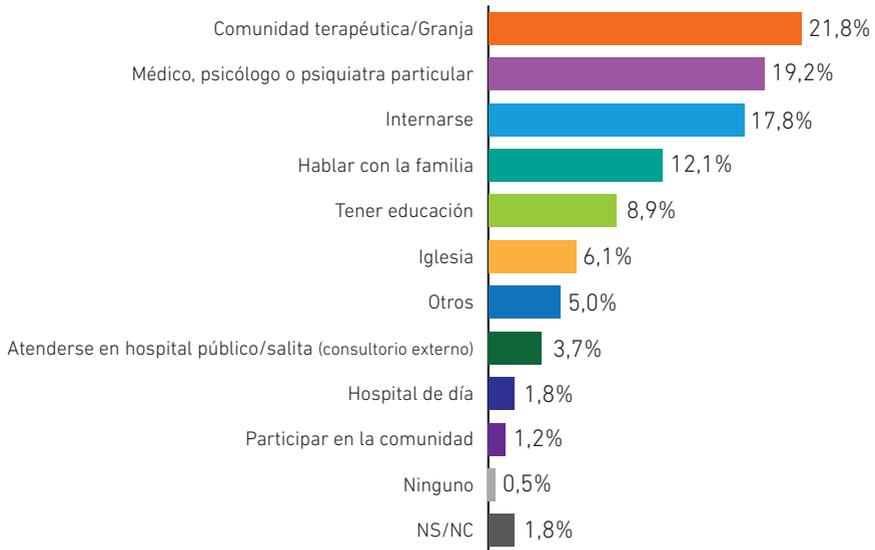
encuestados por el mejor tratamiento para el consumo problemático de sustancias encontramos que la mayor cantidad de respuestas se refieren a la comunidad terapéutica o “granja” (22%), y en segundo y tercer lugar aparecen como mejores tratamientos la psicoterapia particular a través del médico psiquiatra o psicólogo (19%) y la internación (18%). Estos datos reflejan una tensión en el propio sentido común de la comunidad, en tanto se plantea un problema de origen social pero se le da una respuesta expulsiva (como la internación) o personal/individual (como el tratamiento psicoterapéutico).

Gráfico 40: Opinión de los entrevistados sobre el tipo de problema.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

Gráfico 41: Opinión de los entrevistados sobre el mejor tratamiento.



Fuente: SEDRONAR- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Consumos Problemáticos y Accesibilidad. Berisso 2014. Barrios El Carmen, Villa Progreso, Villa Nueva y Nueva York. N=607

En relación a los **problemas que se perciben en los barrios**, los puntualizaremos según cada barrio y las respuestas más frecuentes que encontramos:

1. BARRIO “EL CARMEN”:

Problemas en la infraestructura: falta de asfalto, calles inundadas, falta de luz y alumbrado público, y basura en las calles.

Problemas sociales: consumo de drogas y alcohol, delincuencia, inseguridad, violencia y narcotráfico. Además figuran problemas como falta de educación y actividades deportivas para los jóvenes, algo que podría tomarse como problemas-propuestas.

2. BARRIO “VILLA PROGRESO”:

Problemas en la infraestructura: falta de asfalto, calles inundadas, inundaciones, ruidos molestos, y basura en las calles.

Problemas sociales: consumo de drogas y alcohol, inseguridad. Además figuran problemas como falta de trabajo y de lugares para los jóvenes, que podrían tomarse como problemas-propuestas para trabajar. Por último, varios vecinos dijeron que no había problemas en el barrio, que era muy tranquilo.

3. BARRIO “NUEVA YORK”:

Problemas en la infraestructura: no se mencionan.

Problemas sociales: consumo de drogas, inseguridad, violencia en las calles (peleas). Además figuran problemas como falta de educación y trabajo, así como problemáticas de la crianza (contención de padres a hijos), algo que podría tomarse como problemas-propuestas.

4. BARRIO “VILLA NUEVA”:

Problemas en la infraestructura: falta de asfalto, de cloacas, calles que se inundan, falta de agua corriente y nuevos asentamientos.

Problemas sociales: consumo de drogas y alcohol, inseguridad, violencia y desocupación. Además figuran problemas como falta de educación y problemáticas de la crianza (contención de padres a hijos), algo que podría tomarse como problemas-propuestas.

Reflexiones finales

Sintetizaremos aquí algunos de los datos hallados en este estudio.

En primer lugar, consideremos los datos sobre consumo de sustancias legales como alcohol y psicofármacos:

Respecto al primero, encontramos que son más los varones que las mujeres los que consumen alcohol, así como los que declaran más problemas en relación a su consumo o lo hacen de manera “excesiva”¹⁵. Asimismo, encontramos que 19 personas se preocuparon o se preocupan por su forma de consumir esta sustancia y 93 personas se preocuparon por el consumo de alcohol de otro (familiar, amigo o vecino del barrio).

El consumo de psicofármacos en los barrios en los que se trabajó es mayor en mujeres que en varones. Las formas de consumo de psicofármacos son diversas, y cómo se muestra en el estudio pueden distinguirse tres tipos:

1. El consumo bajo prescripción médica, donde ubicamos la mayor cantidad de casos (76 personas);
2. El consumo sin prescripción médica, donde se ubica el 24% de quienes dijeron haber consumido esta sustancia (24 personas)
3. El consumo combinado con alcohol.

Esta última modalidad fue consultada en el cuestionario a partir de una pregunta específica sobre consumo de “pastillas con alcohol”, el cual constituye el 2,8% de la población encuestada (34 personas), y es principalmente declarado por varones. La mezcla de pastillas con alcohol se trata de un consumo que apareció en las reuniones de mapeo y diagnóstico

15 Recordar que la medida “6 tragos o más” para consumo excesivo de alcohol es tomada de la escala AUDIT mencionada en el capítulo IV.

inicial como motivo de preocupación general, no así el consumo de psicofármacos sin combinación (con o sin receta).

Asimismo, entre el 13 y 20% de los que consumieron psicofármacos (con o sin receta) en el último año, tuvieron algún problema con ese consumo, y 7 personas declararon sentirse o haberse sentido preocupadas por su forma de consumir esta sustancia. No aparece esta sustancia como motivo de preocupación por otros.

En relación al consumo de sustancias ilícitas, puntualizaremos datos sobre consumo de marihuana, cocaína y pastillas con alcohol.

En primer lugar, el consumo de marihuana es mayor en varones que en mujeres. Del total de consumidores de marihuana, en el último año, entre el 12 y el 25% vieron afectada su realidad personal o social por su consumo, y 7 personas dijeron haberse preocupado por su forma de consumir esta sustancia, algo similar a lo encontrado en el consumo de psicofármacos. Por último, esta sustancia es mencionada por 83 personas que declararon preocuparse por el consumo de marihuana de algún amigo o familiar, y además aparece como causa de problemas para el encuestado o algún familiar, sobre todo en combinación con la cocaína¹⁶.

Por otro lado, los indicadores de consumo problemático de cocaína registran valores críticos, que requieren de un trabajo necesario desde múltiples sectores. El consumo de esta sustancia fue declarado sólo por varones, y constituye la primera sustancia por la cual se preocupan por el consumo de otros, y con la cual más problemas tuvieron los entrevistados o sus familiares. Asimismo, 17 personas declararon haber sentido o sentirse preocupadas por su propio consumo de esta sustancia.

Otras sustancias como solventes e inhalables, pasta base/paco, éxtasis y otras sustancias (entre las cuales se destaca el LSD o ácidos) son de baja prevalencia en los barrios abordados en el estudio.

16 Ver capítulos V y VI

En cuanto a los indicadores de accesibilidad, encontramos que el 15% (91 personas) de los entrevistados manifestaron sentirse o haberse sentido preocupados por su forma de consumir alguna sustancia, y la sustancia que más les generó preocupación es el tabaco, seguido por el alcohol y la cocaína. Mientras que el 56% (336 personas), se sintieron preocupadas por otro/s, y la sustancia que más les preocupa en este caso es la cocaína, el alcohol en segundo lugar, y por último la marihuana. Es de suma importancia que, en ambos casos (personas preocupadas por su consumo, y personas preocupadas por el consumo de otro), más de la mitad dijo estar preocupado por esa situación, es decir, que no la han resuelto.

La tendencia frente a las situaciones preocupantes del propio consumo es a resolver el problema de manera *privada e íntima*. Observamos que pedir ayuda o consultar es más frecuente cuando se trata del problema de un familiar o de un amigo que cuando se trata de un problema propio. Sin embargo, la mayor cantidad de encuestados dijo no haber consultado a ninguna de las instituciones, y en segundo lugar haber recurrido al ámbito familiar o de amistad, reforzando lo anteriormente señalado al respecto de la resolución por vía privada de estos problemas. Puntualizamos además que la mayoría de los entrevistados (82%) no conoce ningún programa o actividad de prevención y/o asistencia del consumo de drogas en su barrio.

Son muchas las preguntas y los desafíos que se desprenden de la lectura de estos datos que hablan de *accesibilidad*, en tanto están dando cuenta de la relación entre los sujetos y las instituciones. Los datos muestran que este vínculo entre las representaciones de las personas y los discursos de las instituciones es muy complejo y está atravesado por un conjunto de elementos que vale la pena analizar en conjunto con la población, para pensar las intervenciones más convenientes.

Es por ello que en sintonía con todo el trabajo realizado instamos a seguir el camino de la articulación y fortalecimiento de redes que permiten abrir la mirada y pensar nuevos abordajes.



**Presidencia
de la Nación**