
Observatorios locales sobre drogas



Guía para su desarrollo



Autor: Josep M. Suelves

Colaboradores:

Roberta Balestra, Julio Calzada, Luis Diego Galeano, Vilmar Ezequiel Dos Santos, Eliane Guerra, Mario Kameniecki, Agustín Lapetina, M^a Antonia Rueda y Perla Vivas, cuyas inestimables aportaciones han contribuido a enriquecer este material.

Socios de la red del Proyecto «*Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias: guía para la elaboración de planes municipales, escuela de formación e implementación de proyectos*», del Programa URB-AL-, de la Unión Europea.



Coordinación y dirección técnica:

Rosa Guixé, Antoni Duran, Jaume Larriba, José Mañoso

Este documento se ha realizado con la asistencia financiera de la Comunidad Europea.

Los puntos de vista que en él se exponen reflejan exclusivamente la opinión del «Consell Comarcal de l'Alt Empordà» y, por lo tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial de la Unión Europea.

© CCAE y UE (para esta edición)

© PDS - Promoció i Desenvolupament Social y del autor

Edita: Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAЕ)
Unión Europea (UE)

Edición: Montevideo, 2004

Depósito legal:

Revisión lingüística: Addenda, sccl.

Diseño gráfico: Eduard Bosch

Observatorios locales sobre drogas



Guía para su desarrollo

ÍNDICE

PRÓLOGO: Un paso más	7
INTRODUCCIÓN	9
ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO	11
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Los principales referentes internacionales	13
2. EVALUACIÓN DEL USO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD	17
3. ENCUESTAS SOBRE DROGAS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN SUBGRUPOS ESPECÍFICOS	19
3.1. Población diana	21
3.2. Procedimiento de obtención de datos	22
3.3. Elaboración de cuestionarios	24
3.4. Ventajas y limitaciones de las encuestas sobre consumo de drogas	27
4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS BASADOS EN INDICADORES INDIRECTOS	29
4.1. Indicadores basados en problemas relacionados con el uso de drogas	29
4.1.1. Demanda de tratamiento	30
4.1.2. Enfermedades asociadas al uso de drogas	32
4.1.3. Mortalidad	32
4.1.4. Atención sanitaria urgente	33
4.1.5. Detenciones, sentencias, ingresos en prisión	35
4.2. Indicadores basados en la oferta de drogas	36
5. MÉTODOS CUALITATIVOS	39
6. CONSIDERACIONES PREVIAS AL DESARROLLO DE UN OBSERVATORIO LOCAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS	41
6.1. Funciones de un observatorio	41
6.2. Selección de fuentes de información	42
6.3. Asegurar el acceso a la información	44
6.4. Obtención, almacenamiento, procesamiento y análisis de los datos	44
6.5. Utilización de los resultados	45
7. RECURSOS ÚTILES	47
ANEXOS	51
ANEXO 1: Conjunto básico de ítems sobre tratamiento por abuso o dependencia de las drogas	53
ANEXO 2: Criterios de selección para los casos de muertes relacionadas con el uso de drogas	56
ANEXO 3: Acceder a documentación científica	58

ANEXO 4: Cómo estimar la prevalencia del consumo de drogas: «Epidemiología con las manos desnudas» para situaciones de dinero y experiencia limitados	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

PRÓLOGO: Un paso más

Una vez más, desde el Consell Comarcal de l'Alt Empordà nos honra la coordinación del proyecto conjunto entre la Unión Europea y América Latina denominado «Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias», iniciativa que es el resultado del Proyecto URB-AL R1-P3-98 sobre Modificación de las políticas locales de intervención en drogodependencias y de la destacada colaboración que recibimos de los socios participantes en la Red Droga y Ciudad.

En definitiva se trata de un paso más en esta controvertida problemática del mundo de las drogas. La preocupación del equipo de profesionales de los servicios sociales del Consell, su talante dialogante y su coherencia de trabajo, ha hecho que la Comisión Europea, en función de los excelentes resultados obtenidos hasta el día de hoy, haya seleccionado a este Consell Comarcal para desempeñar una función coordinadora capaz de potenciar un modelo de cooperación descentralizada, que permite la adquisición y aplicación de buenas prácticas en el ámbito de las políticas locales de drogodependencias entre las diferentes administraciones que participan en el proyecto.

Vale la pena resaltar el hecho de que URB-AL es hoy el principal programa de cooperación internacional dirigido al desarrollo de políticas públicas innovadoras a partir de los gobiernos locales, lo que se fundamenta en el reconocimiento del potencial de gestión de dichos gobiernos.

Por lo tanto, tiene el lector en sus manos el resultado de este trabajo común, a través de este documento y de otros adaptados a las necesidades de las comunidades pertenecientes a la Red y consensuados por todos sus miembros, que servirá de base a los programas y actividades que estamos implantando en cada comunidad para beneficio nuestro y de toda la Red Droga y Ciudad del Programa URB-AL.

Jordi Cabezas i Llobet
Presidente del Consell Comarcal de l'Alt Empordà

INTRODUCCIÓN

Pasar de las palabras a los hechos. Del intercambio de experiencias y el análisis de necesidades desarrollado entre los años 1998-2001 como consecuencia del Programa URB-AL R1-P3-98 «Modificación de las Políticas Locales de intervención en drogodependencias» a la concreción de políticas y la definición de prioridades. Este es sin ningún tipo de duda el objetivo perseguido y secundado económicamente por la Comisión Europea a través del proyecto común tipo B: B1-P1-02 «Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias». Y es también el reto que las diversas ciudades y administraciones locales reunidas a su entorno hemos afrontado desde el 2002, cuando el proyecto fue aprobado, hasta mayo de 2005 cuando deberá finalizar.

Para las diversas ciudades europeas y latinoamericanas impulsoras del proyecto la premisa es clara: la experimentación con las drogas se ha convertido, especialmente entre los adolescentes, en un hecho habitual de las sociedades desarrolladas. El modo en que cada sociedad trata a sus adolescentes depende, en parte, de cómo estas sociedades se explican esas conductas. Desde esta perspectiva, y ante la diversidad social, cultural e incluso ante la diversidad legal en materia de drogas de cada contexto, necesariamente en las políticas de prevención que aquí presentamos lo más importante deben ser las personas, y no las sustancias. El reto de los programas de prevención que aquí presentamos no pasa por anatemizar a las sustancias sino por entrenar a las personas a que puedan decidir qué hacer con su vida, a que puedan ajustar competentemente su conducta con sus objetivos y aspiraciones, conocedores de que el problema del uso y abuso de las drogas no se da solo, sino que habitualmente es un elemento más de otras conductas problema que tiene el individuo.

La presente guía es el resultado de un largo período de trabajos en común que se cerró entre los días 29 y 31 de marzo de 2004, en la ciudad de Montevideo (Uruguay), con el Primer Seminario Taller de Entidades Miembros de la Red. Ésta y las demás guías para el trabajo recogen los criterios mínimos para ejecutar acciones coherentes con la literatura científica del momento; pretenden adaptarse a las necesidades, características y contexto cultural y social de cada miembro de la Red, y permiten posibilitar la puesta en marcha de acciones sostenibles. Confiamos en que resulten de utilidad para pasar... de las palabras a los hechos.

Santiago Vila Vicente
Conseller Comarcal de Servicios Sociales
Consell Comarcal de l'Alt Empordà

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

CICAD:	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
EMCDDA:	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (véase OEDT)
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HIV:	Virus de la inmunodeficiencia humana
OEA:	Organización de Estados Americanos
OEDT:	Observatorio Europeo sobre la Droga y la Toxicomanía
OID:	Observatorio Interamericano sobre Drogas
SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDUC:	Sistema Interamericano de Datos Uniformes
UE:	Unión Europea

1 INTRODUCCIÓN

Entre las principales recomendaciones resultantes de los trabajos efectuados en el marco del proyecto R1-P3-98 «Modificación de las políticas locales de intervención en drogodependencias», incluido en la Red Temática Droga y Ciudad del Programa URB-AL, se encuentra la de favorecer la puesta en marcha de observatorios municipales sobre drogas. Partiendo de la existencia de importantes aspectos comunes en la realidad de las ciudades participantes en el proyecto, estos observatorios deberían contribuir al establecimiento de sistemas de información epidemiológica capaces de proporcionar datos cuantitativos (como los procedentes de indicadores basados en la actividad de la red asistencial y los obtenidos a partir de encuestas poblacionales) y estudios de tendencias en los patrones de consumo.

El desarrollo de estos observatorios municipales sobre drogas pretende satisfacer importantes objetivos:

- Garantizar la comparabilidad y el intercambio de información.
- Proporcionar una visión global, permanente y actualizada de los fenómenos relacionados con las drogas.
- Facilitar el diseño y la evaluación de políticas y estrategias sobre drogas.
- Favorecer el intercambio de experiencias.
- Evaluar la viabilidad de replicar políticas a partir de la existencia de problemáticas y entornos culturales, sociales y políticos similares.

Lógicamente, el lapso de tiempo transcurrido desde que se formularon estas consideraciones no ha restado validez al objetivo de favorecer el desarrollo de observatorios locales sobre drogodependencias. Al mismo tiempo, se han producido avances en la búsqueda de un consenso que permita, por un lado, la búsqueda de información útil a nivel local y que, al mismo tiempo, asegure la existencia de un conjunto mínimo de datos supranacionales que permitan comparar tanto los problemas derivados del uso de drogas como la respuesta preventiva y asistencial que reciben en distintos territorios.

Esta guía pretende ser un instrumento útil para la puesta en marcha y el desarrollo de observatorios locales sobre drogodependencias. Como esta propuesta nace en el marco de un proyecto transnacional, se han tomado en consideración muy especialmente las propuestas y actividades tanto del Observatorio Interamericano sobre Drogas, promovido por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, como las procedentes del Observatorio Europeo sobre la Droga y la Toxicomanía, dependiente de la Comisión de la Unión Europea. El texto también pasa revista, desde una óptica práctica, a los diferentes instrumentos que se emplean para analizar la naturaleza y la extensión de los problemas relacionados con el uso de drogas en la comunidad, y finalmente revisa algunas fuentes adicionales de información disponibles.

1.1. Los principales referentes internacionales

En el ámbito internacional, tanto la Organización de Estados Americanos (OEA) como la Unión Europea (UE) vienen impulsando iniciativas para hacer posible el desarrollo de observatorios regionales

que permitan conocer la situación del consumo de drogas, los problemas que ocasiona y las actividades desarrolladas en materia de reducción de la oferta y de la demanda.

Así, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha puesto en marcha un Observatorio Interamericano sobre Drogas que pretende ser (CICAD, 2002):

1. Un referente hemisférico de información y estadísticas sobre drogas, así como una herramienta clave de apoyo a la planificación y ejecución de políticas en este ámbito.
2. Generador y promotor del desarrollo de investigaciones sobre drogas.
3. Instrumento de apoyo y asistencia técnica a los Estados miembros para la generación de políticas nacionales sobre drogas.
4. Plataforma para el establecimiento, la coordinación y la prestación de servicio y asistencia técnica a la Red Hemisférica de Observatorios Nacionales sobre Drogas.
5. Centro especializado en la generación y desarrollo de recursos y de herramientas de información, análisis y comunicación sobre drogas.
6. Órgano de difusión de la información sobre drogas hacia los Estados miembros de la OEA y hacia el resto de la comunidad internacional.
7. Vehículo para la oferta de conocimiento y capacitación especializada en materia de información, estadística e investigación sobre drogas.
8. Foro de discusión y lugar de encuentro para el intercambio de experiencias en el ámbito de la información, estadística e investigación sobre drogas.

Un aspecto central de las actividades del OID es el establecimiento de un sistema integrado de información sobre drogas que pretende recopilar datos estadísticos sobre la oferta y la demanda de drogas, legislación nacional e internacional sobre drogas, convenios en los que participan los Estados miembros de la OEA, documentos sobre estrategias y planes sobre drogas y otros tipos de documentación. La información estadística sobre consumo de drogas del OID se engloba en un Sistema Interamericano de Datos Uniformes (SIDUC), orientado hacia la gestión de indicadores relacionados con la demanda de drogas entre los que se plantea incluir datos de diferentes fuentes:

- Usuarios de centros de tratamiento.
- Personas atendidas en servicios de urgencia.
- Información de los servicios de medicina forense.
- Información sobre detenciones y procedimientos judiciales.
- Encuestas domiciliarias y a estudiantes.

Gracias a estos datos, el SIDUC se propone «implementar un sistema comprensivo pero simplificado de información estadística que, acorde con la infraestructura y las necesidades de cada país, permita contar con información sobre la magnitud del consumo de drogas, conocer las tendencias y patrones de consumo de drogas, las variables que condicionan dicho consumo y sus consecuencias sociales» (CICAD, 2003).

Entre las actividades desarrolladas por el OID se encuentran la organización de seminarios especializados (como los talleres para desarrollar sistemas nacionales de información), la recopilación y difusión de estadísticas sobre actividades de control de la oferta de drogas, y la realización de encuestas internacionales sobre uso de drogas.

El Observatorio Europeo sobre la Droga y la Toxicomanía (OEDT) es una agencia descentralizada de la Unión Europea cuyas actividades principales se centran en la recogida y análisis de datos relacionados con el uso de drogas, la mejora de los métodos que permiten la comparación de esos datos y su difusión, todo ello en colaboración con otras instituciones de la Unión Europea y ajenas a la Unión Europea (OEDT, 2003). La información que el OEDT obtiene, analiza y difunde se centra en la demanda y la reducción de la demanda de drogas, las estrategias y políticas sobre drogas de los Estados miembros y la cooperación internacional en materia del control de la oferta de drogas. Con el fin de evaluar la magnitud y naturaleza de los problemas derivados del uso de drogas en la Unión Europea, el OEDT viene trabajando en el desarrollo de cinco indicadores epidemiológicos clave:

- Prevalencia y pautas de consumo de drogas entre la población general.
- Prevalencia y pautas de consumo problemático de drogas.
- Enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas.
- Muertes relacionadas con el uso de drogas y mortalidad entre los drogodependientes.
- Demanda de tratamiento por abuso de drogas.

Resumen

El informe final del proyecto *Modificación de las políticas locales de intervención en drogodependencias* incluye la recomendación de favorecer la puesta en marcha de observatorios municipales sobre drogas. Estos observatorios han de favorecer un mejor conocimiento de los problemas relacionados con el uso de drogas, facilitar la comparación y el intercambio de experiencias, y contribuir a hacer posible el diseño y la evaluación de políticas locales sobre drogas.

Al mismo tiempo, tanto la OEA como la UE han propiciado la puesta en marcha de observatorios internacionales sobre drogas que vienen favoreciendo el consenso internacional sobre las metodologías precisas para disponer de un conjunto mínimo de datos sobre el uso de drogas y la respuesta preventiva y asistencial en diferentes países, tanto de Europa como de las Américas.

2 EVALUACIÓN DEL USO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD

El abuso y la dependencia del tabaco, el alcohol y otras drogas tiene importantes repercusiones sociales y sanitarias, y origina pérdidas económicas muy notables. La planificación, la implantación y el análisis de la efectividad de las intervenciones preventivas y asistenciales con las que hacer frente a esos problemas requieren un conocimiento adecuado de la situación.

Figura 1.1. Algunas consideraciones importantes para la evaluación del uso de drogas en la comunidad.



Sin embargo, y tal como muestra la Figura 1.1, la evaluación del uso de drogas en la comunidad plantea importantes dificultades, ya que el consumo de drogas puede tener notables implicaciones psicológicas, sociales, culturales y, en ocasiones, legales:

- Diferentes circunstancias influyen sobre la decisión de usar drogas. Así, se conocen numerosos factores de riesgo y protección que contribuyen a que algunas personas, generalmente durante la adolescencia, se inicien en el consumo de drogas. La influencia de la publicidad —en el caso del tabaco y las bebidas alcohólicas— o el efecto modélico de otros consumidores, contribuyen de forma importante al inicio del uso de drogas. El efecto gratificante intrínseco de las drogas y el desarrollo de la dependencia contribuyen también a que el consumo persista.

A pesar de ello, no debemos imaginar al consumidor de drogas como una persona totalmente pasiva ante las drogas (al menos no en el mismo sentido en que un sujeto se halla expuesto, al margen de su decisión personal, al efecto dañino de un microorganismo infeccioso).

- El consumo de drogas constituye un tema sensible. No todos los aspectos del comportamiento humano son igualmente fáciles de estudiar. Puede resultar relativamente sencillo obtener información sobre la profesión de un individuo, su edad, su estado civil y muchas otras cuestiones importantes sobre las que obtendremos datos válidos y fiables con sólo preguntar a las personas. Sin embargo, si estamos interesados en disponer de ciertos detalles sobre las estrategias que sigue para pagar menos impuestos, su comportamiento sexual o su experiencia en el consumo de drogas, es probable que debamos afrontar ciertas dificultades: la investigación de este tipo de comportamientos —que llamamos sensibles— puede provocar cierto temor en las personas investigadas (temor a sufrir alguna consecuencia legal, a la desaprobación, al rechazo, etc.). Cuando se investigan temas sensibles como el consumo de drogas, es frecuente que las personas se resistan activamente a proporcionar información, negándose a responder a las preguntas que se les formulan, mintiendo, manipulando sus respuestas, etc.
- Huir de la subjetividad. Es difícil mantener una distancia que permita estudiar objetivamente ciertas formas de consumo de drogas; la perspectiva personal de diferentes individuos, desde la que se consideran apropiadas o no ciertas formas de uso de drogas, puede condicionar fuertemente el proceso y los resultados de la evaluación del uso de drogas.
- Tener en cuenta las diferencias en niveles y patrones de consumo. No todos los usuarios de drogas mantienen la misma vinculación con las sustancias que consumen, ni todos los patrones de uso de drogas suponen los mismos riesgos.
- Disponer de información de fuentes diversas. Como puede comprobarse a partir de la lectura de esta guía, cualquier fuente de información sobre el uso de drogas proporciona una visión incompleta y potencialmente sesgada de la realidad. Solamente el análisis de los datos procedentes de diferentes fuentes de información permite acceder a un conocimiento razonable de la realidad del uso de drogas y de su impacto a nivel comunitario.

Resumen

La evaluación del uso de drogas en la comunidad plantea importantes dificultades, ya que numerosos factores influyen sobre la decisión personal de usar drogas y porque este comportamiento tiene importantes implicaciones éticas, sociales, culturales e incluso legales. Además, la posición personal de quien investiga puede afectar de forma importante cualquier investigación sobre drogas, y es necesario tomar siempre en consideración la existencia de patrones de consumo que son diferentes en personas distintas y que pueden variar también a lo largo del tiempo en un mismo individuo. Dada la complejidad del consumo de drogas y los fenómenos relacionados con ese consumo, la evaluación comunitaria del uso de drogas hace necesario disponer de los datos obtenidos a partir de diferentes fuentes de información.

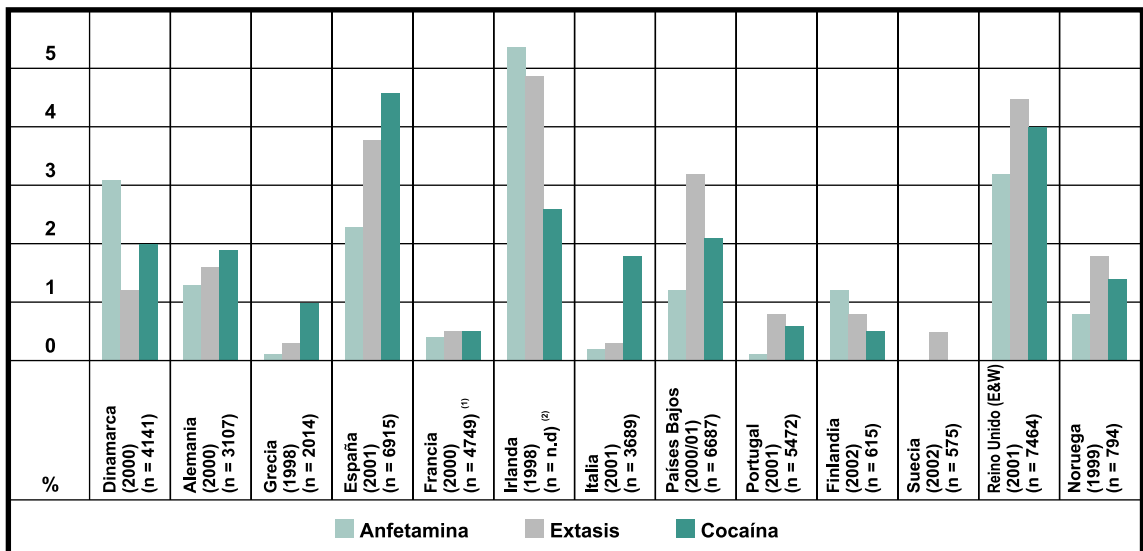
3 ENCUESTAS SOBRE DROGAS EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN SUBGRUPOS ESPECÍFICOS

Desde que a comienzos de los años 1970 comenzaron a efectuarse encuestas periódicas sobre uso de drogas en los Estados Unidos, numerosos países han venido desarrollando este tipo de estudios, tanto entre muestras de la población general como en subgrupos específicos.

La mayoría de las encuestas sobre uso de drogas se dirigen a la población general a través de entrevistas personales realizadas en el propio domicilio de las personas encuestadas, o bien a adolescentes escolarizados a los que se solicita que respondan a cuestionarios administrados de forma colectiva en los propios centros educativos.

Aunque las encuestas domiciliarias destinadas a la población general plantean dificultades técnicas y un coste económico muy importantes que sobrepasan las posibilidades de la mayoría de las colectividades locales, muchos estados desarrollan este tipo de estudios tanto en América como en Europa, proporcionando de este modo datos de gran interés. Un gran número de países de la Unión Europea desarrollan encuestas de este modo, proporcionando resultados como los que se muestran en la Figura 3.1.

Figura 3.1. Consumo reciente (últimos 12 meses) de diferentes drogas en adultos jóvenes (15-34 años) de diferentes países europeos, medido a través de encuestas nacionales de población.



Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2003

Las encuestas dirigidas a adolescentes escolarizados pueden llevarse a cabo con mayor facilidad y tienen unos requerimientos menores, tanto en términos de recursos humanos como de coste econó-

mico, aunque proporcionan una información cualitativamente distinta. En Europa, el proyecto ESPAD, coordinado por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, ha facilitado el desarrollo de encuestas escolares con una metodología comparable en numerosos países. En América Latina, el OID ha promovido el desarrollo de una encuesta escolar desarrollada en diferentes estados miembros de la OEA (véase, por ejemplo, Figura 3.2).

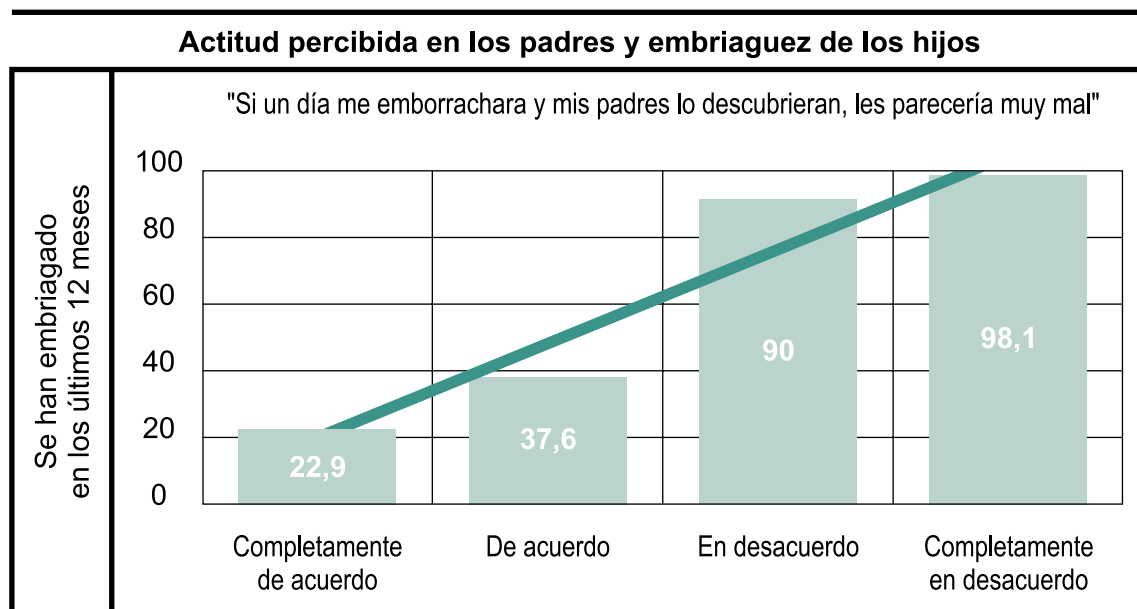
Figura 3.2. Prevalencias de consumo en la vida, año y mes de diferentes drogas en algunos países de la Organización de Estados Americanos.

País	Prevalencia	Marihuana	Cocaína	Tranquilizantes	Estimulantes	Cigarrillos	Alcohol
Ecuador	Vida	8,4	1,2	5,9	3,5	61,2	62,4
	Año	4,7	0,6	2,3	1,8	37,1	42,2
	Mes	1,4	0,3	1,4	0,9	24,0	24,5
Paraguay	Vida	4,2	1,0	15,0	5,9	37,3	66,8
	Año	2,2	0,6	8,3	3,6	22,0	49,9
	Mes	1,3	0,4	5,6	2,5	15,0	32,6
Uruguay	Vida	12,4	2,6	15,7	6,2	56,1	78,9
	Año	7,4	1,7	8,1	4,1	41,6	67,2
	Mes	3,5	0,6	4,1	2,4	32,7	50,9
Venezuela	Vida	0,7	0,4	15,7	6,4	31,9	65,6
	Año	0,3	0,2	6,7	4,0	15,1	45,9
	Mes	0,1	0,2	4,3	3,6	10,1	25,4
Panamá	Vida	6,8	0,5	5,9	4,5	43,3	63,8
	Año	4,7	0,2	3,0	3,2	25,8	45,2
	Mes	2,5	0,0	1,9	2,3	16,7	28,8
Guatemala	Vida	5,7	2,2	14,5	5,2	49,9	50,5
	Año	2,7	1,0	6,2	2,3	26,7	30,6
	Mes	1,1	0,5	3,7	1,6	15,6	15,8
Nicaragua	Vida	6,8	2,1	15,0	10,3	50,2	59,0
	Año	3,3	1,1	7,5	6,7	28,7	37,7
	Mes	1,3	0,4	4,1	4,2	19,0	20,5

Fuente: CICAD, 2003

Como las encuestas escolares plantean requerimientos menores en términos de tiempo y recursos humanos y económicos, algunas colectividades locales desarrollan este tipo de estudios con el fin de disponer de información que facilite el diseño y la evaluación de intervenciones preventivas. De este modo, es posible analizar a nivel local la influencia de distintas variables en el desarrollo de problemas relacionados con el uso de drogas, tal como ilustra la Figura 3.3 en la que se presentan datos de una encuesta escolar desarrollada por el Consell Comarcal de l'Alt Empordà.

Figura 3.3. A nivel local, las encuestas sobre uso de drogas pueden aportar datos útiles para el desarrollo y la evaluación de intervenciones preventivas.



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas del Consell Comarcal de l'Alt Empordà (datos sin publicar)

Se ha señalado que las encuestas sobre uso de drogas tienen tres funciones principales:

- Proporcionan información sobre los niveles de uso de ciertas drogas.
- Aportan datos sobre comportamientos relevantes para la salud, estilos de vida y prevención de riesgos, indicando hasta qué punto es más o menos probable que ciertas personas utilicen drogas. De este modo, estos estudios describen diferentes patrones de uso de drogas tanto a nivel geográfico como demográfico.
- Contribuyen al desarrollo de políticas y leyes sobre drogas, y permiten efectuar comparaciones internacionales.

3.1. Población diana

Las encuestas sobre uso de drogas son el resultado de la aplicación de un cuestionario (autoadministrado, administrado por un entrevistador...) a un grupo de individuos. Como habitualmente no es posible que el grupo sobre el que se desarrolla la encuesta incluya al conjunto de la población, se intenta que los individuos seleccionados constituyan una muestra representativa de ella, generalmente utilizando algún procedimiento aleatorio para la elección de sujetos.

Cuando la población sobre la que se desea obtener información es la población general, las encuestas sobre uso de drogas suelen elegir los individuos integrantes de la muestra a partir de una selec-

ción aleatoria de domicilios. Es preferible seleccionar domicilios en lugar de escoger individuos a partir de listas (como las que proporcionan los censos de habitantes) porque es frecuente que los datos administrativos de los consumidores problemáticos de drogas no estén actualizados, de manera que una selección al azar de personas censadas podría suponer sesgos importantes.

En el caso de las encuestas escolares, dirigidas a muestras de la población escolarizada (o en ocasiones al conjunto de la población escolarizada), se administra un cuestionario a las personas que asisten a clase. Si la encuesta se desarrolla en grupos de edad en los que la escolarización está generalizada, es probable que una encuesta escolar proporcione datos generalizables a la población general de esos grupos de edad.

Tanto el hecho de que una parte de la población no tenga acceso a la escolaridad como el absentismo escolar supondrán sesgos a tener en cuenta, ya que es posible que algunas formas de uso de drogas afecten principalmente a sujetos que no acceden habitualmente a la escuela y que, por tanto, probablemente no podrán ser incluidos en el estudio.

- ✓ Cualquiera que sea la estrategia adoptada para seleccionar el marco muestral en el que llevar a cabo una encuesta sobre uso de drogas, es probable que los datos obtenidos presenten sesgos que se opongan a una generalización de los resultados al conjunto de la población. El correcto diseño de una encuesta reducirá esos sesgos y/o ayudará a conocerlos mejor, permitiendo que se tengan en cuenta al analizar los resultados del estudio.

Otro aspecto importante a considerar es el tamaño de la muestra, que influirá significativamente en la precisión de las estimaciones que se realicen. Efectivamente, los estadísticos que se observan en una muestra (como la proporción de individuos que declaran haber consumido determinada droga en alguna ocasión), no son valores precisos que se puedan trasladar directamente a la población, sino que se encuentran en el punto medio de un rango de valores que se conoce con el nombre de intervalo de confianza. La amplitud del intervalo de confianza disminuye de acuerdo con el tamaño de la muestra, además de otros factores. Sin embargo, el aumento de la precisión que se obtiene aumentando el tamaño de la muestra puede llevar aparejado un aumento de los costes de realización de una encuesta que es conveniente valorar de forma adecuada.

3.2. Procedimiento para la obtención de datos

La administración de un cuestionario puede llevarse a cabo utilizando diferentes procedimientos. En las encuestas escolares aplicadas colectivamente es frecuente que una sola persona distribuya un cuestionario impreso que los sujetos deben cumplimentar por sí solos.

Cuando no es posible esa administración colectiva, como cuando la encuesta se dirige a la población general, es preciso recurrir a otros procedimientos. Una posibilidad, muy utilizada en cierto tipo de estudios, es la de enviar un cuestionario por correo que los sujetos deberán cumplimentar y retornar

por la misma vía. También es frecuente que un entrevistador deje un cuestionario impreso en el domicilio de los entrevistados con la indicación de que, una vez cumplimentado, sea enviado por correo o recogido nuevamente a domicilio.

Sin embargo, la mayoría de las encuestas sobre uso de drogas se basan en la realización de una entrevista cara a cara en la que un entrevistador realiza una serie de preguntas preestablecidas y anota las respuestas de los entrevistados siguiendo un procedimiento de codificación predeterminado. También en estos casos es posible que algunas preguntas —las que se refieren a información más sensible— se administren en un cuestionario impreso que el entrevistado debe cumplimentar sin que el entrevistador tenga acceso a sus respuestas. En los últimos años, la introducción de ordenadores portátiles o laptop ha venido a mejorar la obtención de información mediante procedimientos de entrevista personal asistida por ordenador (CAPI o computer assisted personal interview), en la que el entrevistador introduce directamente las respuestas del entrevistado en un ordenador, y de entrevista auto-administrada asistida por ordenador (CASI o computer assisted self-completed interview), donde el propio entrevistador introduce sus respuestas en un soporte informático.

Tabla 3.1. Implicaciones de la selección de diferentes procedimientos de obtención de datos.

	Cara a cara	CAPI	CASI	CATI	Correo
Identificación de no respuestas totales	Buena / fácil	Buena / fácil	Buena / fácil	Satisfactoria	Difícil
Prevención no-respuesta a algunos ítems	Bien	¿Bien?	¿Bien?	Satisfactoria	No
Prevención rechazo a participar en la encuesta	Buena	Buena	Buena	Satisfactoria	No
Sujetos que el procedimiento excluye	Personas que no dominan el lenguaje oral	Personas que no dominan el lenguaje oral	Analfabetos + personas que no pueden leer	Personas que no dominan el lenguaje oral	Analfabetos + personas que no pueden leer
Tasas de respuesta esperadas		¿ ?	¿ ?		
Manipulación intencionada de los datos para aparentar una conducta más apropiada socialmente	Alta	Alta	Baja	Satisfactoria	Muy baja
Control de la influencia sobre el entrevistado de otras personas	Satisfactorio	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
Control del proceso de respuesta	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo

Fuente: Basado en OEDT, 2002a.

Finalmente, en los últimos años ha ido aumentando el uso del teléfono para realizar encuestas con diferentes contenidos. Muchas de estas encuestas se desarrollan mediante sistemas de entrevista

telefónica asistida por ordenador (CATI o computer assisted telephone interview). Es mucho menos frecuente que toda la entrevista telefónica se desarrolle de forma automatizada mediante un sistema CATS (completely automated telephone survey). La mayor eficiencia de las encuestas telefónicas (su coste es mucho menor y se pueden realizar de forma más rápida porque no es preciso desplazarse para efectuar las entrevistas) y la relativa generalización del acceso a los servicios de telefonía han contribuido a popularizar este tipo de estudios, que a pesar de ello son poco usuales en el ámbito de la investigación sobre drogodependencias.

La tabla 3.1, adaptada a partir de una revisión coordinada por el OEDT (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002a), resume algunas de las implicaciones más importantes de seleccionar uno u otro procedimiento para la obtención de datos.

3.3. Elaboración de cuestionarios

La elección y elaboración del cuestionario que se utilizará en una encuesta condicionará la viabilidad del estudio. Muchas veces, por ejemplo, se desea rentabilizar el esfuerzo que representa llevar a cabo una encuesta construyendo cuestionarios que incorporan un número excesivamente alto de preguntas para así obtener más información. Es muy probable que un cuestionario demasiado extenso fatigue a las personas entrevistadas y provoque un número excesivamente elevado de negativas a colaborar en el estudio, o induzca a muchos sujetos a responder a algunas de las preguntas sin prestar atención. Así pues, será necesario valorar cuidadosamente la información que se quiere obtener al realizar la encuesta para ayudar a descartar las preguntas menos relevantes.

La experiencia demuestra que una parte substancial de la información que se obtiene en muchas encuestas no llega nunca a analizarse. En cambio, también es frecuente que al analizar los datos se compruebe lo importante que hubiera sido incluir ciertas preguntas que nunca se tuvieron en cuenta, porque no se tomó suficiente cuidado en el diseño del cuestionario.

Los contenidos del cuestionario, junto con el propio procedimiento de obtención de la información, determinarán también la calidad de los datos que se obtengan. Administrar un cuestionario de acuerdo con un procedimiento establecido supone *medir* ciertas variables, y es importante que este procedimiento proporcione medidas válidas y fiables.

Cuando intentamos obtener información sobre el uso de drogas a partir de las respuestas a un cuestionario, debe preocuparnos especialmente formular preguntas que minimicen el riesgo de que los entrevistados nos proporcionen respuestas poco válidas y fiables. Hay tres razones muy importantes que pueden contribuir a reducir la calidad de las respuestas a un cuestionario sobre uso de drogas:

- Problemas de comprensión. Si se redactan las preguntas de forma que resulte difícil entender su significado, o si la comprensión de la pregunta requiere conocimientos que no están al alcance de la mayoría de los entrevistados (como cuando se pregunta sobre el uso de sustancias cuyo nombre no es identificado por una parte de la población), es muy probable que algunos sujetos sean incapaces de proporcionar una respuesta válida y fiable.

- ✓ Una medida *fiable* es aquella que incluye pocos errores. La fiabilidad se evalúa a menudo en términos de repetición, de forma que la aplicación del mismo instrumento de medida en dos o más ocasiones a un mismo individuo debería tender a producir el mismo resultado (esa dimensión de la fiabilidad se denomina *fiabilidad test-retest*).
- ✓ La *validez* es el grado en que estamos midiendo realmente aquello que pretendemos medir. Así, por ejemplo, cuando preguntamos a la gente sobre su consumo de alcohol, es posible que algunas personas no respondan reflejando su consumo real de bebidas alcohólicas, sino que respondan únicamente en relación al consumo de un tipo particular de bebidas pero no a todas ellas (el entrevistado puede interpretar que se le ha preguntado por su uso de licores, pero no por su consumo de vino o cerveza); habríamos obtenido entonces una medida poco válida (queríamos medir el uso de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, pero en realidad hemos obtenido medidas del consumo de licores).

A diferencia de la fiabilidad, la validez no puede determinarse siempre de forma empírica. A pesar de ello, a menudo es posible disponer de parámetros que indican la validez de una medida, como cuando comparamos los datos de un autoinforme sobre el uso reciente de ciertas drogas con los resultados de un test fisiológico para medir ese mismo consumo reciente.

- Dificultades para la evocación de la información. Es posible que algunos sujetos no recuerden algo que se les pregunta (como puede ocurrir, por ejemplo, cuando se pregunta por la edad de inicio de ciertas drogas o cuando se intenta determinar con exactitud el consumo de alcohol durante los días previos).
- Manipulación intencionada. Como se señaló más arriba, el consumo de drogas es un tema sensible: es posible que algunas personas que consumen drogas nieguen que lo hacen o declaren un consumo inferior al real; en algunas ocasiones, es posible incluso que ciertos sujetos declaren también un consumo superior al real.

El cuidado diseño del cuestionario contribuirá a mejorar la calidad de la información obtenida. Una valiosa opción que conviene considerar siempre consiste en adoptar un instrumento utilizado en estudios previos.

El hecho de emplear un cuestionario ya conocido supone beneficiarse de la experiencia previa y, al mismo tiempo, poder comparar los resultados que se obtengan con los datos obtenidos en otros lugares y/o períodos de tiempo.

Solamente si existen argumentos poderosos que así lo justifiquen tiene sentido plantearse la modificación de un cuestionario bien establecido o el desarrollo de un nuevo instrumento.

Cuando se requiere diseñar un nuevo cuestionario de recogida de datos, o en la selección de uno de los diferentes cuestionarios ya disponibles, será útil tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe prestarse especial atención a la redacción de las preguntas (seleccionando un léxico y un estilo que la mayoría de los sujetos puedan comprender), y a la redacción y la selección de las diferentes alternativas de respuesta.
- Diferentes aspectos del diseño global del cuestionario contribuirán también a mantener el interés de los entrevistados por colaborar en el estudio: una presentación cuidada, un número de preguntas no excesivamente amplio, el uso de *saltos* y otras ayudas que eviten tener que algunos sujetos deban responder a preguntas que no se refieren a ellos, etc.
- Es indispensable presentar adecuadamente el estudio, indicando claramente a los entrevistados cuáles son los objetivos de la investigación y por qué deberían colaborar en ella, qué organizaciones son responsables del desarrollo de la encuesta y, muy especialmente, garantizando de forma convincente un tratamiento confidencial de los datos obtenidos.
- La aplicación piloto del cuestionario en una pequeña muestra de individuos permitirá corregir errores que hayan pasado inadvertidos al diseñar o adaptar un cuestionario y un procedimiento de obtención de datos.

Lógicamente, las encuestas sobre uso de drogas suelen tratar de analizar el uso de estas sustancias, junto con otras variables que pueden resultar útiles con fines de investigación científica o para el diseño y evaluación de intervenciones preventivas y asistenciales.

Entre las preguntas destinadas a estudiar el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, es habitual intentar evaluar el uso de estas sustancias al menos en una ocasión a lo largo de la vida, durante los 12 meses previos, y durante los 30 días previos. Las respuestas a esas preguntas se utilizan para estimar la prevalencia del consumo *a lo largo de la vida*, *a lo largo de los últimos 12 meses*, y *a lo largo de los últimos 30 días* (*lifetime prevalence*, *last year prevalence* y *last month prevalence*).

Incluso cuando el interés principal de la encuesta se centra en el consumo de drogas ilegales, las preguntas sobre uso de tabaco y alcohol facilitan el abordaje de otras drogas. Además, el uso de drogas legales e ilegales parece estar relacionado.

Para la evaluación del consumo excesivo de alcohol, suelen incluirse ciertas preguntas clave, como por ejemplo el hecho de haber tomado seis consumiciones alcohólicas o más en una sola ocasión (un ítem que también aparece en cuestionario de uso clínico como el AUDIT).

La evaluación del uso de bebidas alcohólicas puede resultar bastante compleja. De una parte, en muchos países el consumo de alcohol está ampliamente extendido entre la población y puede incluir patrones de uso muy diversos. Por otro lado, la diversidad de presentaciones y dosificaciones fuerza a incluir un elevado número de preguntas si se desean obtener datos precisos. Aunque se han propuesto muchas alternativas para obtener información sobre el consumo de alcohol, la práctica más habitual consiste en interrogar sobre la frecuencia de consumo habitual y después sobre la ingesta habitual de bebidas alcohólicas en los días de consumo (método *cantidad-frecuencia*). Normalmente las preguntas se repetirán para diferentes presentaciones con contenidos de alcohol distintos, o se buscará alguna forma para que los entrevistados puedan describir de forma sencilla su ingesta

de alcohol (por ejemplo, indicando su consumo en forma de *unidades estándar* que contienen una dosis de alcohol equivalente).

Otra área potencialmente compleja es la que se refiere al uso de psicofármacos. De una parte, puede ser difícil conseguir que los sujetos identifiquen adecuadamente diferentes categorías de sustancias. Por otro lado, puede ser necesario establecer una diferenciación entre consumo de psicofármacos con finalidades médicas o con otras finalidades, de modo que a menudo se pedirá a los sujetos que indiquen si la sustancia que han consumido había sido prescrita por un médico.

En las preguntas sobre consumo de drogas ilegales suele ser conveniente utilizar varios nombres para describir una misma sustancia, porque es posible que algunas personas tengan dificultades para identificar ciertas drogas.

Además de preguntas sobre uso de drogas e información sociodemográfica (sexo, edad, ocupación, nivel de instrucción, lugar de residencia, etc.), las encuestas suelen incluir también preguntas destinadas a evaluar la presencia de determinados factores de riesgo y de protección para el abuso de drogas (como información sobre antecedentes familiares de uso de drogas), la edad y otras circunstancias que acompañaron al primer uso de distintas drogas y, en ocasiones, diferentes opiniones de los encuestados:

- Sobre los drogodependientes.
- Sobre políticas locales en materia de drogas.
- Sobre el comportamiento de otras personas.
- Acerca de los riesgos asociados a ciertos comportamientos.

3.4. Ventajas y limitaciones de las encuestas sobre consumo de drogas

Las encuestas constituyen una importante fuente de información para la evaluación del uso de drogas en la comunidad. Sin embargo, la información que se obtiene utilizando este tipo de instrumentos tiene algunos condicionantes que es preciso considerar.

- ✓ Sea cual sea el método adoptado para acceder a la población (encuestas domiciliarias basadas en entrevistas personales, encuestas escolares administradas en grupo en centros escolares, etc.), resultará difícil acceder a ciertas personas: los que carecen de hogar, los que se encuentran temporalmente en alguna institución (como hospitales, comunidades terapéuticas, prisiones, o centros de tutela y protección para menores), los que no están escolarizados o no asisten regularmente a la escuela, etc. Como consecuencia de ello, las encuestas tienden a excluir a algunas personas que abusan o dependen de las drogas y que se encuentran en una situación más grave.

Por otra parte, los consumidores más problemáticos y las personas que consumen drogas cuyo uso es objeto de una mayor desaprobación social tienden muchas veces a declarar un consumo menor al

real cuando son entrevistadas en el marco de una encuesta sobre uso de drogas. Debido a todo ello, las encuestas proporcionan información más útil sobre las formas menos problemáticas y más extendidas de uso de drogas y, en cambio, resultan de menor utilidad para conocer formas minoritarias o poco extendidas de consumo de sustancias.

Otro importante aspecto a considerar es el coste económico de las encuestas. Aunque las encuestas escolares tienen un coste limitado que hace posible desarrollar este tipo de estudios disponiendo de los recursos que están al alcance de las administraciones locales o de muchos centros de investigación, el desarrollo de una encuesta domiciliaria puede representar unos gastos muy elevados que solamente pueden asumirse a nivel supramunicipal. Si se desea estudiar el uso de drogas de consumo poco frecuente (como la mayoría de las drogas ilegales), el tamaño de la muestra a estudiar deberá ser bastante grande, lo que contribuirá a encarecer aún más los costes del estudio.

Finalmente, las encuestas son un instrumento especialmente útil para la planificación y la evaluación de políticas sobre drogas, especialmente en el ámbito preventivo. Esto es así porque, además de obtener información sobre la distribución entre la población de ciertas formas de uso de drogas, las encuestas permiten conocer otras cuestiones relacionadas con el uso de sustancias: la presencia y la distribución demográfica y territorial de factores de riesgo y protección (que permiten identificar grupos expuestos a un mayor riesgo de abusar de las drogas), el acceso a servicios especializados en la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con el uso de drogas, la percepción social del uso problemático de drogas, la valoración de políticas públicas y otros muchos aspectos importantes.

Resumen

Desde finales de los años 1970 se han venido desarrollando en numerosos países encuestas para evaluar el uso de drogas. La mayoría de estas encuestas se dirigen a la población general a través de entrevistas realizadas en muestras de hogares, o a niños y adolescentes a los que se administran cuestionarios en las escuelas.

Cualquiera que sea la estrategia escogida para el desarrollo de una encuesta sobre uso de drogas, es probable que los datos obtenidos incluyan sesgos que limiten la generalización de los resultados. Sin embargo, una metodología adecuada reducirá esos sesgos, gracias a la selección de una estrategia adecuada para la obtención de datos y al cuidadoso diseño de un cuestionario que proporcione datos fiables y válidos.

Cuando se valora la conveniencia de desarrollar encuestas sobre uso de drogas, es preciso tener en cuenta que este tipo de estudios ayudan a conocer las formas menos problemáticas de uso de drogas (pero no son tan útiles para evaluar el uso muy problemático), pueden tener un coste económico considerable (especialmente elevado en el caso de las encuestas domiciliarias) y resultan de gran ayuda para la planificación y la evaluación de políticas sobre drogas, especialmente en el ámbito preventivo.

4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS BASADOS EN INDICADORES INDIRECTOS

Ciertas fuentes de información proporcionan datos que no permiten conocer exactamente cuáles son los niveles de uso de drogas en la comunidad, pero que reflejan el consumo de drogas porque tienden a variar al mismo tiempo que éste. Como se irá viendo en las siguientes páginas, estas fuentes de información pueden ser de utilidad como indicadores indirectos de ciertas formas de uso de drogas en la comunidad

La demanda de tratamiento en centros especializados por abuso y dependencia de las drogas es un excelente ejemplo de esos indicadores indirectos. Es evidente que conocer el número de personas que demandan tratamiento por problemas relacionados con el uso de cocaína no permite, en principio, conocer cuál es el número de usuarios problemáticos de esa sustancia. Sin embargo, es muy probable que esa demanda de tratamiento esté, en parte, influida por el número de usuarios problemáticos presentes en la comunidad: si el número de consumidores problemáticos aumenta, tenderá a aumentar la demanda de tratamiento, y si hay menos consumidores, se reducirá la demanda.

El análisis de los datos que proporcionan los indicadores indirectos requiere un buen conocimiento de los factores que, más allá del consumo de drogas, determinan su evolución. Así, está claro que las variaciones en la oferta asistencial (aumento o disminución del número de centros que ofrecen tratamiento de los problemas relacionados con el uso de drogas, introducción de modalidades de tratamiento más atractivas para los pacientes, desigualdades territoriales en distribución de centros) contribuirán también de forma importante a producir variaciones en la demanda de tratamiento. Como resultado de ello, es posible que los datos de un único indicador indirecto —como la demanda de tratamiento especializado en el ejemplo que se ha expuesto— no basten por sí solos para describir la realidad del uso de drogas en la comunidad.

La mayoría de los indicadores indirectos del uso de drogas se basan en datos sobre complicaciones sanitarias, sociales o legales del uso de drogas, o datos sobre diferentes aspectos de la oferta de estas sustancias.

4.1. Indicadores basados en problemas relacionados con el uso de drogas

El consumo de drogas supone un riesgo de experimentar distintas complicaciones negativas que, en algunos casos, darán lugar a alguna actuación de los servicios sanitarios, sociales, policiales, judiciales o penitenciarios.

En muchos casos, los responsables de esos servicios llevan a cabo algún proceso de recogida de datos que podrán ser utilizados para analizar la evolución de los problemas de drogas en la comunidad. En otros casos, es posible obtener esos datos estableciendo acuerdos de colaboración con los organismos implicados.

A continuación se describen algunos de los indicadores de problemas relacionados con el uso de drogas utilizados con mayor frecuencia.

4.1.1. *Demanda de tratamiento*

Cuando existen recursos asistenciales que concentran una parte importante de la atención social y/o sanitaria a personas que padecen problemas relacionados con el uso de drogas —centros que ofrecen tratamiento de deshabituación a personas dependientes del tabaco, el alcohol u otras drogas, programas de tratamiento con metadona, centros de acogida para drogodependientes sin hogar, etc.— es posible obtener información sobre las características y la evolución de la demanda asistencial.

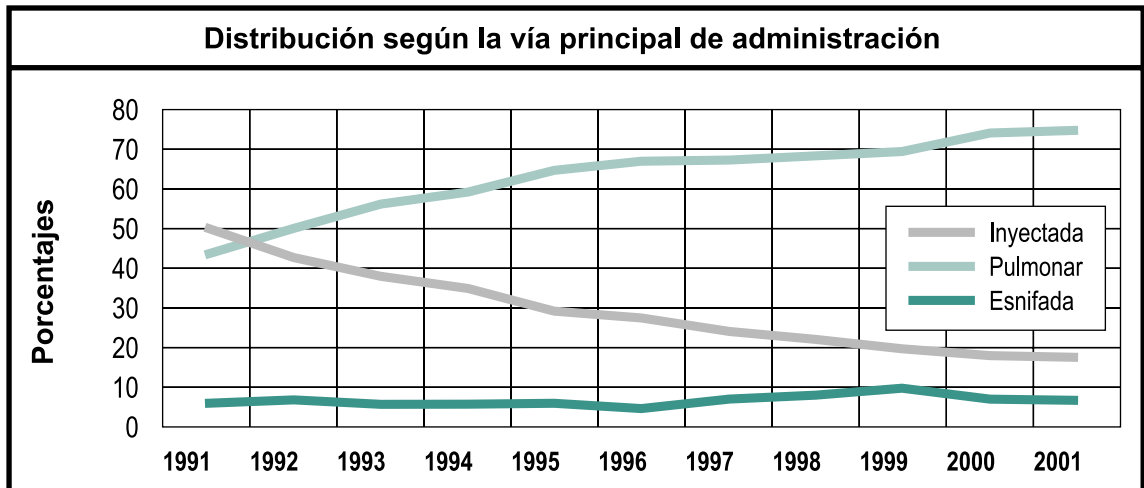
- ✓ El principal cometido de los centros asistenciales es proporcionar un tratamiento adecuado de las necesidades sociales y sanitarias de la población atendida. Si el desarrollo de un indicador de la demanda de tratamiento supone algún tipo obstáculo para el cumplimiento de ese cometido asistencial, es poco probable que el indicador alcance y mantenga los mínimos de calidad indispensables.

Los datos sobre la demanda asistencial representan una información muy valiosa para la planificación y la gestión de recursos asistenciales. Cuando la población asistida por los centros que notifican información representa una parte muy pequeña del conjunto de usuarios problemáticos de drogas, ésta será la principal utilidad de los datos sobre tratamiento. Este es el caso, por ejemplo, de los datos sobre personas que siguen tratamiento de su dependencia del tabaco o del alcohol en centros especializados, que normalmente representan tan sólo una parte muy pequeña de todos los consumidores problemáticos de esas dos sustancias en la población general.

Cuando, por el contrario, hay razones para pensar que una parte importante de los consumidores problemáticos de ciertas drogas solicitan tratamiento en los centros que proporcionan datos para el indicador, entonces puede asumirse que los datos obtenidos pueden contribuir a mejorar nuestro conocimiento sobre las características de la población de consumidores problemáticos, las tendencias que siguen los patrones de consumo y otros muchos aspectos importantes.

El análisis de los datos sobre demanda de tratamiento y, muy especialmente, sobre su evolución temporal, pueden servir de base para plantear hipótesis en relación a la población de consumidores problemáticos. Así, la Figura 4.1 refleja la evolución del uso de la inyección en las primeras demandas de tratamiento por abuso o dependencia de la heroína registrados en España a partir de 1991, mostrando claramente que la vía parenteral ha sido reemplazada por la inhalación de vapor de heroína (una forma de administración conocida entre los heroínómanos españoles como hacer chinos y en el mundo anglosajón como chasing the dragon).

Figura 4.1. Distribución de los tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de dicha droga. (Porcentajes) España, 1991-2001.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador Tratamiento

Generalmente, la recogida de datos sobre tratamiento por abuso y dependencia de las drogas no supone una dificultad excesiva, siempre que se tengan en cuenta algunas consideraciones importantes:

- Para que los centros y los profesionales implicados en la notificación de información sobre tratamiento estén suficientemente motivados, deben comprender que proporcionar datos puede suponer alguna ventaja para su trabajo. Participar en el proceso de notificación puede suponer mejoras en la financiación de los centros, disponer fácilmente de datos estadísticos que los profesionales pueden incorporar a su informe anual o utilizar para planificar sus actividades, etc.
- Aunque desde la perspectiva de los centros asistenciales es tentador incluir una gran cantidad de información sobre los usuarios que demandan tratamiento, recopilar una cantidad excesiva de información comportará más inconvenientes que ventajas: lo que es útil en el ámbito clínico puede ser poco relevante desde una perspectiva epidemiológica, y tal vez recoger más información imponga una sobrecarga de trabajo que afectará negativamente todo el proceso de notificación. En el Anexo 1 de esta guía se muestra la selección de ítems que el EMCDDA propone incluir en los registros de personas tratadas por abuso o dependencia de las drogas.
- Los profesionales implicados en el proceso de notificación de los datos sobre demanda de tratamiento deben estar adecuadamente entrenados. Además, el entrenamiento y la supervisión debe mantenerse a lo largo del tiempo para evitar cambios en la calidad de la información obtenida.
- Es necesario ofrecer algún tipo de retroalimentación a los centros que notifican información, ya que ello contribuye a mantener la calidad de la información notificada.
- Debe garantizarse la protección de cualquier tipo de información confidencial, especialmente de aquella que esté asociada a datos que permitan identificar a personas o grupos de

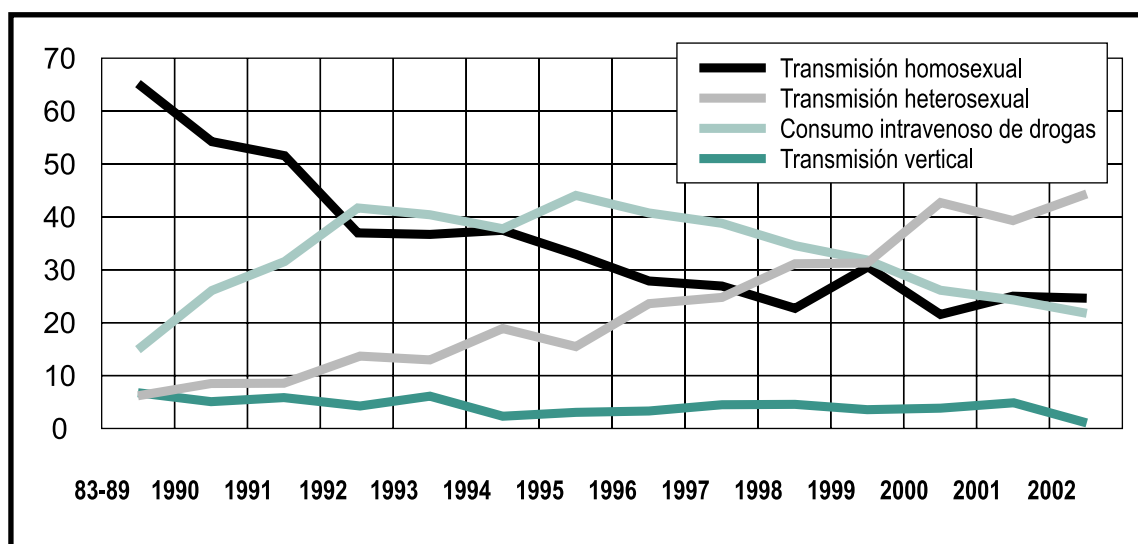
individuos concretos. Si no hay motivos importantes para recoger datos de identificación sobre las personas que demandan tratamiento, puede ser preferible no obtener este tipo de información.

4.1.2. Enfermedades asociadas al uso de drogas

Determinadas enfermedades están estrechamente relacionadas con el uso de algunas drogas. Así, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el SIDA, o algunas hepatitis víricas son especialmente frecuentes entre las personas que se inyectan drogas. De forma parecida, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se asocia estrechamente al tabaquismo, ciertas enfermedades digestivas y hepáticas se asocian al abuso de alcohol, y determinadas complicaciones psicopatológicas y cardiovasculares se observan con frecuencia en consumidores de cocaína y otros psicoestimulantes.

Las autoridades sanitarias recogen de forma rutinaria datos sobre el número y las principales características de los casos que reciben algunos de estos diagnósticos, especialmente en el caso de las enfermedades transmisibles. Gracias a ello, el acceso a esa información proporcionará datos útiles para conocer cómo el uso de drogas está contribuyendo al desarrollo de diferentes enfermedades en la comunidad, como puede verse, por ejemplo, en la Figura 4.2, en la que se muestra la evolución de la proporción de casos de SIDA entre personas que han consumido drogas por vía parenteral en la ciudad de Buenos Aires.

Figura 4.2. Casos de SIDA según la vía de transmisión. Buenos Aires, 1983-2002 (porcentajes)



Fuente: Coordinación Sida del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, 2002

4.1.3. Mortalidad

El consumo de drogas puede contribuir a un aumento de la mortalidad bien como reacción aguda tras la administración de una sustancia (sobredosis y otras complicaciones agudas del uso de drogas),

como consecuencia de procesos patológicos derivados del uso persistente o de la forma de administración, o como resultado de accidentes que se producen mientras una persona se encuentra bajo los efectos de ciertas sustancias (accidentes de tráfico y laborales asociados al uso de alcohol u otras drogas).

Muchos países analizan de forma rutinaria la evolución de la mortalidad analizando los antecedentes de una defunción. Eso permite conocer cuál es la magnitud y las características de la mortalidad derivada de ciertas enfermedades en las que el consumo de drogas puede haber tenido un papel significativo. De este modo, puede resultar relativamente sencillo conocer de qué modo ha evolucionado la mortalidad por cirrosis hepática (que frecuentemente es una consecuencia del abuso de alcohol), o por cáncer de pulmón (mucho más frecuente entre los fumadores que entre los no fumadores). Es preciso tener en cuenta que el análisis de la mortalidad por algunas de estas causas proporciona principalmente información sobre las características de los consumidores de drogas de más larga evolución (el fallecimiento se produce muchos años después de que una persona comenzara a consumir o a depender del alcohol o del tabaco), pero no aporta datos en relación a los consumidores más recientes.

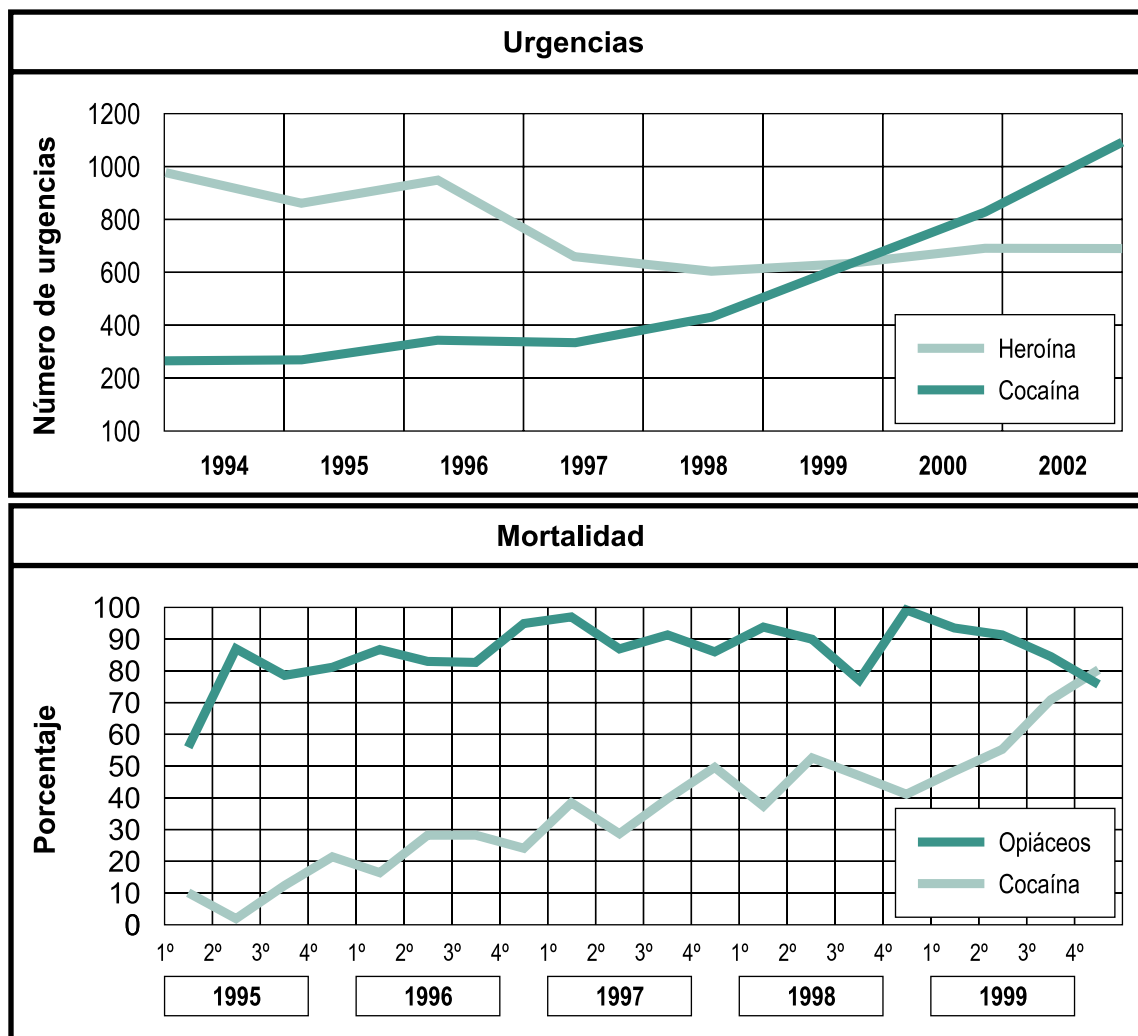
Raramente resultará sencillo conocer la mortalidad por reacción aguda o por accidentes relacionados con el uso de drogas sin poner en marcha procedimientos complejos que permitan acceder a los resultados de la investigación forense y judicial que sigue a un fallecimiento por causas no naturales. Pese a las dificultades que plantea la obtención de este tipo de datos y su relativamente escasa utilidad para la planificación y evaluación de políticas sobre drogas, es frecuente que se intente disponer de información sobre la mortalidad por reacción aguda tras el uso de drogas, ya que se trata de una información que provoca un gran interés social, mediático y político.

Con el fin de maximizar la validez de los datos sobre mortalidad por reacción aguda tras el uso de drogas obtenidos a partir de otras fuentes de información estadística sobre mortalidad, se han efectuado trabajos para establecer un consenso sobre los casos a seleccionar a partir de los registros de mortalidad general que, habitualmente, codifican las causas de muerte según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002b). El Anexo 2 incluye una selección de causas de muerte relacionada con el uso de drogas ilegales, a partir de una propuesta del EMCDA.

4.1.4. Atención sanitaria urgente

Mucho antes de que un consumidor de drogas tenga la convicción de que necesita ayuda para abandonar el uso problemático de sustancias o de que ese consumo cause alguna enfermedad o incluso el fallecimiento, es posible que aparezcan complicaciones agudas (intoxicaciones, efectos no deseados, reacciones psicopatológicas u orgánicas, accidentes, etc.) que motiven la intervención de los servicios sanitarios de urgencias.

Figura 4.3. Evolución de las urgencias relacionadas con el consumo de la droga autoreferida y evolución trimestral del porcentaje de drogas detectadas en las muertes por reacción aguda adversa a droga. Barcelona 1992-1999



Fuente: Suelves JM, Brugal MT, Caylà J, Torralba L; 2001

Como consecuencia de ello, la monitorización de las urgencias causadas por el consumo de drogas o, a veces, de las urgencias entre consumidores de drogas tiene un gran interés como instrumento para la vigilancia de los problemas causados por el uso de drogas. Lamentablemente, generalmente el acceso a este tipo de información no resulta fácil, porque puede requerir la participación activa de profesionales del servicio de urgencias en el proceso de notificación, o bien la revisión manual periódica de los registros clínicos de atención en esos servicios.

En los casos en los que es posible obtener información sobre las urgencias sanitarias en usuarios de drogas, estos datos representan un valioso complemento de otras fuentes de información, tal como puede verse en la Figura 4.3, donde se observa cómo los datos sobre la demanda de atención urgente han puesto de manifiesto el rápido crecimiento de los problemas derivados del uso de cocaína en la ciudad de Barcelona.

4.1.5. *Detenciones, sentencias, ingresos en prisión***Figura 4.4. Incautaciones de cocaína en países americanos.**

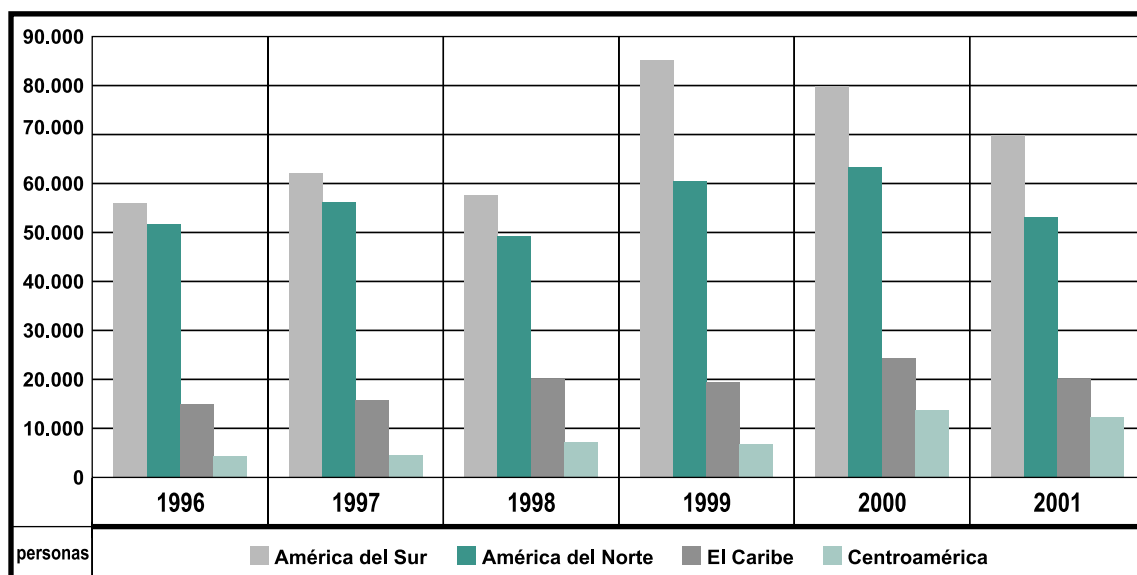
INCAUTACIÓN DE COCAÍNA POR REGIÓN (EN KILOGRAMOS)							
CONTINENTE		1997	1998	1999	2000	2001	2002
TOTAL		296.971	337.395	308.964	323.299	301.653	334.235
AMÉRICA DEL SUR		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Argentina		5.089	1.767	1.660	2.351	1.586	1.638
Bolivia		15.944	11.667	9.567	9.344	11.669	13.857
Brasil		4.325	6.100	6.759	3.838	7.963	9.145
Chile		2.661	2.798	2.930	10.970	2.427	2.262
Colombia		59.459	107.480	63.946	110.522	75.036	119.599
Ecuador		3.420	3.854	10.164	3.307	12.242	11.367
Paraguay		77	179	95	96	90	89
Perú		11.111	9.938	11.307	11.847	9.189	14.568
Uruguay		28	24	19	6	25	43
Venezuela		16.741	8.159	12.414	14.771	13.777	17.900
TOTAL		118.855	151.966	119.161	167.082	134.004	190.468
CENTROAMÉRICA		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Costa Rica		7.863	7.387	2.060	5.894	1.749	2.995
El Salvador		234	42	28	423	20	2.068
Guatemala		5.099	3.951	9.959	1.420	6.618	5.727
Honduras		2.189	1.804	709	1.215	396	149
Nicaragua		2.790	4.749	833	961	2.718	2.207
Panamá		11.777	11.772	3.120	7.395	2.708	5.046
TOTAL		29.962	29.705	16.709	17.308	14.209	18.192
EL CARIBE		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Antigua-Barbuda		740	1	22	25	6	51
Bahamas		2.580	3.680	1.860	2.740	2.670	2.448
Barbados		80	35	133	59	58	47
Belice		2.691	40	37	13	3.850	10
Dominica		102	30	83	--	--	4
Granada		1	3	42	56	77	77
Guyana		176	3.219	344	144	72	32
Haití		1.259	1.074	438	238	446	274
Jamaica		414	1.144	655	1.624	2.950	3.688
Rep. Dominicana		1.225	2.337	1.071	1.307	1.908	1.102
St Kitts-Nevis		150	1	1	53	--	1
St Lucía		6	58	133	71	--	1
St Vincent-Grenadines		1	13	15	51	--	15
Suriname		95	285	185	207	2.253	341
Trinidad-Tobago		102	167	274	653	1.541	265
TOTAL		9.629	12.086	5.293	7.240	15.829	8.507
NORTEAMÉRICA		1997	1998	1999	2000	2001	2002
Canadá		2.090	2.604	1.116	1.851	1.783	1.886
Estados Unidos		101.495	118.436	132.063	106.622	105.785	102.543
México		34.950	22.598	34.622	23.196	30.040	12.639
TOTAL		138.535	143.638	167.801	131.669	137.611	117.068

Fuente: Observatorio Interamericano sobre Drogas, 2003

El consumo de drogas puede tener importantes repercusiones legales que se traducen en actuaciones desde el ámbito policial, judicial y penitenciario. El uso de ciertas drogas es considerado una infracción penal o administrativa en muchos países del mundo, y la producción, distribución y comercialización de drogas ilegales tiene importantes repercusiones penales. Además de ello, algunos consumidores de drogas participan en actividades delictivas como resultado de las alteraciones de la conducta que se observan bajo los efectos de ciertas drogas o con el fin de proveerse de los medios necesarios para adquirir drogas.

Por todo ello, es frecuente registrar algunos datos procedentes de este tipo de actuaciones, como los que aparecen en la Figura 4.4 relativos a la evolución de las detenciones por delitos relacionados con las drogas en el continente americano.

Figura 4.5. Personas detenidas por delitos relacionados con las drogas en el continente americano. 1991-2001



Fuente: Observatorio Interamericano sobre Drogas, 2002

4.2. Indicadores basados en la oferta de drogas

Aunque el análisis de los datos sobre la oferta de drogas y su evolución es del máximo interés para el desarrollo de acciones dirigidas a la reducción de la oferta de drogas, que en ocasiones sobrepasa el ámbito de competencia de las administraciones locales, no hay duda de que un mejor conocimiento del mercado puede contribuir también a mejorar el diseño y la efectividad de las actuaciones dirigidas a la reducción de la demanda.

En el caso de las bebidas alcohólicas y el tabaco, muchos de estos datos son difundidos por la propia industria o como resultado de la actividad de las administraciones públicas que gravan con impuestos especiales las actividades económicas que generan estos productos.

Naturalmente, el hecho de que la producción y el comercio de drogas ilegales se desarrollen de forma clandestina no permite disponer de datos sobre el mercado de este tipo de sustancias con la misma facilidad. A pesar de ello, los datos sobre cantidades de drogas decomisadas por las fuerzas de seguridad acostumbran a utilizarse como un indicador de la oferta de estas sustancias.

Al revisar los datos sobre decomisos de drogas, sin embargo, es importante tener en cuenta que pueden existir variaciones importantes de año en año en los datos, ya que además de la presencia de sustancias existen numerosos factores que pueden contribuir a variar la efectividad del trabajo policial modificando sensiblemente la cantidad de drogas decomisadas en un año determinado. La Figura 4.5 muestra, por ejemplo, algunos datos sobre los decomisos de cocaína en países americanos.

Resumen

Los *indicadores indirectos* no permiten conocer exactamente cuáles son los niveles de uso de drogas pero reflejan el consumo de estas sustancias porque tienden a variar al mismo tiempo que éste.

El análisis de los datos que proporcionan los indicadores indirectos requiere un buen conocimiento de los diferentes factores que influyen en su evolución. Además, suele ser necesario disponer de datos procedentes de diferentes indicadores para poder describir adecuadamente la realidad del uso de drogas en la comunidad.

La mayoría de los indicadores indirectos del uso de drogas se basan en datos sobre las complicaciones del consumo de sustancias o en datos sobre diferentes aspectos de la oferta.

Entre los indicadores basados en problemas relacionados con el uso de drogas destacan la demanda de tratamiento, la información sobre enfermedades asociadas al uso de drogas, la mortalidad por causas relacionadas con el uso de drogas, la atención sanitaria urgente a consumidores, y las detenciones, sentencias judiciales e ingresos en prisión.

Los indicadores basados en la oferta de drogas incluyen los datos sobre decomisos de drogas y los referidos a la producción y el comercio de tabaco, bebidas alcohólicas y algunos psicofármacos susceptibles de abuso.

5 MÉTODOS CUALITATIVOS

La mayor parte de la información presentada hasta aquí se dirige a la obtención y el análisis de datos cuantitativos referidos al consumo de drogas, los problemas asociados a ese consumo y algunos aspectos relacionados con la oferta de sustancias.

Pese a la indiscutible importancia de la información cuantitativa, en los últimos años ha crecido el interés por disponer de otras fuentes de información cualitativa que contribuyan, entre otros aspectos, a investigar la interrelación entre significados y contextos del uso de drogas. La investigación cualitativa sobre el uso de drogas utiliza frecuentemente técnicas tomadas de la antropología cultural para investigar en grupos de usuarios de drogas, mantener redes de informantes clave, etc.

Como ha señalado Rhodes (2000), la investigación cualitativa resulta fundamental para:

- Acceder e investigar poblaciones ocultas
- Entender mejor la experiencia y la significación del uso de drogas
- Comprender los contextos sociales del uso de drogas
- Proporcionar información útil para la investigación cuantitativa
- Complementar y formular preguntas a la investigación cuantitativa
- Desarrollar intervenciones y políticas más efectivas

La investigación cualitativa puede resultar de gran ayuda para identificar nuevas tendencias en el uso de drogas, que generalmente se diseminan entre la población a partir de pequeños grupos de consumidores escasamente representados en muestras de la población general. Solamente cuando la investigación cualitativa ha identificado estas nuevas formas de uso de drogas comienza a ser posible diseñar preguntas sobre nuevas drogas o nuevos patrones de consumo, que podrán integrarse en los cuestionarios que se incluyen en las encuestas a las que se refiere el capítulo 4.

La investigación cualitativa facilita también el estudio de las características de algunos de los comportamientos de riesgo que se observan entre los usuarios de drogas. De este modo es posible, por ejemplo, estudiar el comportamiento y las creencias de individuos que se inyectan drogas y que en ocasiones comparten o reutilizan jeringuillas, lo que facilita el análisis de ciertas prácticas que suponen un mayor riesgo de sobredosis, infección por HIV o hepatitis C. El uso de la investigación cualitativa también ayuda a conocer mejor la perspectiva de los usuarios de drogas en relación a los servicios de tratamiento o de reducción de daños.

Distintos proyectos de investigación cualitativa han contribuido a identificar las características diferenciales del uso de drogas entre algunas minorías étnicas, así como los procesos de estigmatización, marginalización y exclusión social que favorecen las numerosas recaídas que se observan en algunos consumidores crónicos de drogas.

El análisis de diferentes aspectos del comercio de drogas en el mercado ilícito ha sido también objeto de estudio a partir de la aplicación de técnicas de investigación cualitativa. De este modo es posible conocer la respuesta de los pequeños traficantes frente a los cambios en las políticas de control de la

oferta de drogas, la participación de grupos organizados en el tráfico, o las estrategias que facilitan la introducción de nuevos patrones de uso de drogas.

Finalmente, la investigación cualitativa ayuda al diseño y la evaluación de diferentes intervenciones preventivas y asistenciales en relación al uso problemático de drogas. Así, el conocimiento preciso de las percepciones y opiniones de los usuarios de drogas puede facilitar el diseño de programas de reducción de daños más efectivos y eficientes, o una oferta de programas terapéuticos mejor adaptados a las necesidades específicas de subgrupos de usuarios de drogas (mujeres consumidoras de drogas, miembros de minorías, etc.).

A pesar del interés que despierta la investigación cualitativa sobre drogas, nos encontramos todavía ante un sector necesitado de un fuerte impulso. Es necesario, de una parte, que se produzcan avances metodológicos que faciliten el análisis computerizado de datos cualitativos, el acceso a ciertas poblaciones diana o la participación de usuarios de drogas como informantes clave. Por otra parte, es conveniente favorecer el fortalecimiento de vínculos de colaboración entre grupos de expertos que trabajan en el ámbito de la investigación cualitativa. En este sentido, es preciso subrayar algunos trabajos promovidos por el OEDT que han hecho posible la creación de una Red Europea de Investigación cualitativa sobre Drogas y la edición de una excelente monografía sobre el tema (Greenwood G., Robertson K, 2000).

Resumen

Mediante la aplicación de técnicas tomadas frecuentemente de la antropología social o cultural, la investigación cualitativa permite investigar la interrelación entre significados y contextos del uso de drogas.

De este modo, la investigación cualitativa facilita la interpretación y contextualización de datos estadísticos, facilita la comprensión de los problemas y las necesidades asociadas a diferentes patrones de uso de drogas y ayuda a valorar qué tipos de intervención pueden ser más efectivas y el impacto de estas intervenciones sobre los usuarios de drogas.

El desarrollo de diferentes proyectos de investigación cualitativa contribuye a hacer posible el estudio de nuevos patrones de uso de drogas, el análisis de comportamientos de riesgo entre los consumidores, los procesos de exclusión social que afectan a una parte de los drogodependientes, el pequeño tráfico de drogas y el diseño y la evaluación de intervenciones preventivas y asistenciales.

6 CONSIDERACIONES PREVIAS AL DESARROLLO DE UN OBSERVATORIO LOCAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS

En los capítulos anteriores se han señalado algunas de las razones que pueden justificar la necesidad de disponer de observatorios locales sobre drogas y se han descrito diferentes métodos en los que basar la recogida de datos en relación al uso de drogas en la comunidad. En el capítulo 7 y en los anexos de la guía se indican algunos recursos en los que ampliar esta información, y se muestran algunos ejemplos que pueden resultar de ayuda en la puesta en marcha de un observatorio local.

El desarrollo de un observatorio local sobre drogas requiere responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué funciones deberá cumplir el observatorio?
- ¿Con qué fuentes de información es posible contar?
- ¿Qué estrategias facilitarán el acceso a la información disponible?
- ¿Qué recursos humanos y materiales serán necesarios para que se puedan desarrollar las actividades del observatorio?
- ¿Qué utilidad tendrá la información obtenida?

Las respuestas a esas preguntas determinarán en gran medida la viabilidad y la continuidad del proyecto. En los apartados siguientes se plantean algunas reflexiones que sin duda facilitarán ese proceso.

6.1. Funciones de un observatorio

Los observatorios sobre drogas pueden tener, entre otras, importantes funciones de apoyo al desarrollo de políticas locales en materia de drogodependencias. De acuerdo con ello, el establecimiento de un observatorio debe aportar información sobre diferentes cuestiones (Stimson y Judd, 1997):

- *¿Cuál es la extensión del fenómeno?* Políticos y planificadores necesitan conocer la magnitud de los problemas relacionados con el uso de drogas (número de personas afectadas, número de episodios registrados, drogas consumidas en la comunidad, costes derivados del uso de drogas, etc.) con el fin de determinar qué recursos humanos y materiales será necesario destinar al desarrollo de actuaciones preventivas y asistenciales.
- *¿Quiénes consumen drogas?* Es preciso conocer hasta qué punto el consumo de drogas afecta a diferentes sectores de la población, la procedencia geográfica y social de los consumidores problemáticos y los correlatos y características de diferentes formas de uso de drogas.
- *¿Cuál es la naturaleza del problema?* Las principales motivos de preocupación en relación al uso de drogas son los daños causados a la salud de ciertos consumidores (dependencia, riesgo de padecer enfermedades infecciosas, sobredosis, accidentes), la relación entre el con-

sumo de drogas y actividades delictivas, y los problemas sociales y familiares que afectan a los usuarios de drogas.

- *¿Cuáles son los costes derivados del uso de drogas?* No se trata únicamente del coste económico que supone el desarrollo de programas específicos de prevención y tratamiento del abuso de drogas, sino también de los que se derivan de las actividades ilegales relacionadas con el uso de drogas, de la morbilidad y la mortalidad que afectan a los consumidores problemáticos, o de la pérdida de productividad y de años potenciales de vida como consecuencia del uso problemático.
- *¿Está empeorando el problema? ¿Está mejorando?* Más que datos sobre la situación en un momento concreto, interesan al planificador los datos que reflejan tendencias temporales. El hecho de que un problema esté agravándose subraya la necesidad de intervenir.
- *¿Qué está causando la aparición de nuevos patrones de uso de drogas?* El uso de drogas tiende a cambiar a lo largo del tiempo, de manera que es posible que intervenciones preventivas y asistenciales que resultaron efectivas en el pasado dejen de ser útiles en un futuro inmediato. Un mejor conocimiento de los factores que influyen en los cambios en los patrones de uso de drogas ayudará a anticiparse a nuevos problemas.
- *¿Puede hacerse algo?* No basta con disponer de un mejor conocimiento sobre las características y las implicaciones del uso de drogas en la comunidad; ese conocimiento debe estar orientado a plantear propuestas concretas de actuación.
- *¿Qué impacto están teniendo las intervenciones realizadas?* Si se están destinando recursos, por ejemplo, al tratamiento de usuarios problemáticos de drogas, será preciso disponer de datos que pongan de manifiesto cuál es el uso real de estos recursos.

6.2. Selección de fuentes de información

Es posible obtener datos de fuentes muy diversas para analizar el uso de drogas en la comunidad. Como se planteó en el capítulo 1, ninguna de esas fuentes de información es suficiente para explicar por sí sola la naturaleza, la magnitud y la evolución del uso de drogas, pero el análisis conjunto de la información procedente de varias fuentes puede contribuir a mejorar nuestro conocimiento en estas áreas.

Las encuestas sobre uso de drogas proporcionan información muy útil para analizar la influencia de diferentes factores psicológicos, sociales y culturales sobre el uso de drogas. También resultan de gran utilidad para valorar las necesidades de la población en relación al desarrollo de intervenciones preventivas, y para conocer la opinión de la población en relación a las políticas públicas en el ámbito de las drogodependencias.

Como ya se ha señalado en el capítulo 4, el desarrollo de encuestas sobre uso de drogas puede tener un coste y una dificultad que sobrepase las posibilidades de muchas instituciones locales. Sin embargo, es posible que otros organismos estén ya desarrollando este tipo de estudios a nivel comarcal, regional, nacional o internacional. En tales casos, cabe explorar la posibilidad de obtener explotaciones parciales de esos datos útiles a nivel local, o incluso negociar algunos cambios en el desarrollo de una

encuesta en curso (por ejemplo variando la composición o el tamaño de la muestra) para que los resultados sean útiles también a nivel local.

Por otra parte, las encuestas escolares suponen costes y exigencias menores, y están al alcance de muchas instituciones locales. Además, el propio proceso de obtención de datos y la presentación de los resultados obtenidos suponen, en la práctica, una excelente oportunidad para reforzar la colaboración con las escuelas del municipio, lo que puede favorecer la implantación de programas de prevención escolar.

Diferentes indicadores indirectos permiten conocer la extensión de los problemas relacionados con el uso de drogas, evaluar y establecer prioridades en relación a algunas de las necesidades asistenciales que plantean los usuarios problemáticos de drogas y, en algunos casos, conocer la efectividad de las intervenciones terapéuticas y de reducción de daños. Además, ciertos indicadores aportan datos útiles para planificar y evaluar las actividades de control de la oferta de drogas. La selección de indicadores dependerá, en parte, de la posibilidad de acceder a diferentes fuentes de información:

- Centros de atención a las drogodependencias. Diferentes dispositivos asistenciales ofrecen tratamiento especializado del abuso y la dependencia de las drogas. Este tipo de centros obtiene y almacena información sobre las personas que atiende y sobre algunas de sus características, y puede aportar datos que permitan conocer la demanda asistencial que atienden y las características de la población tratada. Además, es muy probable que las personas que trabajan en estos centros tengan interés en colaborar en el desarrollo de un observatorio sobre drogodependencias.
- Servicios de *bajo umbral*. Ciertos dispositivos sociales y sanitarios proporcionan servicios básicos (alimento, cobijo, asesoramiento legal, intercambio de jeringuillas, etc.) a personas que padecen problemas derivados del uso de drogas. Aunque las condiciones en las que se desarrolla la actividad de este tipo de centros suponen a veces ciertas limitaciones en relación a la calidad de los datos que obtienen (es posible, por ejemplo, que no sea posible registrar el nombre de las personas atendidas, lo que impediría comprobar si una persona ha visitado el centro anteriormente), esta fuente de información puede reemplazar o complementar la procedente de otro tipo de centros asistenciales.
- Centros de prescripción y/o dispensación de metadona. En lugares donde el consumo de opiáceos afecta a un número significativo de personas, es frecuente la implantación de programas de tratamiento con metadona u otros opiáceos. En ocasiones, este tipo de dispositivos atienden una población distinta a la que recibe tratamiento en otro tipo de centros, por lo que los centros de metadona pueden también complementar otras fuentes de información.
- Otros servicios sanitarios. Los consumidores de drogas padecen a menudo problemas médicos o psiquiátricos que les llevan a consultar diferentes servicios sanitarios (hospitales, centros de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, de atención a personas con HIV, de atención primaria de salud, de salud mental, etc.). Conviene explorar la posibilidad de obtener información de este tipo de servicios, y las posibles formas de afrontar uno de los principales inconvenientes que plantean: la dificultad de diferenciar entre los casos relacionados con el uso de drogas y el resto de la población atendida.

6.3. Asegurar el acceso a la información

Obtener la información necesaria para el desarrollo de un observatorio local sobre drogodependencias requiere siempre la colaboración de numerosas personas e instituciones. Es preciso, por tanto, resolver con antelación algunos de los potenciales obstáculos a esa colaboración y, si fuera necesario, abordarlos explícitamente al negociar acuerdos para el acceso a diferentes fuentes de información.

En muchos casos, la protección de datos confidenciales es una importante preocupación de las personas y las instituciones a quienes se solicitan datos. El contacto con usuarios de drogas —especialmente el que se desarrolla desde centros asistenciales— suele comportar la obtención de información personal y potencialmente sensible que los profesionales tienen la obligación de proteger. Es por ello por lo que, en muchas ocasiones, será conveniente solicitar datos en un formato previamente acordado, en vez de pedir libre acceso a los contenidos de los registros de usuarios atendidos.

También es conveniente valorar la posibilidad de excluir, siempre que sea posible, los datos que pudieran permitir la identificación de individuos concretos —como el nombre y los apellidos, la dirección, el número de afiliación a la Seguridad Social, etc. En ocasiones, será preciso disponer de datos que hagan posible determinar si dos registros distintos corresponden a un mismo individuo, como en el caso de los datos sobre personas tratadas por abuso o dependencia de las drogas, donde es posible que un mismo individuo haya sido tratado por un mismo centro o por diferentes centros en varias ocasiones. En estos casos, pueden proponerse sistemas de identificación que mejoren la protección de la identidad de los pacientes, registrando solamente las iniciales del nombre, la fecha de nacimiento u otras variables que ayuden a detectar la aparición repetida de un mismo sujeto.

A menudo, la preocupación con respecto a la potencial sobrecarga de trabajo que supone facilitar ciertos datos será también un obstáculo importante. Es preciso simplificar al máximo el proceso de cesión de datos para hacer frente a esa preocupación y proporcionar, si es posible, pruebas de que la participación en el proceso de obtención de datos compensará de algún modo el esfuerzo realizado (con una contrapartida económica o material, con el reconocimiento por la colaboración, con el acceso a la información...).

Finalmente, la perspectiva política o ideológica puede representar un obstáculo a la colaboración. A veces, las instituciones o los profesionales se resisten a facilitar datos a organizaciones cuya filosofía no comparten, que no les están proporcionando los recursos que consideran necesarios o que tienen objetivos distintos. El prestigio y la independencia de la organización que da apoyo al desarrollo de un observatorio sobre drogas es la mejor garantía de que será posible hacer frente a estos potenciales obstáculos.

6.4. Obtención, almacenamiento, procesamiento y análisis de los datos

El desarrollo de un observatorio local sobre drogodependencias requiere acceder a un gran número de datos, que deberán ser fácilmente accesibles y proporcionar información de calidad. Todo ello requie-

re disponer de suficientes recursos informáticos (tanto a nivel de equipos como de programas informáticos), así como del personal capaz de utilizarlos de forma eficiente.

Por fortuna, los avances tecnológicos han hecho posible que los modernos ordenadores personales dispongan de la capacidad de cálculo y almacenamiento necesarios para satisfacer muchos de los requerimientos del desarrollo de un observatorio local sobre drogodependencias. En cuanto al programario informático, muchos paquetes ofimáticos (comerciales como Microsoft Office, y también de uso gratuito como Open Office) incorporan utilidades que permiten una gestión eficiente de las bases de datos necesarias, pero es posible que el análisis de los datos requiera disponer de algún programa de análisis estadístico. En el caso de programas comerciales como SPSS o SAS puede tener un coste elevado, a pesar de que también existen herramientas de uso gratuito como Epi Info y otros programas a los que se puede acceder desde la página web de la Organización Panamericana de la Salud en <http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/shaprogs.htm>

El observatorio local sobre drogas deberá disponer de recursos humanos y materiales suficientes para efectuar las siguientes operaciones:

- Diseñar los soportes para almacenar y procesar electrónicamente la información obtenida (elegir los programas adecuados, diseñar la estructura de las bases de datos, generar informes, etc.).
- Grabar los datos recibidos (o importarlos, en el caso de que sean transmitidos en formato electrónico).
- Depurar los datos (comprobar valores erróneos de algunas variables, completar y verificar informaciones incompletas, etc.).
- Identificar, si es preciso, registros duplicados.
- Efectuar explotaciones periódicas para la elaboración de informes.

6.5. Utilización de los resultados

Buena parte de los beneficios de la actividad de un observatorio local sobre drogas se producen a medio y largo plazo. Sin embargo, para que el esfuerzo que supone el desarrollo de un observatorio resulte sostenible, es conveniente que proporcione resultados tangibles a corto plazo. Los siguientes son algunos de los usos posibles de la información obtenida desde un observatorio local de drogodependencias:

- Informes periódicos de resultados. Entre los contenidos mínimos de estos informes, publicados al menos con una periodicidad anual, deben incluirse figuras y tablas que resuman los principales resultados obtenidos, junto con una descripción de los procedimientos para la obtención de datos y algún comentario sobre el significado de los datos presentados. Es muy aconsejable que los informes periódicos incluyan explícitamente un reconocimiento por la labor de personas y/o instituciones que han colaborado en el proceso de obtención y análisis de los datos. También es recomendable tratar de conseguir la mayor difusión de los informes, seleccionando cuidadosamente los nombres y direcciones de las personas que habrán de recibir una copia y, si es posible, valorar la posibilidad de poner el informe a disposición de un mayor número de personas depositando algunas copias en bibliotecas y centros de documentación, o colgando una versión electrónica en Internet.

- Explotaciones puntuales. Al margen de los informes periódicos, ciertos acontecimientos pueden hacer necesario el acceso rápido a algunos datos. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando se hace necesario preparar una respuesta a una iniciativa política o a una noticia aparecida en los medios de comunicación. La capacidad para satisfacer estas necesidades en el menor plazo de tiempo posible es un importante valor añadido del observatorio.
- Presentaciones en cursos, congresos y revistas especializadas. La actividad del observatorio es una importante fuente de información para el desarrollo de estudios científicos que contribuirán también a valorar la utilidad del observatorio y prestigiarán a todos los que intervienen en la actividad.
- Explotaciones o autorización para el acceso a los datos a otras personas o instituciones. Profesionales e instituciones pueden tener interés en acceder a algunos de los datos que están a disposición del observatorio. Siempre que sea razonable, es conveniente tratar de satisfacer esas necesidades evitando que varios grupos de personas tengan que trabajar al mismo tiempo para obtener el mismo tipo de información. Son limitaciones a este tipo de colaboración, los encargos de explotaciones que amenacen con una sobrecarga de trabajo que pudiera interferir con la actividad normal del observatorio y el acceso a información confidencial.

7 RECURSOS ÚTILES

En la actualidad, existe una cantidad importante de recursos donde encontrar información estadística sobre el uso de drogas, así como publicaciones técnicas y científicas. Gran parte de estos recursos están disponibles en Internet, desde donde se pueden consultar gratuitamente.

<http://www.cicad.oas.org/OID/defaultespañol.htm>

Observatorio Interamericano sobre Drogas. La web de este organismo de la CICAD contiene enlaces con los Observatorios Nacionales de diferentes países miembros, así como acceso a datos estadísticos, legislación e información sobre las actividades formativas que desarrolla el Observatorio.

<http://www.emcdda.eu.int>

La página Web del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías contiene información sobre las actividades de este organismo de la Unión Europea. Entre otros valiosos documentos, pueden descargarse los informes anuales sobre el uso de drogas y la respuesta preventiva y asistencial en países de la UE, así como numerosos documentos de interés. Una parte importante de los contenidos están publicados únicamente en inglés, pero también hay documentos en español, portugués, italiano y otras lenguas oficiales de la UE.

<http://www.sedronar.gov.ar/>

Argentina: página de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Contiene información divulgativa sobre drogas, datos sobre las actividades de reducción de la oferta y acceso a informes sobre diferentes encuestas epidemiológicas sobre uso de drogas.

<http://www.senad.gov.br/>

Brasil: página de la Secretaría Nacional Antidrogas que incluye información sobre drogas para la población, datos sobre las intervenciones preventivas y asistenciales que se desarrollan a nivel nacional y acceso a diferentes enlaces, entre los que destacan el del Observatorio Brasileño de Informaciones sobre Drogas (OBID).

<http://www.dnecolombia.gov.co/>

Colombia: página de la Dirección Nacional de Estupefacientes. Incluye una gran cantidad de información sobre actividades de control de la oferta de drogas, pero también el acceso a documentos de investigación y otros datos de interés.

<http://www.mir.es/pnd>

España: Web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Incluye un número importante de documentos técnicos en formato electrónico, así como información sobre los estudios que se realizan desde el Observatorio Español sobre drogas (encuestas, indicadores indirectos, etc.).

<http://www.welfare.gov.it/puntofocale/>

Italia: página del Observatorio Italiano sobre la Droga y la Toxicomanía que incluye información sobre las actividades del Observatorio y acceso on line a diversos informes técnicos.

<http://www.infodrogas.gub.uy/>

Uruguay: Web de la Junta Nacional de Drogas, incluye información sobre las actividades de este organismo, las actividades de control de la oferta de drogas, información sobre actividades de capacitación y acceso a informes elaborados a partir de encuestas sobre uso de drogas.

<http://qed.emcdda.eu.int/>

Página web de la Red Europea de Investigación Cualitativa sobre Drogas (Qualitative European Drug research network), desarrollada con el apoyo del OEDT para facilitar el intercambio técnico y metodológico entre profesionales e instituciones que desarrollan proyectos de investigación cualitativa sobre drogas.

<http://www.nida.nih.gov>

<http://niaaa.nih.gov>

Estas dos páginas norteamericanas, del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas y el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo, respectivamente, proporcionan acceso on line a un gran número de documentos científicos de gran interés. Además, incluyen también información sobre la actividad de diferentes grupos de expertos, como el Community Epidemiology Work Group (CEWG), que desarrolla actividades en epidemiología del abuso de drogas.

http://www.who.int/substance_abuse/en/

La página del Programa de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud contiene información sobre las actividades desarrolladas por este organismo sanitario internacional en relación al abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, así como acceso a diferentes publicaciones e informes técnicos.

<http://www.unodc.org/unodc/index.html>

La web de la Oficina de las Naciones Unidas sobre las Drogas y el Crimen permite el acceso a información sobre actividades nacionales e internacionales en materia de reducción de la oferta y la demanda de drogas, así como la posibilidad de consultar on line numerosas publicaciones y datos estadísticos.

ANEXOS

ANEXO 1

Conjunto básico de ítems sobre tratamiento por abuso o dependencia de las drogas

✓ A partir del análisis de diferentes sistemas nacionales de monitorización de tratamiento por abuso y dependencia de las drogas, un grupo de expertos propuso en 1997 el conjunto mínimo de datos que deberían recoger los diferentes puntos focales integrados en el EMCDDA (Simon y Tauscher, 1997).

1. Tipo de centro

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centros de tratamiento ambulatorio | <input type="checkbox"/> Centros de tratamiento residencia |
| <input type="checkbox"/> Centros de bajo umbral / educadores de calle | <input type="checkbox"/> Médicos generalistas |
| <input type="checkbox"/> Unidades de tratamiento en prisiones | |

2. Fecha de inicio de tratamiento

3. Tratamientos previos

- | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Tratado anteriormente | <input type="checkbox"/> Desconocido |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|

4. Procedencia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Iniciativa propia | <input type="checkbox"/> Familia / amigos |
| <input type="checkbox"/> Otro centro para usuarios de drogas | <input type="checkbox"/> Médico de cabecera |
| <input type="checkbox"/> Hospital / otros servicios sanitarios | <input type="checkbox"/> Servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Servicios judiciales o policía | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | |

5. Sexo

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Desconocido |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|

6. Edad**7. Año de nacimiento****8. Convivencia**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sólo | <input type="checkbox"/> Con los padres | <input type="checkbox"/> Sólo con hijo(s) |
| <input type="checkbox"/> Solamente con la pareja | <input type="checkbox"/> Con la pareja e hijo(s) | <input type="checkbox"/> Con amigos |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Desconocido | |

9. Tipo de residencia

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alojamiento estable | <input type="checkbox"/> Alojamiento inestable |
| <input type="checkbox"/> Instituciones (prisión, clínica, etc.) | <input type="checkbox"/> Desconocido |

10. Nacionalidad**11. Empleo**

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo regular | <input type="checkbox"/> Estudiante | |
| <input type="checkbox"/> Económicamente inactivo (pensionistas, amas de casa, invalidez) | | |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Desconocido |

12. Nivel educativo

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No ha estado escolarizado / no completó la escolarización primaria | |
| <input type="checkbox"/> Escuela primaria | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> Estudios superiores | <input type="checkbox"/> Desconocido |

13. Droga principal

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opiáceos | <input type="checkbox"/> Cocaína | |
| <input type="checkbox"/> Otros estimulantes | <input type="checkbox"/> Hipnóticos y sedantes | <input type="checkbox"/> Alucinógenos |
| <input type="checkbox"/> Inhalables | <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Otras drogas |

14. Vía de administración de la droga principal

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inyectada | <input type="checkbox"/> Pulmonar (fumada o inhalada) | <input type="checkbox"/> Oral |
| <input type="checkbox"/> Intranasal (esnifada) | <input type="checkbox"/> Otras | <input type="checkbox"/> Desconocida |

15. Frecuencia de consumo de la droga principal

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No consumida durante el mes anterior / uso esporádico | |
| <input type="checkbox"/> Una vez por semana o menos | <input type="checkbox"/> 2-6 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Desconocido |

16. Edad de primer uso de la droga principal**17. Otras drogas consumidas en la actualidad**

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opiáceos | <input type="checkbox"/> Cocaína | |
| <input type="checkbox"/> Otros estimulantes | <input type="checkbox"/> Hipnóticos y sedantes | <input type="checkbox"/> Alucinógenos |
| <input type="checkbox"/> Inhalables | <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Otras drogas |

18. Inyección de drogas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se ha inyectado droga, pero no actualmente | <input type="checkbox"/> Se inyecta drogas actualmente |
| <input type="checkbox"/> Nunca se ha inyectado drogas | <input type="checkbox"/> Desconocido |

ANEXO 2

Criterios de selección para los casos de muertes relacionadas con el uso de drogas

La mortalidad relacionada con el uso de drogas ilegales es difícil de evaluar. En ocasiones, la recogida activa de la información (partiendo, por ejemplo, de la información obtenida por la policía, los servicios de medicina legal o los tribunales de justicia) será la única forma de obtener datos válidos y fiables sobre los fallecimientos relacionados con el uso de drogas. Sin embargo, en ocasiones pueden efectuarse análisis de los datos incluidos en los Registros Generales de Mortalidad aplicando criterios uniformes para la selección de ciertos casos de muerte relacionada con el uso de drogas.

El EMCDDA (2002b) ha propuesto unos criterios estándar para la selección de esas defunciones de acuerdo con la causa subyacente de la muerte.

De acuerdo con la definición del EMCDDA, son *muertes relacionadas con el uso de drogas ilegales* «las muertes causadas directamente por el consumo de drogas. Esas muertes suelen producirse generalmente poco tiempo después del consumo de la(s) sustancia(s)».

Los casos de muerte relacionada con el uso de drogas ilegales se seleccionan a partir de los datos incluidos en el Registro General de Mortalidad cuando la causa subyacente del fallecimiento es una psicosis por drogas, dependencia de las drogas, abuso de drogas sin dependencia, envenenamiento accidental, suicidio y envenenamiento autoinfligido, y envenenamiento con intención no determinada. Se incluyen solamente aquellos casos en los que la muerte ha sido debida a ciertas sustancias específicas: opiáceos, cocaína, anfetaminas y derivados, cannabis y alucinógenos.

Cuando la causa de la muerte se codifica siguiendo los criterios de la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), los códigos seleccionados son los siguientes:

Categoría de muerte relacionada con el uso de drogas	Códigos CIE-9 seleccionados
Psicosis por drogas	292
Dependencia de las drogas	304.0, 304.2-9
Abuso de drogas sin dependencia	305.2-3, 305.5-7, 305.9
Envenenamiento accidental por drogas	E850.0, E850.8 ¹ , E854.1-2, E855.2, E858.8 ¹
Suicidio y envenenamiento autoinfligido con drogas	E950.0 ¹ , E950.4 ¹
Envenenamiento por drogas de intencionalidad desconocida	E980.0 ¹ , E980.4 ¹

¹ En combinación con códigos N (N965.0 y/o N968.5 y/o N969.6 y/o N969.7)

Si la codificación de las causas de defunción se realiza de acuerdo con los criterios de la CIE-10, se seleccionan los códigos siguientes:

Categoría de muerte relacionada con el uso de drogas	Códigos CIE-10 seleccionados
Uso perjudicial, dependencia y otros trastornos mentales y conductuales debidos a las drogas	F11-F12, F14-F16, F19
Envenenamiento accidental	X42 ¹ , X41 ¹
Envenenamiento intencional	X62 ¹ , X61 ¹
Envenenamiento con intención no determinada	Y12 ¹ , Y11 ¹

¹ En combinación con códigos T (T40.0-9, T43.6)

ANEXO 3

Acceder a documentación científica

Diferentes fuentes de información

Para conocer el estado actual de los conocimientos científicos en relación al uso de drogas, puede ser necesario acceder a diferentes fuentes documentales. Aunque los libros, tesis doctorales, páginas Web y otros documentos pueden proporcionar informaciones de gran interés, la mayor parte de los hallazgos científicos recientes se publican en revistas científicas.

No todas las revistas científicas tienen las mismas características. Algunas revistas publican únicamente artículos redactados por encargo de sus editores. Otras aceptan manuscritos presentados por iniciativa propia de los autores. En este último caso, es posible que la redacción de la revista seleccione los artículos recibidos de acuerdo con su propia política editorial, o bien que efectúe un proceso de «revisión por pares».

En la revisión por pares, los manuscritos enviados a una revista que cumplen ciertos requisitos mínimos (en cuanto a su calidad y al hecho de que su contenido coincida con la línea editorial o la temática de la revista), son enviados a uno o más expertos independientes (frecuentemente otros autores que en el pasado han publicado artículos en la misma revista) que evaluarán los contenidos del manuscrito sin saber quiénes son sus autores, y determinarán si el artículo puede ser publicado o si es preciso efectuar cambios en el original.

Aunque no esté exento de inconvenientes, el sistema de «revisión por pares» es un procedimiento que permite que la evaluación de manuscritos se efectúe con ciertas garantías de calidad, y que la revisión de esos manuscritos sea realizada siempre por personas con experiencia en el dominio científico de que se trate.

Bases de datos documentales

En algunos casos, la información bibliográfica (título, autores, título de la revista, etc.) y los resúmenes de los artículos publicados en ciertas revistas son registrados en grandes bases de datos que facilitan su localización por parte de otros investigadores que estén interesados en conocer el estado actual de los conocimientos sobre un tema específico. En la actualidad, muchas de estas bases de datos bibliográficas son consultables a través de Internet o en soportes de fácil consulta (como el CD-ROM). Hay muchas bases de datos bibliográficas, algunas de ellas de ámbito exclusivamente nacional, o especializadas en una única lengua.

Dos bases de datos de acceso relativamente fácil en las que se indexan la mayoría de los artículos sobre intervención en drogodependencias son *Medline* y *PsycINFO*. Ambas bases de datos contienen referencias a artículos seleccionados por «revisión por pares». *Medline* incluye artículos publicados en revistas biomédicas (incluyendo muchas revistas de psiquiatría, psicología clínica, salud comuni-

taria, etc.) y es de acceso gratuito a través de Internet. *PsycINFO* incluye revistas del ámbito de la psicología, pero el acceso es restringido. Tanto en *Medline* como en *PsycINFO* se pueden encontrar miles de artículos sobre drogodependencias.

Se pueden efectuar consultas de Medline en la dirección <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>. Esta misma página incluye un asistente (*tutorial*) donde se explica con detalle —en inglés— el funcionamiento de las consultas, pero encontrarán una útil guía en español sobre Medline en http://www.fisterra.com/recursos_web/no_explor/pubmed.htm

La consulta de *PsycINFO* a través de Internet no es gratuita, pero puede contratarse el acceso a esta base de datos a través del web de la Asociación Americana de Psicología en <http://www.apa.org>

La mayoría de las bibliotecas universitarias tienen contratados servicios de acceso a *Medline*, *PsycINFO* y muchas otras bases de datos documentales y permiten efectuar consultas gratuitamente a sus lectores.

Acceso a artículos de revistas científicas

A pesar de que la búsqueda de referencias de trabajos de investigación es un proceso relativamente sencillo —una vez se ha adquirido cierta experiencia—, gracias a la posibilidad de consultar bases de datos documentales el acceso al texto completo de los artículos seleccionados puede resultar más difícil. Es posible que muchas de las referencias que parecen interesantes se correspondan con un gran número de revistas a las que no se está suscrito.

Actualmente, muchas revistas científicas se editan también en formato electrónico y permiten a los no suscriptores comprar el acceso al texto íntegro de los artículos que publican. Los resultados de la búsqueda en *Medline* y *PsycINFO* incluyen frecuentemente un enlace con la página Web desde donde se puede acceder a la versión electrónica de los textos seleccionados.

Sin embargo, adquirir varios artículos puede representar un coste apreciable. Muchas bibliotecas universitarias tienen suscritos servicios de consulta de versiones electrónicas de centenares de revistas, y permiten a los lectores el acceso y el almacenamiento en disquete de los textos íntegros.

Revisiones sistemáticas y protocolos

Aunque acceder a unos cuantos artículos relevantes está al alcance de muchos profesionales, revisar toda la literatura relevante sobre un tema concreto puede ser una tarea demasiado ambiciosa. Afortunadamente, diferentes instituciones realizan revisiones sistemáticas de la literatura y publican informes, guías clínicas y protocolos a partir de los resultados de esas revisiones, lo que simplifica enormemente la implantación de intervenciones *basadas en la evidencia*.

Una de las fuentes más prestigiosas para el acceso a los resultados de la revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones en el ámbito de la salud es la biblioteca Cochrane, que incluye una colección actualizada de bases de datos sobre medicina basada en la evidencia, incluyendo la Base

de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. El acceso a los resúmenes de estas revisiones sistemáticas es gratuito, pero la consulta de los textos completos requería hasta hace poco tiempo el acceso a través de una biblioteca suscrita a las bases de datos o el pago correspondiente. En la actualidad, y gracias a una iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, puede consultarse gratuitamente la biblioteca Cochrane a través del portal *Cochrane Library Plus en español* a través de la dirección <http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.htm>

ANEXO 4

Cómo estimar la prevalencia del consumo de drogas: «Epidemiología con las manos desnudas» para situaciones de dinero y experiencia limitados

John Newmeyer, Ph.D.
Height-Ashbury Free Clinics
San Francisco, California

El relato siguiente es una traducción del original inglés publicado inicialmente en 1991 por el *National Institute on Drug Abuse en Epidemiological Trends in Drug Abuse*. El texto constituye una demostración del empleo de diferentes fuentes de información para evaluar el uso de drogas en una ciudad imaginaria.

La versión original inglesa puede consultarse íntegramente en el web personal del autor del documento http://www.newmeyer.com/essay_template.php?id=15

Este artículo resume el estado actual de la metodología para estimar la prevalencia del abuso de drogas. Ha sido escrito desde la perspectiva de quien tuvo que utilizar estos métodos con importantes limitaciones de dinero o experiencia profesional. Este informe sobre «epidemiología con las manos desnudas» trata de que el lector se imagine que está empleando las técnicas de captura-recaptura, las técnicas de síntesis u otras técnicas de estimación de la prevalencia en una ciudad imaginaria, Metrópolis.

Introducción

El método de los Doce Pasos es una forma efectiva para que los drogodependientes ayuden a otros a iniciar y mantener un proceso de recuperación. De la misma forma, la educación sobre el SIDA y la distribución de jeringuillas en programas de calle constituyen un medio importante para reducir la extensión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la comunidad de usuarios de drogas por vía intravenosa (IV). Estos abordajes son atractivos porque resultan económicos, y no requieren médicos, psicólogos u otros profesionales altamente cualificados. Ello es importante en un campo donde nunca hay bastante dinero o expertos para mantener la lucha contra los problemas de abuso de drogas.

Este artículo sugiere que el problema de la estimación de la prevalencia del abuso de drogas puede ser también abordado de forma económica y sin la necesidad de expertos altamente cualifica-

dos. Sugiero al lector que imagine que es un colaborador en el Departamento de Planificación de la ciudad de Metrópolis. Tiene usted tan sólo una cualificación universitaria de grado medio, sin una formación específica en epidemiología, pero se le conoce por ser una persona con imaginación y energía. Su jefe le pregunta, «Si le doy 2 semanas y un puñado de cientos de dólares para gastos ocasionales, ¿cree usted que podría realizar algunas estimaciones sobre el número de drogadictos que tenemos en Metrópolis?. Impulsivamente, usted ha contestado »Sí«, y ahora tiene que empezar el trabajo.»

Lunes

Empieza el día llamando al 301-443-6637, el despacho del National Institute of Drug Abuse (NIDA) en el que trabajan Ann Blanken y Nick Kozel. Son personas integrantes del equipo de epidemiología de las drogodependencias del NIDA y están en la vanguardia de los desarrollos científicos de la estimación de la prevalencia del consumo de drogas. Le pide a Nick que le envíe un juego de publicaciones del Community Epidemiology Work Group (CEWG), para poder estudiar los conocimientos actuales sobre el tema. A Ann le pide también los últimos datos del Drug Abuse Warning Network (DAWN). El DAWN recoge información sobre servicios de urgencias y médicos forenses en unas 20 áreas metropolitanas de los USA. Los datos son analizados según la raza, el sexo, la edad, la droga utilizada y la vía de administración empleada por las personas que han experimentado reacciones adversas o han muerto.

Entonces, usted llama a Mike Aldrich al 415-922-6135 y le pide que le envíe una copia de su artículo sobre el «método de cálculo a la inversa» («back calculation method») para estimar la prevalencia de usuarios de drogas por vía intravenosa (IV) a partir de la tasa de infección por VIH y los casos notificados de SIDA entre usuarios de drogas por vía intravenosa.

Ahora se dedica a planificar su estudio del abuso de drogas en Metrópolis. Los puntos esenciales que debe aclarar son: «¿Qué drogas me interesa estudiar? y ¿Cómo voy a definir los distintos niveles de consumo ocasional, semanal, diario, etc.?». Se da usted cuenta de que el número de consumidores puede ser varias veces superior al número de «drogodependientes», especialmente en el caso de la marihuana y de la cocaína, no tanto para la heroína. Se da cuenta también de que muchos, si no la mayoría, de los consumidores de drogas abusan de más de una droga ilegal.

Ahora que tiene un marco de trabajo básico de lo que está buscando, empieza a telefonar a los centros locales, cuya ayuda necesitará. Se presenta, describe sus objetivos y concierta citas para los próximos días. En algunos casos, se da cuenta de que ha de recurrir a un amigo importante para conseguir la cooperación de los directores cautelosos.

Por la tarde, acude a la biblioteca principal, de donde extrae las últimas estimaciones censales de la población de Metrópolis, agrupadas por edad, sexo, raza y distritos urbanos y suburbanos. Al mismo tiempo, adquiere un conocimiento de las características básicas de la población de su comunidad. En la biblioteca, encuentra y fotocopia un artículo importante, «The Prevalence of Drug Use in San Francisco in 1987» de John Newmayer, en el número de abril-junio de 1988 del *Journal of Psychoactive Drugs*.

Martes

Pasa todo el día en la oficina del forense de Metrópolis. Los registros de todos los cadáveres examinados por el forense están disponibles para su estudio. Consulta todos los registros de personas que murieron durante el último año y en los que se comprobó la presencia de drogas. Se siente fascinado por las minuciosas descripciones del lugar del fallecimiento y sorprendido por la variedad de sustancias halladas en los cuerpos de esa gente. Se alegra de haber decidido el día anterior centrarse tan sólo en cinco drogas. Para cada defunción, copia en una ficha de 10x15 el nombre, la(s) droga(s) halladas, y su edad, sexo, raza, y dirección.

El personal de la oficina del forense subraya que, en muchos casos, la causa de la muerte no pudo ser establecida; podría haber sido suicidio, homicidio, una sobredosis accidental, alguna otra clase de accidente, o simplemente una causa natural sin relación con ningún consumo de drogas. Les contesta que la incertidumbre sobre la causa no tiene importancia, porque usted está estudiando ese grupo simplemente como una muestra de la gente de Metrópolis que había consumido heroína, o cocaína, o cualquier otra droga.

Miércoles

Visita «Detox Central», el mayor programa de tratamiento de drogodependientes de Metrópolis. La directora le explica que desde que inauguraron el centro en 1985 han atendido a 5.000 pacientes y que 2.000 de ellos fueron visitados al menos una vez durante 1988. Le dice que, por razones de confidencialidad, no puede enseñarle ninguna de las fichas. Le contesta «Está bien, lo único que quisiera es ver si alguna de estas personas, actualmente fallecidas, visitaron su centro», y le da el montón de fichas de 10x15 que recogió en la oficina del forense, ordenadas según el apellido.

Mientras espera a que algún miembro del ocupado personal de admisiones encuentre un momento para atender su solicitud, revisa la memoria estadística de Detox Central. El investigador del centro ha preparado unas tablas que muestran las características de los clientes en términos de droga primaria de abuso, edad, sexo y raza. Los cruces de variables son especialmente interesantes: se da cuenta de que los heroinómanos de la ciudad son bastante distintos demográficamente de los cocainómanos, y muy distintos de las personas dependientes de las metanfetaminas. También hay tablas que muestran las respuestas al cuestionario de admisión: qué cantidad de drogas manifestaron estar consumiendo los clientes, cuál fue el año de inicio del consumo, de qué manera sostenían el consumo de drogas y cuántos hijos tenían.

Después de comer, el trabajador de admisiones completa su revisión de las fichas de Detox Central. A partir de sus notas en las fichas de 10x15, usted observa, entre otras cosas, que 9 de las 60 personas fallecidas en 1989 con metabolitos de la heroína en el cuerpo también habían sido clientes de Detox Central durante 1988. El miembro del equipo del centro le informa, sin embargo, de que alrededor de un 10% de sus clientes usa un nombre falso. Le contesta «Hmm; lo más probable es que si todos sus clientes hubieran usado su nombre real, hubiéramos encontrado 10 fichas en vez de 9».

Toma lápiz y papel y hace un simple cálculo: si 10 muertos entre 60 fueron vistos también en Detox Central en 1988, y si en total fueron visitados 2.000 heroinómanos durante ese año, la mejor esti-

mación es que $6 \times 2.000 = 12.000$ personas consumieron heroína durante aquel año. Se siente usted satisfecho: ha realizado la primera tentativa para estimar el número de consumidores de heroína en Metrópolis. Los datos de Detox Central le van a permitir hacer estimaciones similares basadas en sus clientes consumidores de cocaína y «speed», ya que también estas drogas fueron halladas con frecuencia en los cadáveres de 1989.

Jueves

Mientras toma el café del desayuno, empieza a preocuparse un poco acerca de las diferentes formas en que la estimación a partir de la captura-recaptura del día anterior podrían estar equivocadas. Las dos muestras de heroinómanos de Metrópolis podrían no haber sido independientes entre sí; por ejemplo, quienes fueron tratados en Detox Central podrían haber tenido una menor probabilidad de morir prematuramente que quienes no fueron tratados. O quizá varios fallecidos, en vez de uno solo, no fueron encontrados porque emplearon un nombre falso en Detox Central. O quizá se produjo una gran emigración, o inmigración, de heroinómanos en el período 1988-1989. E incluso sin que ninguno de estos factores desviara la estimación, el reducido tamaño de la muestra conduce a una imprecisión estadística de la estimación. Se pone rápidamente a trabajar en formas de obtener otras estimaciones.

Las horas del mediodía las pasa con varios educadores de calle que han estado dedicados a localizar consumidores de drogas por vía parenteral en Metrópolis. Habla con ellos del riesgo de SIDA y del empleo de lejía para desinfectar los instrumentos de inyección. No resulta difícil comprender que no se puede acercarse mucho más a «primera línea». Los educadores de calle están viendo a personas con quienes los centros de tratamientos, la policía, o los servicios de urgencia han contactado ya. Al darse cuenta de esto, se le ocurre una idea. Les pide a los educadores de calle que hagan una simple pregunta a sus clientes: «¿Fue usted atendido en Detox Central durante el último año?» Queda citado con ellos para el próximo jueves.

Viernes

Dedica el día a visitar todos los programas de mantenimiento con metadona de la ciudad. En cada uno de esos programas, muestra usted las fichas de 10x15 de las ocho personas fallecidas en 1989 en cuyos cuerpos se halló metadona. Seis de las ocho habían estado incluidas en programas de mantenimiento con metadona. Tras algunas investigaciones con el personal del programa —especialmente en relación a posibles inclusiones duplicadas— llega a la conclusión de que el número total de residentes en Metrópolis que han estado recientemente en PMM es de unos 1.500. Piensa «Seis de los 1.500 clientes de PMM fallecieron el pasado año, y 60 personas murieron con heroína en su organismo; si la probabilidad de morir hubiese sido igual en ambos grupos, ello significaría que había 15.000 consumidores de heroína activos en la ciudad». Un método interesante —piensa—, ¿pero no es posible que los consumidores de heroína tuvieran una probabilidad de morir mayor que los consumidores de metadona? De ser así, la estimación de 15.000 sería demasiado elevada.

Lunes

Dedica todo el día a preguntar en las tres principales universidades locales si algún científico social ha estado realizando encuestas sobre abuso de drogas. Aunque parece que ninguno lo ha hecho, a última hora visita en su despacho a un profesor de sociología que acaba de terminar un estudio sobre actitudes y comportamiento en relación a la salud entre varones de raza negra residentes en Metrópolis y con edades comprendidas entre 21 y 45 años. Ha descubierto que el 8 por ciento de su muestra manifestó haber consumido heroína recientemente de forma más que ocasional.

Vuelve a revisar sus notas de la revisión de los datos del censo realizada el lunes anterior. La estimación para 1988 del tamaño de la población masculina de raza negra de Metrópolis con edades comprendidas entre los 21 y los 45 años es de 27.500 individuos. Si el profesor tiene una buena muestra aleatoria de esta población, ello significa que $0,08 \times 27.500$, o unos 2.200 residentes de Metrópolis, eran hombres jóvenes de raza negra con una historia reciente de consumo de heroína. Pero sus notas de Detox Central indican que el 20% de los clientes consumidores de heroína eran hombres de raza negra del grupo de edad 21-45. Así pues, una estimación de la población total de consumidores de heroína se obtiene dividiendo 2.200 por 0,20, es decir 11.000. No muy distinta de sus primeras estimaciones.

Se siente satisfecho al comprobar que el sociólogo preguntó también sobre el consumo de cocaína y PCP. Eso le permite emplear este método «sintético» también para esas drogas, puesto que usted también dispone de los datos necesarios de Detox Central sobre la proporción de los grupos de clientes jóvenes de raza negra y sexo masculino.

Martes

Recibe los envíos del NIDA. Hay cinco artículos del CEWG. Al leerlos, se da cuenta de que los expertos epidemiólogos de todo el país han estado empleando prácticamente las mismas técnicas refinadas que usted: sus escritos tienen muchas consideraciones sobre las múltiples pero imprecisas fuentes de datos, y métodos estadísticos muy imaginativos. Su confianza aumenta según se va dando cuenta de que sus habilidades matemáticas de estudiante universitario de primer curso resultarán bastante adecuadas para la tarea.

Constata con desagrado que Metrópolis no está incluida en la encuesta del DAWN sobre urgencias relacionadas con drogas en los Estados Unidos. Sus llamadas telefónicas a esos servicios de urgencias tampoco han resultado útiles. Sin embargo, una obstetra del mayor hospital de la ciudad le telefonea a propósito de un misterioso informe. Ella se ha interesado por los bebés adictos, y ha contabilizado 90 casos de niños nacidos en 1988 con dependencia de la heroína. Estima que debió de existir probablemente un número igual en Metrópolis a los que no pudo localizar; es decir, unos 180 bebés nacidos de madres dependientes de la heroína durante aquel año.

Se da cuenta de que tiene una buena idea de la tasa de fecundidad de las mujeres dependientes de la heroína, nuevamente gracias a las estadísticas de Detox Central. Detox Central interroga habitualmente a sus nuevos clientes sobre los hijos que han tenido. A partir de esto, usted puede

deducir que la clientela femenina dependiente de la heroína tiene una natalidad de alrededor de 60 por 1.000 mujeres y por año. Si hubieron 180 bebés en 1988, ello implica que había unas $180/0,6=3.000$ mujeres dependientes de la heroína.

Pero las estadísticas de Detox Central, los programas de metadona y la oficina del forense sugieren que aproximadamente uno de cada tres heroinómanos en Metrópolis es de sexo femenino. Por tanto, se puede concluir que debe haber 9.000 heroinómanos en la ciudad.

Miércoles

Dedica el día a visitar el Departamento de Policía de Metrópolis. Emplea la mañana en conversar con agentes de la Sección de Narcóticos. Tienen muchas historias interesantes que contar, pero sus datos no le resultan muy útiles: puede apreciar de un vistazo que los aumentos y descensos en las cifras guardan más relación con el énfasis político que con el tamaño subyacente de las poblaciones de consumidores. De todos modos, en las muestras hay demasiados hombres de raza negra.

La tarde es más fructífera. Entrevista a varios agentes sobre delitos contra la propiedad, sobre el valor estimado de los bienes robados y sobre el valor probable de los bienes robados para el ladrón. Hacen también algunas educadas conjeturas sobre el «factor multiplicador» que debería aplicarse a estas cifras para poder incluir los robos no denunciados. Finalmente, tienen algunas nociones sobre qué proporción de delincuentes de esta clase financian su consumo de drogas. A partir de esta información, usted puede estimar razonablemente los límites superior e inferior de la cantidad de dinero obtenida a partir de delitos contra la propiedad que se destina al consumo de drogas. Compara estas estimaciones con los datos de Detox Central sobre el coste anual del consumo de heroína típico. Para su sorpresa, observa que los delitos contra la propiedad en Metrópolis no pueden sostener más que 2.500 heroinómanos a la vez. Como al menos uno de cada cinco heroinómanos de Metrópolis informan de que sostienen su hábito principalmente a partir de delitos contra la propiedad, el límite superior de su estimación del número de heroinómanos resulta ser 2.500 dividido por 0,2, es decir 12.500.

Jueves

Vuelve a visitar a los dos educadores de calle cuya oficina está en la parte baja de la ciudad. En los siete días transcurridos desde que los visitó, han preguntado a 50 de sus clientes consumidores de drogas «de la calle» sobre si fueron o no tratados en Detox Central durante 1988. Diez contestaron «sí» y 40 «no». Revisa nuevamente las notas que tomó en la visita a Detox Central y descubre que el número de clientes no duplicados de Detox Central fue de 2.700. Muchos de esos UDVP eran principalmente heroinómanos, pero un sustancial número de ellos se inyectaba «speed». Esta información le da otra medida de captura-recaptura a partir de la cual calcula que el número total de UDVP en Metrópolis durante 1988 fue:

$$\frac{50}{10} * 2.700 = 13.500$$

Más tarde, se entrevista con un epidemiólogo que ha estado siguiendo la epidemia de SIDA en Metrópolis. Le proporciona el número de casos de SIDA entre heterosexuales consumidores de drogas por año hasta 1989. Dispone también de datos sobre las pruebas de anticuerpos HIV realizadas en la ciudad, que muestran que los casos anuales de UDVP heterosexuales que solicitaron que se les realizara la prueba tuvieron una tasa del 2 por ciento de seropositivos en 1985, un 4 por ciento en 1986, un 7 por ciento en 1987, y un 12 por ciento en 1988. Usando algunas recientes estimaciones sobre la tasa de progresión desde personas HIV positivas a diagnósticos de SIDA, aplica el «método de cálculo a la inversa» de Aldrich para ver qué estimación de la población subyacente de UDVP con riesgo de SIDA es más consistente con los datos de diagnóstico de SIDA y seroconversión de Metrópolis. Llega usted a la conclusión de que una cifra de prevalencia de 11.000 es la más ajustada.

Viernes

Regresa a su oficina y dedica todo el día a su informe. Los distintos métodos que ha empleado a lo largo de las dos últimas semanas le han proporcionado diversas estimaciones de la prevalencia de heroínómanos, todas ellas dentro de un rango razonablemente reducido. Dispone también de estimaciones sobre la prevalencia de UDVP y de personas dependientes de las metanfetaminas (speed), aunque éstas son menos numerosas y se incluyen en intervalos mayores. Su trabajo le ha proporcionado algunas nociones sobre el impacto del abuso de PCP y cocaína, pero muestra prudencia en sus comentarios sobre estas drogas porque está convencido de que tienen una mayor proporción de consumidores ocasionales que la heroína o el «speed». Al escribir su informe, comenta honestamente las inexactitudes y errores potenciales implicados en cada método. Insta a los lectores a pensar en las estimaciones de prevalencia en términos de intervalos más que de cantidades exactas: le preocupa que, si menciona una cifra exacta, ésta será posteriormente copiada y repetida por la prensa local hasta (ante la falta de estimaciones alternativas) convertirse en una especie de dogma de fe. Y, naturalmente, pone un especial cuidado en comentar la distinción entre niveles de uso y abuso y el fenómeno del uso simultáneo de múltiples drogas.

Tras escribir 16 páginas en su ordenador, está usted preparado. Escribe entonces el resumen de su dictamen, tratando de considerar la perspectiva de los concejales, legisladores y otras personalidades de alto nivel. Está convencido de que el análisis costo-beneficio demostrará que la mayoría de los esfuerzos de tratamiento y prevención del VIH justifican el dinero invertido. Desea estar seguro de que se ha hecho alguna estimación del tamaño de los grupos de riesgo, de forma que resulte posible alguna forma de análisis costo-beneficio y, por tanto, un plan de actuación.

A última hora de la tarde, acaba el borrador de su informe y facilita copias a sus colegas y a las personas que ha entrevistado para que puedan hacer comentarios.

Algunas semanas más tarde

Su informe ha circulado entre los miembros del Ayuntamiento de Metrópolis, y ha sido llamado a informarles. En parte como consecuencia de su trabajo, deciden en votación duplicar la capacidad de los

programas de mantenimiento con metadona de la ciudad y triplicar los programas de educación sobre SIDA para UDVP realizados en la calle. Un miembro del consejo comenta: «La dotación incrementada nos costará 20 millones de dólares más durante los próximos 10 años, pero si estas estimaciones sobre el número de personas en el mundo de las drogas se acercan a la realidad, es probable que modifiquemos lo suficiente el comportamiento de la gente para ahorrarle a la ciudad alrededor de 80 millones de dólares en costes de justicia criminal y 50 millones de dólares en costes de tratamiento del SIDA».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CICAD (2002) *Fortalecimiento del Observatorio Interamericano sobre Drogas*, documento electrónico disponible en <http://www.cicad.oas.org/oid/MainPage/Publications/ConceptoOID03.06.02.doc>, consulta efectuada el 14.01.2004.
- CICAD (2003) *Estudio Comparativo del Consumo de Drogas en Países Americanos*. Washington DC: Organización de Estados Americanos. Disponible en http://www.cicad.oas.org/OID/Estadisticas/siduc/enc_est_7/Libro%20completo%20c-thumb.pdf, consulta efectuada el 14.01.2004.
- Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002) situación epidemiológica del VIH/Sida en la ciudad de Buenos Aires. *Infosida*. 3: 4-22.
- EMCDDA (2002a) *Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B*, Lisboa: EMCDDA.
- EMCDDA (2002b) *The DRD-Standard, version 3.0. EMCDDA standard protocol for the EU Member States to collect data and report figures for the Key Indicator Drug-Related Deaths by the Standard Reitox tables. EMCDDA project CT.02.P1.05*. Lisboa: EMCDDA. Disponible en http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf, consulta efectuada el 14.01.2004.
- Greenwood G., Robertson K. (Eds.) (2000) *EMCDDA Scientific Monograph Series No 4. Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003) *Informe Anual 2003. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- OEDT (2003) *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Folleto de Presentación)*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/brochure/brochure_es.pdf, consulta efectuada el 8.02.2004.
- Observatorio Interamericano sobre Drogas (2002) *Resumen Estadístico sobre Drogas 2002*. Disponible en <http://www.cicad.oas.org/oid/Estadisticas/resumen2002/indicesp.htm>, consulta efectuada el 8.02.2004.
- Observatorio Interamericano sobre Drogas (2003) *Resumen Estadístico sobre Drogas 2003*. Disponible en <http://www.cicad.oas.org/oid/Estadisticas/resumen2003/default.htm>, consulta efectuada el 8.02.2004.
- Rhodes, T. (2000) «The multiple roles of qualitative research in understanding and responding to illicit drug use», en: Greenwood G, Robertson K (Eds.) *EMCDDA Scientific Monograph Series No 4. Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*.

- Simon, R., Tauscher, M. (Coords) (1997) *REITOX SUB-TASK 3.2. Improvement of Comapability Between Established National Treatment Reporting Systems*. Munchen: Institut für Therapieforschung. Disponible en http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_report.pdf, consulta efectuada el 28.04.2004.
- Suelves, J.M., Brugal, M.T., Caylà, J., Torralba, L. (2001) «Cambio de los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña». *Medicina Clínica* (Barcelona). 15: 581-583.

Editado por:



Elaborado por:

