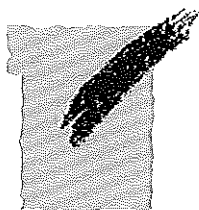


# Problemas de drogas: Valoración de necesidades locales

Drug Indicators Project  
1985



---

PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

---



Delegación del Gobierno para el  
Plan Nacional Sobre Drogas

---



# Problemas de drogas: Valoración de necesidades locales

Guía práctica para valorar la naturaleza y  
alcance del uso indebido de drogas  
en una comunidad.

“Drug Indicators Project” lo integran:

Richard Hartnoll

Emmanuelle Daviaud

Roger Lewis

Martin Mitcheson

Con la ayuda de Susan Bryer, Lilian Griffiths y Lee O’Byran.

Diciembre 1985.

“Drug Indicators Project”, Department of Politics and Sociology,  
Birkbeck College, University of London, 16, Gower Street, London  
WC1. Tel. (07-441) 580 6622, Ext. 2488 o 2512.

**Título de la obra original en lengua inglesa:** *Drug Problems: Assessing local needs*. Ed. Birbeck College, University of London, 1985.

**Traducción** : Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A.

**Revisión técnica** : Gregorio Barrio  
Catherine Pérez  
Antonia Domingo

**Corrección  
de estilo** : Suport Serveis  
Xavier Casals



EDITA:  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
Secretaría General Técnica  
Publicaciones, Documentación y Biblioteca  
Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid  
NIPO: 351-91-045-3  
I.S.B.N.: 84-7670-309-0  
Dep. Legal: M-41998-1991  
Imprime: RUMAGRAF, S. A. Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

## INDICE

Presentación .....	11
Prólogo a la edición española .....	13
Prólogo a la edición inglesa .....	23
<b>Capítulo 1: Introducción a la Valoración .....</b>	<b>29</b>
1.1. Definición del problema .....	29
1.1.1. Una primera aproximación al problema .....	29
1.1.2. ¿Qué entendemos por problema de drogas? .....	30
1.1.3. Definición del alcance de la valoración .....	32
1.1.4. Propósito de la valoración .....	34
Referencias .....	35
1.2. Principios básicos .....	35
1.2.1. La realidad objetiva y subjetiva .....	35
1.2.2. Importancia de la diversidad .....	36
1.2.3. El problema de las definiciones .....	37
Referencias .....	38
<b>Capítulo 2: Métodos .....</b>	<b>41</b>
2.1. Epidemiología .....	41
2.1.1. Definiciones y comentarios .....	41
2.1.2. Consideraciones metodológicas básicas .....	44
2.1.3. Formular una estrategia .....	45
Referencias .....	46
2.2. Un breve esbozo .....	47
Referencias .....	49
2.3. Encuestas de los servicios .....	49
Referencias .....	53

2.4.	Métodos de trabajo de campo .....	53
2.4.1.	Estudios sobre usuarios de drogas .....	53
2.4.2.	Observación participante .....	54
	Referencias .....	56
2.5.	Estimaciones directas de la prevalencia .....	58
2.5.1.	Enumeración de consumidores a partir de múltiples fuentes de información (búsqueda de casos).....	58
2.5.2.	Encuestas poblacionales .....	61
	Referencias .....	64
2.6.	Estimaciones indirectas de la prevalencia .....	65
2.6.1.	Técnicas de multiplicativas .....	65
2.6.2.	Captura-recaptura .....	68
2.6.3.	Técnicas de nominación .....	72
2.6.4.	Otros métodos .....	75
	Referencias .....	76
2.7.	Estimaciones de la incidencia .....	78
	Referencias .....	81
2.8.	Monitorización de las tendencias .....	82
2.8.1.	Repetición periódica de las valoraciones .....	82
2.8.2.	Sistemas de información de los diferentes servicios .....	84
2.8.3.	Indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad .....	86
2.8.4.	Grupos de expertos comunitarios .....	90
	Referencias .....	91
<b>Capítulo 3: Fuentes de información .....</b>		<b>95</b>
3.1.	Introducción .....	95
3.1.1.	Estadísticas rutinarias .....	95
3.1.2.	Información no rutinaria (recogida pero no verificada) .....	97
3.1.3.	Modificación de los instrumentos de registro existentes .....	98
3.1.4.	Programas especiales de investigación .....	100
3.2.	Fuentes médicas - Estadísticas rutinarias .....	100
3.2.1.	Pacientes hospitalizados .....	100
3.2.2.	Notificación de adictos a narcóticos al Home Office .....	102
3.2.3.	Hepatitis víricas .....	104
3.2.4.	Mortalidad .....	107
3.2.5.	Recetas de drogas psicoactivas .....	110
	Referencias .....	111

3.3.	Servicios sanitarios con base hospitalaria .....	113
3.3.1.	Centros de tratamiento ambulatorio .....	113
3.3.2.	Unidades de internamiento para drogodependientes .....	116
3.3.3.	Psiquiatras y departamentos de psiquiatría .....	118
3.3.4.	Departamentos de urgencias .....	119
3.3.5.	Otros departamentos de hospitales y facultades de medicina ...	125
	Referencias .....	126
3.4.	Servicios Sanitarios con base en la comunidad .....	127
3.4.1.	Médicos de cabecera .....	127
3.4.2.	Enfermeras de la comunidad y visitantes sanitarios .....	133
3.4.3.	Farmacéuticos .....	136
3.4.4.	Otras fuentes relacionadas con la fabricación o distribución de drogas legales .....	139
3.4.5.	Otros servicios sanitarios con base en la comunidad .....	140
	Referencias .....	141
3.5.	Servicios sociales .....	141
3.5.1.	Servicios voluntarios no residenciales .....	141
3.5.2.	Comunidades terapéuticas y programas residenciales. ....	146
3.5.3.	Servicios sociales propiamente dichos .....	149
3.5.4.	Trabajadores sociales dedicados a la juventud .....	154
3.5.5.	Servicios educativos .....	158
3.5.6.	Otros servicios sociales y grupos comunitarios .....	159
	Referencias .....	161
3.6.	Fuentes legales: estadísticas rutinarias .....	161
3.6.1.	Incautación de drogas ilícitas .....	163
3.6.2.	Detenciones y condenas por delitos relacionados con drogas ...	165
3.6.3.	Otras fuentes rutinarias .....	166
	Referencias .....	167
3.7.	Servicios legales .....	168
3.7.1.	Policía .....	168
3.7.2.	Servicio de vigilancia de personas en libertad condicional .	171
3.7.3.	Servicios de aduanas .....	174
3.7.4.	Abogados y centros legales .....	176
3.7.5.	Otras fuentes legales .....	177
	Referencias .....	178
3.8.	Usuarios de drogas .....	178
	Referencias .....	189

<b>Capítulo 4: Aspectos prácticos en la realización de una valoración</b>	<b>193</b>
4.1. ¿Qué fuentes buscar y qué métodos emplear? .....	193
4.2. El comienzo de la valoración .....	201
4.3. Aspectos prácticos del registro de datos .....	204
4.3.1. Comentario sobre la recogida de datos procedentes de diversos servicios .....	204
4.3.2. Aspectos prácticos para la puesta en marcha de un sistema rutinario de monitorización .....	207
4.4. Informe final .....	209
4.5. Después de la valoración .....	210
<b>Apéndices</b> .....	<b>213</b>
1. Contactos de utilidad .....	213
2. Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE) .....	217
3. Definición de términos .....	223
4. Asuntos que se pueden tratar al contactar con los servicios .....	229
5. Sugerencia para la clasificación de las drogas por códigos .....	235
6. Selección de ejemplos de formularios para el registro de datos .....	239



## PRESENTACIÓN

*La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas intenta promover el desarrollo y difusión de instrumentos útiles para identificar y dar respuesta a los problemas y necesidades de los consumidores de drogas en el plano individual y social.*

*En esta ocasión presentamos la versión castellana de una obra excelente en la que se describen con rigor y sentido crítico las distintas técnicas que pueden utilizarse en una comunidad local. A lo largo del Manual podrán encontrarse multitud de detalles prácticos que no es frecuente que se mencionen en la literatura académica. Tales conocimientos es raro que se adquieran y que se valoren si no se ha "trillado el terreno" y se han aplicado personalmente la mayoría de las técnicas descritas.*

*Se hace especial hincapié en la necesidad de que los profesionales de base participen en la valoración y se insiste reiteradamente en que se propicien procesos de negociación que tengan en cuenta los intereses de estos trabajadores y garanticen la confidencialidad de los datos recogidos.*

*Uno de los aciertos indudables del Manual es su propuesta de globalidad y complementariedad. La investigación en el campo de las drogas desborda ampliamente los límites anacrónicos de las disciplinas clásicas. De la lectura atenta del Manual se desprende que es importante dejar a un lado los intereses corporativos y adoptar un enfoque pragmático. Para reunir información relevante a menudo es necesario recurrir a un amplio abanico de fuentes de información y aplicar con rigor técnicas variadas de recogida y análisis. Algunas de estas técnicas no tendrán naturalmente la bendición de las escuelas ortodoxas. Sin embargo, la experiencia demuestra que en el caso de fenómenos relativamente "ocultos" sólo es posible establecer conclusiones consistentes cuando varias medidas e impresiones obtenidas con procedimientos diversos apuntan en la misma dirección.*

*Quiero animar a todas las personas y grupos que trabajan para solucionar los problemas de los consumidores de drogas a que realicen una valoración de la situación de su comunidad y difundan los resultados. Los hallazgos con transcendencia práctica no suelen brotar por ensalmo en los despachos de sociólogos o epidemiólogos conspicuos ni en los ordenadores deslumbrantes de organizaciones de renombre; a menudo proceden de profesionales de base que han anotado pacientemente sus observaciones y conocen suficientemente el contexto local para derivar interpretaciones adecuadas.*

*Quiero agradecer a los componentes del "Drug Indicators Project" la solicitud con que atendieron la petición de traducir esta obra, especialmente a Richard HARTNOLL, que además ha prologado muy acertadamente la versión castellana. Mi agradecimiento también a todos los que han realizado el trabajo gris que ha hecho posible esta edición. Todos los esfuerzos habrán merecido la pena si ustedes, los lectores, encuentran provechosas y comprensibles las propuestas del Manual.*

**Santiago de Torres Sanahuja**  
Adjunto al Delegado del Gobierno  
para el Plan Nacional sobre Drogas

## PROLOGO A LA EDICION ESPAÑOLA

Este manual se escribió originariamente para las autoridades sanitarias y los servicios sociales británicos, en su deseo de obtener información sobre la naturaleza y difusión de los problemas derivados del uso de la droga, para poder así planificar una prevención y tratamiento adecuados. Este manual se hizo necesario por las dos razones siguientes.

Primero, parecía que a principios de los años ochenta los problemas derivados del uso indebido de drogas aumentaban en algunos puntos del país. Sin embargo había muy poca información disponible sobre su prevalencia en las distintas comunidades, sobre las características de los individuos y los grupos afectados, así como sobre los cambios que se producían con el paso del tiempo, o sobre la naturaleza de los problemas producidos. Por lo tanto, era difícil concretar las intervenciones que se necesitaban.

En segundo lugar, a pesar de que en Gran Bretaña había una gran tradición investigadora, tanto en epidemiología como en ciencias sociales, se tenía escasa experiencia en la aplicación de métodos de investigación al problema específico del uso indebido (ilegal) de drogas para necesidades políticas y de servicio específicas. Por un lado, los científicos habían llevado a cabo numerosos estudios sociológicos sobre varios grupos "marginales", entre los que se incluían los consumidores de drogas. Sin embargo, estos estudios no se centraban de forma específica en las dimensiones epidemiológicas del fenómeno, y tampoco se habían diseñado para las necesidades específicas de los proveedores de servicios o para las autoridades sanitarias. Por otro lado, la mayor parte de la investigación epidemiológica se centraba en la cuantificación e identificación de los factores causales, como base de las intervenciones por parte de la sanidad pública. Sin embargo, estos estudios raramente se enfrentaban con los problemas específicos conceptuales y metodológicos, que se plantean al estudiar fenómenos sociales encubiertos, como el uso indebido de drogas.

La necesidad de una mejor información, y la falta de experiencia en el campo epidemiológico del abuso de la droga, indujo a elaborar este manual. La existencia de una situación similar en España fue la razón por la que se decidió la traducción de este manual al castellano. A pesar de que dicho manual está basado en la experiencia de Inglaterra, los métodos y principios descritos deberían tener bastantes puntos en común con la mayoría de los países (desarrollados). Las características de las diferentes fuentes de información, varían, desde luego, de acuerdo con las circunstancias locales.

## *Aplicabilidad de la situación actual*

Hay tres comentarios generales referentes a la aplicabilidad del manual a la situación actual. El primero se refiere al SIDA y VIH, el segundo a otras drogas diferentes de la heroína y el tercero al enfoque de la investigación epidemiológica (uso o uso problemático, drogas consideradas, etc.) y a su relación con el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

### *SIDA*

El SIDA no era un problema excesivamente grave cuando se publicó este manual en 1985. Por lo tanto, en éste no se incluye la recogida o uso de datos de SIDA y VIH como indicador del uso de drogas por vía parenteral, y tampoco se describen las implicaciones que pueden derivarse de la infección por VIH y del SIDA para los estudios epidemiológicos sobre abuso de drogas. Parece que el VIH y el SIDA influyen en la interpretación de varios indicadores tratados en este libro a causa de su impacto en los consumidores de drogas, especialmente en los que se inyectan la droga. Las muertes como consecuencia de la droga, las urgencias no letales, las complicaciones orgánicas debidas al mal uso de la droga, la incidencia de hepatitis B, y posiblemente la demanda de tratamiento, todo ello puede verse afectado por alta prevalencia de infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas.

Por ejemplo, es posible que el aumento del número de muertes, o los cambios habidos en lo referente a complicaciones orgánicas, reflejen en parte, el nivel de infección por VIH más que el cambio en la prevalencia de uso de las drogas. Igualmente, los cambios de comportamiento y estilo de vida por parte de los consumidores de drogas que se inyectan, puede reducir la incidencia de la hepatitis B y disminuir su importancia como indicador indirecto de incidencia del uso de drogas por vía parenteral. Es posible que la preocupación por el VIH incremente el número de adictos que deciden ponerse en tratamiento, aumentando así los índices de demanda de tratamiento por primera vez. Por otro lado, este temor puede inducir a que los nuevos consumidores utilicen métodos que no sean la inyección, como pueden ser fumar o esnifar. A su vez, esto puede asociarse con un aumento de la prevalencia de abuso de drogas, pero con una reducción del número de consumidores con experiencias negativas, como sobredosis, complicaciones orgánicas, hepatitis B o muerte, y con un descenso en el número de adictos que quieren someterse a tratamiento.

Por tanto, es importante examinar los indicadores y otras técnicas utilizadas para conocer la magnitud y dirección de los efectos que el SIDA y el VIH pueden tener en los datos recogidos. También es importante obtener datos sobre las vías de administración y sobre los VIH seropositivos, para poder valorar la contribución del VIH y del SIDA en la génesis de muertes y otras complicaciones orgánicas entre los adictos, e investigar (por ej. a través de estudios de campo) el impacto del VIH y el SIDA en conductas como compartir jeringuillas, usar la vía parenteral o buscar ayuda.

## *Otras drogas diferentes de la heroína*

Muchos de los métodos y parámetros que se mencionan en este manual se aplican en principio al estudio de la heroína, que era la principal fuente de preocupación y estudio a principio de los ochenta, durante la preparación de este manual. No puede asumirse que estas técnicas puedan aplicarse automáticamente a otras drogas como la cocaína, o psicotrópicos como las benzodiazepinas. Por ejemplo, el aumento de la importancia de la cocaína en los indicadores de oferta (por ej., las incautaciones) no se corresponde con aumentos de magnitud similar en los indicadores sanitarios (por ejemplo la demanda de tratamiento o las urgencias no letales). Esto puede deberse a que la prevalencia de uso de cocaína ha sido baja a pesar del aumento de la disponibilidad. De forma similar, la prevalencia de su utilización puede haber aumentado sin que de ello se deriven problemas graves. También es posible que los indicadores sanitarios no sean sensibles a los patrones problemáticos de uso de cocaína (por ejemplo, porque los servicios ofrecen tratamientos contra la heroína y no contra la cocaína, o simplemente porque hay un lapso de tiempo muy grande entre el aumento de la prevalencia del uso de cocaína en la población y el desarrollo a un nivel significativo de consecuencias problemáticas). De forma paralela (pero no idéntica) debería hablarse respecto a la desconocida prevalencia que tienen los problemas asociados con la mala utilización de compuestos farmacéuticos como los tranquilizantes e hipnóticos. Todo ello significa que es necesario considerar la aplicación tanto de encuestas poblacionales, adecuadas para las drogas disponibles de forma legal, pero limitadas para la cocaína (tal como se ha explicado en el capítulo 2.5.2), como de técnicas especiales que tengan como objetivo los problemas referentes a las drogas de abuso, por ejemplo un muestreo "Snowball" (bola de nieve). Estos estudios especiales con objetivos específicos deberían efectuarse paralelamente a otros métodos basados en la población, en lugar de hacerse unos en detrimento de los otros.

## *SEIT*

El SEIT, que inició su andadura en 1987 como una colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y las Comunidades Autónomas, tiene como objetivo recoger datos anuales comparativos a nivel autonómico y nacional sobre tres indicadores de abuso de opiáceos y cocaína (el número de personas que inician tratamiento, el número de episodios de urgencia, y el número de muertes directamente causadas por opiáceos o cocaína). Necesariamente, los datos de estos indicadores señalarán el punto de partida para una evaluación epidemiológica del abuso de drogas. De esto se derivan dos consideraciones.

Primero, los datos del SEIT son relevantes solamente en las investigaciones que se centran en el uso "problemático" de opiáceos y cocaína (y, tal como se ha mencionado anteriormente pueden no ser tan sensibles con respecto a la cocaína). Estos datos no dan ninguna información respecto a la prevalencia y patrones

de “uso” de la droga en una comunidad amplia, o respecto a la utilización de otras drogas (a menos que su utilización se dé conjuntamente con opiáceos o cocaína). Para ello se necesitan encuestas poblacionales u otros métodos.

Segundo, el SEIT se diseñó principalmente para monitorizar tendencias amplias a nivel nacional o autonómico. Aunque sea posible desagregar los datos relativos a las Comunidades Autónomas en unidades más pequeñas (por ej. provincia, ciudad, centro de tratamiento u hospital), esto conlleva ciertos problemas. A nivel local, los datos derivados de indicadores como los del SEIT pueden ser enormemente variables, tanto entre unidades pequeñas como en el tiempo. Esta variabilidad puede reflejar circunstancias locales específicas (por ej. disponibilidad de servicios, cambios en la política de tratamiento) así como variaciones en los patrones de uso local de drogas. Además, las diferencias entre estas unidades son muy sensibles a cambios en la cobertura del sistema utilizado para recoger la información. Por ejemplo, los datos referentes al número de episodios de urgencias se recogen principalmente en los grandes hospitales de las principales ciudades. Por tanto, estará subrepresentada la situación de las ciudades más pequeñas y las zonas de la ciudad más alejadas de los hospitales monitorizados. Por lo tanto, es difícil obtener una imagen local fiable con datos del SEIT, especialmente de las diferencias intraciudad y entre ciudades.

Tercero, los dos puntos anteriores subrayaban el tema más importante que trata este manual. Es esencial construir una imagen holística del uso de la droga a nivel colectivo, mediante la utilización de información conjunta de tantas fuentes como sea posible. Esto significa tener en cuenta las fuentes legales, indicadores de la disponibilidad de droga ilegal, fuentes informales a nivel comunitario, los propios consumidores de drogas, etc., así como la aplicación de técnicas de estimación adecuadas. Esto, no sólo ofrece una evaluación mucho más fiable de prevalencia y una descripción más completa de los patrones de consumo de drogas, sino que además suministra los medios a través de los cuales se podrán entender y explicar estos patrones de consumo.

¡Una explicación más amplia de estos tres puntos generales habrá que esperarla en la siguiente edición debidamente revisada! El resto de esta introducción proporcionará comentarios sobre las diferencias entre el Reino Unido y España que pueden tener implicaciones metodológicas importantes.

### *Consideraciones metodológicas*

Los primeros capítulos sobre los conceptos y principios básicos son aplicables en cualquier circunstancia. Igualmente, los estudios metodológicos descritos en el Capítulo 2 pueden aplicarse en diferentes situaciones. Las principales diferencias se producen con respecto a las fuentes de información apropiadas. Estas se describen con más detalle en el Capítulo 3. Mientras que muchos de los puntos considerados en las diferentes fuentes de información, tienen probablemente su contrapartida en el contexto español, hay ciertos puntos que deben tratarse con más profundidad.

## Notificaciones de tratamientos

En ambos países hay sistemas rutinarios para informar sobre los adictos a opiáceos y a la cocaína, en los que se utiliza un formulario estándar similar. A pesar de que hay algunas diferencias importantes, se pueden efectuar dos comentarios generales a ambos sistemas (y a cualquier sistema basado en la notificación de tratamientos).

Primero, la demanda de tratamiento (en el sentido del número de peticiones para obtener tratamiento) puede no ser la misma que el número de pacientes que empiezan tratamiento (1). En particular, el número de pacientes que empiezan tratamiento puede ser más influenciado por la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de los servicios de tratamiento. Por tanto, es importante intentar evaluar los datos locales del SEIT respecto al inicio del tratamiento, considerando que la disponibilidad y capacidad de tratamiento pueden atenuar la sensibilidad de estos datos como indicador indirecto de las tendencias de la dependencia de opiáceos y cocaína.

Segundo, el número de personas que inician tratamiento cada año es un indicador valioso en cuanto a la utilización de servicios. Sin embargo, es útil complementar esta información con datos sobre el porcentaje de pacientes que inician el tratamiento por primera vez (por ejemplo, que nunca fueron tratados ni en este año ni en años anteriores) ya que esto puede suministrar indicadores más sensibles sobre las tendencias recientes de abuso de drogas (basadas en el período de tiempo existente entre el primer uso de la droga o la dependencia y la primera demanda de tratamiento). Esto es debido a que un número constante de adictos crónicos continuará generando peticiones de tratamiento cada año (como consecuencia de la recaída y retorno subsiguiente al tratamiento). Los datos sobre el porcentaje de nuevos casos ayudan a identificar nuevos colectivos, que pueden convertirse en adictos engrosando el grupo de tratamiento.

La información referente a la primera petición de tratamiento a nivel local puede recogerse en encuestas especiales de usuarios que solicitan iniciar o inician el tratamiento, con la finalidad de caracterizar el grupo de tratados por primera vez en relación al grupo total de tratados. De forma alternativa el formulario de notificación del SEIT podría incluir un ítem que hiciera referencia a si ha sido tratado o no anteriormente. Creo que esto se ha acordado recientemente y se aplicará a partir de 1991.

---

(1) En este Manual, ver 2.8.3, "Indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad". Ver también:

a) La sección de primera demanda de tratamiento en : Pompidou Group. Multi-city Study of Drug Misuse, section 2. Strasbourg: Council of Europe, 1987.

b) O'Hare, A. y Hartnoll R.L.: "The Dublin/ London Drug Research Report", *Document P-PG/Epid* (89) 11. Strasbourg: Council of Europe, 1989.

c) Harnoll, R., Power, R. L. et al.: "Monitoring the demand for treatment by problem drug takers: a case study of a London treatment centre". *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 1225-34.

## *Fuentes basadas en los Servicios de Atención Primaria*

Son fuentes importantes de información en el Reino Unido, ya que el Servicio Nacional de Salud posee una red extensa y bien planificada de centros de atención primaria gratuitos, que cubren a toda la población y que utiliza la gran mayoría. Esta estructura hace que sea muy fácil recoger datos (aunque siempre hay algunas dificultades). La situación en España no es comparable. La atención primaria está bastante menos desarrollada. El acceso restringido a los cuidados primarios de la seguridad social, así como la mayor implicación de la sanidad privada a este nivel, puede hacer más difícil la recogida de datos. También parece probable que los servicios de urgencia de los hospitales se utilicen más como servicio de atención primaria en España que en el Reino Unido. Sin embargo, no estoy seguro de que haya datos fiables respecto al número de consumidores de drogas que se ponen en contacto con los médicos y al número de servicios de primeros auxilios prestados fuera de los centros de tratamiento especializados o de los hospitales. Valdría la pena intentar llevar a cabo un estudio sobre este tema. Los resultados podrían ser sorprendentes.

## *Urgencias*

Los servicios de urgencias son quizás en España, fuentes de información más importantes, respecto al abuso de droga, que en el Reino Unido. Esto puede deberse a una más frecuente utilización de los servicios de urgencias como primer punto de contacto médico (tal como se ha mencionado anteriormente). Otra ventaja es que en España, los episodios de urgencias relacionados con opiáceos o cocaína son uno de los tres indicadores del SEIT. Seguidamente efectuaremos dos comentarios.

Primero, debido a que el SEIT considera episodios y no individuos, es posible que un número relativamente pequeño de adictos que vuelven a consulta de forma reiterada, sean responsables de un número desproporcionado de episodios. (En un servicio de urgencias de un hospital de Londres, se encontró que dos individuos eran responsables del 25% de los episodios de abuso de droga. Su muerte dio como resultado un descenso pronunciado de este indicador totalmente engañoso). Por tanto es necesario realizar estudios periódicos que incluyan la evaluación de las relaciones entre los episodios y el número de personas implicadas.

Segundo, los datos sobre motivos de consulta son difíciles de interpretar, especialmente el "síndrome de abstinencia" (por ejemplo, los datos del SEIT muestran un descenso por este motivo del 57% en 1987 al 31% en 1988 (2). Esto puede estar influido por factores como si las personas son detenidas o no o si los consumidores saben que el hospital da sustitutos como el flunitracepam (Rohipnol).

---

(2) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. "Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, Informe año 1988". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.

N. del T.: Actualmente están también disponibles los informes correspondientes a los años 1989 y 1990.



Igualmente, el nivel de variabilidad en la pureza de las drogas puede tener un gran efecto sobre la sobredosis, y el porcentaje de infecciones por VIH puede también influenciar el tipo de problemas orgánicos. Por tanto la información sobre las circunstancias locales es primordial.

### *Muertes relacionadas con la droga*

El tercer indicador del SEIT, las muertes que se producen como resultado directo de los efectos agudos de los opiáceos y la cocaína, se está aún poniendo en marcha. Este es uno de los indicadores más difíciles de interpretar, en parte porque es difícil definir los criterios de forma clara y apropiada, y en parte debido a que la información y registro de muertes relacionadas con la droga está influenciada por otros factores, como el nivel de concienciación de aquéllos que investigan las causas de la muerte, o quizás también por los sentimientos de las familias de los fallecidos. Tal como se ha mencionado anteriormente, la aparición del SIDA, y la posibilidad de usar heroína por vías diferentes a la parenteral, puede también ejercer una gran influencia en la interpretación de los datos referentes a las muertes relacionadas con el consumo de droga.

El comentario más importante de este manual es recomendar una mayor prudencia respecto a la utilización de datos referentes a las muertes relacionadas con el consumo de drogas para medir las tendencias que presenta el abuso de las drogas en la población. No es aconsejable la utilización de un multiplicador para obtener una estimación de la prevalencia total. Otro comentario sería que a pesar de que se obtenga mayor precisión en la definición de estos casos, restringiendo los criterios a muertes causadas directamente por drogas específicas, el resultado será que la mortalidad total asociada con esas drogas se verá subestimada.

Ya que las muertes relacionadas con la droga tienen una transcendencia política muy elevada, es importante que se continúe la investigación al respecto, antes de dar una credibilidad excesiva a los números.

### *Muestreo "snowball"*

Esta técnica ha ido experimentando un creciente interés en los últimos años. Esencialmente, es un método de muestreo para descubrir grupos sociales de consumidores de drogas a través de un proceso en cadena en el que una persona del grupo facilita referencias sobre otros (3). El objetivo principal es iniciar "bolas de nieve", o cadenas de consumidores de drogas en diferentes puntos de la comunidad, y continuar hasta que cada grupo sea explorado completamente. La ventaja de este tipo de estudios es que permite al investigador obtener una muestra que incluye una visión transversal de los consumidores de drogas de la

---

(3) Biernacki, P. y Waldorf D. "Snowball: Problems and techniques of Chain referral sampling". *Sociological Methods and Research*; 10: 141-163.

comunidad que no tienen contacto con el sistema de tratamiento ni con el sistema legal. Son incluso más eficientes que las encuestas de población general para observar fenómenos ocultos e ilegales como el uso regular de cocaína o la inyección de drogas. Sin embargo, el problema importante que se plantea se refiere al grado en que la muestra final representa al grupo de consumidores de drogas correspondiente. Se están estudiando modelos matemáticos basados en el análisis de redes para tratar de solucionar este problema, pero aún deben hacerse las pruebas necesarias en la práctica. Sin embargo, aunque el sesgo de estos muestreos no se conozca completamente, esta técnica proporciona una muestra más amplia que la que se consigue analizando la minoría de consumidores que utilizan los servicios de tratamiento. El método no se describe con detalle en este manual. Existe un buen ejemplo en un estudio reciente sobre los cocainómanos de Amsterdam (4).

### *Otras fuentes*

Muchas de las fuentes descritas en este manual no son médicas. En la epidemiología tradicional, aparte de las encuestas de población general, estudios casos-control, estudios longitudinales, etc., no es corriente salirse de las fuentes e indicadores médicos. Por tanto, hay una tendencia a dudar del valor de los datos, que provienen, por ejemplo del sistema legal y de los servicios sociales, y a ignorar la importancia de la información sobre la estructura de los mercados y los precios de las drogas ilegales, y a minusvalorar la aportación de informes socio-antropológicos surgidos del entorno real de la droga. Esta tendencia puede ser más pronunciada en España, donde el trabajo epidemiológico en este campo está elaborado principalmente por profesionales médicos, mientras que en el Reino Unido y en otros países europeos, los sociólogos y criminólogos han tenido una influencia mucho mayor.

Este manual se basa en la concepción de que el abuso de las drogas es un fenómeno complejo situado en una estructura escasamente conocida, en el que las dimensiones sociales, subculturales y legales son tan importantes como las médicas. Por tanto, es importante incluir todas estas dimensiones si quiere obtenerse una comprensión multi-dimensional del problema. Hay además otra razón práctica para incluir estas dimensiones, y es que la policía, las instituciones penitenciarias, los servicios educativos, las organizaciones comunitarias y otros estamentos pueden ponerse en contacto con aspectos significativos de los grupos de consumidores de drogas que no quedan reflejados en los indicadores sanitarios.

Sin un mejor conocimiento de las estructuras legales y sociales de España, es difícil comentar las implicaciones metodológicas de fuentes solventes no médicas. En el Reino Unido, los datos referentes a las detenciones por delitos relacionados

---

(4) Cohen, P.: "Cocaine use in Amsterdam in Nondeviant Subcultures". Amsterdam: University of Amsterdam, 1989.

con la droga y las incautaciones de drogas ilícitas, así como las informaciones de los servicios de vigilancia de personas en libertad condicional, servicios de calle y otros servicios no oficiales son muy valiosos. En España, la situación legal respecto a la posesión de drogas para consumo personal, la coexistencia de diferentes estructuras policiales, la relativa ausencia de servicios de calle como los que existen en Inglaterra, y la ausencia de un servicio de vigilancia de personas en libertad condicional, todo ello significa que las fuentes alternativas apropiadas deben examinarse teniendo en cuenta la situación local.

### *Conclusión*

No es fácil obtener información fiable sobre el abuso de drogas. La aplicación de la epidemiología en este campo está todavía en fase de desarrollo poco avanzada, y la interpretación de los datos es más una cuestión de arte que de ciencia. Sin embargo, en España se ha producido un despegue importante, tanto a nivel central con el SEIT, como a un nivel más local en las Comunidades Autónomas y en las ciudades de todo el país. Espero que la traducción de este manual contribuya a este proceso y sea útil para aquéllos que intentan mejorar nuestra comprensión del consumo de drogas y la drogodependencia.

**Richard Hartnoll**

Junio 1990



## PRÓLOGO A LA EDICIÓN INGLESA

Este manual está dirigido a todos aquellos responsables de valorar los problemas locales de drogas. Existe una breve introducción, "Assessing Local Drugs Problems: A Short Guide" (Drug Indicators Project \*, 1985), a disposición de administradores y directores responsables de planificar y proveer servicios para los consumidores de droga, y de quienes requieran directrices generales en esta materia. Se recomienda leer antes esta guía breve.

### *Propósito de este Manual*

Este manual trata de aportar detalles técnicos y consejos prácticos acerca de cómo valorar la naturaleza y el alcance de los problemas de drogas en un ámbito concreto (por ejemplo, un área o distrito sanitario, una provincia, barrio, ciudad, pueblo, metrópoli, comunidad local). Por ello, se centra en preguntas tales como:

- ¿Hay problemas de drogas verdaderamente serios en la zona?
- ¿Qué tipo de problemas se dan, y qué alcance tienen?
- ¿Qué drogas hay, y cómo se obtienen?
- ¿Cuáles son las características de los individuos y comunidades más afectadas, y cuáles los principales problemas derivados?
- ¿Con qué rapidez y en qué dirección está cambiando la situación?
- ¿Hasta qué punto los servicios de atención entran en contacto con los problemas de drogas?
- ¿Existen áreas extensas con problemas de consumo de drogas y grupos de consumidores que no están cubiertos por los servicios existentes?

### *¿Para qué una valoración?*

El creciente interés público por el tema de consumo de drogas, así como el comunicado y la circular del Ministerio de Salud y Seguridad Social en Gran Bretaña —DHSS— (HN(83)13 y HC(84)14) dirigidos a las autoridades locales y de salud, plantea un dilema a los gestores de estos servicios. Se requiere una serie de conocimientos acerca de los problemas relacionados con las drogas, pero

---

\* N. del T.: "Project" son las personas que firman este informe y que trabajan en el Departamento de Sociología y Política del Birbeck College, de la Universidad de Londres.

normalmente no existen servicios que proporcionen este tipo de información de forma rápida. A pesar de la presión que existe para la puesta en marcha de dichos servicios, es muy posible que éstos no se ajusten bien —o sean irrelevantes— a las necesidades de los consumidores de drogas, a las de los profesionales que trabajan en ello o a las de la comunidad local.

Este manual es fruto del convencimiento de que los problemas relacionados con las drogas previsiblemente seguirán existiendo aún durante algún tiempo, y que cualquier estrategia rentable debería incluir la valoración y la monitorización de su naturaleza y alcance. Esto ayudará a reducir la incertidumbre y la ansiedad que, comprensiblemente, se filtran en los debates en torno al tema, y procurará una base racional para desarrollar políticas y servicios de intervención y para evaluar su impacto.

A pesar de no tratarse con detalle en este manual, el tema de la valoración puede ser útil para incluir preguntas referentes a cómo los servicios locales —y otros— viven problemas tales como el aislamiento profesional, la falta de entrenamiento o la carencia de servicios adecuados y asesoramiento, derivación, tratamiento o rehabilitación. La valoración ofrece también la oportunidad de difundir información sobre drogas, sus problemas y los servicios de atención a través de toda la red local.

### *Trabajo que ha servido de base a este Manual*

En parte, este manual se basa en una extensa investigación y trabajo de campo llevados a cabo por "Drug Indicators Project" en dos barrios del interior de Londres —Islington y Camden— entre septiembre de 1980 y junio de 1985; y, en parte, en una amplia revisión de otros trabajos llevados a cabo en el Reino Unido y en el extranjero.

En el texto se incluyen referencias sobre los hallazgos de "Project" y de otros trabajos de investigación. Cuando los resultados se basan en trabajos sin publicar, puede encontrarse una información más exhaustiva en el informe interno de "Project", del que hay una copia en la biblioteca del "*Institute for the Study of drugs Dependence (ISDD)*". También puede obtenerse más información contactando directamente con "Project".

Cuando las afirmaciones contenidas en este manual se basan en la experiencia, en lugar de evidencias escritas, es obvio que se trata de opiniones de los autores.

### *Limitaciones del Manual*

Este manual no se ocupa de la evaluación clínica o social de cada consumidor individual; tampoco describe los efectos de las diferentes drogas ni las razones

que llevan a la gente a tomarlas. Análogamente, no informa de los hallazgos de los estudios sobre la naturaleza y extensión del consumo de drogas en diferentes comunidades, ni se ocupa de evaluar servicios y políticas, a pesar de que los resultados de una valoración de este tipo deberían ser un elemento importante en cualquier tipo de evaluación. (Información sobre éste y otros temas puede obtenerse en el Institute for the "Study of drugs Dependence (ISDD)". Otras fuentes de información se dan en el apéndice 1.)

Finalmente, este manual no explica la actuación frente a problemas relacionados con las drogas, sino tan solo cómo obtener información sobre ellos.

### *Cómo usar el Manual*

Este manual se divide en cuatro partes: la primera es una introducción general; la segunda describe los diferentes métodos utilizados; la tercera proporciona datos de servicios y otras fuentes que pueden ser útiles, incluyendo a los propios consumidores de drogas; la cuarta parte facilita listas de control y sugerencias prácticas que pueden ser útiles a la hora de empezar, llevar a cabo y completar una valoración. Algunos de los procedimientos que se describen en el manual necesitan ser modificados para aplicarlos en Escocia o Irlanda del Norte.

No existe una fórmula universal que pueda aplicarse en cada situación. El manual sólo pretende ser un modelo flexible que pueda adaptarse a las necesidades particulares de diferentes áreas.

### **Referencias**

- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, R.J., DAVIAUD, E. (1985). *Assessing Local Drug Problems: A Short Guide*, DHSS, Londres. De venta en DHSS, Community services division 2, Alexander Fleming house, London SE1 6BY.
- DHSS (1983). *Treatment and Rehabilitation: Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); Central Funding Initiative*, Health Notice, HN(83)13 and Local Authority Social Services Letter, LASSL (83)1, DHSS, London.
- DHSS (1984). *Health Services Development: Services for Drug Misusers*, Health Circular, HC(84)14 and Local Authority social Services Letter, LAC(84)12, DHSS, London.
- HARTNOLL, R.L., BRYER, S., LEWIS, R.J., MITCHESON, M.C. (1981). *Monitoring Problematic Drug Use, Interim Report of the North East Drug Indicators Project*, London (unpublished). The report, including two background papers and 12 appendices, is available for consultation at the library of the Institute for the Study, 1-4, Hatton Place, Hatton Garden, London EC1N 8ND.

### *Agradecimientos*

Estamos muy agradecidos al "Department of Health and Social Security" (DHSS) por financiar este trabajo, y a las Autoridades Sanitarias de Bloomsbury por proporcionar la

base administrativa. El agradecimiento se extiende también a otras secciones por los servicios, consejos y estímulos dados; destacando aquí a la "Standing Conference on Drug Abuse" (SCODA), al "Institute for Study of Drug Dependence" (ISDD), y al "Home Office, Drugs Branch". Muchos de los servicios y personas (trabajadores individuales y consumidores de drogas) no sólo han soportado con paciencia la búsqueda de información, sino que también han hecho valiosas y constructivas aportaciones que han mejorado este trabajo, haciéndolo más válido, fiable y relevante. Igualmente apreciamos el apoyo y colaboración de nuestros colegas Susan Bryer, Lillian Griffiths y Lee O'Bryan.



## **Capítulo 1**

# ***Introducción a la valoración***



En lo que se refiere al tema de la valoración de necesidades locales ante los problemas de drogas, este manual no está especialmente enfocado hacia importantes investigaciones científicas, sino hacia tentativas más modestas que dependen casi siempre de los recursos disponibles. Por ello, la forma de llevar a cabo dichas valoraciones quizás no sea siempre la más ortodoxa. También implica la aceptación de información imperfecta e incompleta, recogida originalmente para otros propósitos.

El ejercicio de la valoración no es solamente una cuestión de calcular o consultar estadísticas; tampoco se trata únicamente de vagar por las calles introduciéndose en los ambientes relacionados con el consumo de drogas. La importancia de una valoración, por modesta que sea, aumenta enormemente si recoge información cuantitativa “dura”, y cualitativa “blanda”; debe combinar análisis estadísticos lógicos con interpretaciones intuitivas e imaginativas. Posiblemente sea el equivalente en Ciencias Sociales a tener buen “ojo clínico”

En toda valoración debería tomarse en consideración el hecho de que el consumo de drogas es a menudo ilegal o está desprestigiado, o ambas cosas. Por consiguiente, no es fácil efectuar dicha valoración a través de los canales convencionales de los servicios socio-sanitarios ni por medio de técnicas estandarizadas de investigación. Será necesario incluir métodos y fuentes de información poco convencionales en relación a los estudios epidemiológicos y sociales ortodoxos.

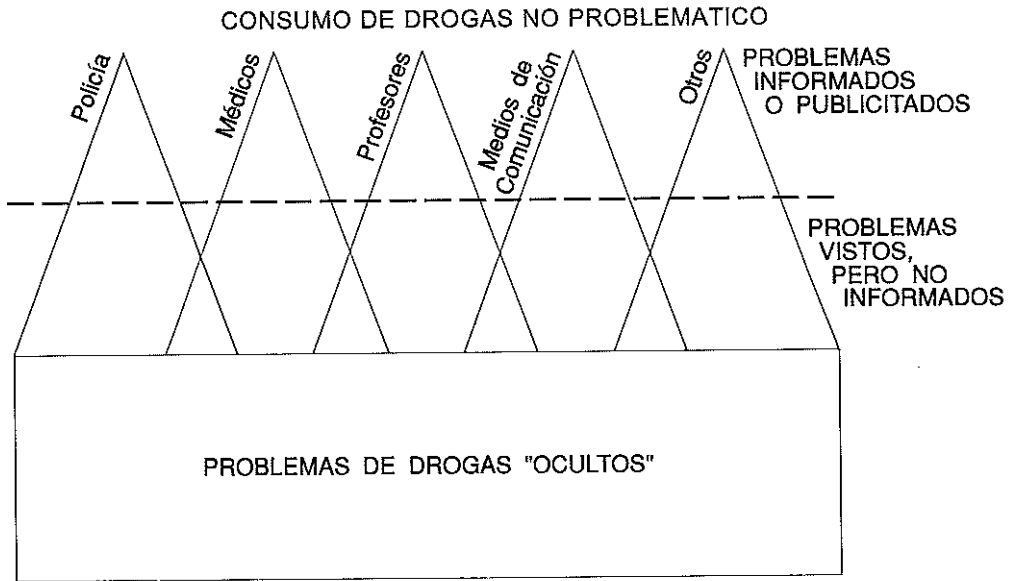
## **1.1. Definición del problema**

### **1.1.1. Primera aproximación al problema**

Los problemas de drogas en cualquier comunidad o zona pueden verse representados en el diagrama de la Figura 1.

El objetivo de una valoración es tomar todos los conocimientos que hay dispersos acerca de la comunidad y unirlos como si fuesen piezas de un rompecabezas. Las experiencias de diferentes grupos pueden llegar a formar una imagen coherente, aunque lo más probable es que se queden como retazos inconexos de un paisaje confuso. En medio de este escenario —a menudo contradictorio—, organizaciones e individuos se debaten por tratar el “problema” a su modo. Desbordados por la gran demanda, los servicios están consecuentemente preocupados por las necesidades que surgen de la evidente crisis que ellos mismos presentan y, sin embargo, también son conscientes de que tales crisis no son otra

FIGURA 1



cosa que la gota que colma el vaso de otro problema de dimensiones inciertas, y de cuyas necesidades se sabe muy poco.

Tanto si se propone un estudio detallado como un esbozo rápido del panorama local; tanto si se trabaja con números como con impresiones, no tiene sentido amasar toda la información disponible al azar con la esperanza de que al final tenga algún significado. Ello no sólo implica que uno deba recoger información por sistema —aunque es importante—; también significa que es vital decidirse por un conjunto de objetivos, y así enfocar la valoración y los datos recogidos en función de éstos.

Al definir objetivos, nos enfrentamos con tres preguntas esenciales y relacionadas entre sí:

- 1) ¿Qué se entiende por problemas de drogas?
- 2) ¿Qué queremos saber de ellos?
- 3) ¿Por qué queremos investigar sobre ellos?

### 1.1.2. ¿Qué entendemos por problema de drogas?

La imagen pública asociada a un “problema de drogas” es la del heroinómano “marginado”. Este manual considera que no todo el que consume heroína encaja en el estereotipo de “junkie”\*, ya que la dependencia es sólo una de las dimensio-

\* N. del T.: “Junkie”. Término del argot inglés y de uso corriente en España dentro de la subcultura de la droga para denominar los heroinómanos por vía intravenosa.

nes del problema de las drogas y éstas no tienen por qué estar prohibidas para que un individuo experimente las consecuencias de su consumo. Tampoco debe confundirse consumo con dependencia o problema de drogas, ya que el consumo no tiene por qué producir problemas al consumidor. Al igual que sucede con el alcohol, sólo una minoría de aquéllos que prueban drogas ilegales experimentan problemas que requieren intervención.

A pesar de que los consumidores no lleguen necesariamente a experimentar dificultades, el consumo de drogas puede plantear serios problemas a los demás. Por ejemplo, el temor que suscita en los padres, en los que trabajan con los jóvenes, en la policía, etc.; o el peligro percibido que el consumo de drogas ilegales representa para el orden social. Estos "problemas" son cualitativamente diferentes y traen consigo consecuencias distintas, pero son tan reales como las importantes dificultades que experimenta una minoría de consumidores.

### *El consumidor problemático*

El "Advisory Council on the Misuse of Drugs" (ACMD) (1982) define al consumidor problemático como "cualquier persona que experimenta problemas sociales, psicológicos, físicos o legales relacionados con la intoxicación y/o el consumo regular excesivo; y/o dependencia como consecuencia del consumo por cuenta propia de fármacos u otras sustancias químicas (excluyendo tabaco y alcohol)".

Así pues, dentro de los problemas relacionados con las drogas pueden incluirse: deterioro agudo de prácticas como la conducción; aumento de la dosis y pérdida del control del consumo; complicaciones médicas agudas o crónicas, como las sobredosis y las complicaciones hepáticas; reacciones psiquiátricas adversas; actividad delictiva y demandas legales; deterioro social en los aspectos de trabajo, colegio, familia, amistades, alojamiento, etc.; además de la propia dependencia.

Se ha de distinguir entre el consumidor de drogas, cuya vida gira en torno a la droga y cuya actividad está deteriorada, y el que consume drogas, generalmente de forma intermitente, como parte de un pasatiempo de moda con los amigos. Para la mayoría de los adolescentes, la experimentación es una etapa de la que salen ilesos; para otros, el uso del cannabis, por ejemplo, puede continuar de un modo controlado y no problemático. Son sólo una minoría aquéllos para quienes el consumo de drogas tiene una creciente importancia. Estas personas pueden llegar a apartarse de los amigos y otras actividades, y dejarse llevar por una subcultura "marginada" y un estilo de vida orientados hacia la droga.

Otro modelo diferente de consumo de drogas se encuentra entre la gente que consume drogas proporcionadas por vía legal, como tranquilizantes o alcohol. A pesar de que tales individuos no tienen problemas con la justicia o de marginación, sí pueden llegar a experimentar serias dificultades por la dependencia o el consumo excesivo.

No existe una única razón que explique el consumo de drogas; tampoco la adicción es inducida por una única causa (Fazey, 1977). Los factores sociales son muy importantes al comenzar el consumo y la experimentación. Después la farmacología y otros factores individuales, como por ejemplo ansiedad en la interacción social, serias depresiones o sentimiento de incapacidad, falta o pérdida de un determinado papel en la sociedad, más de una crisis importante en un período corto de tiempo, etc., llegan a ser muy significativos. En adolescentes, contribuyen factores como la falta regular a clase; el bajo rendimiento en el colegio; la reiteración en actos delictivos de poca importancia; serios conflictos con los padres y de ellos entre sí; dependencia del padre o de la madre (o de ambos) al alcohol o a drogas psicotrópicas; malos tratos o negligencia por parte de los padres; algún suicidio en la familia. Sin embargo, no todo el que experimenta estas situaciones llega a introducirse de lleno en el consumo de drogas; tampoco existe ningún factor exclusivo que lleve a la drogodependencia.

Los problemas aparecen con más facilidad por consumo de heroína y otros opiáceos y por sedantes (especialmente barbitúricos) y, en menor medida, por estimulantes tipo anfetaminas o cocaína. El consumo por vía parenteral indica normalmente una mayor implicación en el consumo de drogas y aumenta el riesgo de complicaciones médicas graves. Otras formas de administración no están libres de peligro, especialmente cuando se mezclan varias drogas, entre ellas grandes dosis de sedantes y/o alcohol. El consumo excesivo de cualquier droga psicoactiva, incluidos cannabis y alcohol, probablemente esté asociado a un riesgo creciente de llegar a tener dificultades con otras drogas como la heroína. Y esto sucede especialmente cuando tales drogas son fácilmente asequibles y en los momentos en que los individuos sufren estrés.

### 1.1.3. Definición del alcance de la valoración

La pregunta aparentemente simple: ¿Qué es un problema de drogas? puede suscitar respuestas muy diferentes (Zinberg, 1978). Por tanto, es importante establecer explícitamente, al principio de una valoración, lo que ésta abarcará. Al definir el alcance de una valoración hay que tomar decisiones como las siguientes:

1) ¿Esta valoración engloba todas las drogas, o se limita a algunas drogas —o categorías de drogas— específicas?

2) ¿Es el consumo de drogas en sí mismo lo que se quiere valorar, se trata de ciertos modelos de consumo (como el consumo ilícito o el consumo regular) o tan sólo las víctimas de este consumo?

Para valorar el alcance del consumo de drogas, independientemente de si es problemático o no, será necesario utilizar métodos que abarquen un amplio sector representativo de la población (estudios sobre población general). La información que nos proporcione un servicio no nos dirá nada de los consumidores de droga "típicos", sino sólo de aquéllos a quienes la droga ha conducido hacia algún tipo de dificultad.

3) ¿Hay que valorar solamente el modelo ya existente de consumo problemático de drogas, o se han de examinar también ciertos sectores de la comunidad (como los jóvenes que están experimentando o los desempleados) que son más susceptibles de llegar a estar seriamente implicados en un futuro? Los servicios que se ocupan de problemas de drogas sólo nos hablan del consumo ya establecido. Quizá sea posible extrapolar ciertas tendencias usando tales datos, pero existe un riesgo considerable de que cambios importantes no sean tenidos en cuenta hasta después de haberse producido.

4) ¿Se quiere llevar a cabo una valoración expresada en términos de problemas de consumidores aislados, de dificultades con los amigos o familiares más cercanos, de costes sociales a la comunidad, de dificultades que plantea a los profesionales que se enfrentan a los problemas de drogas, o de las actitudes o inquietudes del conjunto de la comunidad?

### *Criterios a considerar*

**Farmacológico:** Clasifica el problema en cuanto a drogas concretas o categorías de drogas (por ejemplo heroína, solventes, etc.).

**Legal:** La gravedad se establece basándose en si las drogas son ilegales y, si lo son, en cómo contempla la ley estos delitos. Ciertos tipos de comportamiento se consideran más problemáticos (por ejemplo, la oferta es más grave que el uso, o el tráfico de heroína es más grave que el tráfico de cannabis).

**No médico:** Es el consumo no prescrito médicamente. El consumo no médico comprende un enorme elenco que incluye el tabaco, el alcohol y otras muchas drogas. Por consiguiente, es posible que ciertos criterios, que impliquen dependencia y nocividad, sean tenidos en cuenta.

**Nocividad:** Se refiere al consumo de drogas asociado al riesgo elevado de daño físico, psicológico o social (como es el consumo por vía parenteral o el de diferentes drogas combinadas, que se cree pueda estar ligado a un mayor número de sobredosis, hepatitis, dependencia o pérdida de las relaciones sociales).

**Vulnerabilidad:** Los sectores específicos de la comunidad que se supone están especialmente en peligro de sufrir daño por el consumo de drogas (como es el caso de los jóvenes).

**Nivel de implicación con las drogas:** Éste puede variar desde la dependencia hasta el consumo ocasional. También debe considerarse el nivel de integración en una subcultura orientada al consumo.

**Riesgo de difusión:** Determinadas circunstancias (como el aumento de la disponibilidad) están asociadas a un alto riesgo de aumentar el consumo de ciertas drogas.

**Grado de sensibilización:** Lo definen los sectores locales, políticos y profesionales de la comunidad más preocupados y eficaces a la hora de promover sus puntos de vista o negarse a admitir los de otros.

#### 1.1.4. Propósito de la valoración

El alcance, atendiendo a la valoración, está directamente relacionado con los propósitos a que está destinada. Atendiendo a lo tratado anteriormente, es necesario decidir a cuál de los siguientes propósitos estará destinada la valoración:

1) Revisión de una amplia variedad de problemas de drogas para identificar las zonas más necesitadas, y establecer un sistema de prioridades para valoraciones más detalladas y/o preparar las intervenciones más apropiadas.

2) El perfil de un problema concreto de drogas con vistas a orientar los servicios.

3) Información para justificar la subvención de un servicio propuesto u otros programas.

4) Establecimiento de una línea de base a través de la cual evaluar el impacto de las intervenciones existentes y las proyectadas.

5) Información para utilizar en el desarrollo de estrategias preventivas y educativas.

6) Información referente a las necesidades de formación de profesionales.

7) Identificación de las necesidades de los padres, de los amigos y/o de las parejas de los consumidores de drogas.

Las siguientes preguntas pueden ser útiles para centrar la atención en los propósitos de la valoración.

1) ¿Cuál ha sido la causa o proceso que trajo como consecuencia la actual situación?

2) ¿Quiénes han llamado la atención sobre la situación? ¿Tienen estos individuos intereses concretos?

3) ¿Cómo definen el problema los "líderes de opinión" de la comunidad? ¿En qué se basan?

4) ¿Hay unanimidad de opinión respecto a la naturaleza del problema? En caso contrario, ¿cuáles son los principales puntos de desacuerdo?

5) ¿Cuáles son los principales aspectos que se eluden en las opiniones mayoritarias sobre el problema?

6) ¿A quiénes afectan los problemas existentes? ¿Al drogodependiente, a su familia y amigos o a los profesionales? ¿Cuál es la impresión personal sobre la situación local en relación con los siguientes puntos?:

- a) Cobertura otorgada por los "medios de comunicación de masas".
- b) Inquietud entre miembros de la policía y políticos.
- c) Inquietud entre los profesionales sobre cómo intervenir.
- d) Costes sociales del uso de drogas (como robos y asistencia sanitaria).



- e) Angustia que sufren la familia, los amigos, etc.
- f) Problemas experimentados por los propios consumidores de drogas.

En resumen, es importante ser selectivo al identificar las prioridades y ser conciso en lo que se intenta valorar y por qué.

## Referencias

- DHSS (1982). Treatment and Rehabilitation. Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs, HMSO.
- FAZEY, C. (1977). Aetiology of Psychoactive Substance Use: A Report and Critically Annotated Bibliography on Research into the Aetiology of Alcohol, Nicotine, Opiate and Other Psychoactive Substance Use. UNESCO, París.
- ZINBERG, N.E., HARDING W.M. y APSLER R. (1978). What is drug abuse? J. of Drug Issues, 8(1), 9-35.

## Otras publicaciones

- Home Office (1984). Prevention. Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs, HMSO.
- Shafer Commission (1973). Drug Use in America: Problem in Perspective. 2nd Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, U.S. Govt. Printing Office, Washington, Chapter 1.
- South Australian Government (1979). Final Report of the Royal Commission into the Non-Medical Use of Drugs. Adelaide, Chapters 2 & 3.

## 1.2. Principios básicos

### 1.2.1. La realidad objetiva y subjetiva

Preguntar a la gente qué es lo que sabe puede producir resultados valiosos. Sin embargo, el modo en que se formula la pregunta es importante.

Cualquier respuesta, incluso en forma de estadística, combina una información que refleja tanto la percepción subjetiva, como la angustia y la información "objetiva" obtenida en el contacto con los problemas de drogas. Los dos ejemplos siguientes lo clarifican:

1) Al comienzo de una encuesta sobre problemas de drogas, llevado a cabo por dos equipos de vigilancia para libertad condicional, los oficiales encargados estimaron que no más del 5% de sus usuarios tenía problemas significativos relacionados con la droga. Sin embargo, una revisión posterior indicó que el 15-20% los tenía.

2) En otra consulta, la respuesta inicial sugería que el “esnifado” de cola era un problema muy serio. Una revisión del problema indicó que por cada caso de “esnifador” de cola había más de diez adictos a la heroína.

Tanto la información “objetiva” como la “subjetiva” son verdaderas y válidas en la misma medida, pero se necesita que los datos recogidos estén perfectamente claros. Para conseguirlo existen unos principios básicos que deben tenerse en cuenta.

### **1.2.2. Importancia de la diversidad**

Cada fuente de información refleja solamente una parte de la totalidad. Es fácil llegar a conclusiones erróneas, sobre todo por culpa de los fallos que pueda contener una de estas partes. Por tanto, también es importante lo siguiente:

- Incluir la información estadística y la descriptiva: Una valoración no excluye las observaciones personales ni la experiencia. La información estadística sólo adquiere significado cuando está enriquecida por la comprensión del contexto del que proviene. Los conocimientos personales son, sin embargo, insuficientes por sí mismos.
- Abarcar una amplia variedad de servicios, consumidores de drogas y otras fuentes de información: Los individuos que se ponen en contacto con un determinado servicio rara vez son representativos de toda la diversidad y de los diferentes tipos de consumidores. Quizá sean más representativos de los individuos cuyo consumo de drogas es frecuente o problemático, pero incluso eso podría llevar a conclusiones erróneas.

Además, diferentes servicios desempeñan distintas funciones, por lo que perciben los problemas de drogas (e informan de ellos) desde diferentes ángulos: por ejemplo, la policía puede que estime el cannabis como el problema principal, puesto que representa el 80% de las detenciones; o que vea a todos los adictos como delincuentes dada su tarea, que por definición se centra en el delito. Por su parte, el personal de urgencias de los hospitales es más probable que ponga más énfasis en problemas médicos asociados con el consumo indiscriminado de múltiples drogas. Lo mismo ocurre con los propios consumidores de drogas. Los modelos e impresiones sobre el consumo de drogas en un contexto pueden ser totalmente diferentes de los que se encuentran en otro distinto.

- Servirse de todos los métodos posibles: Todos los métodos llegan a conclusiones con cierto grado de validez e incorporan errores de transcendencia desco-

nocida. Es fundamental inspirarse en más de un método y que éstos no se basen en las mismas suposiciones, ni cuenten con la misma fuente de información.

### 1.2.3. El problema de las definiciones

No sería realista esperar que todo el mundo se ponga de acuerdo, y mucho menos que se llegue a aprobar un conjunto universal de definiciones. Sin embargo, al interrogar a diversos individuos y servicios, es fundamental que quede claro lo que se quiere decir y lo que se entiende al usar términos como adicto, consumidor, nuevo caso, droga, problema, tratamiento, etc. Es útil intentar contar con colaboradores que entiendan y apliquen definiciones comparables. Si esto no se puede conseguir, es muy importante tener en cuenta lo que se quiere expresar realmente al usar ciertos términos. En el apéndice 3 se proponen varias definiciones (véase también Ellison, 1975; Hughes, 1980; Nelson, 1982).

#### *Individuos y episodios que se enumeran o se descubren*

Los casos pueden definirse con referencia a la/s droga/s principal/es, frecuencia de consumo, vía de administración y, si es posible, la antigüedad o duración del consumo. Si se trata de episodios, es de gran ayuda confeccionar una lista de problemas seleccionados (como pueden ser complicaciones físicas, detenciones, etc.).

Es aconsejable especificar si se incluye a los individuos alojados en instituciones y a los que están en tratamiento. Cuando un individuo es ingresado durante un corto período de tiempo, es conveniente registrar su caso antes de la admisión.

También debe decidirse la clase de información requerida. Si es suficiente un informe de "segunda mano" -o una sospecha- o debe existir una clara evidencia de consumo de drogas. Resulta útil establecer una serie de categorías.

#### *Límites y sectores de la población cuyos casos han de ser enumerados o descritos*

Los diferentes servicios puede que reciban usuarios de muy distinta procedencia. A menos que la información geográfica básica (por ejemplo, barrio, distrito electoral, distrito postal) sea registrada sistemáticamente, podría resultar muy difícil —al término de la valoración— relacionar los resultados con las comunidades relevantes.

También es necesario decidir los rangos de edades que se van a cubrir, y si sólo se centrará en los residentes de una comunidad. Será necesario especificar criterios para poder distinguir los grupos que interesan.

### *Período de tiempo de referencia*

Es importante utilizar un período de tiempo estándar al registrar la información sobre casos concretos de consumo de drogas. La diferencia entre la cantidad de individuos que consumen una droga durante un mes determinado y los que la han probado al menos una vez es normalmente muy grande.

Al informar de estimaciones de prevalencia, siempre debe mencionarse el período de tiempo al que se refieren, y especificar en todo momento si la estimación se ocupa de las cifras en un momento dado ("prevalencia de punto"), o en el número de afectados en un período —digamos— de 12 meses ("prevalencia de período"). La "prevalencia de punto" puede llegar a ser muy diferente de la "prevalencia de período" si se suceden cambios muy rápidos en la población, o un elevado recambio ("turnover") de casos. Con el uso de algunas fuentes de información, la especificación del período de tiempo puede ser difícil (las condenas, por ejemplo, pueden producirse semanas después de la detención, y hasta más de un año después).

Se recomiendan tres estructuras básicas de tiempo: "la vida de un individuo" (prevalencia de toda la vida), "los últimos 12 meses" (prevalencia anual) y "los últimos 30 días" (prevalencia mensual o actual).

### **Referencias**

- ELISON, J. y NURCO, D. (eds) (1975). *Operational Definitions in Socio-Behavioural Drug Use Research*, NIDA Research monograph 2, National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland.
- HUGHES, P.H., VENULET, J., KHANT, U. y otros (1980). *Core Data for Epidemiological Studies of Non Medical Drug Use*, WHO Offset Publication No. 56, World Health Organisation, Ginebra.
- NELSON, J.E., PEARSON, H.W., SAYERS, M., GLYNN, T.J. (1982). *Guide to Drug Abuse Research Terminology*, Research Issues 26, National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland.

## **Capítulo 2**

### ***Métodos***



Resulta muy fácil acumular grandes cantidades de información irrelevante o llegar a conclusiones erróneas por la información recogida. La metodología se interesa principalmente en aumentar las posibilidades de que la valoración esté orientada a las preguntas que necesitan contestación.

Los que consideran la metodología un enfoque desalentador deberían recordar el hecho de que el conocimiento de procedimientos estadísticos complicados no es un requisito previo. Sin embargo, es fundamental seguir ciertos principios básicos y aplicar un alto grado de lógica crítica. La metodología no es un fin en sí misma; también es un medio para comprender mejor los problemas asociados con el consumo de drogas. Existen muchos textos excelentes sobre metodología fáciles de conseguir (véase las referencias del apartado 2.1.)

Muchos de los métodos descritos en este capítulo se han utilizado para valorar o monitorizar el consumo o la adicción a heroína (u otros opiáceos), y los ejemplos que se dan así lo reflejan. En principio, no hay inconveniente para que estos métodos se puedan aplicar a otras drogas, si bien las ventajas y desventajas de cualquier método varían de acuerdo con la naturaleza del consumo de la droga en cuestión.

## **2.1. Epidemiología**

### **2.1.1. Definiciones y comentarios**

#### *Valoración*

Este término se utiliza aquí para designar cualquier trabajo relativamente sistemático encaminado a determinar las dimensiones y características del y los problemas asociados en una determinada comunidad, y en un determinado momento. Esto permitirá tener una visión conjunta del escenario local. La valoración debería entenderse de un modo más amplio que una mera encuesta, puesto que algunas de las técnicas descritas a continuación guardan muy poco parecido con la metodología de estudios convencionales. Valoración no significa evaluación; los resultados de una valoración sobre los problemas locales de drogodependencia se pueden utilizar perfectamente como parte de una evaluación sobre la provisión de servicios locales.

## *Monitorización*

Este término viene a significar la recogida, comparación e interpretación sistemática de información con intervalos de tiempo regulares. Difiere de la valoración, principalmente, en que se ocupa de cambios a lo largo de un período de tiempo, más que de la situación en un momento determinado. Por ello ofrece una perspectiva más dinámica de los acontecimientos locales.

## *Epidemiología*

Algunos de los métodos descritos a continuación están influenciados por métodos utilizados originalmente para estudiar la propagación de enfermedades infecciosas, y más recientemente para el estudio del cáncer, enfermedades laborales, tabaco, alcohol, etc. Sin embargo, existen grandes diferencias entre las enfermedades infecciosas o el cáncer y el consumo de drogas: (a) el consumo de drogas tiene un importante componente de elección individual; (b) el consumo de drogas está altamente influido por la forma en que una determinada sociedad lo entiende y cómo responde ante él. La aplicación de técnicas derivadas de la epidemiología no debe inducir a pensar que el consumo de drogas en sí mismo es una enfermedad. El concepto de epidemiología, tal y como se emplea aquí, es de mucha mayor envergadura que el de la epidemiología ortodoxa. Muchos de los métodos tratados más adelante han sido fuertemente influidos por conceptos y técnicas utilizados en ciencias sociales.

## *Incidencia y prevalencia*

La **INCIDENCIA** es el número de casos nuevos de un fenómeno (en este caso el consumo de una droga determinada) que surge en una población durante un período de tiempo determinado. Así pues, la incidencia es una medida de la tasa de cambio. La **PREVALENCIA** es el número total de casos activos presentes en una población durante un período de tiempo determinado ("prevalencia de período") o en un momento específico ("prevalencia de punto"). De esta forma, la prevalencia puede considerarse la medida de la magnitud global de un fenómeno.

Las medidas de incidencia y prevalencia, deben especificarse teniendo en cuenta las fuentes de las que proceden. De este modo, la prevalencia de tratamientos se refiere al número total de casos tratados durante un período de tiempo determinado. La incidencia anual de tratamientos hace referencia al número de casos que entran a tratamiento por primera vez durante un año determinado. En la mayoría de los casos, la prevalencia e incidencia reales deben ser calculadas y proyectadas a partir de una o, preferentemente, de varias medidas parciales. Esto constituye un importante objetivo de los métodos que se describen a continuación.

Las tasas de incidencia y prevalencia deben estar relacionadas con la población a la que hacen referencia. Es habitual dar las tasas en términos de 'X' casos



por cada 1.000 (a veces hasta 100.000) habitantes residentes de edad comprendida, por ejemplo, entre los 16 y 34 años.

Es importante distinguir entre el rápido incremento de la incidencia de nuevos casos (epidemia) y los elevados niveles de prevalencia que siguen a una epidemia. Hay evidencias de que muchos consumidores de drogas, incluyendo los heroínómanos, empiezan consumiéndola en compañía de otros individuos como ellos, que, a su vez, están en fase experimental en el consumo de drogas. Muy poca gente se inicia en la heroína por mezclarse con adictos crónicos, o por medio de traficantes incitadores (De Alarcón, 1969; Hunt, 1976). También existen evidencias para sugerir que —igual que los brotes epidémicos de una enfermedad, o las modas pasajeras— las llamadas "epidemias" de consumo de heroína son autolimitantes, y que el rápido aumento de la incidencia (consumidores nuevos) disminuye gradualmente tan pronto como la parte más susceptible de la población se ha convertido en consumidora. El punto en el que se alcanza la "saturación" depende de las circunstancias de la comunidad. En estudios locales sobre la adicción a la heroína, por ejemplo, el período de más rápido aumento varía entre uno y cinco años. Esto implica que una estrategia preventiva necesita identificar grupos de nuevos consumidores (y sus más probables sucesores) en las primeras fases del consumo. A menudo una epidemia se "descubre" cuando ya ha ocurrido. (Hughes, 1977).

### *Indicadores*

Valorar y monitorizar los problemas de drogas implica, a veces, la observación directa, el recuento o efectuar otro tipo de "medidas" de personas, conductas o sucesos. Por lo general, implica recoger e interpretar información sobre acontecimientos que se sabe —o se asume— que guardan una relación de cierta consistencia con el fenómeno en cuestión. Estas medidas indirectas se llaman indicadores. El índice obtenido a partir de los adictos notificados al Home Office (Home Office Index) ha sido considerado como un recuento exhaustivo, pero ahora es más apropiado considerarlo como un indicador que refleja sólo ciertas tendencias.

A veces se hace la distinción entre indicadores directos e indirectos. El Home Office Index se clasifica como indicador directo puesto que lo que hace es registrar directamente casos de adicción; mientras que la información sobre hepatitis se considera un indicador indirecto del consumo de drogas por vía parenteral. En este último caso, no se registra a los propios individuos que se inyectan, sino los casos de infección que se piensa están parcialmente relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral.

Un inconveniente general de los indicadores es que rara vez son algo más que un mero reflejo del fenómeno en cuestión. De hecho, reflejan también las prioridades y actividades de los servicios que recogen la información; así como el modo de registrarla. No hay nada que pueda hacerse para evitar el efecto de otros factores. De este modo, es importante considerar los indicadores con un escepticismo sano, especialmente cuando su relación con el consumo de drogas es

indirecto, y examinar qué otros factores podrían explicar mejor los cambios observados en los indicadores. Si todos ellos presentan las mismas tendencias, es menos probable que los cambios observados sean meros artificios.

### **2.1.2. Consideraciones metodológicas básicas**

#### *Técnicas metodológicas y estadísticas*

Es necesario comprender mínimamente los principios generales de las ciencias sociales o de métodos epidemiológicos. En caso de duda, búsquese asesoramiento o consúltese uno de los muchos libros de texto que existen sobre el tema (véase las referencias al final de este apartado).

#### *Fuentes de error*

Es importante el conocimiento de las diferentes formas en que los errores pueden introducir un grado sustancial de distorsión, y conducir a serias desfiguraciones de la naturaleza y alcance de los problemas locales de drogas. El error no es un factor totalmente negativo. Una atención escrupulosa a las fuentes y a la dirección del error puede decir mucho sobre la política y costumbres de las fuentes de donde procede la información. En las encuestas o sistemas de información rutinarios pueden darse errores por las siguientes razones:

- 1) Por no aplicar criterios epidemiológicos consistentes (véase apéndice 3).
- 2) Por la identificación incompleta e inexacta de casos. De este modo, la información sobre el consumo de drogas puede ser inferior a la real, bien sea por haber sido encubierta deliberadamente o por no haber sido identificada. Por el contrario, algunos individuos pueden ser identificados incorrectamente como consumidores de droga o como "adictos", dando lugar a una sobrenotificación.
- 3) Por no registrar y comunicar información. Esto puede ocurrir especialmente cuando los servicios tienen mucho trabajo o cuando se trata de sistemas de información rutinaria. La preocupación por la confidencialidad o las dudas acerca de los resultados de la investigación también pueden originar una transmisión insuficiente de información. Por otra parte, si el declarante tiene la posibilidad de beneficiarse informando de un mayor número de casos (cuando, por ejemplo, las subvenciones dependen de la demostración de la plena utilización de un servicio), se puede producir un exceso en el registro de casos.

Dichos errores pueden reducirse:

- 1) Discutiendo los objetivos e importancia de la valoración con los declarantes; prestando atención a sus preocupaciones; y logrando acuerdos en lo que a la confidencialidad se refiere.
- 2) Especificando los criterios en todos los cuestionarios y entregando una hoja de instrucciones a todos los declarantes.

3) Entregando un folleto con información básica sobre drogas.

4) Realizando controles periódicos de fiabilidad (por ejemplo, comparando una muestra de cuestionarios ya rellenados con información de los registros, historias clínicas, entrevistas, etc.).

5) Devolviendo los resultados obtenidos (feed back) a todos aquéllos que proporcionaron la información, y discutiendo con ellos hasta qué punto los resultados concuerdan con sus percepciones. Esta discusión resulta especialmente útil en la fase exploratoria de la valoración, ya que permite resolver ciertos malentendidos y determinados problemas.

El escaso o, por el contrario, excesivo registro de casos (sub o sobrenotificación) que se ponen en contacto con los diferentes servicios puede aumentar o disminuir las estimaciones, a menos que se aplique un factor de corrección, lo que normalmente requiere un estudio separado de fiabilidad. Si el error es aleatorio, la corrección ya es suficiente. Cuando cierto tipo de casos son más susceptibles de ser mal registrados que otros, que es lo más normal, aparece un sesgo que puede amenazar seriamente la validez de los hallazgos. La corrección de este sesgo implica el examen de los factores que pueden ser relevantes en lo que se refiere a la extensión y alcance de la distorsión resultante.

### **2.1.3. Formular una estrategia**

No existe una fórmula general, y, por tanto, lo que se expone a continuación no se ofrece como un modelo rígido, sino como un conjunto de principios orientativos. En una zona determinada, la elección de métodos y fuentes de información depende de lo siguiente:

1) Los objetivos y alcance de la valoración.

2) El tamaño del área y población objeto de valoración.

3) La posible extensión del consumo de drogas en la comunidad, y si es reciente o está establecido desde hace tiempo.

4) Qué servicios y fuentes de información existen, y si están dispuestos a cooperar, y hasta qué punto.

5) La exactitud y el grado de detalle que se pretende alcanzar.

6) Los recursos disponibles: dinero, tiempo, experiencia.

La estrategia debe ser considerada en dos etapas:

1) Un amplio barrido de la zona para poder obtener una idea del tipo de problemas que hay; ver qué clase de información hay disponible, e identificar las carencias más importantes. El apartado 2.2 de este libro y *Assessing Local Drug Problems: A Short Guide* (Hartnoll, R.L. y otros, 1985) proporcionan orientaciones

adicionales. Los objetivos primordiales de esta primera etapa son identificar lo siguiente:

- a) Temas que se van a cubrir.
- b) Zonas geográficas en las que debe centrarse la investigación.
- c) Métodos y fuentes de información apropiados.
- d) Organismos e individuos que están dispuestos, y son capaces, de participar en una investigación posterior.

2) Una valoración mayor y más minuciosa de los temas y las áreas identificadas en el primer paso. La estrategia concreta dependerá de las circunstancias locales, aunque, si es posible, debe intentar incluir los tres niveles siguientes:

- a) Estadísticas rutinarias e informes (véase 2.2 y 3.1.1.);
- b) Servicios y organizaciones comunitarias (véase 2.3., y el capítulo 3);
- c) Consumidores de drogas (véase 2.4., y 3.8.).

Los apartados del 2.5. al 2.8. proporcionan más sugerencias de cómo la información de los tres niveles anteriores puede utilizarse para valorar la naturaleza y alcance de la problemática del consumo de drogas en una comunidad. En el apartado 4.1. se proporcionan sugerencias más detalladas referentes a la elección de métodos y fuentes de información.

## Referencias

- DE ALARCÓN, R. (1969). The spread of heroin abuse in a community. UN Bull. Narcot., 21 (3), 17-22.
- HUNT, L.G. y CHAMBERS, C.D. (1976). The Heroin Epidemics: A study of heroin use in the United States, 1965-75. Spectrum publications, New York.
- HUGHES, P.H. (1977). Behind the Wall of Respect. University of Chicago Press, Chicago.

### *Libros de texto generales de epidemiología y metodología*

- ALDERSON, M. (1976). An introduction to Epidemiology. Macmillan, London.
- FARMER, R.D.T. y MILLER, D.L. (1983). Lecture Notes on Epidemiology and Community Medicine. 2nd. edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- MOSER, C.A. y KALTON, G. (1971). Survey Methods in Social Investigation. Heinemann Educational Books, London.
- OPPENHEIMER, A.N. (1968). Questionnaire Design and Attitude Measurement. Heinemann Educational Books, London (segunda edición).
- ARMITAGE, P. (1971). Statistical methods in Medical Research. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

- BULMER, M. (ed) (1984). *Sociological Research Methods*. 2nd. edition, Macmillan, London.
- CAREY, M. (1981). *Social Measurement and Social Indicators*. Allen & Unwin, London.
- WARWICK, D.P. y LININGER, C. (1975). *The Sample Survey: Theory and Practice*. McGraw-Hill, New York.
- ACKROYD, S. y HUGHES, J.A. (1981). *Data Collection in Context*. Longman, London.

### *Investigación epidemiológica del consumo de drogas*

- BALL, J.C. y CHAMBERS, D.C. (eds) (1970). *The Epidemiology of Opiate Adiction in the United States*. Charles C. Thomas, Springfield (EE.UU.).
- BENTLER, P.M., LETTIERI, D.J. y AUSTIN, G.A. (1977). *Data Analysis Strategies and Designs for Substance Abuse Research*. NIDA Research Issues 13, National Institute on Drug Abuse, Maryland, EE.UU.
- KANDEL, D.B. (ed) (1978). *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*. Halstead press, New York.
- RICHARDS, L.G. y BLEVENS, L.B. (1976). *Epidemiology of Drug Abuse: Current Issues*. NIDA Research Monograph 10, National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- RITTENHOUSE, J.D. (eds) (1976). *The Epidemiology of Heroin and Other Narcotics*. NIDA Research Monograph 16, National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- COOPERSTOCK, R. y PARNELL, P. (1982). Research on psychotropic drug use: a review of findings and methods. *Soc. Sc. Med.*, 16 (12), 1179-1196.
- GREENE, M.H. (1974). *Estimating the Prevalence of Heroin Use in a Community*. Special Action Monograph Series A, No. 4, Special Action Office for Drug Abuse Prevention, executive office of the president, Washington D.C., EE.UU.
- HUGHES, P.H. y CRAWFORD, G.A. (1972). A contagious disease model for researching and intervening in heroin epidemics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 27(3), 149-155.
- NEWMAYER, J.A. y JOHNSON, G.R. (1976). The Heroin Epidemic in San Francisco: estimates of incidence and prevalence. *Int. J. Addict.*, 11(3), 417-438.

## **2.2. Un breve esbozo**

La manera más económica y rápida de llevar a cabo una valoración es revisar la información existente y fácilmente asequible.

### *Estadísticas rutinarias*

Recoger todas las estadísticas rutinarias disponibles de los últimos cinco años como mínimo (preferiblemente más).

Las estadísticas que deberían considerarse como prioritarias son:

- Notificaciones de adictos.
- Muertes.
- Aprehensiones de drogas controladas realizadas por la policía.
- Detenciones por delitos de drogas realizadas por la policía.

*Otras estadísticas relevantes son:*

- Diagnósticos de pacientes hospitalizados.
- Hepatitis.
- Prescripciones de drogas controladas.

### *Contacto con los individuos y Servicios interesados*

Preguntarles qué información manejan ya, y si pueden hacer estimaciones subjetivas de las dimensiones y características de los problemas locales de drogas desde su punto de vista.

Las prioridades son:

- Centros de tratamiento.
- Servicios voluntarios.
- Servicios de atención a personas en libertad provisional y cuidados posteriores.
- La brigada antidroga.
- Jóvenes y trabajadores de la comunidad en conexión con los jóvenes.
- Algunos de los consumidores atendidos en servicios.
- Individuos que "se supone" que se relacionan con consumidores de drogas.

Entre otras prioridades, deberían incluirse todas las fuentes de información comprendidas en el capítulo 3 que sea posible consultar. A menudo existen acusadas diferencias entre distintas localidades acerca del interés y utilidad que demuestran determinados servicios. Los puntos de vista (y consejos) de unos pocos individuos clave pueden ser muy valiosos y dan una imagen más global, que está sujeta a las limitaciones que se tratan a continuación.

### *Características*

1) Las ventajas de las estadísticas rutinarias son que la información ya existe y que —en teoría— se puede comparar con la de otras zonas. Sus desventajas

son que solamente proporcionan una información limitada, tienden al subregistro y a menudo hay retrasos considerables hasta que se distribuyen. Tales estadísticas deben utilizarse como indicadores indirectos, no como medidas directas, y constituyen un punto de partida para una valoración más minuciosa.

2) Preguntar a la gente sobre sus impresiones y experiencias es importante en cualquier valoración, pero aisladamente es insuficiente. Para evaluar lo fiable, significativo y representativo de tales declaraciones, es necesario ir más allá de lo que los individuos y servicios dicen, y considerar sistemáticamente lo que ellos hacen, y a quiénes ven y no ven.

### *Comentarios*

Los problemas de drogas no son fáciles de valorar por medio de estadísticas rutinarias. Cuando los servicios especializados de la zona son pocos, y el nivel de conocimientos y de competencia son mínimos, no existe una forma rápida de establecer muchos. Incluso cuando hay servicios y buenos profesionales, una explicación superficial puede despistar fácilmente, ya que omite los problemas "ocultos". Un rápido esbozo puede proporcionar la base para un estudio más minucioso (véase también "Assessing Local Drug Problems: A Short Guide").

### **Referencias**

- Publicaciones de la "Standing Conference on Drug Abuse" (SCODA):
  - SCODA (1979) Drug Abuse in Hertfordshire.
  - SCODA (1982) Drug Abuse in Northampton.
  - SCODA (1982) Drug Abuse in Hillingdon.
  - SCODA (1983) Drug Misuse in the North East.
- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, R.G. y DAVIAUD, E. (1985). Assessing Local Drug Problems: a Short Guide. Drug Indicators Project, London.
- DHSS (1985). Drug Misuse: Prevalence and Service Provision. A report on Surveys and Plans in English National Health Service Regions. DHSS, London.

## **2.3. Encuestas de servicios**

Las encuestas pueden proporcionar una imagen más sistemática y minuciosa de cómo los servicios locales ven los problemas de drogas; que la obtenida a través de estadísticas rutinarias, o de conversaciones con las personas interesadas en el tema. Estas encuestas pueden utilizarse para obtener información referente a:

- (a) El número y características de los usuarios con problemas de drogas.
- (b) Las drogas implicadas y los principales problemas que presentan.

Las encuestas de los servicios también pueden ser útiles para investigar la atención ofertada a las personas con problemas de drogas, las dificultades que los usuarios con problemas de drogas plantean al personal o la actitud e impresiones del personal hacia sus propias necesidades, o hacia las deficiencias de provisión de servicios locales. Estas cuestiones, sin embargo, no se tratan en este manual.

Los servicios que deben ser cubiertos prioritariamente son:

- Centros de tratamiento.
- Médicos de cabecera.
- Oficiales de vigilancia de individuos en libertad provisional.
- Servicios voluntarios.
- Departamentos de urgencias).
- Forenses.
- Trabajadores sociales en relación con jóvenes.

Otros de posible utilidad:

- Enfermeros/as de visitas domiciliarias.
- Farmacias.
- Hospitales y servicios psiquiátricos.
- Comunidades terapéuticas.
- Servicios sociales.
- Servicios educativos (véase Estudios de población).
- Policía.
- Instituciones penales.

### *Técnicas de encuesta*

#### *Encuestas retrospectivas.*

A menos que los servicios pertinentes hayan recabado la información relevante y estén dispuestos a buscar en sus registros, estas encuestas retrospectivas son susceptibles de contener errores por omisión o fallos de memoria. No obstante, si intervienen muchos servicios (por ejemplo médicos de cabecera o trabajadores sociales para jóvenes), la distribución de un breve cuestionario (por correo y/ o por medio de vías ya existentes dentro de los servicios en cuestión) podría ser útil para identificar los servicios y zonas hacia las que se deberían dirigir los esfuerzos más intensos.

Los cuestionarios deberían limitarse a preguntar si los servicios son conscientes de los problemas de drogas, si se ocupan de ellos, cuántos usuarios con problemas de drogas pueden recordar haber visto en los últimos tres o seis meses, y si estarían dispuestos a participar en una encuesta más detallada. Sería



necesario enviar una notificación de recuerdo pasadas dos semanas, y quizá, a continuación, una llamada telefónica a aquéllos que no hayan respondido.

### *Revisión de registros.*

Éste puede ser el método más útil para obtener información retrospectiva de los usuarios con problemas de drogas vistos por los servicios en los últimos años. Sin embargo, en muchos servicios éste es un proceso lento, y la información sobre el consumo —actual y anterior— de drogas tiende a ser incompleta. La información sobre derivaciones de usuarios o sobre los que son atendidos brevemente, pero no admitidos a tratamiento, etc., es a menudo inadecuada.

### *Revisión de los usuarios actuales con el personal del servicio.*

Son preferibles a las encuestas por correo, ya que permiten examinar hasta qué punto están viendo (o han visto recientemente) usuarios con problemas de drogas. Este proceder es de gran relevancia en servicios en que el personal está agrupado en equipos o en consultas cuyo número de usuarios no es demasiado grande (por ejemplo, servicios sociales y para libertad provisional), pero no es útil en el caso de los médicos de cabecera.

Utilizando un formato estándar, se debe pedir a los profesionales que revisen entre sus actuales usuarios y que indiquen (anónimamente) los casos que ellos creen puedan estar relacionados con problemas de drogas. Por supuesto, este proceso se presta a hablar de las dificultades que los consumidores de drogas plantean al personal, y a preguntar sobre qué tipo de servicios locales consideran necesario que se provean.

### *Encuestas prospectivas.*

Ésta es la técnica ideal, en cuanto que nos permite planificar la recogida de información por adelantado y evitar los problemas que aparecen con métodos que dependen de la memoria o de la fiabilidad de registros previos. Sin embargo, las encuestas prospectivas simultáneas de diferentes servicios requieren planificación detallada y negociación previa. También es necesario mantener un contacto regular durante la recogida de información para asegurarse de que el índice de respuesta es elevado. En servicios con mucho trabajo, como los departamentos de urgencias, puede ser poco realista continuar una encuesta prospectiva durante más de un mes.

### *Características*

- 1) Es útil distinguir la información que se refiere a episodios notificados, de aquélla que se refiere a casos notificados.

- a) EPISODIOS. Se refieren a sucesos tales como sobredosis, derivaciones, admisiones, visitas o detenciones. Contar y describir tales eventos da una idea de la demanda de atención y de la naturaleza del trabajo de los distintos servicios. No refleja necesariamente el número de individuos implicados; cien sobredosis pueden suponer cien individuos o un número menor de consumidores de drogas, algunos de los cuales han presentado varias sobredosis.
  - b) CASOS. Se refieren al número de individuos diferentes atendidos en cada servicio. No refleja por sí mismo el trabajo realizado por los servicios, ya que el tratamiento repetido, o el intensivo, a unos pocos usuarios puede ocupar más tiempo y energía que una breve sesión de asesoramiento a muchos de ellos.
- 2) Las encuestas que buscan información sobre el número y características de los casos atendidos en servicios generalmente son anónimas. De este modo, es posible evitar que varios episodios en la misma persona se cuenten más de una vez dentro del mismo servicio, pero no entre diferentes servicios. La única forma de calcular el total de individuos atendidos por todos los servicios es realizar un estudio de localización de casos, lo que plantea determinadas cuestiones metodológicas y éticas (especialmente en cuanto a la confidencialidad se refiere), que serán consideradas más adelante (véase 2.5.1.).
  - 3) Es importante intentar incorporar un núcleo de cuestiones estándar y registrar detalladamente las zonas geográficas y períodos de tiempo a los que la información se refiere.
  - 4) Es importante obtener información básica sobre derivaciones y demandas, así como sobre los usuarios que entran en tratamiento.
  - 5) Si se puede disponer de la información de años anteriores, los nuevos contactos pueden ser muy útiles para indicar tendencias.

En el capítulo 3 se engloban determinados servicios. Los aspectos prácticos sobre la recogida de información por diferentes servicios se encuentran en el punto 4.3.

### *Comentarios*

El perfil de los problemas de drogas, obtenido a través de una serie de servicios locales, es un elemento importante en toda valoración. Sin embargo, los hallazgos están limitados por la medida en que los consumidores de drogas se ponen en contacto con los servicios, por la medida en que los servicios identifican las drogas que están implicadas y por la medida en que es posible obtener información fiable de ellos.

## Referencias

- Las referencias de métodos de encuesta se dan en el punto 2.1. Determinados servicios se tratan en apartados del capítulo 3.
- United Nations (1980). "Manual on Drug Abuse Assessment - Part One: Use of data which can be obtained from institutions and agencies", U.N. Division of Narcotic Drugs, Viena.
- ROOTMAN, I. y HUGHES, P.H. (1980). "Drug Abuse Reporting Systems", WHO Offset Publication N° 55, World Health Organisation, Ginebra.
- SMART, R.G. (1978). "The Methodology for Drug Use Surveys on Non-Student Youth", ARF Substudy N°. 981, Addiction Research Foundation, Toronto (Ontario, Canadá).

## 2.4. Métodos de trabajo de campo

El trabajo de campo, a los efectos de este manual, se refiere a métodos de investigación en los que la información se obtiene directamente, en contactos cara a cara, con los propios consumidores de drogas. De este modo, los estudios realizados a través del trabajo de campo proporcionan un valioso contrapeso a los métodos inspirados en las perspectivas de los servicios y, en algunos casos, pueden incluir consumidores de drogas que no han pasado por ningún servicio. Incluso cuando ya son conocidos es preferible entrevistar a los consumidores personalmente porque: (a) los servicios recogen la información para sus propias necesidades más que para propósitos de investigación, y (b) es posible que los consumidores oculten o distorsionen la información que proporcionan a los servicios, especialmente cuando el servicio influye en lo que suceda al consumidor (por ejemplo, mediante la prescripción de drogas, realizando detenciones o redactando un informe favorable). Los estudios deben realizarlos con preferencia trabajadores de campo independientes, y que sean vistos como independientes de las instituciones de tratamiento o control. El trabajo de campo puede configurarse de dos formas:

### 2.4.1. Encuestas de usuarios de drogas

Son aplicaciones concretas de las técnicas de encuesta convencionales cuyo empleo está muy extendido en diferentes áreas de la investigación social. Se seleccionan y entrevistan muestras de los grupos implicados. Las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o abiertas. En el campo de las drogas, ejemplos de este tipo son el estudio de adictos atendidos en centros de tratamiento de drogodependientes (Blumberg, 1974; Stimson, 1973) y de personas detenidas por delitos de drogas (Bean, 1971).

## *Características*

1) Los consumidores de drogas más accesibles son aquéllos que por propia voluntad acuden a los servicios pertinentes. Es adecuado hacerles preguntas sobre las circunstancias actuales, antecedentes, actividades, necesidades y actitudes del que se reconoce a sí mismo como consumidor problemático. Sin embargo, los resultados no pueden aplicarse a la amplia población oculta de consumidores de drogas. Es posible entrevistar a algunos de los individuos de esa amplia población (véase 3.8.), a pesar de que sin un trabajo de campo más extenso realizado en la comunidad (observación participante) será difícil valorar su representación real.

2) Una importante característica es que la interacción entre los investigadores y los sujetos se limita a lo que formalmente se llama "sesiones de entrevista". Además, con excepción de los estudios de seguimiento, cada sujeto suele ser entrevistado una sola vez. De este modo, no se obtiene una perspectiva especialmente rica de la estructura y dinámica de la subcultura de las drogas, ni tampoco del impacto de eventos del tipo de grandes incautaciones, o de las "historias naturales" de individuos y grupos.

3) Si no se pueden llevar a cabo entrevistas personales, se puede realizar una encuesta más limitada en la que se pida a los servicios que distribuyan un cuestionario anónimo para que lo completen los propios usuarios. Es importante hacer los preparativos convenientes para la recogida de los cuestionarios y asegurar a los usuarios que el personal no va a ver sus respuestas, y que por tanto no podrán ser identificados. Una posibilidad sería proporcionar sobres autoadhesivos para introducirlos en urnas cerradas con llave. Otra alternativa son los sobres franqueados con la dirección del destinatario.

## *Comentarios*

Éste es el enfoque más fácil del trabajo de campo. Si el tiempo disponible se limita a unos meses o a un cierto periodo a tiempo parcial, este enfoque es el único posible.

### **2.4.2. Observación participante**

La observación participante es un método en el que el observador recoge información estando presente en la vida cotidiana de los individuos sometidos a estudio. El propósito no es sólo recoger información sobre hechos, parte de la cual también puede obtenerse mediante encuestas, sino construir en un periodo de tiempo determinado un informe sobre la conducta de los participantes: cómo perciben el mundo que les rodea, las asunciones corrientes en las que basan sus acciones y el significado que atribuyen a tales acciones. "En poco tiempo, el investigador intenta obtener una visión desde dentro de dicho grupo social."

(Ackroyd y Hughes, 1981). El método ha sido utilizado por sociólogos y antropólogos para estudiar grupos “cerrados” y “marginales” tales como pandillas callejeras (Whyte, 1955), hospitales psiquiátricos (Goffman, 1968) y consumidores de drogas (Becker, 1963; Prebble, 1969; Weppner, 1977; Plant, 1975).

### *Características*

- 1) La observación participante puede ser dirigida, asumiendo abiertamente el papel de investigador; o bien indirectamente, ocultando el hecho de que se investigan problemas de drogas. Se recomienda firmemente NO utilizar el método “disimulado” para el estudio del consumo ilícito de drogas por cinco razones como mínimo.
  - a) Hay muchas posibilidades de despertar sospechas y ser descubierto. El resultado es la pérdida del contacto, no ser considerado de confianza y, quizás, incluso, podría haber riesgo de agresión física.
  - b) No es ético ganarse la confianza de los consumidores de drogas ilegales y luego hacer investigaciones bajo falsos pretextos.
  - c) La tensión de un trabajador de campo es considerable. Las tareas de investigación pueden verse fácilmente eclipsadas por la preocupación de no ser descubierto, lo que puede impedir participar durante algún tiempo en las actividades del grupo relacionadas con el consumo de drogas.
  - d) Hay cierto riesgo de que el trabajador de campo se “pase al otro bando”. Aparte de las razones obvias que no hacen esto deseable —especialmente cuando se estudian grupos del tipo de heroinómanos—, la total participación pone en peligro la distancia que hay que mantener, que es esencial si el investigador es también quien observa e interpreta la información que recoge.
  - e) No se pueden realizar entrevistas estructuradas, ni tampoco hacer preguntas que normalmente no se esperarían de un miembro del grupo.
- 2) La forma de observación participante que se recomienda es aquella en la que el trabajador de campo participa en un grupo solamente como observador. Eso quiere decir que el investigador deja bien claras las razones de su presencia allí, y busca que se le acepte como a una persona de confianza. Esto, sin embargo, depende en gran parte de las cualidades personales del trabajador de campo.
- 3) Gran parte de la información se recoge estando presente en el momento preciso, escuchando las conversaciones, observando la interacción y tomando nota de cómo se comporta la gente. A menudo se completa con entrevistas más estructuradas para obtener información sobre hechos, e

indagando más a fondo en los informes que los consumidores de drogas proporcionan referentes a su propia conducta y actitudes.

- 4) Muchos de los estudios que utilizan este método se han centrado en grupos pequeños o áreas geográficas limitadas. El problema que esto conlleva es la dificultad de establecer hasta qué punto los individuos contactados son típicos.

Una posibilidad es trasladarse al grupo más próximo por medio de un proceso conocido como "bola de nieve". No se trata de una forma de consumir una mezcla de drogas, sino una técnica para conseguir a través de individuos contactados inicialmente introducirse en una red más amplia de gente. Esta técnica no evita el dilema de si la muestra es representativa o no, pero al menos lanza las redes a más distancia.

- 5) La observación participante es un método seguro y fiable de dirigir una investigación, siempre y cuando se sigan ciertas pautas básicas, que se tratarán más adelante (véase 3.8.)
- 6) El proceso de hacer contactos, ser aceptado, esperar, observar, entrevistar y recoger información es lento (seis meses como mínimo, aunque es mejor emplear un año o más).

Los aspectos prácticos de dirigir trabajos de campo, conseguir el acceso a grupos de consumidores de drogas ilegales, recoger la información, seleccionar trabajadores de campo, etc. se tratan más adelante (véase 3.8.)

### *Comentarios*

La observación participante es valiosa para obtener una relación de primera mano que pueda situar los problemas de drogas en el contexto del consumo local de drogas. En ciertos casos, puede contribuir a estimar la prevalencia en áreas pequeñas, captar precozmente cambios en el consumo y suministro de drogas y señalar necesidades no cubiertas por los servicios existentes. También ofrece una interesante perspectiva del ambiente social del consumo de drogas y de las ocupaciones y percepciones de los implicados, lo cual puede ser útil para la educación y la prevención. Aunque los resultados no sean del todo representativos, el trabajo de campo puede ayudar a detectar cuál es la situación local respecto al uso de drogas.

### **Referencias**

- BLUMBERG, H.H., COHEN, S.D., DRONFIELD, B.E., MORDECAI, E.A., ROBERTS, J.C. y HAWKS, D. (1974). British opiate users: people approaching London drug treatment centres. *Int. J. Addict.*, 9, 1-23.
- STIMSON, G.V. (1973). *Heroin and Behaviour*. Irish University Press.

- BEAN, P. (1971). Social aspects of drug abuse: a criminological study of a group of London drug offenders. *J. Crim. Law, Criminol. and Police Sc.*, 62 (1), 80-86.
- WHYTE, W.F. (1943). *Street Corner Society*. Chicago, University of Chicago Press.
- GOFFMAN, E. (1968). *Asylums*. Penguin, Harmondsworth (U.K.).
- ACKROYD, S. y HUGHES, J.A. (1981). *Data Collection in Context*. Longman, London, capítulo 5, 98-128.
- BECKER, H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Free press, New York.
- WEPPNER, R.S. (ed) (1977). *Street Ethnography*. Sage Publications, 1977.
- PREBBLE, E. y CASEY, J.J. (1969). Taking care of business: the heroin user's life on the street. *Int. J. Addict.*, 4 (1), 1-24.
- PLANT, M.A. (1975). *Drug Takers in an English Town*. Tavistock, London.

*Libros sobre el trabajo de campo y la observación participante*

- FILSTEAD, W.J. (ed) (1970). *Qualitative Methodology*. Markham Press, Chicago.
- VIDICH, H.M. (1955). Participant observation and the collection and interpretation of data. *Am. J. Sociol.*, 60, 354- 360.
- ROCK, P. (1979). *The meaning of Symbolic Interactionism*. Macmillan, London.
- CALL, G.J. y SIMMONS, J.L. (eds) (1969). *Issues in Participant Observation: A Text and a Reader*. Addison-Wesley, Reading (Massachusetts, EE.UU.).
- BURGESS, R. (ed) (1982). *Field Research: A Sourcebook and field manual*. Allen & Unwin, London.
- BURGESS, R. (1984). *In the Field*. Allen & Unwin, London.
- BECKER, H.S. (1970). *Sociology Work: Method and Substance*. Aldine, Chicago.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1983). *Ethnography: Principles in Practice*. Tavistock, London.
- GOLD, R.L. (1958). Roles in sociological field observations. *Social Forces*, 36, 217-223.
- BULMER, M. (ed) (1984). *Social Research Ethics*. Macmillan, London.
- POLSKY, N. (1969). *Hustlers, Beats and Others*. Anchor Books, Garden City, New York.

*Estudios de campo sobre consumidores de drogas*

- PLANT, M.A. y REEVES, C.E. (1969). Participant observation as a method of collecting information about drug taking: conclusions from two English studies. *Brit. J. Addict.*, 71, 155-159.

- HUGHES, P.H. (1977). *Behind the Wall of Respect*. University of Chicago Press, Chicago.
- SUTTER, G.A. (1966). The world of the righteous dope fiend. *Issues in Criminol.*, 2(2), 177-222.
- KOSVINER, A., MITCHESON, M.C., MYERS, K. et al. (1968). Heroin use in a provincial town. *Lancet*, 1, 1189-1192.
- ZACUNE, J., MITCHESON, M. y MALONE, S. (1969). Heroin use in a provincial town: one year later. *Int. J. Addict.*, 4(4), 557-570.
- HITCHINS, L., MITCHESON, M.C., ZACUNE, J. y HAWKS, D. (1971). A two-year follow-up of a 'cohort of opiate users from a provincial town. *Brit. J. Addict.*, 66, 129-140.
- BECKER, H.S. (1953). Becoming a marijuana user. *Am. J. Sociol.*, 59, 235-242.
- FINESTONE, H. (1957). Cats, kicks & colour. *Social Problems*, 5, 3-13.
- MILLS, J. (1971). *The Panic in Needle Park*. Sphere Books, London.
- FELDMAN, H. (1973). Street status and drug users. *Society*, 32-38.
- BURR, A.M.R. (1983). The Picadilly drug scene. *Br. J. Addict.*, 178, 5-19.

## **2.5. Estimaciones directas de la prevalencia**

### **2.5.1. Enumeración de consumidores a partir de distintas fuentes de información (localización de casos)**

La enumeración consiste en el recuento del número de consumidores (de una categoría determinada) identificados en un área concreta, durante un período determinado. Este método ha sido aplicado con éxito en el Reino Unido y en otros países. Hay tres métodos principales, y a veces se utiliza una combinación de los tres.

#### *Recogida de casos registrados en estadísticas rutinarias*

Éste es el método más económico, y también el menos satisfactorio. Está expuesto a todos los defectos de las fuentes de las estadísticas rutinarias (véase 2.2 y 3.1.1.) Tampoco pueden conseguirse siempre nombres (lo que permitiría evitar el doble recuento), ni hay diferentes tipos de estadísticas rutinarias, recopiladas partiendo de la base de definiciones comparables, o límites geográficos similares.



### *Enumeración a partir de diferentes servicios*

Este método implica el listado de los consumidores relevantes, estén incluidos o no en estadísticas rutinarias, que sean conocidos en varios servicios dedicados a los usuarios de drogas. Entonces se confecciona un índice general. Este método es mucho más útil y fiable que las estadísticas rutinarias, y merece un esfuerzo adicional. Se ha aplicado en varias localidades del Reino Unido (De Alarcón y Rathod, 1968; Murphy y otros, 1970; Arroyave y otros, 1972; Bishop y otros, 1976; Gay y otros, 1982; Pattison y otros, 1982).

A pesar de que las enumeraciones de distintas fuentes —incluidos servicios no sanitarios— son más completas que las cifras que se conocen por medio de fuentes oficiales, éstas excluyen posiblemente una proporción considerable de consumidores desconocidos en todos los servicios. En cierta medida estos consumidores desconocidos pueden ser mejor identificados por medio de una enumeración en la comunidad.

### *Enumeración con base en la comunidad*

Implica seguir la pista e identificar, a menudo por medio de trabajadores de campo, a ciertos consumidores en la comunidad, incluyendo aquéllos que puede que no estén en contacto con servicios. El principio es similar al que se emplea en la búsqueda de contactos en el campo de las enfermedades transmitidas sexualmente. En el Reino Unido se han utilizado variaciones de este método (Spear, 1969; Kosviner y otros, 1968; Rathod, 1969; Plant, 1975).

El ejemplo más notable es el trabajo de Hughes en Chicago (1977). Un equipo de investigación de campo, incluidos ex-adictos con buena reputación dentro de la comunidad de consumidores de drogas, buscó y encontró adictos en localizaciones geográficas definidas. En un plazo de seis meses estaban bastante seguros de haber identificado a la mayor parte de los consumidores activos de heroína de las zonas estudiadas.

### *Características*

La exhaustividad, validez y fiabilidad de un estudio de localización de casos dependen de las fuentes a través de las cuales los casos son registrados. Algunos aspectos prácticos de la recopilación de información de distintos servicios se tratan en el capítulo 4. Idealmente, un buen estudio de localización de casos debería incluir las siguientes características:

- 1) Es esencial reducir al mínimo la recogida de los mismos casos de fuentes diferentes. El nombre es la forma más obvia de identificación, pero no siempre es posible (o deseable) disponer de él. Alternativamente, un pequeño conjunto de características como la edad (o preferentemente la fecha de nacimiento), el sexo, las iniciales, la calle o grupo de calles, puede utilizarse para identificar individuos.

Todo ejercicio de recogida de información procedente de diversos servicios que no elimine el doble recuento no está enumerando individuos. Es simplemente un modo conveniente y sistemático de recoger información sobre problemas de drogas, observados y notificados por diversos servicios. (En ciertos métodos, la duplicación entre servicios proporciona la base para estimaciones indirectas de la prevalencia.)

La información referente al grado de solapamiento de usuarios puede interesar a los servicios implicados, y puede ser valiosa para intentar coordinar los servicios locales.

2) Debe mantenerse una confidencialidad absoluta. Cada individuo debería recibir un código personal, pero anónimo; y toda la información sobre él debería ser referenciada sólo mediante dicho código. Las claves que relacionan nombres o características de identificación deben guardarse aparte y estar protegidas. Solamente investigadores autorizados deben tener acceso a dichas claves.

3) La localización de casos debería utilizarse solamente para fines estadísticos y de investigación, no para controlar a los consumidores.

4) Deben establecerse claramente los criterios de inclusión. Éstos comprenden:

- a) Definición de los distintos patrones de consumo de drogas (clases de drogas, frecuencia de consumo, y si son de uso médico o no).
- b) Clasificación de los usuarios por tipo de residencia (es decir, si son forasteros, transeúntes o residentes en la zona).
- c) Período de tiempo al que se refiere el consumo de drogas conocido.
- d) La cantidad de pruebas necesarias para catalogar a un individuo como un "caso" (distinguir entre categorías como "definitivo", "probable" y "posible" es una forma de tratar este problema, que, inevitablemente, surge en los estudios con fuentes diversas).

5) Un buen reconocimiento y registro de casos por servicios o trabajadores de campo aumenta la fiabilidad. En servicios generales con un gran volumen de trabajo esto puede presentar problemas.

6) Un método de notificación comparable y preferiblemente estándar es útil, aunque difícil de conseguir, dada la gran variedad de servicios.

7) Es deseable un alto grado de respuesta por parte de los servicios, en especial por parte de aquéllos con posibilidad de atender más casos. Podría ser útil volver a los servicios que no contestan, con el fin de valorar si atienden casos pero no los reconocen, o simplemente no informan de ellos.

8) Si se puede, es mejor volver a comprobar una muestra de casos notificados por cada servicio. Esto permite la comparación de las capacidades notificadoras y una mayor estandarización.

9) Es vital examinar los resultados en cuanto al “sesgo de muestreo” de los servicios implicados, y valorar qué categorías de casos podrían pasarse por alto.

10) Los estudios de localización de casos dirigidos a una enumeración exhaustiva se aplican más fácilmente en áreas pequeñas o situaciones donde hay relativamente pocos consumidores y no demasiados servicios.

Dos puntos adicionales han de ser considerados en cualquier método de enumeración que incluya la identificación de los consumidores de una comunidad por medio de los trabajadores de campo:

1) No se recomienda a los trabajadores de campo combinar la enumeración de casos en la comunidad con la localización de casos en servicios, especialmente en los que se suponen asociados a algún tipo de autoridad. Las sospechas por parte de los consumidores es probable que lleguen a minar la eficacia del trabajador.

2) El método, en gran parte, identifica consumidores de drogas ilegales, que dependen de sistemas de distribución ilegal, o consumidores que forman redes o subculturas identificables.

### *Comentarios*

La enumeración a partir de distintas fuentes de información es excelente para áreas limitadas y patrones de consumo bien definidos (por ejemplo, consumo diario de heroína o solventes). Resulta más difícil aplicarla en áreas grandes con patrones de consumo no tan bien definidos, especialmente cuando el consumo está muy extendido (como ocurre con sedantes y cannabis).

A pesar de que estos métodos son relativamente caros y lentos de aplicar exhaustivamente, pueden utilizarse versiones modificadas de los mismos, cuyo objetivo sea cubrir una sección razonablemente representativa de la comunidad, más que una enumeración total, reduciendo de este modo los recursos necesarios. Es importante tener bien claro qué áreas no están cubiertas, y ser explícito al respecto. Un registro parcial puede ser de gran utilidad para valorar el grado de solapamiento entre una serie de servicios.

Los métodos de enumeración son muy útiles para valorar si determinados indicadores reflejan el consumo local de drogas, y de qué modo lo hacen. Algunos de los métodos que se describen más adelante aumentan su utilidad si se contrastan con un estudio exhaustivo de localización de casos.

### **2.5.2. Encuestas poblacionales**

Las encuestas de población general se realizan sobre muestras seleccionadas aleatoriamente entre la totalidad de la población. Sin embargo, el consumo de ciertos tipos de drogas a menudo se concentra en determinados sectores de la

comunidad. Los métodos de encuesta pueden ser más eficientes si se aplican a una "población objetivo" más vulnerable (por ejemplo, a estudiantes de bachillerato o universitarios). Los reclutas, pacientes de medicina general y candidatos a empleados de algunas organizaciones de gran tamaño también han sido el objeto de encuestas poblacionales específicas. La política local sobre cómo dirigir una encuesta entre tales grupos puede suponer un problema mayor que cualquiera de las cuestiones metodológicas.

## *Características*

### *Encuestas de población general*

1) Las muestras de población obtenidas al azar a menudo provienen de los censos electorales, censos de viviendas, etc. Es muy posible que estas listas no contengan grupos que pueden ser de especial interés (como individuos sin casa, o transeúntes, personas que viven en casas ocupadas ilegalmente o internados en instituciones diversas).

2) Ciertas formas de consumo de drogas, como el consumo por vía parenteral, son relativamente raras en la población general. Por tanto, se requieren grandes muestras de población (del orden de miles más que de cientos) para poder valorar con exactitud el alcance de dicho consumo.

3) Los individuos implicados con frecuencia en actividades ilegales, es más probable que oculten el consumo de drogas, por lo que suele producirse subestimación.

4) La proporción de respuestas en encuestas por correo es muy baja. Toda encuesta significativa de la población general resulta cara por la necesidad de entrevistas personales llevadas a cabo por entrevistadores perceptivos y bien formados.

5) Los métodos de encuesta en la población general son más relevantes para estudiar conductas de consumo corriente que no son consideradas tan marginales, como sucede con el alcohol, tabaco, cánnabis, tranquilizantes y analgésicos menores.

6) Para que sean más útiles, las encuestas deben repetirse preferiblemente cada año, utilizando siempre procedimientos, definiciones y medidas estandarizadas.

### *Encuestas sobre poblaciones delimitadas (especialmente encuestas escolares)*

1) La ventaja de tales encuestas, especialmente de las escolares, es que se trabaja con una población "cautiva" organizada en unidades claramente definidas. Esto hace posible administrar gran cantidad de cuestionarios mediante un proceso estándar (utilizando personal especialmente entrenado), lo que permite reducir

los costes considerablemente, en comparación con las encuestas de población general. Y, además, suele darse una alta tasa de respuesta.

2) Los resultados sólo son válidos para la población de donde proviene la muestra. Si se está interesado en el consumo de drogas entre los escolares, quizá fuera posible generalizar, pero sólo para grupos de la misma edad en circunstancias comparables. Evidentemente, tal información puede ser de considerable interés.

3) A pesar de que la población está "cautiva" (en clases), se pierden los niños que faltan a clase cuando se realiza la encuesta, por lo que puede estar subrepresentado un subgrupo de especial interés. Así pues, es importante obtener más detalles de al menos una muestra de los no asistentes, para comprobar si el consumo de drogas de éstos difiere del de los asistentes a clase.

4) Como ocurre con toda conducta marginal, la veracidad de los resultados de las encuestas es un gran problema. Es posible incorporar controles parciales de las posibles fuentes de error, incluyendo pruebas de consistencia interna, o verificaciones, sirviéndose de preguntas sobre el consumo de drogas de los amigos de los entrevistados.

5) Las encuestas de una muestra de escolares, sobre todo si la muestra se saca de una variedad de escuelas en diferentes áreas, posibilitan un seguimiento longitudinal de una cohorte de consumidores y otra de no consumidores. Tal seguimiento puede que sea más caro, pero potencialmente puede proporcionar abundante información sobre consecuencias a largo plazo de la experimentación y consumo de drogas en la escuela, de la importancia del inicio del consumo de drogas durante un determinado período de tiempo y de los factores implicados.

### *Comentarios*

Una cuidadosa atención al seleccionar las muestras y la posible corrección de los errores de muestreo y de las respuestas, puede mejorar la fiabilidad y la validez de los métodos de encuesta. A pesar de ser relativamente caro, una encuesta de población general es la única alternativa (aparte del trabajo de campo) para llevar a los consumidores de la población general que no contactan con los servicios oficiales de atención.

A pesar de los problemas inherentes a los métodos de encuesta, hay preguntas cuya respuesta puede ayudar más satisfactoriamente que cualquier otro método. Esto es particularmente cierto cuando se plantean cuestiones sobre el consumo de drogas más común y a veces intermitente, especialmente entre escolares.

## Referencias

- DE ALARCÓN, R. y RATHOD, N.H. (1968). Prevalence and early detection of heroin abuse. *Br. Med. J.*, 1 June, 549-553.
- DE ALARCÓN, R. (1972). An epidemiological evaluation of a public health measure aimed at reducing the availability of methylamphetamine. *Psychol. Med.*, 2, 293-300.
- BISHOP, B.P., CAVE, G.H., GAY, M. et al. (1976). A city looks at its problem of drug abuse by injection. *Br. J. Psychiat.*, 129, 465-471.
- GAY, M., MELLOR, R. y STANLEY, S. (1982). Drug abuse monitoring: A survey of solvent abuse in the country of Avon. *Human Toxicol.*, 1(3), 257-263.
- MURPHY, F.W., BRADY, J. y PAUL, S. (1970). Drug abuse in a London suburb. *Med. Officer*, 123(17), 221-223.
- ARROYAVE, F., LITTLE, D. y LETEMENDIA, F. (1972). Misuse of heroin and methadone in the City of Oxford. *Br. J. of Psychiat.*, 120(558), 505-506.
- PATTISON, C.J., BARNES, E.A. y THORLEY, A. (1982). South Tyneside Drug Prevalence and Indicators Study. Centre for Alcohol and Drug Studies, Newcastle upon Tyne, U.K.
- KOSVINER, A., MITCHESON, M.C., OGBORNE, A. et al. (1968). Heroin use in a provincial town. *The Lancet*, 1 June, 1189-1192.
- RATHOD, N.H. (1969). The spread of heroin abuse in a community. *UN Bull. Narcotics*, 21(3), 17-22.
- PLANT, M.A. (1976). *Drug Takers in an English Town*. Tavistock, London.
- SPEAR, H.B. (1969). The growth of heroin addiction in the United Kingdom. *Br. J. Addict.*, 64, 245-255.
- HUGHES, P.H. (1975). *Behind the Wall of Respect*. University of Chicago Press, Chicago.

### *Otras referencias sobre la enumeración a partir de diferentes fuentes*

- TERRY, C.E. y PELLENS, M. (1928). *The Opium Problem*. Bureau of Social Hygiene, New York.
- GREENE, M.H. (1974). Estimating the Prevalence of Heroin Use in a Community. Special action monograph series A, No. 4, Special Action Office for Drug Abuse Prevention, executive office of the president, Washington D.C., EE.UU.
- MEDINA MORA, M.E. et al. (1980). A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican community. *UN Bull. Narcotics*, 32 (2), 17-26.

### *Encuestas poblacionales*

(Véase también las referencias 2.1. (Pág. 21) para libros de texto sobre métodos de estudio.)

- United Nations (1980). Manual on Drug Abuse Assessment - Part 2: Use of population surveys. United Nations Division of Narcotic Drugs, Vienna.
- JOHNSTON, L.D. (1980). Review of General Population Surveys of Drug Abuse. WHO Offset Publication No. 52, World Health Organisation, Ginebra.
- MOTT, J. (1976). The epidemiology of self-reported drug misuse in the United Kingdom. UN Bull. Narcotics, 28(1), 43-54.
- STIMSON, G. (1981). Epidemiological research on drug use in general Populations. In: G. Edwards y C. Busch (eds), Drug Problems in Britain: A Review of Ten Years, Academic Press, London, 51-75.
- Institute for the Study of Drug Dependence (1984). Surveys and Statistics on Drug-taking in Britain. IDSS Library and Information Service, London.
- MILLER, J.D. et al. (1983). National Survey on Drug Abuse: Main Findings 1982. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- JOHNSTON, L.D., O'MALLEY, P.M. y BACHMAN, J.G. (1984). Drugs and American High School Students: 1975-83. National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- SMART, R. et al. (1980). A Methodology for Student Drug-Use Surveys. WHO Offset Publication No. 50, World Health Organisation, Ginebra.
- CRUTCHLEY, J., SOUTH, N. y YOUNG, J. (1979). Student Culture: 1968-78. Middlesex Polytechnic, London.
- WIENER, R.S.P. (1970). Drugs and Schoolchildren. Longman, London.
- HINDMARCH, I. (1972). The patterns of drug abuse among school children. UN Bull. Narcotics, 24(3), 23-26.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (1977). Drug Misuse among Children of School Age. Working Group on the Prevention of Drug Misuse, Dept. Education and Science, London.

## **2.6. Estimaciones indirectas de la prevalencia**

### **2.6.1. Técnicas multiplicativas**

*Extrapolación a partir del número de muertes relacionadas con las drogas*

El doctor Michael Bader examinó en el registro de la ciudad de Nueva York el número de adictos que moría cada año, y calculó que la tasa de mortalidad por año era de cinco por cada mil adictos activos, utilizando ese índice y el número de adictos muertos en Nueva York pudo estimar la prevalencia de adictos en dicha ciudad. La asunción fue que, por cada cinco adictos que morían al año, había

otros mil adictos activos entre la población. Ésta es una aplicación de lo que a veces se denomina "fórmula multiplicativa" (Dupont and Piemme, 1973; Greene, 1974).

Estudios realizados en el Reino Unido sugieren que la tasa de mortalidad por año varía entre el uno y dos por ciento de los adictos a opiáceos; probablemente las tasas sean más altas en grupos especialmente "afectados" de consumidores por vía parenteral de diversas drogas, e inferiores entre consumidores más normales (Bewley, 1968; Wiepert, 1978; Thorley, 1981; Stimson y Oppenheimer, 1982; Ghodse, 1985). El número de consumidores regulares de opiáceos en las diferentes áreas de Londres se ha calculado multiplicando el número de muertes anuales en esa zona por 50 ó 100 (asumiendo las tasas de mortalidad del dos o el uno por ciento, respectivamente), dando unos límites —superior e inferior— razonables (Hartnoll y otros, 1985).

### *Características*

1) Es importante que las muertes de consumidores regulares de opiáceos sean identificadas de forma fiable en las estadísticas de mortalidad. Todas las muertes de individuos entre 15 y 44 años de edad deben revisarse con cuidado no limitándose a las muertes por sobredosis únicamente. Si no se identifican todos los casos relevantes, se llegará a una estimación de la prevalencia por debajo de lo real. Inversamente, si se incluyen casos de consumidores no regulares, se llegará a una estimación demasiado alta.

2) Es necesario examinar la base de donde proviene la tasa de mortalidad aceptada. El margen del uno al dos por ciento mencionado antes se deriva en gran parte de estudios de adictos atendidos en hospitales o centros de tratamiento ambulatorio. Estas tasas de mortalidad pueden diferir de las de adictos desconocidos.

3) Hay quienes sugieren que la tasa de mortalidad de consumidores regulares de opiáceos ha ido bajando en los últimos años (Ghodse, 1985). Si esto es cierto, es posible que este método subestime la prevalencia.

4) El método da por supuesto que existe una relación directa entre el número de muertes relacionadas con las drogas y la prevalencia. Sin embargo, hay otros factores que pueden afectar las tasas de mortalidad, incluyendo las variaciones en pureza de la droga, la disponibilidad de otras drogas (como barbitúricos) y las características y conducta de los consumidores.

Un ejemplo típico sería el de la heroína fumada o esnifada, que se asocia a un menor riesgo de sobredosis. Si es así, el método subestima la prevalencia. También es posible que las tasas de mortalidad varíen cuando aumenta rápidamente el número de nuevos consumidores en comparación con períodos de prevalencia relativamente estable.



5) Las aplicaciones toscas de este método no tienen en cuenta si los adictos son activos todo el año o sólo parte de éste; ni como varía la probabilidad de muerte en las diferentes etapas de su "carrera de consumidores", si bien hay ciertas evidencias de que la posibilidad de muerte es relativamente independiente del número de años de consumo.

### *Otras Técnicas Multiplicativas*

A veces, puede ser posible utilizar otros eventos tales como las notificaciones de adictos al Home Office, siempre y cuando sea posible estimar el grado local de subregistro. Las investigaciones llevadas a cabo en Camden e Islington (Hartnoll, 1985) llegaron a la conclusión de que, en 1983, el número de adictos conocidos por el Home Office que recibieron durante el año drogas notificables representaba una quinta parte del valor real de la prevalencia total de dependientes de opiáceos. Un estudio de localización de casos realizado en South Tyneside dio un resultado similar (Pattison, 1982); mientras que un estudio en Glasgow sugirió una proporción del 1:10 (Ditton, 1981). Investigaciones anteriores en varias ciudades y evidencias de prisiones, departamentos de urgencias, médicos de cabecera y hospitales confirman que las notificaciones representan una minoría de la población total dependiente de opiáceos (De Alarcón, 1968; Smart, 1974; Arroyave, 1972; Bishop, 1976; Ghodse, 1978; Home Office, 1980; Strang, 1985).

El grado de subnotificación es muy probable que varíe de una zona a otra, y no sería lógico pensar que se puede aplicar un múltiplo universal a las diferentes zonas. Sin embargo, los autores creen que si se multiplican las notificaciones por cuatro o cinco en la mayoría de las zonas, es difícil que resulte una sobreestimación notable. Deben añadirse cuatro puntos complementarios:

1) Se encontró subnotificación en áreas con centros de tratamiento especializados. El autor opina que en áreas sin instalaciones especializadas el número de notificaciones representa una proporción incluso menor de la población local de adictos.

2) Es menos probable que los nuevos consumidores (especialmente los más jóvenes) sean identificados por los servicios médicos convencionales. En zonas donde la adicción ha aparecido recientemente, las notificaciones subestiman el número de implicados en mayor medida que en áreas donde la adicción lleva más tiempo establecida.

3) El número de adictos notificados al Home Office no corresponde al número de adictos conocidos o tratados en hospitales y por médicos de cabecera locales. Se considera vital mantener esta distinción, siempre que se utilicen notificaciones o datos de tratamiento.

4) Es importante tener claro qué cifras de notificaciones son las que interesan. Las estadísticas del Home Office ofrecen dos valores separados para: (a) el número de adictos conocidos que a principio de año estaban recibiendo legalmente drogas de declaración (es decir "prevalencia de punto"); y (b) el número de

adictos notificados en los doce meses siguientes. El número notificado durante ese año, sumado al número de aquéllos que reciben legalmente drogas de declaración al comienzo del año, da una medida de prevalencia de período de doce meses (notificada), que a veces es referida como “el número total de adictos registrados por el Home Office a lo largo de un año”. Al comparar estimaciones de la prevalencia “real” es fundamental tomar períodos de tiempo equiparables.

### *Comentarios*

A pesar de las posibles fuentes de error que existen, la técnica de la fórmula multiplicativa ha producido unas estimaciones de la prevalencia similares a otras técnicas. Es relativamente barato y rápido llevar a cabo una estimación aproximada. Puede ser bastante útil combinada con otras fuentes de información, especialmente si se tienen en cuenta las consideraciones metodológicas mencionadas previamente.

#### **2.6.2. Captura-recaptura**

La técnica de “captura-recaptura”, o indicador de dilución, es una aplicación específica de un método de estadística general (Greenwood, 1974; Greene, 1974; Ardima, 1973; Mant, 1979; Hartnoll, 1985). El método surgió del esfuerzo por determinar el número de peces en un lago o de animales en un bosque, y puede explicarse de la siguiente manera:

Un lago contiene un número desconocido de peces representado por “N”. Una muestra de éstos es capturada, etiquetada y después devuelta al lago. A esta muestra inicial se la denomina “n<sub>1</sub>”. Posteriormente, se captura otra muestra (n<sub>2</sub>) de peces. De entre los peces de esta segunda muestra, un número (x) corresponden a peces etiquetados en la primera muestra. Suponiendo que las dos muestras son independientes entre sí, y que cada muestra es una selección al azar de todos los peces del lago, la proporción de peces etiquetados capturados en la segunda muestra (x/n<sub>2</sub>) debe ser igual a la razón que existe entre los peces capturados en la primera muestra y la de todos los del lago (n<sub>1</sub>/N). De este modo,

$$\frac{x}{n_2} = \frac{n_1}{N} \quad [1]$$

Puesto que x, n<sub>1</sub> y n<sub>2</sub> se conocen, se puede calcular N.

$$N = \frac{n_1 n_2}{x} \quad [2]$$

El mismo principio se ha aplicado para calcular el número total de consumidores de heroína (N). El número de consumidores identificado por una fuente durante un determinado período de tiempo se considera como la primera muestra

( $n_1$ ). El número identificado por otra fuente totalmente independiente como la segunda muestra ( $n_2$ ). El número de individuos comunes a ambas muestras se considera  $x$ . A partir de estos datos se puede calcular  $N$  utilizando la ecuación 2. Ciertas aplicaciones toman la primera muestra durante un período ( $t_1$ ) anterior a la segunda ( $t_2$ ). Esto, sin embargo, no es necesario. Mientras se tomen ciertas precauciones (véase a continuación), a menudo, es más conveniente tomar ambas muestras en el mismo período de tiempo.

Algunos ejemplos de fuentes de información que han proporcionado las dos muestras se consignan en la tabla 1. Dependiendo de la disponibilidad de información en una localidad dada, pueden utilizarse distintos pares de fuentes de información.

TABLA 1

— Nombres de los consumidores tratados durante $t_1$	— Nombres de los consumidores detenidos durante $t_1$ (o $t_2$ )
— Nombres de los consumidores tratados durante $t_1$	— Nombres de los consumidores identificados por el Juzgado de Primera Instancia durante $t_2$
— Nombres de los consumidores detenidos durante $t_1$	— Nombres de los consumidores tratados durante $t_1$ (o $t_2$ )
— Nombres de los consumidores detenidos durante $t_1$	— Nombres de los consumidores identificados por el Juzgado de Primera Instancia durante $t_2$
— Nombres de los consumidores tratados por hepatitis durante $t_1$	— Nombres de los consumidores tratados durante $t_1$ (o $t_2$ )

Cualquier lista fiable de casos definidos puede sustituirse en la tabla anterior. Otro ejemplo podrían ser los individuos tratados en hospitales locales por sobredosis no mortal de heroína, los que han sido observados por médicos de cabecera por problemas relacionados con heroína, o los casos notificados por un periódico local. Si hay disponibles estimaciones locales de incidencia, tasas de mortalidad, tasas de abstinencia espontánea, etc., pueden añadirse a la ecuación para corregir cambios en la población total de consumidores ( $N$ ) durante el período de estudio. Para esto es aconsejable solicitar asesoramiento profesional estadístico y epidemiológico.

## Características

1) Ambas muestras deben ser independientes entre sí. La mayoría de las tentativas de aplicar esta técnica a la adicción a la heroína han tomado la información de registros de tratamientos, detenciones o muertes, o han combinado dos de estas fuentes. Es muy difícil que un consumidor identificado por primera vez en un programa de tratamiento sea contactado aleatoriamente por segunda vez por las autoridades a cargo del tratamiento. Por tanto, puede ser un error asumir que no existe ninguna relación entre las dos muestras. Análogamente, es posible que un consumidor identificado por el sistema de justicia penal tenga más probabilidad de morir de una sobredosis de heroína que alguien que no ha sido identificado por este sistema. Debe hacerse todo lo posible por asegurar que ambas muestras sean lo más independientes posibles entre sí, evitando las técnicas de muestreo, donde un individuo sólo puede ser parte de  $n_2$  en virtud de si se encuentra en  $n_1$ .

2) Cada grupo se supone que es una muestra aleatoria representativa del número total de consumidores. Es probable que éste no sea el caso, pues los consumidores observados no son representativos de los que nunca han sido tratados o detenidos. Entrevistas con consumidores "desconocidos" (a través del trabajo de campo) pueden aportar ciertas evidencias, si bien una solución totalmente satisfactoria a esta cuestión es casi imposible.

3) El número total de consumidores ( $N$ ) debería mantenerse constante durante el/los período/s de tiempo. Durante un período dado, algunos consumidores desaparecen de la población total de consumidores por fallecimiento, abstinencia espontánea, tratamiento, encarcelamiento durante un largo período o por traslado a otra zona. Simultáneamente, aparecen nuevos consumidores con una rapidez determinada por la incidencia del consumo de drogas. En teoría, deberían intentarse corregir los cambios producidos por las variaciones de la población total de consumidores ( $N$ ). En la práctica, dada la falta de información necesaria para hacer estas correcciones, se asume que  $N$  es constante durante los dos períodos de muestreo. Un estudio llevado a cabo en los EE.UU. utilizó un factor de corrección en la prevalencia de un período y observó que sólo existía una diferencia de un tres por ciento en la estimación final (Greenwood, 1974). Pero estas conclusiones necesitan una investigación más profunda.

El problema puede reducirse si las muestras se toman durante el mismo período de tiempo. Sin embargo, debe tenerse cuidado para asegurar que la inclusión de un individuo en una muestra no afecte a la probabilidad de encontrarlo en la otra —véase (2)—. Por ejemplo, si se toman muestras en un centro de tratamiento de drogodependencias y en un Juzgado de Primera Instancia durante el mismo año, por término medio la muestra del Juzgado habrá estado abierta o activa solamente durante seis meses del año en cuestión. La probabilidad de que esos casos estén en la muestra de la clínica, por tanto, se reduce, y el cálculo resultante será demasiado bajo.

4) La situación más sencilla es cuando se toman ambas muestras para el mismo período de tiempo (en el mismo año). No obstante, los períodos de tiempo

no tienen por qué ser de la misma duración. Pero entonces se deben hacer correcciones, por ejemplo, si  $t_2$  dura la mitad de  $t_1$ , la probabilidad de que casos de  $n_1$  se repitan en  $n_2$  es la mitad de lo que se espera en períodos de tiempo idénticos. Así pues, en este caso es necesario duplicar el solapamiento ( $x$ ).

5) La precisión de los resultados que se obtienen con esta técnica aumenta a medida que el número de consumidores previamente "etiquetados" encontrados en la segunda muestra se acerca al número total de consumidores identificados en la primera (o sea, a medida que  $x$  se acerca a  $n_1$ ). Para que esta posibilidad aumente, es preferible que  $t_1$  y  $t_2$  no sean muy breves (generalmente seis o doce meses es lo ideal). Si se precisa una prevalencia anual,  $t_2$  debe durar un año.

6) Debe decidirse si se añaden a  $N$  los consumidores que están en tratamiento durante el período de estudio, puesto que son consumidores conocidos.

7) Cuando se utiliza una técnica que se basa en el uso de nombres de individuos tomados de una población con un alto nivel de actividad delictiva, debe tenerse en cuenta el problema de los apodos. Si no se tienen en cuenta, el tamaño de la población total de consumidores se sobreestima, porque se cuenta a un mismo individuo más de una vez.

### *Extrapolaciones de encuestas de distintos servicios*

La aplicación del método de captura-recaptura implica la identificación del solapamiento ( $x$ ) entre los usuarios de las dos muestras. No obstante, no siempre es posible obtener los nombres u otros distintivos personales. Una forma de superar este problema es hacer una estimación del solapamiento ( $xe$ ) entre las dos muestras. Si se conoce el número total de casos (de heroínómanos por ejemplo) vistos por cada servicio, se puede hacer una estimación de la prevalencia total mediante una variación de la fórmula de captura-recaptura. De este modo,

$$\text{Prevalencia total} = \frac{n_1 n_2}{xe} \quad [3]$$

Para estimar la magnitud del solapamiento entre dos servicios, será necesario llevar a cabo una encuesta o revisión de registros de casos que puede proporcionar la siguiente información:

- 1) El número total de individuos vistos por el servicio, los cuales deberán cumplir las siguientes condiciones:
  - (a) Encajar en la definición especificada de caso.
  - (b) Proceder del área geográfica especificada.
  - (c) Haber sido atendidos en el servicio durante el período de tiempo especificado.

- 2) El número de los que se sabe que han acudido al otro servicio dentro del período de tiempo determinado lo que proporciona una estimación del grado de solapamiento.

Este sistema es menos fiable, ya que las estimaciones del solapamiento introducen un nivel adicional de incertidumbre. Sin embargo, a modo orientativo, es mejor que nada.

### *Comentarios*

La ventaja de este método es que puede aplicarse a una variedad de diferentes combinaciones de fuentes de información, lo que produce varias estimaciones basadas en diferentes errores específicos. En general, es evidente que el método de captura-recaptura está plagado de una serie de problemas, a pesar de que, teóricamente, es una buena solución para estimar el tamaño de un sector invisible de consumidores de drogas dentro de la población. Por tanto, a los resultados obtenidos por medio de esta aplicación sólo se les puede calificar de estimaciones imperfectas. Ello no sugiere que se abandone el método.

### **2.6.3. Técnicas de nominación**

#### *— Técnica de nominación propiamente dicha*

Esta técnica implica pedir a los consumidores que piensen en todos o, mejor dicho, en un número determinado de amigos suyos adictos a opiáceos y residentes en el área de estudio. No se les pregunta sus nombres, sino tan sólo se les pide que indiquen cuántos de ellos asisten (o han asistido durante el pasado año o mes) a una clínica local por problemas de drogas, o a otros centros de tratamiento. También se les puede pedir otro tipo de información (sobre el sexo, edad, ocupación, período de consumo, principales drogas consumidas, etc.). Las respuestas pueden analizarse para obtener un perfil de los que acuden a centros de tratamiento, y compararlo con el de los que no lo hacen; o pueden utilizarse para proporcionar estimaciones de la dimensión de la población consumidora que no acude a dichos centros.

Varios estudios han aplicado con éxito técnicas de nominación o ingeniosas variaciones de éstas. En el Reino Unido, Blumberg y otros (1976) han descrito un análisis relativamente sofisticado con información facilitada por los consumidores de opiáceos que acuden a los centros de tratamiento de drogas de Londres. En San Francisco, Newmeyer y Johnson (1976) han utilizado otra versión basada en entrevistas con heroinómanos que no están en tratamiento y han sido contactados por trabajadores de campo (véase también Greene, 1974; Hartnoll, 1985).

Para estimar la proporción de la población "oculta", las contestaciones de cada remitente se expresan en porcentajes (por ejemplo, el 30% de los amigos que

consumen opiáceos regularmente asisten a centros de tratamiento, el 80% son mayores de 25 años). Después estos porcentajes son promediados para la muestra total. La cifra resultante (por ejemplo, que el 25% de los amigos consumidores regulares de opiáceos acuden a centros de tratamiento) puede utilizarse para extrapolar, a partir del número de los que acuden a centros de tratamiento, la cifra aproximada de los que no lo hacen. A este método no le afecta el hecho de que los diferentes consumidores entrevistados puedan nombrar a los mismos individuos.

— *Análisis de la red por "triangulación".*

Al igual que en la técnica anterior, a los individuos se les pide que describan a otros consumidores por medio de una lista estándar de preguntas de esos consumidores y que señalen además algunas características destacadas. Los detalles de cada uno de los individuos nominados se almacenan de modo que puedan recuperarse mediante una de las características estándar o una combinación de éstas de modo similar a los sistemas de palabras clave. A medida que más consumidores son entrevistados, los consumidores nominados se comparan con aquéllos ya registrados. Una vez que un individuo ha sido nominado por dos o preferiblemente más consumidores, se obtiene confirmación de su existencia y características. (En la práctica, hay casos cuya existencia es incierta y que más adelante pueden ser confirmados a medida que se va formando una imagen de la red global.) Cuando son nominados consumidores que han sido ya entrevistados (como se puede esperar que suceda cuando se usan los métodos de bola de nieve) se tiene la oportunidad de comparar la información proporcionada.

Así, esta técnica implica fijar las posiciones de los individuos en una red por medio de las alusiones de al menos otros dos individuos. La confidencialidad se mantiene, ya que no es necesario registrar ni saber los nombres o direcciones. Al principio, las coincidencias (matching) son en cierto modo fortuitas, pero a medida que más individuos van siendo entrevistados, la red se va definiendo más claramente.

Entre las variaciones, se puede incluir la nominación de traficantes (no por el nombre) para hacerse una idea de la red de distribución. Esto es muy útil, ya que los consumidores de drogas ilegales están en relación con esas redes en ciertos momentos.

Los problemas que presenta este método son los mismos que los de cualquier otro método de nominación o cualquier muestra que incluya consumidores "ocultos". La ventaja es que aumenta el tamaño de la muestra sin necesidad de entrevistar a todos los individuos. La utilidad de este método varía. Algunas de las entrevistas realizadas por Project a heroinómanos mostraron que estaban dispuestos a describir a otros individuos que conocían, a menudo con suficiente detalle como para permitir al trabajador de campo reconocer a la persona en cuestión (en dos casos por informes de periódicos, y en otros por conocerlos personalmente).

— *Estimación del número de consumidores en localidades o redes sociales pequeñas.*

Una variación del método anterior implica pedir a individuos que conocen bien a otros consumidores en áreas limitadas (bien sea geográficamente o grupos cuyos límites sean fáciles de determinar) que estimen el número de consumidores —de un tipo concreto— en dicha área, lo cual probablemente excluya individuos cuyo consumo de drogas no tiene lugar dentro del contexto de un grupo social de consumidores. Sin embargo, puede proporcionar una indicación de áreas donde el consumo está concentrado, y ofrecer una estimación, a grosso modo, del orden e importancia de las cifras implicadas.

*Características*

1) La mejor aplicación de las técnicas de nominación cuando se recogen datos utilizando trabajadores de campo independientes (véase 2.4. y 3.8.). También es posible utilizar tales técnicas en entrevistas confidenciales realizadas por personal de tratamiento, o entrevistadores independientes; incluso en establecimientos de custodia si se confía mucho en el entrevistador. No obstante, en las situaciones donde el sujeto que recoge la información también está en situación de influir en los asuntos que afectan al individuo y/o a sus amigos consumidores, es vital tener mucha cautela al interpretar los resultados.

2) Los consumidores entrevistados deberían ser representativos de los consumidores de la comunidad. Si parte de la muestra se obtiene de individuos que ya están en tratamiento, es más probable que estos nombren a otros que también se encuentran en tratamiento. De este modo, podría ser suficiente entrevistar a los nuevos usuarios de servicios, partiendo de la base de que han tenido contacto reciente con la comunidad. Es posible llevar a cabo ciertas comprobaciones de la siguiente forma:

a) Las respuestas de consumidores nuevos en un servicio pueden compararse con las de aquellos individuos que han estado asistiendo durante algún tiempo.

b) Las respuestas de ambos grupos procedentes de un servicio pueden compararse con las de aquellos consumidores que no asisten al servicio, con los que se contacta por el método de bola de nieve, o por medio de otros servicios.

c) Las características de los amigos nombrados que asisten a organismos pueden compararse con las de los que no asisten y son nombrados por los mismos consumidores o por otros diferentes. Esto permite cierta valoración de si la población nombrada —por los consumidores— que no asiste a servicios es similar o diferente de la población nombrada que sí lo hace. Blumberg y otros (1976) han descrito un número de técnicas para comprobar si las similitudes son reales o, por el contrario, son un artificio de los consumidores al nombrar a otros consumidores similares a ellos mismos.

La comparación de respuestas de consumidores en diferentes etapas de



tratamiento y de otros que no están en tratamiento proporciona cierta indicación sobre la corrección que había que aplicar a la información que se obtiene exclusivamente de muestras basadas en servicios de tratamiento. También proporcionan cierta medida de hasta qué punto los consumidores mantienen un contacto, por ejemplo, con consumidores de drogas ilegales durante el período en que están asistiendo a dicho servicio.

3) En teoría, el método puede proporcionar muchos detalles sobre la población "desconocida" de consumidores. Sin embargo, los resultados dependen directamente del informe de segunda mano de los amigos, lo que limita el considerable potencial de este método, ya que: (a) los consumidores pueden no poseer información precisa sobre sus amigos; y (b) puede que no estén dispuestos a revelar ningún tipo de información. La mayoría de las aplicaciones no preguntan nombres o direcciones. La experiencia demuestra que, a pesar de que los consumidores a menudo no quieren nombrar a amigos consumidores, si están dispuestos a describirlos de forma anónima.

4) Este método no debe considerarse preciso, pero si lo que se requiere es una idea aproximada de qué proporción de consumidores regulares está en tratamiento, entonces sí puede resultar útil.

### *Comentarios*

A pesar de ciertos problemas metodológicos, vale la pena examinar métodos de extrapolación de la información proporcionada por los consumidores. Aunque sus resultados no sean estrictamente representativos o fácilmente cuantificables, pueden proporcionar indicaciones informales de la prevalencia local.

#### **2.6.4. Otros métodos**

La lista de métodos descrita antes no es exhaustiva. Existen otros métodos que aún no han sido considerados con suficiente detalle. Entre ellos se incluyen:

1) Estimación estadística de la prevalencia (por medio de análisis del tipo "log linear"), basada en el solapamiento de varios organismos. Con este método no es necesario asumir el muestreo aleatorio ni la independencia entre las poblaciones de los diferentes servicios (Bishop, 1975; Bock, 1974).

2) Combinación de varios indicadores indirectos de consumo de drogas de un área, para obtener una única tasa de prevalencia. El método se basa en técnicas estadísticas que implican el análisis del componente principal de los datos de los indicadores ordenados por rangos para las diferentes zonas. Esto ha sido llevado a cabo con cierto éxito por Person en los EE.UU. (1976, 1977). Proporciona una medida relativa de la prevalencia en una zona comparada con otras. Si se consigue disponer de estimaciones relativamente fiables de la prevalencia absoluta en dos áreas estables, se puede calcular la prevalencia de otras zonas consultando el índice de prevalencia relativo. Este método se basa en dos suposiciones:

a) La relación que existe entre cualquier par de indicadores es "monotónica". Es decir, mientras un indicador cambia, el otro lo hace en una sola dirección o se queda igual. Se excluyen las situaciones donde, mientras un indicador aumenta, el otro primero aumenta y luego desciende. Dentro de estos límites tan amplios, la relación actual entre los dos indicadores carece de importancia.

b) La ordenación de las diferentes áreas según el rango de un indicador particular es la misma que la ordenación de dichas áreas según la verdadera prevalencia subyacente.

El método necesita que haya suficiente información disponible de las áreas en cuestión, de modo que puedan ser ordenadas según los rangos de un número limitado de indicadores. El método permanece relativamente estable (robusto), incluso cuando existen errores sistemáticos o aleatorios.

## Referencias

### *Extrapolaciones a partir del número de muertes relacionadas con las drogas*

- GREENE, M.H. (1974). Estimating the prevalence of heroin use in a community. Special action monograph series A, no. 4, Special Action Office for Drug Abuse Prevention, executive office of the president, Washington D.C., EE.UU.
- DUPONT, R.L. y PIEMME, T.E. (1973). The estimation of the number of heroin addicts in an urban area. *Med. Ann. District of Columbia*, 24, 389-393.
- WIEPERT, G.D., DEWLEY, T.H. y D'ORBAN, P.T. (1978). Outcome for 575 British opiate addicts entering treatment between 1968 and 1975. *UN Bull. Narcotics*, 30, 21-32.
- STIMSON, G.V. y OPPENHEIMER, E. (1982). *Heroin Addiction: treatment and Control in Britain*. Tavistock, London.
- BEWLEY, T.H., BEN-ARIE, O. y JAMES, I.P. (1968). Morbidity and mortality from heroin dependence. I. Survey of heroin addicts known to the Home Office. *Br. Med. J.*, i, 725-726.
- GHODSE, A.H., SHEEHAN, M., STEVENS, B. et al. (1978). Mortality among drug addicts in Greater London. *Br. Med. J.*, 2, 1742-1744.
- GHODSE, A.H. (1981). Morbidity and mortality. In: Edwards G. y Busch C. (eds), *Drugs Problems in Britain: A Review of Ten Years*, Academic Press, London, 171-215.
- HARVEY, J.G. (1981). Drug-related mortality in an inner city area. *Drug and alcohol dependence*, 7, 239-247.
- GHODSE, A.H., SHEEHAN, M., TAYLOR, C. y EDWARDS, G. (1985). Deaths of drugs addicts in the United Kingdom 1967-81. *Br. Med. J.*, 290, 425-428.
- THORLEY, A. (1981). Longitudinal studies of drug dependence. In: Edwards G. y Busch C. (eds), *Drug Problems in Britain: A Review of Ten Years*, Academic Press, London, 117-169.
- SPEAR, H.B. (1983). Drug abuser deaths. *Br. J. Addict.*, 78, 173-178.

- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, R.G. y BRYER, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, 26 de Enero, 203-205.

#### *Otras técnicas multiplicativas (notificaciones)*

- PATTISON, C.J., BARNES, E.A. y THORLEY, A. (1982). South Tyneside Drug Prevalence and Indicators Study. Centre for Alcohol and Drug Studies, Newcastle upon Tyne.
- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, G.R. y BRYER, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, January 26, 203-205.
- DITTON, J. y SPEIRITS, K. (1981). The rapid increase of heroin addiction in Glasgow during 1981. Background paper 2, University of Glasgow, Glasgow.
- DE ALARCÓN, R. y RATHOD, N.H. (1968). Prevalence and early detention of heroin abuse. *Br. Med. J.*, 1 June, 549-553.
- SMART, R.G. y OGBORNE, A.C. (1974). Losses to the addiction identification system. *Br. J. Addict.*, 69, 225-229.
- BISHOP, B.P., CAVE, G.H., GAY, M. et al. (1976). A city looks at its problem of drug abuse by injection. *Br. J. of Psychia.*, 129, 465-471.
- ARROYAVE, F., LITTLE, D. y LETAMENDIA, F. (1972). Misuse of heroin and methadone in the city of Oxford. *Br. J. of Psychiat.*, 120(558), 505-506.
- Home Office (1980). Advisory council on the Misuse of Drugs: Report on the Treatment of Drug Dependents within the Prison System in England and Wales. Home Office, London.
- STRANG, J. y SHAH, A. (1985). Notification of drug addiction and the medical practitioner; an evaluation of the system. *Br. J. Psychiat.* (in press).

#### *Captura y recaptura*

- GREENWOOD, J.A. (1974). Estimating numbers of narcotic addicts. Drug Control Division, US Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, Washington D.C.
- GREENE, M.H. (1974). Estimating the prevalence of heroin use in a community. Special Action Monograph series A, no. 4, Special Action Office for Drug Abuse Prevention, executive office of the president, Washington D.C., EE.UU.
- ANDIMA, H., KRUG, D., BERGNER, L. et al. (1973). A prevalence estimation model of narcotics addiction in New York City. *Am. J. Epidem.*, 98(1), 56-62.
- MANT, A. y THOMAS, B. (1979). Estimating prevalence of opiate use in South Australia: research paper 5. In: South Australia: Royal Commission into the non-medical use of drugs. Three Studies in Drug Use: Research Paper 3,4,5, 177-183.
- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, R.G. y BRYER, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, January 26, 203-205.

### *Técnicas de nominación*

- BLUMBERG, H.H. y DRONFIELD, B.E. (1976). Nomination Technics in the study of largely invisible groups: opiate users not at drug dependence clinics. *Soc. Sci. Med.*, 10, 415-422.
- GREENE, M.H. (1974). Estimating the prevalence of heroin use in a community. Special Action monograph series A, no. 4, Special Action Office for Drug Abuse Prevention, executive office of the president, Washington D.C., EE.UU., 11-13.
- NEWMAYER, J.A. y JOHNSON, G.R. (1976). The heroin epidemics in San Francisco: estimates of incidence and prevalence. *Int. J. Addict.*, 11(3), 417-438.
- HARTNOLL, R.L., MITCHESON, M.C., LEWIS, R.G. y BRYER, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet*, January 26, 203-205.

### *Otros métodos*

- PERSON, P.H., RETKA, R.L. y WOODWARD, J.A. (1976). Towards a heroin problem index and analytical method for drug abuse indicators. National Institute on Drug Abuse Technical Paper, DHEW publication no. (ADM) 76367, Washington D.C.
- PERSON, P.H., RETKA, R.L. y WOODWARD, J.A. (1977). A method for estimating heroin use prevalence. National Institute on Drug Abuse Technical Paper, DHEW publication no. (ADM) 77439.
- BISHOP, Y.M.M., FIENBERG, S.E. y HOLLAND, P.W. (1975). *Discret Multivariate Analysis: Theory and Practice*. M.I.T. Press, Cambridge (Massachusetts, EE.UU.)
- BOCK, R.D. y YATES, G. (1974). *MULTIQUAL: Longlinear Analysis of Nominal or Ordinal Qualitative Data by the Method of Maximum Likelihood*. National Educational Resources, Chicago.

## **2.7. Estimar la incidencia**

La medición de la incidencia (nuevos casos) es útil para estudiar los factores causales. Los métodos se superponen con los utilizados para monitorizar tendencias (véase 2.8.). Su tratamiento, sin embargo, es independiente, porque las tendencias pueden depender de otros factores además de los cambios de la incidencia. Por ejemplo, reaparición de antiguos casos, muerte de individuos, sujetos que comienzan y otros que dejan el consumo de drogas, etc. La única manera de registrar la incidencia de forma directa sería por medio del método ideal de tener trabajadores de campo o informadores situados por toda la comunidad para dar cuenta de los casos en cuanto aparecen. La medición de la incidencia, por tanto, es generalmente indirecta. Es importante distinguir entre la inciden-

cia de "tratamientos" (individuos en busca de tratamiento por primera vez) y la incidencia "real" (individuos que empiezan a consumir o que se hacen dependientes por primera vez, etc.).

### *Primera demanda de tratamiento*

Antes de solicitar tratamiento, los individuos habrán consumido la droga en cuestión entre unos meses y varios años. Para calcular la incidencia "real", es necesario tener en cuenta el retraso entre la primera vez que se usa y la primera demanda de tratamiento. Esto implica registrar el año en que se inició el consumo (y preferiblemente el año de inicio de consumo regular) de los pacientes que empiezan tratamiento. A partir de esta información, se puede calcular un factor de corrección que tenga en cuenta el período de latencia (Hunt y Chambers, 1976).

Las conclusiones directas referentes al nivel de incidencia "real" no pueden sacarse de la información basada en el año de inicio de consumo de los individuos que solicitan tratamiento a lo largo de un año. La información sobre el tratamiento tiende a subestimar la incidencia actual y en los años anteriores más recientes. Otra desventaja es que estas técnicas dan por sentado que las "características de retraso" de los nuevos usuarios que solicitan tratamiento, en un servicio determinado, permanecen constantes en el tiempo. Sin embargo, cualquier cambio en la política de tratamiento o variaciones, acusadas en el perfil de la población consumidora de drogas, puede llegar a alterar a estas últimas.

Ha habido cierta controversia referente a si esta técnica mide "epidemias" reales o si las curvas de incidencia derivadas son artificios estadísticos (Hunt, 1974, 1977; Richman y Abbey, 1977; Gould y otros, 1977).

### *Notificaciones de nuevos adictos*

Son los adictos notificados por primera vez al Home Office (véase 3.2.2.). Son aplicables las mismas consideraciones que para las primeras demandas de tratamiento. A pesar de las muchas críticas surgidas en ámbitos nacionales, las nuevas notificaciones han probado ser tan válidas, para indicar cambios, como cualquier otro indicador fácil de conseguir; a finales de los setenta, éstas reflejaban un incremento en la adicción a la heroína que no ha sido publicado hasta hace poco. Puede resultar delicado depender tan sólo de las notificaciones de la policía del distrito, pero si las nuevas notificaciones aumentan considerablemente, la evidencia no debe descartarse, especialmente cuando no se han ampliado los servicios existentes o no ha habido cambios drásticos en la política que puedan influir en el aumento. Hace más de veinte años, el primer "Brain Committee" rechazó que los entonces recientes aumentos en las notificaciones se debieran a la mejora en los registros de información.

### *Registros de investigación o sistemas de información de diversos servicios*

Los registros de casos locales (véase 2.8.2.) pueden proporcionar mejores indicadores de incidencia que el sistema nacional de notificaciones (Rathod, 1972; De Alarcón, 1972). Un sistema anónimo de información de múltiples servicios (véase 2.8.2.) puede también proporcionar indicadores, aunque sólo cuando los servicios implicados distinguen los nuevos casos de los antiguos y cuando las muestras de todos los servicios sean cruzadas para ver qué grado de solapamiento existe.

### *Hepatitis*

La incidencia de la hepatitis vírica (la B y la no A no B) como indicador de consumo de drogas se aborda en otro apartado (véase 3.2.). No está claro, dada la cantidad actual de información, si la hepatitis puede considerarse generalmente como un indicador fiable, a menos que vaya respaldado por otra evidencia.

### *Incautaciones de drogas ilícitas*

Al parecer, las evidencias relacionadas con las incautaciones de drogas ilegales pueden anticipar tendencias y así actuar como indicadores indirectos de incidencia (véase 3.6.1.). Sin embargo, las estadísticas publicadas (sobre todo a nivel local) son difíciles de interpretar con precisión. El uso de la información sin publicar del Servicio de Inteligencia puede tener más sentido en cuanto a incautaciones cuando se interpreta dentro de un ámbito nacional o internacional. Puede merecer la pena hablar del significado de las incautaciones con fuentes documentadas, como el servicio de laboratorio forense o la brigada antidrogas.

### *Trabajo de campo*

Todos los métodos anteriores se basan en consumidores de drogas que ya tienen problemas, o en desarrollos del mercado ilícito anteriores a que los cambios en la incidencia puedan ser detectados. Un buen trabajador de campo debe advertir los cambios en su "parcela", antes de que éstos salgan reflejados en estadísticas oficiales o en los registros de los servicios. El problema es persuadir a los otros de que la información es algo más que un rumor. Pueden utilizarse otros métodos de trabajo de campo más estructurados (véase 2.6.3.).

### *Comentarios*

La mejor forma de captar a tiempo señales de alerta siguen siendo las reuniones regulares de un grupo de individuos (no muy numeroso) con relaciones estrechas y de confianza, con varios sectores vulnerables de la comunidad. Tal

grupo debe incluir trabajadores de servicios voluntarios e individuos conocidos por sus amplios conocimientos locales, incluidos los consumidores de confianza. Esto puede resultar útil junto con toda la información que se pueda extrapolar de las tendencias de nuevos casos en una variedad de servicios de tratamiento y de otro tipo.

## Referencias

- HUNT, L.G. y CHAMBERS, C.D. (1976). *The heroin epidemics: A study of heroin use in the United States, 1965-75*. Spectrum, New York.
- HUNT, L.G. (1974). Recent spread of heroin use in the United States: unanswered questions. The Drug Abuse Council Inc., Washington D.C.
- HUNT, L.G. (1977). Incidence of first use of a drug: significance and interpretation. *Addict. Diseases*, 3(2), 177- 186.
- RICHMAN, A. y ABBEY, H. (1977). Heroin epidemics: facts and artifacts. In: Committee on problems of Drug Dependence, Inc. (1977). *Problems of Drug Dependence, Proceedings of the 39th Annual Scientific Meeting, July 1977*, 504-530.
- GOULD, L.C., THOMPSON, W.G. y BERBERIAN, R.M. (1977). Biasing factors in the measurement of trends in heroin use. *Addict. Diseases*, 3(2), 151-176.
- DE ALARCÓN, R. (1972). An epidemiological evaluation of a public health measure aimed at reducing the availability of methilamfetamina. *Psychol. Med.*, 2, 293-300.
- RATHOD, N.H. (1972). The use of heroin and methadone by injection in a new Town. *Br. J. Addict.*, 67, 113-121.

## Otras Publicaciones

- HUGHES, P.H. y CRAWFORD, G.A. (1972). A contagious disease model for researching and intervening in heroin epidemics. *Arch. Gen. Psychiat.*, 27(3), 149-155.
- NEWMAYER, J.A. y JOHNSON, G.R. (1976). The heroin epidemic in San Francisco: estimates of incidence and prevalence. *Int. J. Addict.*, 11(3), 417-438.
- DUPONT, R.L. y GREEN, M.H. (1973). The dynamics of a heroin epidemic. *Science* 181, 716-722.
- NEWMAYER, J.A. y JOHNSON, G.R. (1976). The quiescent heroin scene: incidence and prevalence in the San Francisco Bay area. *J. Psychodelic drugs*, 11(3), 417-438.
- SIGUEL, E.N. (1980). Incidence of heroin use for voluntary and involuntary admissions to treatment. In: I. Leveson (ed), *Quantitative explorations in drug abuse police*. MTP press, Lancaster, 13-24.
- MINICHELLO, L. y RETKA, R. (1976). Trends in intravenous drug abuse as reflected in national hepatitis reporting. *Am. J. Public Health*, 66(9), 872-877.
- LEVINGOOD, T., LOWINGER, P. y SCHOOFF, K. (1973). Heroin addiction in the suburbs: an epidemiological study. *Am. J. Public Health*, 63(3), 209-214.

## 2.8. Monitorización de tendencias

La información tiene un valor especial cuando se recoge sistemáticamente a lo largo de años sucesivos, de este modo presenta una imagen dinámica en vez de estática. Aunque no se puedan obtener estimaciones de la prevalencia absoluta, la información sobre los cambios relativos a lo largo de un período de tiempo —y entre diferentes localidades— puede ser de gran utilidad. La monitorización de indicadores aporta una idea de cómo se desarrollan los problemas de drogas, a qué ritmo y en qué sectores de la comunidad. Retrospectivamente, esto permite explorar las razones que han llevado a la situación actual. La monitorización anticipada de tendencias es fundamental para evaluar las acciones emprendidas.

Los indicadores de tendencias, con frecuencia, son más fiables que las estimaciones de prevalencia para un solo año. Aunque un determinado indicador esté sesgado, la continua medición —pese a todo— puede reflejar con precisión los cambios relativos, siempre y cuando el error siga siendo relativamente consistente de un año para otro. No obstante, las tendencias de monitorización deben incluir siempre varios indicadores, ya que las variaciones de cualquier indicador pueden surgir a partir de los cambios en los servicios o políticas, más que en el propio consumo de drogas.

### 2.8.1. Repetición periódica de valoraciones

Cualquiera de los métodos descritos arriba para valorar los problemas de drogas en un momento determinado pueden utilizarse para monitorizar los cambios si se repiten en intervalos regulares (por ejemplo, cada uno, dos o tres años). En cualquier caso, es aconsejable ceñirse a la misma metodología y utilizar las mismas definiciones e instrumentos para poder comparar directamente los resultados de diferentes años. Deben consultarse los apartados pertinentes. Se incluyen aquí comentarios adicionales de los puntos no tratados en otro apartado.

#### *Encuestas repetidas de servicios (véase 2.3.)*

En la medida de lo posible para encuestas posteriores deben tenerse en cuenta los servicios cubiertos en la encuesta inicial. Pueden añadirse nuevos servicios cuando sea preciso, pero hay que tener cuidado a la hora de interpretar los cambios aparentes en relación con las encuestas anteriores. Concretamente, hay que preguntarse si las variaciones observadas proceden de los cambios en el consumo de drogas o de la inclusión de servicios que no existían antes (o que no fueron estudiados). También deben tenerse en cuenta los cambios de política de los servicios y las posibles consecuencias en los resultados obtenidos.



### *Trabajo de campo repetido o continuado (véase 2.4.)*

Una vez que un trabajador de campo haya tenido éxito al establecer contactos y credibilidad con una serie de consumidores de drogas de la comunidad, puede ser de gran ayuda seguir utilizando el trabajo de campo para monitorizar los cambios. A diferencia de las monitorizaciones basadas en servicios. Un trabajador de campo puede apreciar señales de aviso cuando se están produciendo, cambios en los patrones de consumo, cambios de actitud, nuevos grupos de consumidores, aparición de nuevas drogas, etc. Si se mantiene contacto con individuos o grupos, es factible un estudio de seguimiento.

### *Panel de consumidores de drogas*

La "muestra en panel" es un método establecido para obtener información a intervalos regulares. El principal problema es seleccionar el grupo. Solamente es posible seleccionar un corte transversal representativo de la población local de consumidores de drogas una vez que las principales características y distribución del escenario local han sido estimadas (mediante algunos de los métodos descritos previamente). En la práctica, la obtención y mantenimiento de una muestra en panel representativa sería muy ardua: algunos individuos no desean participar, algunos componentes del panel podríán ser detenidos, dejar las drogas, trasladarse o perder interés.

Una versión más viable implicaría escoger consumidores de drogas que tengan interés y sean conocidos por ser informadores fiables. Estos consumidores deben estar en contacto con determinados aspectos de la red local de consumo y ser fáciles de contactar para dar informes de hechos recientes (como nuevos consumidores que hayan observado, antiguos consumidores que hayan dejado la zona, o la disponibilidad actual de diferentes drogas). Si se seleccionaran varios de estos "informadores clave", de tal forma que entre ellos reunieran conocimientos y experiencia sobre la mayoría de los subgrupos identificados en el área, sería posible continuar la monitorización a nivel de comunidad sin necesidad de mantener un extenso (y relativamente caro) equipo de trabajadores de campo.

### *Estimaciones directas de prevalencia repetidas*

Estudios de localización de casos (véase 2.5.1.)

Encuestas poblacionales y escolares (véase 2.5.2.)

### *Técnicas de panel*

Además de repetir las encuestas cada dos o tres años, vale la pena considerar un estudio longitudinal de un panel de individuos cubiertos en el estudio inicial. Esto implica volver a contactar con las mismas personas en una o varias ocasio-

nes posteriores, lo cual no puede hacerse de forma anónima. Estos problemas se han superado en una serie de estudios, realizados en el campo de las drogas (Kandel, 1978) y en otros campos (West y Farrington, 1977; Douglas, 1968; Butler, 1984). El método es especialmente adecuado para las encuestas escolares, donde es posible seguir la pista de una muestra representativa de escolares.

### *Estimaciones indirectas de prevalencia repetidas*

- Técnicas multiplicativas (véase 2.6.1.)
- Captura-recaptura (véase 2.6.2.)
- Técnicas de nominación (véase 2.6.3.)

## **2.8.2. Sistema de información rutinario de múltiples servicios**

Un sistema de información continuado puede ser útil para monitorizar el número y características de los consumidores de drogas tratados en una serie de servicios. Dicho sistema puede desarrollarse de dos formas:

### *Sistema de notificación anónimo de casos*

Es un sistema de monitorización rutinaria en el que los servicios locales clave informan regularmente sobre casos definidos y anónimos o sobre acontecimientos a un único centro local donde la información es ordenada y analizada. Básicamente, éste es un desarrollo lógico de las encuestas sobre servicios (véase 2.3.) y una alternativa a la realización de encuestas repetidas (véase 2.8.1.)

### *Registros de casos*

Un registro de casos es un sistema de información en el que los individuos son identificados y la información procedente de diferentes fuentes ordenada para obtener un registro constantemente actualizada de los casos notificados por todos los servicios participantes en el estudio. Se trata de un desarrollo lógico de los estudios de localización de casos (véase 2.5.1.) Los registros tienden a ser gestionados por un organismo oficial o gubernamental, o bien desarrollados específicamente como instrumentos de investigación.

### *Características*

Las características enumeradas en 2.3 son igualmente aplicables a los sistemas de información rutinaria (véase también 3.1.2.; 3.1.3. y 4.3.). Otras características adicionales son:

1) No es fácil cubrir un elevado número de servicios. Sin embargo, es importante seleccionar aquellos que: (a) se identificaron, en una valoración inicial, por ver un número significativo de individuos; y (b) sean un reflejo de la variedad de tipos de servicios disponibles. Si se pretende abarcar un gran número de servicios -por ejemplo toda una región, o incluir servicios generales como los de libertad provisional o los médicos de cabecera-, se aconseja comenzar con unos pocos servicios clave y ampliar el número poco a poco.

2) El número de variables incluidas debe limitarse, y los datos deben registrarse en el mismo formato estandarizado en todos los servicios. Las variables que podrían considerarse son las siguientes:

- Fecha de cumplimentación del formulario.
- Nombre o número de identificación.
- Fecha de nacimiento o edad, y sexo.
- Usuario nuevo para el servicio o contactado anteriormente.
- Área geográfica.
- Principal/es droga/s consumida/s en las últimas cuatro semanas.
- Frecuencia (diaria/casi diaria, varias veces por semana, menos).
- Vía de administración (esnifada, fumada, oral, parenteral).
- Duración del consumo regular de la/s principal/es droga/s.
- Tratamiento previo: Unidad de drogodependencia (o DDU "Drug dependency unit"), rehabilitación, desintoxicación, médico de cabecera o médico particular).

3) Cabe la posibilidad de eliminar el recuento doble, por medio de un conjunto de características identificadoras anónimas (Código de identificación). Si no, se aconseja, cuando sea posible, valorar el grado de solapamiento por medio de cruces de control ocasionales. Esto podría hacerse organizando a los servicios para que comparen las anotaciones de algunas muestras de casos notificados por cada uno.

4) Los sistemas de monitorización rutinaria requieren un continuo apoyo administrativo, además de la recogida regular de información y la comprobación periódica de que los casos han sido correctamente notificados.

### *Registros de casos*

Las características de los estudios de localización de casos enumeradas en 2.5.1. son aplicables a los registros de casos. Y, además:

1) Los registros acumulan casos a lo largo de extensos períodos (por ejemplo, más de un año). De este modo, requieren de un mecanismo para la revaloración periódica del estado de los individuos incluidos. Esto permite que los casos no activos (como los que ya no consumen drogas, los fallecidos, los que están en instituciones o los que ya no viven en la zona) puedan cambiarse. Una forma de hacerlo es pedir a los servicios que informen de cualquier cambio en el estado de

los usuarios. Alternativamente, puede que sea necesario llevar a cabo estudios de seguimiento, por ejemplo cada doce meses. Los datos de los casos inactivos deben conservarse, puesto que pueden reaparecer una vez pasado un tiempo considerable.

2) La confidencialidad es incluso más importante con registros que con estudios de localización de casos. En estos últimos, las identificaciones, como el nombre, pueden destruirse al final del estudio. Los registros, en cambio, implican guardar la información durante varios años.

### *Comentarios*

A pesar de ser un instrumento útil para servicios y administraciones, se puede tardar aproximadamente un año en organizar los sistemas de información rutinaria. Algunas sugerencias prácticas sobre cómo establecer un sistema de información rutinaria son tratadas en 4.3. Los registros de casos son difíciles de realizar. Además son caros y lentos, si se quiere que sean fiables. La experiencia de mantenimiento de registros similares (como las lesiones no accidentales de niños, o registros de cáncer) es relevante.

### **2.8.3. Indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad**

Los siguientes resúmenes proporcionan modelos "ideales" de cómo se comportan los principales tipos de indicadores a medida que cambian la extensión y las características del consumo de drogas. En la práctica, la relación es probable que sea más compleja, si bien grandes cambios en estos indicadores indican probablemente cambios reales en el consumo de drogas. Los indicadores que aquí se tratan provienen de fuentes y métodos descritos en los capítulos 2 y 3. Para más detalles deben consultarse los apartados apropiados.

Se discuten dos amplias categorías de indicadores indirectos. La primera son indicadores de "problemas" relacionados con el consumo de drogas (demanda de tratamiento, enfermedades relacionadas con la droga, urgencias y muertes). Por consiguiente, no deben tomarse como indicadores del nivel o patrón general de consumo de drogas en la comunidad. La segunda categoría difiere de la primera en cuanto a que éstos son indicadores de la disponibilidad más que del consumo problemático de drogas (incautaciones de drogas ilegales, detenciones por delitos de drogas, precio y pureza de las drogas ilegales, prescripción de drogas legales). Puesto que se piensa que la disponibilidad de drogas es uno de los principales factores que afecta directamente al nivel de prevalencia, se considera que estos indicadores no comportamentales (citados en segundo lugar) reflejan la prevalencia del consumo de drogas.

## *Indicadores de "problemas" relacionados con el consumo de drogas*

### *Demanda de tratamiento.*

- Solicitudes de tratamiento en hospitales, médicos de cabecera, servicios de voluntariado, etc. (véase 3.3.1.; 3.4.1.; 3.5.1.).
- Notificaciones (véase 3.2.2.).
- Diagnósticos de pacientes ingresados en hospitales (véase 3.2.1.).

Para un nivel bajo de la prevalencia real, este indicador tendrá probablemente un valor próximo a cero, ya que es posible: (a) que los servicios especializados de tratamiento no se pongan en funcionamiento hasta que la prevalencia aumente lo suficiente como para suscitar preocupación; y (b) que los servicios generales no busquen problemas de drogas entre sus usuarios y que, en consecuencia, subestimen el pequeño número de problemas con que se encuentran.

Incluso cuando la prevalencia real comienza a aumentar, lo más probable es que el cambio no sea reflejado inmediatamente por los indicadores de tratamiento. En parte, esto se debe a las razones sugeridas anteriormente y, en parte, a que normalmente transcurre algún tiempo antes de que el consumo sea considerado como un problema que necesite tratamiento. Si la prevalencia continúa aumentando, también lo hará la demanda de tratamiento. Si se proporcionan servicios nuevos, es muy probable que haya un aumento especialmente rápido de demanda de tratamiento durante un corto período de tiempo. Después, la demanda de tratamiento se eleva en proporción directa con el aumento de la prevalencia. Si entre el número total de solicitudes de tratamiento aumenta la proporción de casos nuevos, esto puede ser un indicador de que la "epidemia" continúa (o continuaba hasta recientemente). Por el contrario, una proporción descendente de casos nuevos puede indicar que la tasa de incidencia (de casos nuevos) está disminuyendo. Este modelo "ideal" de indicadores de tratamiento tiene sus limitaciones. La tasa de admisiones a tratamiento tenderá a estabilizarse cuando los servicios alcancen su capacidad máxima. La tasa de solicitudes y derivaciones puede que continúe ascendiendo, y es por ello un mejor indicador. Sin embargo, una larga lista de espera o un servicio considerado irrelevante por los consumidores de drogas puede reducir la sensibilidad del indicador. Además, la rapidez con que la gente se dirige a los centros de tratamiento es posible que se vea afectada por la energía con la actividad de los servicios encargados de aplicar la ley, los cambios en la política de tratamiento y las variaciones en el precio y la disponibilidad de drogas. Este indicador sólo es relevante para los tipos de consumo de drogas para los que existen servicios de tratamiento.

### *Urgencias, enfermedades y muertes relacionadas con las drogas.*

- Departamentos de urgencias (véase 3.3.4.).
- Hepatitis B y no A no B (véase 3.2.3.).

- Diagnósticos de abuso de drogas sin dependencia, psicosis por drogas e intoxicación por drogas en pacientes ingresados en hospitales (véase apéndice 2).
- Muertes relacionadas con las drogas (véase 3.2.4.).

Las sobredosis, las complicaciones y las muertes relacionadas con el consumo de drogas reflejan la prevalencia real de un modo aproximadamente lineal. Sin embargo, la falta de conocimientos de la posible implicación de las drogas puede llevar a un diagnóstico erróneo y/o a que la información se registre o no dependiendo de si se trata de consumo problemático o no. Esto es especialmente posible cuando existen bajos niveles de prevalencia. Dichos indicadores son también especialmente susceptibles de distorsión a causa de los cambios en las características sociales de los drogodependientes y de cómo se utilizan las drogas (por ejemplo, por vía parenteral o por otras vías).

### *Indicadores de disponibilidad de drogas*

#### *Incautaciones de drogas ilícitas.*

El número de incautaciones y las cantidades incautadas son indicadores diferentes pero relacionados entre sí. Puede darse el caso de que con bajos niveles de prevalencia real estos indicadores sean igual a cero, reflejando un bajo nivel de los servicios de aplicación de la ley. A medida que la prevalencia aumenta, la presión social aumenta y suele traer consigo una intensificación de la aplicación de la ley, una nueva legislación, brigadas antidrogas especializadas, etc. Con frecuencia, el número de incautaciones y las cantidades totales incautadas aumentan drásticamente.

Las cantidades incautadas durante períodos de aumento rápido de incidencia y prevalencia varían mucho. En parte sucede porque entran en el mercado distribuidores inexpertos y la importación y distribución de drogas puede extenderse casualmente entre gran cantidad de individuos. Puede pasar algún tiempo hasta que se establezca el mercado y se imponga un "precio natural". Puesto que también es probable que exista una alta proporción de consumidores ingenuos, se realizan muchas incautaciones.

A medida que la incidencia descende, pero continúa existiendo una prevalencia alta, los distribuidores adquieren experiencia y son más discretos y organizados. El número de incautaciones puede estabilizarse aunque la prevalencia continúe aumentando a un ritmo constante. La dimensión media de las incautaciones es probable que se eleve como resultado de una mayor organización tanto por parte de los importadores y los distribuidores más importantes, como de los organismos responsables del cumplimiento de la ley.

Otra limitación que podría llevar a la estabilización de los indicadores mencionados, en altos niveles de prevalencia real, es que la actividad para el cumplimiento de la ley alcance su extensión máxima. Siempre puede haber altibajos —sobre todo en las cantidades incautadas— debido al factor azar que es intrínseco a la detección e incautación.

### *Detenciones y condenas por delitos de drogas (véase 3.6.2.).*

Se asume que siguen un patrón similar al de las incautaciones de drogas y, como éstas, las detenciones y condenas no tienen por qué variar en proporción directa con la prevalencia real, puesto que también reflejan la actividad para el cumplimiento de la ley y la asignación de recursos, así como los cambios en las características sociales de los consumidores y en la estructura del sistema de distribución. También parece ser que las estadísticas de detenciones subestiman la proporción de mujeres involucradas en el consumo de drogas ilegales.

### *Precio de venta al público de las drogas ilícitas.*

El precio de las drogas se cree que varía con el nivel de disponibilidad. A medida que la disponibilidad aumenta en una población susceptible, el consumo y —naturalmente la demanda— aumentan, apareciendo nuevos distribuidores en el mercado, lo que lleva con frecuencia a un incremento, incluso mayor, en la distribución y en la disponibilidad. Esto hace que los precios bajen, lo que agudiza la competencia entre los distintos distribuidores. Con altos niveles de prevalencia real, el precio se estabiliza a medida que los beneficios marginales alcanzan su límite práctico de competitividad. La comparación de los precios de las drogas, al por menor y al por mayor, a lo largo del tiempo, no sólo es útil para ayudar a interpretar la importancia teórica y anecdótica de la estructura del mercado ilegal, sino que también, cuando está relacionada con otras variables puede contribuir a monitorizar las tendencias de la distribución, demanda y consumo actual.

### *Pureza de las drogas ilícitas.*

El bajo nivel en la pureza de las drogas puede reflejar no sólo una disponibilidad relativa limitada, sino también actuar como un factor limitador de la prevalencia real. Es decir, que el incentivo farmacológico no es lo suficientemente fuerte como para estimular la expansión del mercado de consumidores. A medida que la disponibilidad aumenta, se amplía el mercado y un mayor número de consumidores buscan un producto mejor. Esto es especialmente cierto cuando hay un gran número de fuentes alternativas. Es probable que se establezca la pureza de una droga a un nivel lo suficientemente alto como para garantizar la continuidad de las ganancias de los “camellos”. La pureza suele ser un indicador más sensible para un nivel de prevalencia real bajo o moderado que para un nivel alto. En Gran Bretaña todavía no se ha llevado a cabo un estudio sistemático de la pureza como indicador. A pesar de ser una temática compleja, vale la pena explorarla.

### *Información sobre prescripciones (véase también 3.6.2.).*

Proporciona cierta indicación del nivel de disponibilidad de determinadas categorías de drogas que en principio se obtienen por prescripción. Sin embargo, rara vez se puede saber si esta información refleja un uso médico adecuado o "problemático", excepto en el caso de drogas que hoy día rara vez se prescriben por razones médicas.

### *Robo de drogas y falsificación de recetas.*

Se piensa que el aumento de recetas falsas y robo de drogas en farmacias indica un aumento de la demanda."Project" sacó poco en claro de las cifras disponibles. Al parecer, según el trabajo de campo y la prensa local, un número pequeño de individuos (o incluso uno sólo) puede ser importante en una cadena de tales robos o falsificaciones.

### *Información sobre delitos contra la propiedad.*

En los Estados Unidos, los índices de delitos contra la propiedad (en especial, robos y asaltos) se han utilizado como indicador de adictos a la heroína, basándose en la suposición de que una proporción considerable de estos delitos es el resultado de robos cometidos por adictos para comprar drogas (Newmayer, 1976). Con este método surgen muchos problemas. En el Reino Unido, sin embargo, se ha pensado hasta fechas muy recientes que los delitos contra la propiedad en conexión con la droga están definidos demasiado vagamente y representan una proporción demasiado pequeña dentro de este tipo de delitos como para que el método sea factible.

## **2.8.4. Grupos de expertos comunitarios**

La experiencia de los Estados Unidos hace pensar que uno de los métodos de monitorización más valioso y relativamente económico sería reunir un grupo de individuos que conozcan determinados aspectos del consumo problemático de drogas. Estos "grupos de expertos" se reúnen cada seis meses al amparo del "National Institute on Drugs Abuse (NIDA)\*". Un miembro de cada una de las principales ciudades implicadas presenta un informe sobre las tendencias recientes de los indicadores indirectos (por ejemplo, admisiones a tratamiento, urgencias no mortales relacionadas con las drogas, muertes por drogas, media de la relación precio/pureza de la heroína y, en algunos casos, detenciones por delitos relacionados con las drogas, incautaciones de drogas ilegales y hepatitis). También se exponen los resultados de cualquier investigación local relevante y se

---

\* Nota del T.: Se trata del "Community Epidemiology Work Group (CEWG)". En Europa realiza tareas similares el Grupo Pompidou del Consejo de Europa.



interpretan los indicadores. Estas reuniones brindan la oportunidad de examinar las diferencias interregionales y sirven para mantener una comunicación regular entre los diferentes trabajadores de campo. También contribuyen a mantener la consistencia y continuidad en la monitorización de tendencias.

Este método puede adaptarse libremente a las necesidades de otros países. Las reuniones regulares informales convocadas cada varios meses entre los individuos clave de una localidad determinada pueden ser muy valiosas. Probablemente sería útil desarrollar un formato relativamente estándar para cada tema o indicador, a fin de mantener una continuidad. Tales reuniones también pueden proporcionar la oportunidad de mejorar la coordinación. Los grupos en conexión con drogas podrían satisfacer esta función si sus miembros tuviesen experiencia, incluyendo ciertos conocimientos de técnicas de monitorización y si hubiese un grado de confianza mutua suficiente entre sus miembros.

## Referencias

### *Estudios longitudinales y de panel*

- KANDEL, D.B. (ed) (1978). Longitudinal research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological issues. Hemisphere Publishing Corporation, Halstead Press, John Wiley & sons, New York.
- WEST, D.J. y FARRINGTON, D.P. (1977). The delinquent way of life. Heinemann, London.
- DOUGLAS, J.W.B., ROSS, J.M. y SIMPSON, H.R. (1968). All our future. Peter Davies, London.
- OSBORN, P. BUTLER, N.B. y MORRIS, C. (1984). The social life of Britain's five year olds.

### *Sistemas de Información*

- ROOTMAN, I. y HUGHES, P.H. (1980). "Drug abuse reporting systems", WHO Offset Publication No. 55, World Health Organisation, Ginebra.

### *Registros de casos*

- EDWARDS, G. (1981). "The Home Office index as a basic monitoring system". In: Edwards, G. y Busch, C. (eds), (1981). Drug problems in Britain: A review of ten years. Academic Press, London, 25-50.
- NEWMAN, R.G. y CATES, B. (1974). "The New York City addict register: a case study". Am. J. Public Health.
- NEWMAN, R.G. y CATES, M.S. (1977). "The dilemma of addict registries". Drug Forum, 5(4), 321-334.
- LAVENHAR, M.A., SHEFFET, A., DU VAL, H. y LOURIA, D.B. (1975). "The new Jersey Medical School narcotics case register: Methodology and summary of first four years operation". Addict. diseases, 1(4), 513-527.

- BALL, J.C., ENGLANDER, D.M. y CHAMBERS, D.C. (1970). "The incidence and prevalence of opiate addiction in the United States". In: Ball, J.C. y Chambers, D.C. (eds) (1970). *The epidemiology of opiate addiction in the United States*, Charles C34.

### *Indicadores indirectos*

- FRANK, B., SCHMEIDLER, J., JOHNSON, B. y LIPTON, D.S. (1978). "Seeking truth in heroin indicators: the case of New York City". *Drug & alcohol department*, 3, 345-358.
- PERSON, P.H., RETKA, R.L. y WOODWARD, J.A. (1976). "Towards a heroin problem index: An analytical model for drug abuse indicators". National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- KOZEL, J.M., CRIDER, R.A., BRODSKY, M.D. y ADAMS, E.H. (1985). "Epidemiology of heroin: 1964-1984". National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).
- HUNT, L.G. y CHAMBERS, C.D. (1976). "The heroin epidemics". Spectrum Publications, Inc. Halstead Press, John Wiley & sons, New York, capítulo 3, 55-72.
- RETKA, R.L. (1978). "Patterns of new drug detection in the Drug Abuse Warning Network". *Br. J. Addict.*, 73(2), 155-165.
- FRANK, B., BROWN, R. y DAWSON, J. (1976). "Drug arrest data: an epidemiological monitoring system indicator". In: Schechter y otros (eds.). *Critical concerns in the field of drug abuse*.
- DE FLEUR, L. (1975). "Biasing influences on drug arrest records: Implications for deviance research". *Am. Sociol. Rev.*, 40, 88-103.
- BROWN, G.F. y SILVERMAN, L.R. (1973). "The retail price of heroin: Estimation and applications". The Drug Abuse Council, Inc., Washington.
- U.S. General Accounting Office. (1980). "Heroin statistics can be made more reliable". Report to the Attorney General, Washington D.C.
- LEWIS, R.J. y HARTNOLL, R.L. (1985). "Scoring smack: the illicit heroin market in London, 1980-83". *Br. J. Addict.* (in press).

### *Grupos de Expertos Comunitarios*

- Community Epidemiology Work Group (1984). "Epidemiology of drug bause: Trends in selected cities". Proceedings of sixteenth meeting, National Institute on Drug Abuse, Rockville (Maryland, EE.UU.).

## ***Capítulo 3***

# ***Fuentes de información***



Las fuentes de información no se refieren sólo a fuentes que puedan proporcionar una información sistemática o estadística, sino también a aquéllas que puedan facilitar datos acerca de las impresiones de los individuos. El concepto de "servicio" no se limita a los servicios que proporcionan tratamiento para los "consumidores de drogas"; se utiliza, en un sentido más amplio, para denominar a cualquier organización médica, social o legal, o a cualquier individuo que se relaciona con consumidores de drogas en el curso de su trabajo.

Es útil tener en cuenta que todas las fuentes de información local están clasificadas en cuatro niveles de accesibilidad. Antes de someter a examen las fuentes específicas, se deben considerar una serie de puntos importantes respecto a las ventajas e inconvenientes al extraer información de cada uno de estos niveles.

### **3.1. Introducción**

#### **3.1.1. Estadísticas rutinarias**

Varios sistemas nacionales de recogida de datos incluyen puntos relevantes para el estudio de los problemas relacionados con las drogas. La información puede desagregarse, con frecuencia, para unidades geográficas más pequeñas; en algunos casos, la información se reúne a nivel local y de este modo se evita el tener que esperar comprobación y análisis por parte del nivel central. Las estadísticas rutinarias están abiertas a una crítica importante, especialmente cuando se trata de actividades "marginales" como el consumo de drogas. No obstante, a la larga, pueden ser útiles si se es consciente de sus limitaciones. Las estadísticas rutinarias relevantes para el consumo de drogas incluyen las notificaciones de adictos al Home Office, los diagnósticos de pacientes ingresados en los hospitales, las notificaciones de hepatitis e informes de laboratorios de Salud Pública, la mortalidad (médicos forenses y "office of Population, Censos and Surveys —OPCS—"), los datos de recetas, el volumen de las drogas decomisadas por la policía, las detenciones y condenas por delitos relacionados con drogas ilegales.

#### *Ventajas*

1) Ya existen, así que su obtención es fácil y económica. Si los recursos son limitados, esta consideración no es trivial.

2) Existe una uniformidad razonable en las definiciones de casos.

3) A menudo han estado funcionando durante varios años. Así pues, es posible examinar las tendencias retrospectivamente. (Si se conocen ya las tendencias a partir de otras fuentes, entonces es posible valorar si las fuentes rutinarias tienen algún valor).

4) La mayoría de los sistemas rutinarios obtienen la información de una exhaustiva muestra de servicios ya establecidos (por ejemplo, todos los hospitales del "National Health Service —NHS—" o todas las fuerzas policiales) y, por lo tanto, dependen menos de si hay servicios especializados (por ejemplo, centros de tratamientos de drogas) en la zona.

5) A menudo hay más datos suplementarios detallados que no se publican, pero que se pueden obtener contactando con el departamento apropiado.

### *Desventajas*

1) Con excepción de las notificaciones, no se adaptan específicamente para monitorizar la drogodependencia. Así pues, normalmente proporcionan sólo información mínima.

2) Casi inevitablemente, se registran menos casos o sucesos relacionados con las drogas, de los que realmente existen. (Pueden ser indicadores indirectos, pero no medidas directas del número real.)

3) A la vez que indican cambios en los patrones de consumo de drogas, las estadísticas rutinarias reflejan también las políticas y prioridades de los servicios que facilitan los datos brutos (las notificaciones reflejan tanto la política de tratamiento y las prácticas de notificación, como el número de adictos en la población).

4) Frecuentemente hay un intervalo de tiempo muy grande entre el evento original y la comprobación y publicación posterior de los datos. Éste se puede reducir estableciendo contacto con la persona indicada en el lugar de comprobación.

5) El número total, en cada categoría, puede ser demasiado pequeño para usarlo de forma fiable para las áreas locales (la mayoría de los sistemas rutinarios no son fiables para los eventos poco frecuentes).

6) Aunque las estadísticas rutinarias se basan, en teoría, en definiciones y procedimientos de registro estándar, las variaciones imprevisibles en dichos procedimientos e interpretaciones personales de las definiciones pueden socavar la aparente uniformidad de las estadísticas y hacer que los datos no sean fiables.

7) La información es puramente numérica. Aunque los datos sean fáciles de conseguir, pueden ser difíciles de interpretar. Para interpretarlos es esencial un conocimiento del contexto local.

## *Comentarios*

Merece la pena considerar algunas estadísticas rutinarias como indicadores indirectos de las tendencias. Pueden ser más útiles como punto de partida (por ejemplo, contrastando lo oficialmente conocido con lo que se encuentra en la valoración). No se deben usar las estadísticas rutinarias como medidas directas de la prevalencia.

### **3.1.2. Información no rutinaria recogida pero no verificada**

La mayoría de los trabajadores, servicios y organizaciones acumulan una cantidad considerable de información en el curso de su trabajo, que acaba no usándose. Las hojas de derivaciones, historias de casos, registros de asistencia, registros de recetas, informes, diarios, cuadernos de trabajo, resúmenes, notas, recortes de periódicos locales, etc. constituyen fuentes potencialmente valiosas de datos.

#### *Ventajas*

- 1) Contienen una mayor riqueza de información, tanto cualitativa como cuantitativa, de la que se puede extraer de fuentes estadísticas rutinarias.
- 2) Facilitan la comprensión en la naturaleza de los problemas que se les presentan a los servicios.
- 3) Se puede preguntar acerca de la política y prácticas del servicio implicado y sobre el contexto local en el que opera. Esta posibilidad es de un valor inestimable cuando se interpreta información documental.
- 4) Se pueden valorar las dificultades experimentadas por los trabajadores de los servicios para responder a los problemas de drogas (ignorancia sobre las drogas o procedimientos de derivación inadecuados).

#### *Desventajas*

- 1) La mayoría de la información se registra de acuerdo con las necesidades concretas del servicio (por ejemplo, práctica clínica, trabajo con el caso, administración), más que con el propósito de llevar a cabo una valoración local. La información que no se considera directamente relevante se registra de forma incompleta o no se registra.
- 2) Puede emplearse mucho tiempo en extraer datos de estas fuentes de forma retrospectiva; es mucho más fácil extraer los datos que se necesitan al mismo tiempo que se registran. Aunque puede ser factible extraer retrospectivamente información útil de los registros existentes en un número limitado de

servicios, rápidamente se convierten en una tarea difícil si se intenta hacer con un gran número de fuentes (por ejemplo, todos los médicos de cabecera de una zona).

3) La información rara vez se registra de forma estándar o de acuerdo con las definiciones comunes. Puede ser difícil saber si diferentes personas, incluso en la misma zona, se están refiriendo a fenómenos similares cuando usan términos como "adicto", "droga", "tratamiento", etc.

4) La fiabilidad de la información es desconocida. Esto no es aplicable en igual medida a todas las categorías de datos, pero es importante intentar comprobar, al menos, algunos ítems de una muestra de registros, para ver si el grado de contradicción sugiere que los datos son tan poco fiables que no tienen apenas valor.

5) La confidencialidad puede plantear serios problemas (a no ser que un servicio u organización revise o extraiga sus propios registros, lo que lleva tiempo). Se pueden acordar medidas que protejan los intereses de las partes relevantes, aunque no se debe menospreciar la pericia y el tiempo que se requiere para negociarlas.

### *Comentarios*

El uso de estadísticas no rutinarias puede ser útil, pero es lento. La utilización de dichas fuentes a menudo proporciona datos incompletos, lo que puede ser frustrante.

### **3.1.3. Modificaciones de los instrumentos de registro existentes**

En muchas valoraciones, algunos de los puntos clave de la información requerida no están disponibles, están registrados de forma inadecuada o sólo se pueden conseguir a base de un tiempo y esfuerzo desproporcionados. La modificación de los instrumentos existentes usados por los servicios para registrar la información es una opción que se puede considerar, lo que puede implicar un nuevo diseño de los formularios existentes para incluir ítems adicionales y la puesta en marcha de un procedimiento adecuado para sacar una copia de los ítems requeridos en una valoración.

### *Ventajas*

1) Es relativamente barato y se puede aprovechar la infraestructura existente sin que suponga un gran aumento del trabajo, o sin que se interrumpan las actividades normales.



2) Da la oportunidad de obtener la información registrada específicamente para objetivos de valoración, y confiere más libertad en la definición de los términos.

3) Si varios servicios están implicados en la recogida de datos determinada, es posible conseguir un mayor grado de comparabilidad que cuando se obtienen de registros clínicos diferentes.

4) Los ejercicios conjuntos de recopilación de datos mejoran la comunicación entre los diferentes servicios y los trabajadores de campo.

5) Es especialmente importante para aquellos servicios en los que los problemas de drogas son una parte significativa de su labor. Es menos realista esperar que los servicios modifiquen sus prácticas de registro, cuando para ellos constituye un aspecto secundario de su labor.

### *Desventajas*

1) Normalmente, es posible añadir sólo un pequeño número de ítems a los que los servicios ya suelen registrar para sus propósitos.

2) Al igual que con las revisiones retrospectivas de los registros existentes, cuantas más fuentes se incluyan, más tiempo lleva la organización de la recogida. Si diversos servicios están involucrados, se necesitará tiempo y paciencia en la negociación de los compromisos necesarios para garantizar la coherencia.

3) Incluso si la comparabilidad de ciertos ítems se alcanza, aún existirán diferencias de comprensión. Es, por tanto, importante asegurar que los significados de los ítems se discutan y se aprueben con los servicios. Es también fundamental que se expliciten, preferiblemente en las hojas donde se registra la información.

4) Los trabajadores de los servicios se acostumbran a los modos existentes de pedir y registrar la información. Incluso leves modificaciones pueden suscitar resistencia si no se presta la debida atención a las necesidades de los trabajadores. Los objetivos y beneficios de la recogida de información deberían discutirse ampliamente.

5) La oferta de asegurar regularmente el "feed-back" de los datos estadísticos para uso de los servicios individuales, es un incentivo valioso para que éstos colaboren, especialmente los servicios de voluntariado que tienen que elaborar informes anuales.

### *Comentarios*

Al modificar los instrumentos de registro de datos, es importante que los cambios sean lo más breves y sencillos posible. Es esencial considerar las necesidades del organismo en cuestión.

### **3.1.4. Programas especiales de investigación**

Los registros dan información básica sobre el perfil de los problemas de drogas encontrados, mes tras mes, por cualquier servicio. Puede que esto no sea suficiente para responder a preguntas concretas de especial interés, como por ejemplo: ¿por qué los usuarios recurren a los servicios en un momento dado y con qué expectativas?, ¿por qué los demás no se ponen en contacto? Es, pues, necesario, considerar métodos de investigación más explícitamente orientados, como ciertas técnicas de encuesta o de trabajo de campo entre consumidores de drogas.

#### *Ventajas*

- 1) Se puede dirigir la investigación específicamente a aquellas zonas donde otras fuentes son mas inadecuadas.
- 2) Se pueden controlar las preguntas planteadas y la información recogida.
- 3) Se pueden considerar aspectos concretos más detalladamente.

#### *Desventajas*

- 1) Se necesitan técnicas de investigación más especializadas.
- 2) La puesta en marcha puede ser cara, aunque en términos de calidad del producto la inversión puede ser rentable.

#### *Comentarios*

Para valorar cuestiones importantes y específicas que quedan sin contestar cuando se recogen datos de las fuentes o servicios existentes, se deben considerar los programas de investigación citados, si ello es factible.

## **3.2. Fuentes Médicas - Estadísticas Rutinarias**

### **3.2.1. Pacientes ingresados en hospitales**

#### *Hospitales Generales (no psiquiátricos). Diagnósticos de alta*

Las estadísticas regulares (también llamadas "Hospital Activity Analysis") son recogidas en todos los hospitales de Inglaterra y Gales. Incluyen diagnósticos

primarios y secundarios de todos los pacientes dados de alta. Las estadísticas se comprueban a nivel regional así como recurriendo a los propios hospitales.. Una muestra de 1 de cada 10 proporciona datos para la "Hospital Inpatient Enquiry" \* (DHSS). Los datos se refieren a las altas, no a los pacientes individuales. Una misma persona puede haber sido dada de alta varias veces y por tanto puede generar varias altas.

### *Hospitales Psiquiátricos - Diagnósticos de admisión*

Todos los hospitales y las unidades psiquiátricas registran diagnósticos (primarios y secundarios) de todos los pacientes admitidos. Esto proporciona los datos para la "Mental Health Enquiry" del DHSS. La "Mental Health Enquiry" también registra los diagnósticos de alta, lo que permite que los diagnósticos de admisión y los de alta puedan ser relacionados.

### *Contactos*

El gestor sanitario del distrito, el personal de registros del hospital, la unidad de estadísticas regionales, el personal de estadística de los distritos, etc. Solicitarles copia de los diagnósticos relevantes primarios y secundarios (véase apéndice 2).

### *Comentarios*

1) Los diagnósticos se codifican utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (véase Apéndice 2). Los códigos de tres dígitos pueden ser más fiables que los de cuatro. En general, los diagnósticos registrados no son fiables para facilitar un recuento exacto de los casos ingresados en los hospitales, especialmente cuando los motivos por los que los pacientes son ingresados no están relacionados con la droga. En la investigación del "Project", por ejemplo, los registros de hospitales psiquiátricos indicaban sólo un diagnóstico de dependencia de opiáceos en dos años, a pesar del hecho de que sabía que diversos adictos que frecuentaban el centro de tratamiento de drogodependencias habían sido ingresados en hospitales durante ese periodo.

2) Es posible obtener los datos "en bruto" en cada hospital. Se hace un listado que recoja de cada parte de alta el número del hospital, el especialista que ha dado el alta, sexo, edad, zona de residencia, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, duración de la estancia, resolución, hasta cuatro diagnósticos y toda intervención quirúrgica llevada a cabo. Podrían recogerse individuos mejor que altas. No obstante, toda investigación que incluya nombres requerirá la aceptación del Comité ético del Hospital.

---

\* N. de T. En España existe una estadística similar: La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

3) Los registros rutinarios de diagnósticos de pacientes ingresados son de poco valor para indicar la prevalencia en la comunidad. Por esta razón que en la investigación del "Project" los registros de altas de pacientes revelaron sólo 33 personas con un diagnóstico primario o secundario de drogodependencia, en una zona donde el número de consumidores regulares de opiáceos se estimaba en 2.000. La ausencia de un número significativo de diagnósticos relevantes no debe considerarse como la confirmación de que no existe un problema de drogas.

4) Los datos rutinarios de los hospitales excluyen a los pacientes no ingresados (consultas externas), a los atendidos en los departamentos de urgencias (a no ser que se les ingrese en salas) y a los pacientes privados. Merece la pena informarse de si los hospitales conservan índices o archivos diagnósticos separados de las diferentes atenciones.

### **3.2.2. Notificaciones de adictos al Home Office**

Tradicionalmente, los listados de adictos conocidos por el Home Office eran la principal fuente de información sobre la adicción en el Reino Unido. Esto ha estado en vigor desde 1930. Antes de 1968, la información se obtenía a través de la declaración voluntaria de los médicos y mediante el recuento de las personas condenadas por delitos relacionados con opiáceos (o cocaína). Desde la "Dangerous Drugs Act" de 1967 (que fue más tarde reemplazada por la "Misuse of Drugs Act" de 1971), ha habido una exigencia reglamentaria para todo médico —no sólo para aquellos que trabajan en centros especiales de tratamiento— que obliga a notificar los casos al Home Office. La ley se refiere a todo adicto (en el restringido sentido médico-legal que se explicita a continuación) conocido por cualquier razón médica, no sólo a los que son tratados por su adicción. No es obligatorio notificar: 1) si las drogas enumeradas abajo han sido prescritas para el tratamiento de enfermedades orgánicas o lesiones, y 2) si la misma persona ya ha sido notificada en los últimos doce meses por el mismo médico o por cualquier otra persona que trabaje en la misma zona de salud u hospital.

Las drogas de las cuales se deben notificar los casos de conocida o supuesta adicción son las siguientes (excepto la cocaína, todas son opiáceos):

1. Cocaína.
2. Dextromoramida
3. Diamorfina (heroína)
4. Dipipanona
5. Dihidrocodeína
6. Levorfanol
7. Metadona
8. Morfina
9. Opio
10. Oxiconona
11. Papaveretum

12. Petidina
13. Piritramida

No se incluyen muchos compuestos médicos que contienen codeína —también un opiáceo— y que normalmente se pueden conseguir sin receta. Una persona dependiente de otras drogas (barbitúricos, anfetaminas, alcohol, etc.) no es considerada como un adicto en este marco médico-legal.

De acuerdo con la "Misuse of Drugs Act" de 1971, se considera adicto a una persona sí, y sólo sí, como resultado de una administración repetida se ha convertido en dependiente de la droga hasta el punto de (como se especifica arriba) tener un deseo irresistible de continuar administrándose.

### *Contactos*

"Home Office Annual Statistical Bulletin on the Misuse of Drugs" y tablas complementarias. Inspector jefe de la División de Drogas del Home Office. Inspectores regionales del Home Office. Departamento Estadístico del Home Office (véase apéndice 1).

### *Comentarios*

Probablemente, las notificaciones sean la mejor fuente rutinaria, pero tienen sus limitaciones:

- 1) En la práctica se refieren sólo a adictos a opiáceos.
- 2) No todos los médicos notifican a los adictos que conocen (Smart, 1974, Strang, 1985). Algunos notifican a los adictos que tratan, pero no aquéllos que consultan pero no son tratados. La opinión del autor es que los departamentos generales de hospitales y los médicos de cabecera notifican menos que los centros de tratamiento de drogodependientes.
- 3) No todos los adictos buscan tratamiento.
- 4) La información se analiza esencialmente a nivel nacional; la información básica se desagrega según el distrito de las fuerzas policiales (el total de notificaciones de drogas a fecha 1 de enero, el total que se notificó durante el año dividido en antiguos y nuevos adictos.) No es probable que la información sea de mucha utilidad a nivel de distritos, pero puede ser más valiosa para grandes zonas.
- 5) Las notificaciones están influidas por la política y recursos de los servicios de tratamiento. Así pues, una política de prescripción generosa o un servicio al que se accede con facilidad y que deriva activamente puede ser más atractivo para los adictos que una unidad apartada, orientada hacia la abstinencia y con recursos limitados.
- 6) El grado de subregistro y la medida en que las notificaciones subestiman

la prevalencia total de la dependencia probablemente varíen de una zona a otra. En la mayoría de las zonas, sin embargo, es probable que las notificaciones subestimen mucho la prevalencia verdadera (véase 2.6.1.).

En general, las notificaciones de nuevos casos pueden reflejar mejor las tendencias que las cifras globales. Existe un retraso entre el consumo inicial de opiáceos y la primera notificación. Además las estadísticas se publican con un año de retraso. De este modo, las tendencias de las nuevas notificaciones siempre reflejan los inicios en el consumo de opiáceos que tuvieron lugar varios años antes. Las notificaciones no equivalen al número de personas conocidas por los servicios específicos de tratamiento.

### **3.2.3. Hepatitis vírica**

La hepatitis vírica es una inflamación del hígado que puede ser causada por varios virus diferentes. A menudo nos referimos a ella como ictericia, debido a que la piel y el blanco de los ojos se vuelven amarillos. Existen otras causas de ictericia (por ejemplo, hepatitis por alcoholismo agudo, reacciones a la medicación, desórdenes sanguíneos hemolíticos, cálculos biliares, cáncer, etc.). A la inversa, es posible padecer hepatitis sin una ictericia obvia, aunque normalmente la persona no se siente bien. La hepatitis suele ser transmisible sólo en los estadios presintomáticos y en los agudos, aunque una minoría de individuos son portadores activos durante mucho más tiempo. Normalmente se desarrolla un cierto grado de inmunidad después de la primera infección, pero puesto que existen virus diferentes, es posible contraer la hepatitis más de una vez.

Se conocen principalmente tres tipos de virus de la hepatitis: virus de la hepatitis A, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis no A no B. Otros virus como los citomegalovirus y el virus Epstein-Barr pueden causar ocasionalmente hepatitis. El agente delta —recientemente descubierto— puede causar una hepatitis sobreañadida en un portador de hepatitis B.

1) La hepatitis A causa la que en principio fue denominada "hepatitis contagiosa". Se transmite por vía fecal-oral. Existe un breve período de incubación de dos a cuatro semanas. Los individuos infectados normalmente se recuperan y no se da un estado de portador. No produce enfermedades crónicas del hígado. Es relativamente común donde las condiciones sanitarias son pobres o en instituciones como escuelas, internados, etc. Con mayores niveles de higiene, la población del mundo desarrollado es, sobre todo, susceptible y vulnerable cuando viaja a zonas menos desarrolladas. Actualmente, menos del 20 por ciento de los jóvenes adultos de Londres es inmune. No existe ninguna relación particular con el consumo de drogas.

2) La hepatitis B causa lo que, en principio, se conoció como "hepatitis del suero". El virus se transmite por la inoculación por vía parenteral de sangre infectada u otros fluidos corporales (por ejemplo, por transfusiones de sangre o por agujas infectadas). También se transmite sexualmente y perinatalmente. Hay

un largo período de incubación de dos a tres meses entre la infección inicial y el desarrollo de la enfermedad clínica. Aproximadamente, en un 5 por ciento de los individuos infectados el virus permanece en sangre e hígado (infección crónica o estado de portador) y esto está asociado con el desarrollo de hepatitis crónicas, cirrosis y cáncer primario de hígado. Los consumidores de drogas intravenosas, junto con homosexuales y prostitutas, forman los tres grupos principales de riesgo en el mundo desarrollado.

El agente delta es un pequeño virus recientemente descubierto que no puede dar lugar a la infección sin la presencia del virus de la hepatitis B. En gran parte se manifiesta como una infección sobreañadida en los portadores de la hepatitis B, y puede traducirse en una infección transitoria, en una hepatitis aguda o fulminante o en una hepatitis crónica activa. En el Reino Unido, se ha encontrado ampliamente este virus en portadores del virus de la hepatitis B que son consumidores de drogas intravenosas o hemofílicos.

3) Hepatitis no A no B. Al menos dos virus que se transmiten de forma similar al virus de la hepatitis B causan esta hepatitis. No se ha identificado ningún agente, pero hay pruebas considerables de que están implicados agentes víricos transmisibles. El diagnóstico se realiza mediante la exclusión de otras causas de hepatitis como el alcohol, medicamentos y otros virus, usando técnicas modernas de laboratorio\*. Estudios recientes han demostrado que entre un 20 y un 80 por ciento de los infectados por vía parenteral pueden desarrollar la hepatitis crónica. Los consumidores de drogas intravenosas y los hemofílicos son los grupos de mayor riesgo en el mundo desarrollado. Otros virus no A no B se pueden transmitir por vía fecal-oral de forma similar al virus de la hepatitis A.

Puesto que el virus de la hepatitis B y no A no B se asocian con prácticas de inyección no estéril y en particular con el uso compartido de agujas y jeringas, a veces se considera que las variaciones en su incidencia reflejan cambios en la extensión del consumo de drogas por vía parenteral. Existen algunas pruebas de que las personas son más propensas a infectarse por el virus de la hepatitis B o no A no B en el primer año de consumo de drogas inyectadas. Sobre esta base, se ha supuesto que la incidencia de la hepatitis puede ser un indicador indirecto de la incidencia de nuevos casos de uso de drogas por vía parenteral (Minichiello, 1976). No tiene valor como indicador de consumo de drogas por otras vías (por ejemplo, esnifadas o fumadas).

Sin embargo, puesto que tanto el virus de la hepatitis B como el de la no A no B pueden transmitirse mediante otros mecanismos, y puesto que el virus de la hepatitis A no está específicamente vinculado al consumo de drogas, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

1) Hacer un diagnóstico diferencial adecuado según el tipo de hepatitis de que se trata.

---

\* N. del T.: Actualmente la situación puede haber cambiado con la identificación del virus de la hepatitis C.

- 2) Informar acerca de si los casos tienen relación con el consumo de drogas.
- 3) Considerar la fiabilidad de la notificación de casos.

### *Notificaciones de hepatitis*

La hepatitis es una enfermedad transmisible que hay que notificar. Se supone que todos los médicos de cabecera y los hospitales notifican los casos de hepatitis al especialista en medicina comunitaria del distrito (que es responsable de la salud ambiental). En la práctica, no se conoce siempre el tipo de hepatitis, con frecuencia existe subnotificación de casos y la información sobre si los casos guardan relación con el consumo de drogas es a menudo incompleta. Es más satisfactorio complementar los datos intentando obtener información de los casos directamente, a partir de los hospitales o de los médicos de cabecera. Para el virus de la hepatitis B se puede hacer en parte usando los registros rutinarios de laboratorio.

### *Registros de pacientes ingresados*

Se deben comprobar los registros rutinarios de hospitales para los diagnósticos de hepatitis. Normalmente, será necesario acudir al historial de los pacientes para verificar si el caso está relacionado con el consumo de drogas. Se requiere el permiso individual de los especialistas responsables de cada caso (véase apéndice 2 para los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE).

### *Informes de laboratorio sobre la hepatitis B*

De todos los casos positivos de hepatitis B identificados por los laboratorios, se informa al "Communicable Disease Surveillance Centre" y al "Central Public Health Laboratory", en Colindale, Londres. Incluye información sobre si los casos están relacionados con las drogas. La información puede ser desagregada por regiones, pero probablemente sea más efectivo contactar directamente con el laboratorio local.

Es probable que parte de la información no sea fiable, puesto que depende del médico que atendió en primer lugar al paciente quien, utilizando pruebas de laboratorio y, conociendo que la enfermedad estaba relacionada con las drogas, pasó dicha información al laboratorio.

### *Contactos*

El especialista de medicina comunitaria del distrito, el laboratorio local, la unidad de enfermedades transmisibles, el "Communicable Disease Surveillance Centre" y el responsable de los registros del hospital.



## *Comentarios*

Puesto que se está mejorando el diagnóstico diferencial y se pueden conseguir tratamientos específicos, ésta es un área en la que la mejora de los registros es muy alentadora. Sometidos a confidencialidad y a una metodología cuidada, los casos de hepatitis pueden ser útiles en los estudios de localización de casos (véase 2.5.1) y en las estimaciones de la prevalencia basadas en el método captura-recaptura (véase 2.6.2). Es aconsejable comprobar los casos procedentes de todas las fuentes arriba indicadas, y si es posible, incluir una pregunta sobre hepatitis en toda encuesta dirigida a los médicos de cabecera o al personal médico de los hospitales. También es aconsejable comprobar todos los casos de hepatitis identificados con la fuente original de información (por ejemplo, el médico que hizo la notificación, o el que envió a analizar la sangre).

### **3.2.4. Mortalidad**

La información relativa a los fallecimientos relacionados con el consumo de drogas puede ser útil, aunque se requiere cuidado al seleccionar los datos. En concreto, es esencial distinguir entre los fallecimientos que resultan de los efectos adversos de las drogas (por ejemplo, intoxicación o sobredosis) y los fallecimientos de personas que son consumidores de drogas. En el primer caso, es necesario distinguir entre muertes buscadas deliberadamente por los consumidores de drogas (suicidios) y otras muertes (verdaderos accidentes), mientras que en el segundo caso la muerte puede resultar de otras causas que no sean la sobredosis (por ejemplo, muerte súbita, otras enfermedades, causas naturales). Se obtienen datos relevantes a partir de las tres fuentes principales.

#### *Fallecimiento de adictos conocidos por el Home Office*

Las estadísticas anuales del Home Office sobre el uso indebido de drogas detallan el número de adictos notificados, conocidos como tales, en el momento de su muerte. No existe, sin embargo, ninguna obligación de notificar tales muertes al Home Office. La información se comprueba partiendo de varias fuentes (incluidos los periódicos). Sólo se incluyen las muertes en las que la persona había sido notificada como adicto durante el año o recibía drogas a principios de año y posteriormente no se ha informado de que estuviera "fuera de las drogas". La información sobre las muertes puede que no llegue al Home Office hasta el año siguiente o incluso más tarde. Sin embargo, las cifras son de una fiabilidad desconocida y de cobertura incompleta, y normalmente no se desagregan por distritos policiales.

### *Fallecimientos debidos a intoxicación por drogas específicas*

La "Office of Population, Censuses and Surveys (OPCS)", verifica y publica estadísticas anuales de todas las muertes atribuidas a accidentes, intoxicaciones y violencia (Véase: "Mortality Statistics: accidents and violence"). La información procede de los certificados de defunción en los que la causa de la muerte se atribuye a efectos adversos de las drogas (por ejemplo, intoxicación o sobredosis). En la mayoría de los casos, la información la proporciona el forense después de realizar autopsia e investigación. El forense facilita la información al secretario de registro con el objetivo de que se anote la muerte. El secretario del registro transmite ciertos datos a la OPCS para su codificación y análisis estadístico. Los datos se presentan usando el código de la Clasificación Internacional de Enfermedades —CIE— (véase apéndice 2) por categorías específicas de drogas y por causas externas (accidentes, suicidio, violencia de otras personas, causas indeterminadas).

Es posible obtener estos datos de la OPCS desagregados para pequeñas zonas, pero es probable que las cifras no sean fiables. Las cifras excluyen muertes relacionadas con drogas directamente provocadas por otras causas, subestiman el número de sobredosis mortales relacionadas con el consumo de drogas y no indican el estado de la persona anterior a la toma de drogas. Existe un considerable retraso desde la muerte hasta que se puede disponer de la información. Es mucho más rentable conseguir la ayuda del forense local (véase abajo).

### *Muertes investigadas por los forenses*

Todas las muertes no naturales se remiten al juez de primera instancia, cuya obligación es verificar la causa de la muerte. Es probable que se investiguen las muertes en los casos en que: 1) la persona era relativamente joven (menos de 45 años); 2) la muerte se debió a sobredosis; 3) existía otra prueba de consumo de drogas (por ejemplo, jeringuillas, signos de venopunción, etc.) y/o la muerte se produjo por fuego, ahorcamiento, violencia u otras circunstancias sospechosas.

También es probable que, cualquiera que sea la causa inmediata aparente, la mayoría de las muertes de adictos a opiáceos o a varias drogas se sometan a investigación. Es probable que alguna prueba sobre consumo de drogas sea remitida al forense, bien a través del informe anatomopatológico, bien a través de los informes o declaraciones de la policía, médico de cabecera, amigos, familia, etc. La evidencia de consumo de drogas es menos probable en los accidentes de tráfico, en las muertes de individuos que padecían una enfermedad no relacionada con el consumo de drogas y en las muertes por causas distintas a sobredosis de individuos que en aquel momento sólo estaban incidentalmente implicados en el consumo de drogas.

Los forenses informan sobre las muertes debidas a drogadicción cuyas cifras publica anualmente el Home Office en las "Coroner's Statistics: England and Wales". Sin embargo, no basta con fiarse de los veredictos de muerte "debida a

drogadicción". Muchas muertes de adictos se atribuyen a muerte accidental, suicidio, accidente, causas sin confirmar, etc. Los criterios para el veredicto varían, dependiendo de un tribunal u otro, y también con el paso del tiempo. Otro problema es que las drogas relacionadas no se especifican en las estadísticas. Hasta donde hemos podido conocer, parece que los veredictos de "adicción" pueden subestimar el número de adictos entre dos y cinco veces.

El método más útil es extraer la información en todos los casos en que hay pruebas de que la persona era un adicto o consumidor problemático, sin tener en cuenta la causa inmediata de la muerte. Ello exige una búsqueda retrospectiva de todos los registros forenses de muertes no naturales referentes a individuos con edades comprendidas entre 15 y 44 años. En la mayoría de los tribunales ésta es una tarea posible, puesto que la muerte a estas edades no es frecuente. Es primordial hablar primero con el forense y los tribunales. Prospectivamente es de un valor inestimable conseguir la ayuda del forense, los oficiales de los tribunales y los patólogos para que rellenen un impreso especial cada vez que tiene lugar una muerte relacionada con drogas, o cuando las pruebas afirman que la persona estaba implicada en el consumo de drogas.

Al recopilar la información es útil, para fines epidemiológicos, registrar los datos siguientes:

- Referencias identificativas (si no el nombre, el número de registro).
- Fecha de fallecimiento y fecha de la investigación.
- Veredicto final.
- Sexo y edad o fecha de nacimiento.
- Zona geográfica de la muerte y último domicilio conocido.
- Sobredosis u otras causas.
- En caso de sobredosis, detallar las drogas implicadas.
- ¿Se completó la autopsia? (es posible que no, si se sospechó hepatitis).
- Drogas identificadas en el cuerpo de la víctima (si había o no sobredosis).
- Prueba de consumo de drogas regular o dependencia, y de qué drogas.
- En caso de dependencia, duración del uso de drogas.
- Fuentes de información (patólogo, médico de cabecera, Centros de tratamiento, familia, amigos, etc.).
- Tratamiento previo de la drogodependencia (con fechas si es posible).

## *Contactos*

Local Registrar of Birth, Marriages and Deaths, informes de los forenses, informe del patólogo, Coroner's Statistics: England and Wales.

## *Comentarios*

Los datos se pueden usar para indicar las tendencias en el uso de opiáceos, sedantes y en el uso de varias drogas. Además, parece ser que el índice de mortalidad anual entre los consumidores regulares de opiáceos es del 1 al 2 por ciento. Este índice puede ser mayor entre individuos deteriorados o que usan múltiples drogas por vía inyectada y algo menor entre individuos más "normales" o entre aquéllos que preferentemente esnifan o fuman los opiáceos. Es posible identificar de forma fiable en los registros del forense el número de consumidores regulares de opiáceos que mueren, sea por la razón que sea, durante un período de doce meses, obteniendo así una estimación aproximada de la magnitud de la prevalencia (véase 2.6.1. y 2.6.2).

### **3.2.5. Recetas de drogas psicoactivas**

Todas las recetas del National Health Service (NHS) registradas en las farmacias se conservan en unos archivos centrales. Cada mes, los farmacéuticos envían los impresos de las recetas (FP 10's) a la "Prescription Pricing Authority" en Newcastle. Las cifras nacionales se publican anualmente e incluyen el número de recetas registradas por los farmacéuticos, clasificadas a su vez en categorías terapéuticas (Véase "Family Practitioner Committee Pharmaceutical Services, DHSS"). La información se analiza —aunque no se publica— por regiones, distritos y, un mes al año, por médicos. Esta información sólo se puede obtener con permiso del médico. Generalmente, no es posible obtener información sobre marcas específicas por motivos comerciales.

Las recetas privadas no las cubre este sistema. Sin embargo, se exige a los farmacéuticos que conserven los registros de todas las recetas privadas dispensadas. Los registros se conservan durante dos años.

La ley exige a todos los farmacéuticos que conserven los registros (en un libro aparte) de todas las transacciones relativas a drogas controladas por la "Misuse of Drugs Act" de 1971. El registro incluye nombre y dirección del médico y el paciente y cantidades de drogas dispensadas. De acuerdo con la ley, el libro es inspeccionado por la policía.

## *Contactos*

El Comité Farmacéutico Local de la "Prescription Pricing Authority".

## Comentarios

Los datos de prescripciones no proporcionan por sí solos una idea de cómo se usan las drogas actualmente, ni de si hay algún problema relacionado con ellas. La única información que puede indicar la existencia de un problema sería la existencia de grandes cantidades de recetas de determinados tipos de drogas (por ejemplo, barbitúricos). Puede resultar muy arduo obtener dicha información a través de las fuentes rutinarias. Es mucho más útil contactar directamente con los farmacéuticos locales.

## Referencias

### *Pacientes ingresados en los hospitales*

- World Health Organisation (1978). International Classification of Diseases). OMS. Geneva.
- ALDERSON, M.R. (1974). Central Government Routine Health Statistics. Vol 2, Reviews of UK Statistical Sources. (ed Maunder, WF). Heinemann, London.
- BENJAMIN, B. (1968). Health and Vital Statistics. Allen and Unwin. London.
- ALDERSON, MR and MEADE, T.W. (1967). Accuracy of Diagnosis on death certificates compared with that in hospital records. Br.J. Prev. Soc. Med., 21, 22-29.
- LOCKWOOD, E. (1971). Accuracy of Scottish hospital morbidity data. Br. J. Prev. Soc. Med. 25, 76-83.

### *Notificaciones de adictos al Home Office*

- Home Office. Statistics of the misuse of drugs in the United Kingdom. Statistical bulletin (published annually), Statistical Department, Home Office, London. (Esto se complementa con una publicación más detallada: Statistics of the misuse of drugs in the United Kingdom, supplementary tables.)
- EDWARDS, G. (1981). The Home Office index as a basic monitoring system. Edwards, G and Busch, C. (eds) (1981). Drug problems in Britain. A review of the years. Academic Press, London.
- JOHNSON, B.D (1975). Understanding British addiction statistics. UN Bull. Narcotics, 27, 49-63.
- SMART, R.G and OGBORNE, A.C. (1974). Losses to the addiction notification system. Br. J. Addict. 69, 225-229.
- STRANG, J. and SHAH, A. (1985). Notification of drug addiction and the medical practitioner; an evaluation of the system. Br. J. Psychiat. (de próxima aparición).
- GHODSE, A.H. (1977). Casualty Departments and the monitoring of drug dependence. Brit. Med J. 1 (6073), 1381-1382.

### *Hepatitis virales*

- MINICHELLO, L. and RETKA, R. (1976). Trends in intravenous drug abuse as reflected in national hepatitis reporting. *Am. J. Public Health*, 66(9), 872-877.

### *Mortalidad.*

- Home Office. Coroner's statistics for England and Wales. Statistical Bulletin (published annually), Statistical Dept. Home Office. London.
- GHODSE, A.H. SHEENAN, M. STEVENS, B. et al. (1978). Mortality among drug addicts in Greater London. *Br. J. Med*, 2. 1742- 1744
- GHODSE, A.H. (1981). Morbidity and Mortality. In: Edwards, G. and Busch, C. (eds). *Drug Problems in Britain. A review of ten years*, Academic Press, London, 171 -215.
- HARVEY, J.G. (1981). Drug related mortality in an inner city area. *Drug and alcohol Depend.* 7, 239-247.
- GHODSE, A.H., SHEENAN, M., TAYLOR, C., EDWARDS, G. (1985). Deaths of drug addicts in the United Kingdom 1967-81. *Br. Med. J.* 290, 425-428.
- SPEAR, H.B. (1983). Drug Abuser Deaths. *Br. J. Addict.* 78, 173-178.

### *Prescripciones de drogas psicoactivas*

- MURRAY, R.M. (1980). Minor analgesic abuse: the slow recognition of a public health problem. *Brit. J. Addict.* 75 (1), 9-17.
- WILLIAMS, P. (1890). Recent trends in the prescribing of psychotropic drugs. *Health trends: 12* (1). 6-7.
- ANDERSON, R.M. (1980). The use of repeatedly prescribed medicines. *J. Roy Coll Gen Practit:* 30, 609-613.
- MARKS, J. (1980). The benzodiazepines-use and abuse. *ArzneimForsch-Drug Res: 30-1. (A-5)*, 898-901.
- ANDERSON, R.J. (1980). Prescribed medicines: who takes what. *Epidem Comm. Health* 34 (4), 299-304.
- COOPERSTOCK, R., PARNELL, P. (1982). Research on psychotropic drug use - a review of findings and methods. *Soc Sci Med: 16* (12), 1179-1196.
- WILLIAMS, P., MURRAY, J., CLARE, A., (1982). A longitudinal study of psychotropic drugs prescription. *Psychol Med: 12* (1). 201-206.

### **3.3. Servicios Sanitarios con base hospitalaria**

#### **3.3.1. Centros de tratamiento ambulatorio**

Los centros de tratamiento ambulatorio (DDUs o clínicas de drogas) son unidades especiales que fueron establecidas de acuerdo con la "Dangerous Drugs Act" de 1967 para ofrecer tratamiento a los adictos a opiáceos; algunos también atienden problemas de drogas no opiáceas dependiendo de la política local. En algunos casos, especialmente fuera de Londres, los drogodependientes son admitidos en los centros ambulatorios de salud mental o en las unidades de alcoholismo.

#### *Utilidad de la información*

La información de las clínicas de drogas puede contribuir a la valoración ya que:

- 1) Facilitan información sobre la dependencia de opiáceos, aunque no sobre todo el espectro del uso de opiáceos (véanse limitaciones a continuación).
- 2) Proporcionan una medida directa de la demanda de tratamiento, de su magnitud y de quién la recibe.
- 3) Indican tendencias locales en la dependencia de opiáceos (véase 2.8.2. y 2.8.3.) con las limitaciones enumeradas más adelante.
- 4) Contribuyen a estimar la prevalencia local de dependencia de opiáceos (véase 2.6.2. y 2.6.3.) y la incidencia local (véase 2.7).
- 5) Indican quiénes son tratados independientemente de la población que solicita tratamiento. Estos datos pueden identificar los grupos para los que el servicio no es apropiado. Es necesario examinar cuidadosamente si no satisfacen los criterios principales establecidos por el centro de tratamiento (por ejemplo, requerimientos sobre el lugar de residencia).
- 6) Contribuyen a construir un perfil local de la dependencia de opiáceos considerando las características básicas de los adictos, y las secciones geográficas y socioculturales de la zona de captación donde se concentra la adicción.
- 7) Facilitan indicaciones sobre la disponibilidad de diversos opiáceos en la comunidad y de los tipos de fuentes de las que normalmente se obtienen.

#### *Limitaciones*

Los centros de tratamiento no son útiles para:

1) Proporcionar información acerca de patrones experimentales o intermitentes de consumo de opiáceos, ni sobre aquéllos patrones de consumo que no implican dependencia.

2) Detectar tendencias recientes, referentes a personas que han comenzado hace poco a consumir opiáceos de forma regular (por ejemplo, en los últimos doce meses). Esto se aplica especialmente a los jóvenes que comienzan a consumir (menores de 20 años).

La opinión de "Project" es que los consumidores de opiáceos más jóvenes son particularmente reacios a buscar tratamiento en los servicios médicos convencionales. Así pues, las estadísticas sobre la demanda de tratamiento de servicios médicos tienden a subestimar los aumentos recientes en el consumo y dependencia de opiáceos entre los adolescentes.

Puesto que existe un intervalo entre el consumo inicial y el comienzo del tratamiento (si lo hubiese), los registros clínicos siempre subestimarán la incidencia en los últimos años más que en los primeros. Así, si los registros de un centro que no ha cambiado repentinamente su política de admisiones y tratamiento muestran una marcada subida en el número de personas iniciadas en el consumo recientemente (por ejemplo, el último año), esto sugiere un aumento proporcional y sustancial de la verdadera incidencia de nuevos casos en la comunidad. También presagia un aumento considerable de la demanda de tratamiento en los años venideros.

3) Proporcionar una información directa de la mayoría de los adictos veteranos, muchos de los cuales pueden no tener ninguna intención de ir a una clínica. El volumen y las características de esta categoría pueden variar, pero es posible que incluya a gente que aún no ha experimentado ningún problema; traficantes de éxito, "incitadores" al consumo, y otros que prefieren el mercado ilícito; personas que creen que tienen más que perder que ganar al dar a conocer oficialmente su adicción. Algunos pueden ser conocidos por otros servicios, otros pueden permanecer desconocidos para cualquier servicio durante años.

4) Proporcionar información sobre patrones de consumo de drogas no opiáceas. Aunque muchos adictos a opiáceos consuman otras drogas, esto sólo pone de manifiesto el consumo de múltiples drogas por parte de personas que son consideradas susceptibles de tratamiento por dependencia de opiáceos. Puede ser equívoco sacar conclusiones sobre el consumo local de sustancias diferentes a los opiáceos a partir de este grupo altamente seleccionado, a menos que se basen en entrevistas directas y confidenciales a drogodependientes que están, por ejemplo, implicados en el consumo de anfetaminas.

Sin embargo, el número de drogodependientes visto en un centro de tratamiento subestimarán la prevalencia total de la dependencia y, especialmente, del consumo de opiáceos. El grado de subestimación puede ser muy grande.



### *¿Qué preguntar?*

- 1) Hacer preguntas (muchas y variadas, incluyendo alguna sobre las familias, servicios, etc.).
- 2) Derivaciones y solicitudes de tratamiento.
- 3) Valoraciones iniciales para: a) nuevos casos (inténtese siempre mantener separados los datos de los nuevos casos); y b) casos anteriormente conocidos.
- 4) Valoraciones totales / historia de los casos / admisiones para: a) nuevos pacientes y b) antiguos pacientes.
- 5) Notificaciones y estadísticas bimensuales del Home Office. Estas últimas proporcionan una estimación de los adictos en tratamiento.
- 6) Prescripciones.
- 7) Tests de orina.
- 8) Historia de consumo y consumo actual de drogas habituales.
- 9) Fuentes de derivación y antecedentes de tratamiento.
- 10) Historia delictiva.
- 11) Disponibilidad y fuentes de los diversos opiáceos en la comunidad:
  - a) Droga principal de la dependencia en el primer contacto o en el contacto actual.
  - b) Fuentes declaradas de la droga principal en el primer contacto o en el contacto actual.
  - c) Precios declarados por los consumidores de opiáceos que se ponen en contacto con el centro de tratamiento para los diversos opiáceos (puede no ser corriente registrarlos).

### *¿Cómo obtener la información?*

Póngase en contacto con el especialista responsable. La "Standing Conference on Drug Abuse (SCODA)" ha elaborado una amplia lista de centros de tratamiento que proporcionan algunos servicios a los adictos. Ésta lista incluye nombres, direcciones y números de teléfono de los especialistas más relevantes.

No se requiere ningún permiso, aparte de la acreditación exigida por el especialista o la clínica. Sin embargo, es más importante involucrar al personal tanto como sea posible. Una persona clave es el administrador, secretario o administrativo, ya que contesta las preguntas, toma nota de las citas, archiva los registros, etc. Es importante conseguir su cooperación.

## *Comentarios*

El valor de la información sobre la demanda de tratamiento aportada por los servicios especializados de tratamiento depende de si existe tratamiento y de qué tipo. Además, también es esencial interpretar la información a la luz de las políticas locales. Por ejemplo, si de lo que se dispone es de un servicio que no receta, reacio, a tiempo parcial y con un procedimiento engorroso de valoración y derivaciones, ubicado en la zona oscura de una gran institución, es probable que la demanda de tratamiento tenga una débil relación con la prevalencia local. Por otra parte, donde exista un servicio más accesible y con una actitud generosa hacia las recetas es probable que se vea una mayor proporción de la gente con problemas de drogas.

En 1960, cuando las únicas fuentes de información sobre consumo de opiáceos eran los médicos u otros adictos que recibían opiáceos con receta médica, era natural que los adictos entraran en contacto con la profesión médica para conseguir sus recetas a medida que su nivel de dependencia aumentaba. En los años ochenta, cuando el suministro principal es la importación ilegal de opiáceos, es natural que aumente su implicación en el mercado ilícito. Aunque los adictos en tratamiento están ya por definición en contacto con los médicos, las personas jóvenes pueden buscar tratamiento sólo en momentos de crisis o cuando su grupo o su relación con las drogas ya no satisface sus necesidades.

### **3.3.2. Unidades de internamiento para drogodependientes**

Estas unidades se encuentran normalmente en hospitales psiquiátricos, y pueden estar combinadas con las unidades o pabellones de alcoholismo. No se limitan necesariamente a los adictos a opiáceos, sino que también admiten a dependientes de sedantes o de múltiples drogas. Algunas unidades sólo admiten personas para tratamientos de desintoxicación de dos a cuatro semanas; otras admiten personas para períodos más largos e incluyen actividades de rehabilitación, etc. Existen pocas unidades especializadas en el país. En otras zonas se usan los pabellones de psiquiatría general para la desintoxicación.

#### *Utilidad de la información*

Las unidades de internamiento pueden contribuir a la valoración ya que:

- 1) Proporcionan información fundamentalmente sobre dependencia de opiáceos (véase las limitaciones más adelante).
- 2) Detectan aquellos servicios que fueron los primeros en la cadena de derivaciones y que pueden conocer un mayor número de drogodependientes.
- 3) Dan la oportunidad de entrevistar a los consumidores de drogas en profundidad. A menudo es más fácil llevar a cabo entrevistas extensas en unidades de

pacientes internados que en cualquier otro lugar, puesto que los pacientes suelen disponer de mucho tiempo y frecuentemente reciben bien una cara nueva. Pueden describir también los patrones de consumo de drogas de su zona o de su grupo de mejor gana y con mayor objetividad que la gente que aún está involucrada de forma activa en el consumo de drogas.

### *Limitaciones*

Las unidades de internamiento no son útiles para:

- 1) Estimar la incidencia o prevalencia en una comunidad local.
- 2) Monitorizar directamente las tendencias de consumo de drogas.
- 3) Proporcionar información sobre otras drogas o detectar pronto cambios en la comunidad.

Las razones de por qué los ingresos en estas unidades son de poco valor para medir el alcance del consumo local de opiáceos (del consumo de estas drogas en general o en categorías específicas como la dependencia de las mismas) son las siguientes:

- 1) Muchas zonas no tienen una unidad especializada.
- 2) Las zonas que tienen unidades especializadas pueden admitir pacientes de fuera del distrito sanitario y a menudo de fuera de la región.
- 3) Los pacientes ingresados están muy seleccionados entre un gran número de individuos vistos por los centros de tratamiento de drogodependientes, los médicos de cabecera u otros servicios. Los cambios en el proceso de derivaciones o en los criterios de selección pueden producir grandes variaciones en el número de ingresados. Consideraciones similares se aplican a cualquier servicio, pero en el caso de unidades de internamiento son particularmente importantes, haciendo que las extrapolaciones, incluso las prudentes, sean altamente susceptibles de ser incorrectas.

### *¿Qué preguntar?*

La información buscada debería ser similar a la enumerada para pacientes en tratamiento ambulatorio. Es particularmente útil obtener información sistemática de las derivaciones (en comparación con las admisiones), y de las fuentes de derivación, lo cual no significa que los servicios que derivan usuarios sean los únicos que ven drogodependientes, puesto que otros servicios pueden no enviar a nadie a tratamiento en régimen de internado.

- 1) Calcular la prevalencia o incidencia.
- 2) Describir patrones de consumo de cannabis, estimulantes como anfetaminas o cocaína, LSD; tampoco sirve en muchos casos, para descubrir patrones de consumo de opiáceos como la heroína, especialmente si se esnifa o se fuma.
- 3) Proporcionar algo más que una información mínima sobre factores que no son directamente relevantes para tratar la urgencia.
- 4) Facilitar información sobre muertes relacionadas con las drogas.

### *¿Qué preguntar?*

#### *Sobredosis.*

Es difícil distinguir, retrospectivamente, entre las sobredosis ocurridas en el curso de una drogodependencia establecida o en un contexto de consumo no médico de drogas y aquéllas que son verdaderos accidentes o causas deliberadas de autolesión sin conexión con el abuso de drogas. En la mayor parte de los departamentos de urgencias las tentativas o gestos de suicidio son en su mayoría sobredosis. Tales pacientes son generalmente admitidos y reconocidos por un psiquiatra la mañana siguiente, cuando es factible la elaboración de una historia más profunda. Al contrario que los que hacen un consumo no médico de drogas o son drogodependientes, que tienen más probabilidades de abandonar el hospital o ser dados de alta en cuanto se les ve capacitados. La información referente al estado de consumo de drogas de estos individuos es probable que sea incompleta, o que no exista; y las drogas implicadas en una sobredosis no son necesariamente aquéllas que la persona consume el resto del tiempo. Si el tiempo o los recursos de que se dispone son limitados, es mejor centrarse en la sobredosis.

#### *Otras complicaciones del uso de drogas.*

Incluyen abscesos, septicemia, trombosis venosas, endocarditis, hepatitis, celulitis, síndrome de abstinencia, ansiedad o depresión agudos y estados de confusión. A menudo no es fácil para el personal del departamento de urgencias identificar los casos con la suficiente exactitud, ni generalmente es posible identificar casos de forma fiable al seleccionar los registros del departamento de urgencias. Incluso un esquema informativo especial está sometido a malas interpretaciones y clasificaciones incorrectas, a menos que el personal quiera cooperar y esté bien instruido.

#### *Lesiones relacionadas con las drogas.*

Los accidentes de tráfico, peleas, caídas y quemaduras se presentan a menudo como urgencias médicas que podrían haber sido resultado del consumo de

drogas y de un conjunto de razones adicionales. En estas circunstancias, es poco probable que el personal sea consciente del consumo de otras drogas, excepto quizás del alcohol.

### *Demanda de drogas.*

Tanto los departamentos de urgencias como los médicos de cabecera reciben peticiones de suministro urgente de analgésicos o sedantes. El motivo que se da puede ser la abstinencia, pero es más probable que sea una condición física o psíquica, que puede o no ser verdadera, siendo generalmente imposible determinar cuál es la causa principal a través de los registros. Si los consumidores de drogas intentan obtener psicofármacos de un departamento de urgencias, éste estará muy influido por la política del hospital referente a dichas peticiones. Por ejemplo, el recepcionista puede advertir a los pacientes que es imposible obtener drogas. Así las peticiones no se registrarán a menos que se pida al recepcionista que haga una lista de dichas peticiones.

### *¿Cómo obtener la información?*

Póngase en contacto con el especialista responsable del departamento y con el enfermero jefe. Toda investigación que implique revisiones de historias clínicas, entrevistas de pacientes o estudios especiales requiere el permiso del especialista responsable de cada caso o del departamento considerado. También puede ser necesaria la aprobación por el comité ético del hospital.

Es vital tomarse tiempo para explicar y hablar de los objetivos y mecánica de la valoración con el personal del departamento. Se debe incluir al personal de urgencia, al personal de enfermería, en particular a las enfermeras-jefe que desempeñan un papel clave en la dinámica de cualquier departamento, y por último al personal administrativo responsable de la recepción y conservación de registros. A menos que se consulte y se tengan en cuenta las opiniones de todo el personal que obtiene y registra la información, es probable que toda valoración falle por falta de cooperación.

### *Libro de registro.*

Los departamentos de urgencias registran a todos los pacientes. La información recogida incluye el motivo de la asistencia (por ejemplo, sobredosis, infección). Sin embargo, los registros, normalmente, no indican si la razón está relacionada con las drogas. No es posible distinguir, a partir de los registros, si las sobredosis ocurrieron en el curso de una drogodependencia o en un contexto de consumo no médico o si se trata de un suicidio o de otras sobredosis. Tampoco es posible identificar las drogas implicadas. En muchos hospitales el libro de registro lo rellena el personal administrativo (en muchos casos personal eventual). Para

obtener más información es necesario considerar al menos una de las siguientes fuentes:

#### *Partes de urgencia.*

Constituyen el único registro clínico de tratamiento de casos menos graves. Los detalles básicos se registran en el parte de urgencia que rellena la enfermera o la auxiliar de enfermería.

#### *Registros generales del hospital.*

La facilidad de acceso a la información que contienen los registros depende de los procedimientos de cada hospital. En algunos las anotaciones de todos los pacientes que son atendidos por los departamentos de urgencias se conservan en este departamento, sin tener en cuenta si son admitidos posteriormente en otro servicio. Es conveniente entonces llevar a cabo una revisión profunda, puesto que las anotaciones se encuentran todas en el mismo lugar y sólo se requiere una serie de acuerdos para tener acceso a ellas. En otros hospitales, las anotaciones se transfieren cuando los pacientes admitidos en urgencias son derivados a otros servicios. Seguir la pista de las anotaciones y obtener el permiso para llevar a cabo una valoración puede consumir mucho tiempo.

#### *Entrevistas con el personal.*

Las entrevistas con el personal se pueden centrar en una revisión del alcance y frecuencia aproximada de los problemas relacionados con drogas, vistos en un período específico (por ejemplo, 6 meses). No dan cifras exactas, pero pueden contribuir a decidir si hay algún motivo para llevar a cabo una investigación más detallada, y determinar con precisión las dificultades con que se encuentra el personal al tratar los problemas relacionados con las drogas. También se podría llevar a cabo una revisión más completa de casos concretos. Para evitar problemas de memoria, esto debería hacerse lo más pronto posible una vez que se ha producido la urgencia, lo que consumiría mucho tiempo.

#### *Encuestas especiales.*

La calidad y consistencia de la información registrada se puede mejorar introduciendo un impreso informativo especial para que lo rellene el personal. Si se hace durante un período limitado, o se incorpora a la práctica rutinaria, es esencial realizar una consulta completa a todo el personal que pueda verse afectado. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en un departamento de urgencias con mucho trabajo los estudios especiales son difíciles de realizar; no

suelen aportar información lo suficientemente fiable acerca de los patrones normales de consumo de drogas en los pacientes atendidos.

Si a la mañana siguiente se admiten y se atiende con más detalle a los pacientes, es entonces posible obtener información satisfactoria al conseguir la cooperación de los psiquiatras que cubren las admisiones psiquiátricas de urgencias (véase 3.3.3).

Es importante clarificar las categorías de información que se recojan:

1) Episodios de diversos tipos (por ejemplo, sobredosis, infecciones). Éstos reflejan la carga de trabajo para el departamento que resulta del consumo de drogas; no necesariamente los patrones locales de consumo de drogas.

2) Menciones de drogas (por ejemplo, informes sobre las drogas conocidas como directamente implicadas en los diversos episodios). Ello no refleja necesariamente los patrones locales de consumo de drogas. Las drogas implicadas en los episodios de urgencias pueden ser atípicas respecto a los patrones usuales de consumo de drogas de los individuos implicados.

3) Consumidores de drogas de diversos tipos (por ejemplo, adictos a opiáceos). Parece poco realista esperar que el personal conozca u obtenga la información requerida para identificar los casos apropiados.

Como mínimo es importante, en las asistencias relacionadas con drogas, distinguir entre: a) las principales drogas que se consumen y las drogas concretas que motivan la asistencia en urgencias; y b) las sobredosis resultantes del abuso de drogas y otras sobredosis.

4) Una zona geográfica específica. Normalmente se puede determinar haciendo referencia al libro de registro.

5) Un período de tiempo específico. Raramente hay dificultades al asegurar que todos los casos ocurren dentro del período específico.

Un ejemplo de formulario base que se podría usar al llevar a cabo un estudio de problemas relacionados con drogas atendidos en los departamentos de urgencia se halla en el apéndice 6, Pág. 166.

El sistema de turnos del personal de urgencias (a menudo diferente para enfermeras, médicos y personal administrativo) puede hacer que la coordinación sea difícil. El recambio rápido de personal, especialmente entre médicos internos residentes, puede reducir grandemente la tasa de cumplimentación y la consistencia de cualquier valoración. Las únicas maneras de afrontar estas dificultades son:

1) Hacer visitas regulares al departamento para mantener un contacto personal; comprobar que la información se registra en los casos relevantes y discutir cualquier problema que haya surgido.

2) Persuadir a una o dos personas de la plantilla para que actúen a modo de enlace y coordinación. Puede ser de un valor incalculable si están plenamente convencidos de la importancia del estudio y están dispuestos a ayudar.

3) Restringir cualquier recogida especial de datos a un período corto (no más de un mes). Incluso si esto da información que cubra todo el período de la valoración, puede que dé una idea de la fiabilidad de los datos rutinarios recogidos en los departamentos de urgencias.

La mejora de las tasas de cumplimentación de los estudios de urgencias se puede lograr:

1) Procurando un etiquetado claro de los impresos de registro que serán adjuntados a los partes de urgencias en tipos de episodios específicos (por ejemplo, sobredosis).

2) Tomando medidas para que los impresos de registro permanezcan con los partes de urgencia como registros propios de las asistencias. Se pueden hacer copias para los objetivos de esta valoración, fotocopiando los impresos o utilizando duplicados autocopiativos.

3) Devolviendo informes agregados u hojas-resumen breves, pero regulares (por ejemplo, una hoja por semana), incluyendo tasas de cumplimentación (obtenidas al contrastar los impresos rellenos con el libro de registro). Esto contribuye a mantener el interés y es un recordatorio regular.

4) Usando un color distintivo en los impresos de registro, informes agregados, etc., de manera que estén asociados a la valoración. Se ha de conseguir que todo impreso sea de fácil acceso. Sin embargo un inconveniente es que el personal se puede sentir a disgusto al tener que hacer una encuesta demasiado aparatosa que a veces interfiere en lo que puede ser una relación delicada con pacientes drogodependientes.

### *Comentarios*

Los casos relacionados con drogas representan sólo un pequeño porcentaje de todas las asistencias del departamento de urgencias, aunque pueden plantear problemas desproporcionados. Procúrese que todo procedimiento de recogida de datos sea breve y simple. Recuerde las necesidades del personal y las limitaciones impuestas por las circunstancias en las que se trabaja. Céntrese sólo en las sobredosis, a menos que el personal del departamento de urgencias quiera cubrir todos los episodios relacionados con todas las drogas, y se cuente con tiempo y recursos suficientes.



### **3.3.5. Otros departamentos de hospitales y Facultades de Medicina**

#### *Hospitales de enfermedades infecciosas*

Pueden ayudar a recoger y facilitar datos sobre el consumo de drogas por vía intravenosa en relación con la hepatitis, pero existen pocos hospitales de este tipo y es difícil interpretar los datos (véase 3.2.3).

#### *Departamentos académicos de medicina comunitaria*

Pueden ayudar, ya que dan asesoramiento técnico sobre epidemiología y sociología médica. Además, puede que tengan interés en ayudar, por ejemplo, en un estudio de los problemas de drogas con que se encuentra el personal de atención primaria.

#### *Departamentos médicos, quirúrgicos y de obstetricia*

No es prioritario llevar a cabo estudios especiales en todo el hospital. Es preferible intentar aumentar la fiabilidad de los registros rutinarios de los diagnósticos del hospital (véase 3.2.1).

#### *Servicio de ambulancias*

Merece la pena investigar si el servicio de ambulancias quiere participar en un breve estudio referente a las sobredosis. Si es posible, debería hacerse de forma prospectiva, por ejemplo, durante un mes, para comprobar su viabilidad. Se deben tomar precauciones para no inferir de las evidencias de consumo de drogas la existencia necesaria de una dependencia.

#### *Enfermeras del hospital*

Si se desea examinar detalladamente hasta qué punto se ven pacientes con problemas relacionados con drogas en los hospitales, es importante incluir a la plantilla de enfermeras, especialmente a las enfermeras-jefe. Frecuentemente están más al corriente de las características particulares de los pacientes que los propios médicos.

#### *Clínicas especiales*

Las clínicas que tratan enfermedades de transmisión sexual pueden conocer un número significativo de personas que son, también, consumidores de drogas (Linken, 1968, Ponting, 1970).

## *Personal responsable de los registros*

Siempre hay que consultarles cuando se realice un estudio de problemas de drogas en relación con los hospitales. Aparte de ayudar a obtener estadísticas rutinarias, pueden dar detalles de cómo funciona la captación de información y los registros del hospital.

## **Referencias**

### *Centros de tratamiento*

- BRANSBY, E.R. (1971). A study of patients notified by hospitals as addicted to drugs: first report. *Health trends*, 3(4), 75-78.
- BLUMBERG, H.H. (1981). Characteristics of people coming to treatment. IN, Edwards, G. and Busch C. (eds). *Drug problems in Britain*, Academic press, London.
- STIMSON, G, and OPPENHEIMER, E. (1982). *Heroin addiction*. Tavistock, London.
- SMART, C. (1984). *Drug dependence units in England and Wales: the results of a national survey*.

### *Unidades de internamiento de drogodependientes y hospitales psiquiátricos*

- BEWLEY, T.H. and BEN-ARIE, O. (1968). 2. Study of 100 consecutive inpatients. *Br. Med. J.* 23 March, 1, 727-729.
- MAHON, T.A. (1971). An exploratory study of hospitalised narcotic addicts in Great Britain. *Acta Psychiatrica, Scandinavia suppl.* 227, Munksgaard, Copenhagen.
- GHODSE, K. (1980). Hospital bed occupancy due to drug related problems. *J. Royal Soc. Med.* 73. 853-856.

### *Servicios de urgencia*

- GHODSE, H.A., EDWARDS, G., STAPLETON, J. et al. Drug related problems in London accident and emergency Departments. A twelve months survey. *The Lancet*: 2 (8251), 859-862.
- GHODSE, A.H. (1976). Drug problems dealt with by 62 London casualty Departments. A preliminary report. *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 30, 251-256.
- GHODSE, A.H. (1977) Casualty departments and the monitoring of drug dependence. *Brit. Med. J.* 1(6073), 1381-1382.
- GHODSE, A.H. (1977) Drug dependant individuals dealt with London Casualty Departments. *Brit. J. Psychiat.* 131, 273-280.
- GHODSE, A.H. (1977) Deliberate self-poisoning: a study in London Casualty Departments. *Brit. Med. J.* 1, 805-808.

- GHODSE, A.H. RAWSON, N.S.B (1978) Distribution of drug related problems among London Casualty Departments. Brit. J. Psychiat. 132, -467-472.

#### *Otros*

- LINKEN, A. (1978) A study of drug taking among young patients attending a clinic for venereal diseases. Brit. J. Venereal Dis. 44, 337-341.
- PONTING, L.I., and NICOL, C.S. (1970) Drug dependency among patients attending a department of venereology. Brit. J. Ven Dis. 46, 111-113.
- BINDEMANN, S., WELLS, B.W.P., FISH, F. et al. (1976) Drug misuse in a special clinic population. Brit. J. Ven Dis . 52 (5), 343- 347.

### **3.4. Servicios Sanitarios con base en la comunidad**

#### **3.4.1. Médicos de cabecera**

Los médicos de cabecera pueden ser una valiosa fuente de información. En contraste con los servicios especializados, proveen cuidados de salud primarios. Esto hace que estén en contacto con una mayor diversidad de consumidores de drogas, con un espectro más amplio de drogas y de dificultades relacionadas con éstas, que en los centros de tratamiento, a pesar de que el consumo de drogas puede no ser el motivo principal de consulta. En las zonas sin servicios especializados, los médicos de cabecera suelen aplicar algún tipo de tratamiento a los drogodependientes.

Hay grandes diferencias entre un médico de cabecera y otro en lo relativo a sus conocimientos sobre drogas, su percepción de los problemas de drogas entre sus pacientes y la comunidad y en sus actitudes y respuestas frente a estos problemas. Todo esto determinará la medida en que la información proporcionada por los médicos de cabecera puede ayudar en la realización de una valoración.

#### *Valor de la información*

La información de los médicos de cabecera puede:

- 1) Indicar una gran variedad de problemas médicos y sociales asociados a la prescripción de drogas, especialmente tranquilizantes, hipnóticos, estimulantes, analgésicos y de combinaciones de varias drogas (incluido el alcohol). Generalmente, estos problemas van asociados a un consumo crónico más que a episodios agudos aislados.

2) Contribuir en una estimación de la prevalencia local de la dependencia de opiáceos (véase 2.6.2).

3) Identificar determinadas dificultades con las que se enfrentan en la atención primaria, como son las deficiencias en los servicios y las opciones de derivación.

### *Limitaciones*

La información de los médicos de cabecera no es útil para:

1) Valorar el consumo de cannabis, estimulantes ilegales (como por ejemplo, el sulfato de anfetamina o la cocaína), LSD y solventes.

2) Estimar la incidencia o indicar las tendencias del consumo experimental.

3) Indicar tendencias en el consumo de drogas de cualquier tipo entre la juventud (menores de 20 años).

4) Proporcionar información acerca del suministro ilícito de drogas, o sobre los problemas legales con que se enfrentan los consumidores de drogas.

5) Proporcionar información sobre muertes o sobredosis.

### *¿Qué preguntar?*

#### *Pacientes drogodependientes en listas de médicos de cabecera.*

Casi todos los médicos de cabecera están muy al corriente de los pacientes asignados a sus listas que tienen dependencia crónica a una serie de drogas psicotrópicas obtenidas bajo prescripción médica. Si ellos mismos son los que prescriben algunas de estas drogas, se puede encontrar cierta resistencia a incluir tales casos en cualquier tipo de valoración. También es menos probable que perciban la dependencia de drogas ilícitas —como la heroína— entre sus pacientes, a menos que dicho problema se les presente específicamente como tal. Es más probable que esto ocurra con adictos de mayor edad; los jóvenes (de veinte y pocos años, o menores) se muestran reacios a acudir a su médico de cabecera por problemas de drogas. A veces, pueden ser los padres los que consultan a su médico sobre el consumo de drogas de sus hijos, aunque es muy posible que la importancia de tal consumo continúe siendo incierta. Para todos los grupos de edades, suele ser más difícil obtener información digna de crédito (como la frecuencia, dosis, duración, etc.) sobre drogas ilícitas que sobre el consumo de drogas prescritas.

### *Consumo de drogas ascendente o incontrolado.*

Los médicos de cabecera frecuentemente son conscientes del consumo ascendente de drogas prescritas, en especial de la mezcla de sedantes y alcohol. Es poco probable que detecten un aumento de consumo de drogas ilegales antes de que sea demasiado tarde. Por lo tanto, no son de gran ayuda para señalar la incidencia (casos nuevos) del consumo ilícito o de la dependencia.

### *Demanda de drogas psicoactivas.*

Esta demanda por parte de pacientes temporales, consiste normalmente en opiáceos, estimulantes, sedantes y varios preparados más. Algunos médicos se niegan a considerar cualquier tipo de petición, por lo que piden a sus recepcionistas que disuadan a todo aquel que busca drogas. Aunque a veces se logra burlar este tipo de barrera, por lo general se registran pocas demandas. Una forma de conseguir información es confiar en la memoria de los médicos generales, pedirles que anoten de todas las peticiones durante un período limitado o intentar obtener el apoyo de los recepcionistas para tomar nota de tales peticiones.

Los médicos de cabecera que prescriben a pacientes temporales es fácil que reciban más peticiones que otros de sus colegas, y como resultado se produce una contabilización doble, ya que algunos individuos van de un médico a otro, pudiendo dar la impresión de que el número es mayor. La única solución sería pedir una breve descripción (edad, sexo, rasgos distintivos) con la esperanza de poder determinar si algunas de las peticiones vienen de los mismos individuos, o bien aceptar que la cifra se encuentra entre el número mínimo de individuos posible, contando las peticiones que se sabe que provienen de un mismo individuo sólo una vez, y la cantidad máxima posible (suponiendo que cada petición proceda de un único individuo). Es importante pedir a los médicos que especifiquen si estos pacientes se encuentran en sus listas o no.

### *Complicaciones por el consumo de drogas.*

Es probable que los médicos de cabecera sólo estén al tanto de complicaciones en conexión con drogas en los casos en que saben de antemano que existen problemas de drogas; es decir, si se trata de drogas prescritas o de dependencia de larga duración de drogas ilícitas. La hepatitis podría ser una excepción.

### *Política de los médicos de cabecera.*

La información de los médicos de cabecera que prescriben opiáceos en dosis controladas y otras drogas psicotrópicas puede ser valiosa si se analiza el por qué ven estos casos. Sin embargo, es importante preguntar acerca de esto en el contexto general de sus actitudes hacia los problemas de drogas. Por ejemplo:

¿proporcionan algún tipo de consejo?; ¿ponen límite a las dosis que prescriben y a la duración de la prescripción?; ¿existe alguna forma de provisión alternativa?; ¿qué opciones de derivación utilizan? Este tipo de información se obtiene con más facilidad por medio de entrevistas personales que mediante cuestionarios, lo cual no sólo permite una mayor flexibilidad, sino que también permite afrontar mejor una posible actitud defensiva.

Puede ser útil incluir información acerca de si los médicos de cabecera notifican información, o no, para las estadísticas oficiales de adictos conocidos. Lo mismo sucede con las notificaciones de hepatitis.

### *¿Cómo obtener la información?*

Puede ser útil contactar directamente con algunos médicos de cabecera, o con un centro de salud, para comentar el proyecto o para desarrollar la encuesta piloto. La ayuda de un médico de cabecera local interesado en el tema, puede resultar muy valiosa a la hora de llevar a cabo una investigación.

Si se propone realizar una revisión o una encuesta con todos o muchos de los médicos de cabecera de la zona, es importante conseguir la aprobación del "Family Practitioner Committee", el cual, además, proporcionará una lista de todos los médicos de cabecera que trabajan para el National Health Service (NHS). Puede que valga la pena servirse del "Local Medical Committee", como un canal más informal, para ponerse en contacto con los médicos locales, aunque esto puede variar de un distrito a otro.

Los médicos de cabecera tienen su horario muy ocupado. Para la mayoría de ellos, la participación en una valoración de los problemas locales de drogas no será una prioridad. Incluso cuando se muestran interesados en tomar parte, existe el problema de cómo escoger casos relevantes sin incurrir en omisiones importantes o clasificaciones incorrectas o sin tener que comprometerlos en tareas lentas como la revisión de todos sus archivos. Otra cuestión importante a tener en cuenta, es que las comunicaciones postales, pueden pasar inadvertidas, a menos que se diferencien bien de la propaganda.

A diferencia de los servicios con base hospitalaria, no existe información relevante organizada para cubrir todo un distrito. Por tanto, es preciso cubrir a todos los médicos de cabecera o, al menos, a una muestra representativa. Esto, a su vez, implica algún tipo de método de encuesta.

### *Encuestas Postales (retrospectivas).*

La forma más barata de cubrir un número relativamente grande de médicos de cabecera, es enviándoles cuestionarios por correo, preguntándoles por problemas específicos relacionados con drogas que hayan observado durante el mes pasado (o los tres, o seis meses pasados). Para ello se necesita que los médicos: o bien

revisen todos sus archivos, lo cual suele resultar demasiado lento; o confiar en su memoria, lo cual se presta a errores. Una encuesta retrospectiva, puede ser útil para identificar aquellos médicos de cabecera que se encuentran con muchos pacientes con problemas de drogas; podría valer la pena, por tanto, buscar su colaboración para una encuesta prospectiva.

#### *Entrevistas con médicos de cabecera.*

Las entrevistas personales pueden producir un mayor índice de respuesta y proporcionar más información cuantitativa y descriptiva. También son útiles para aclarar ambigüedades, a pesar de que su realización requiere bastante tiempo. Un término medio satisfactorio, será entrevistar a una muestra aleatoria (por ejemplo uno de cada cinco). Un buen momento para concertar una cita, es inmediatamente después de la consulta de la mañana.

#### *Revisión de registros.*

Esto también supone mucho tiempo, no sólo por lo que se tarda en revisar miles de registros, sino también por la negociación con cada médico o centro por separado para acordar que se realice la revisión, de tal manera que no interfiera con las actividades de su profesión. La confidencialidad puede resultar un gran problema, aunque los nombres y direcciones no estén registrados.

#### *Encuestas prospectivas.*

Las encuestas prospectivas son preferibles a aquéllas que dependen de la memoria, pero se tarda más tiempo en organizarlas, sobre todo si se pretende obtener un índice de respuesta alto. Lo ideal sería visitar cada consulta para explicar los objetivos y pedir a los médicos que tomen nota (en un formulario especial, pero breve) de todos los pacientes vistos que satisfagan ciertos criterios acordados. Es importante llegar a acuerdos concretos y convenientes para asegurarse de que dichos formularios están al alcance del médico sin que interfieran en su trabajo en la clínica, y sin que se pierdan después.

El período cubierto dependerá de los recursos de que se disponga. Un mes puede que sea demasiado poco tiempo para obtener la suficiente información, por lo que es preferible fijar un período de tres a seis meses. Sin embargo, para períodos más largos (de seis meses, por ejemplo) es importantísimo mantener un contacto regular y facilitar breves informes internos sobre los resultados y el progreso de la investigación. Si no se puede cubrir la totalidad de los médicos de cabecera, debe tomarse una muestra al azar de todas las consultas o, alternativa-mente, identificar aquéllas que atienden un mayor número de casos relacionados con las drogas y estudiarlas con mayor detalle.

### *Notificación rutinaria de casos.*

Normalmente no valdrá la pena intentar que todos los médicos de cabecera locales colaboren en un sistema de información local más permanente. Sin embargo, puede ser de gran utilidad seleccionar aquellas consultas y centros de salud en los que se sepa que tratan más casos, en vez de aquéllos en los que sólo se ven casos aislados.

### *Mejora de los índices de respuesta en los estudios.*

Los consejos que se dan a continuación pueden ser útiles para conseguir un alto índice de respuesta (muchos de ellos también son relevantes para estudios de otros organismos):

1) Destacar aspectos de especial relevancia para los médicos de cabecera. Aunque la principal preocupación de la valoración sea determinar los problemas de drogas de sus pacientes, hay que incluir preguntas acerca de las dificultades con que ellos mismos se enfrentan, y animarlos a que expliquen cómo podría mejorarse la situación local. Déjese suficiente espacio para ello.

2) Facilitarles información positiva acerca del valor práctico de su contribución. Subrayar la naturaleza local de la valoración, y la importancia de su participación y la de otros servicios en el esfuerzo global para comprender y responder a las necesidades locales. Cuando la valoración esté destinada al desarrollo de nuevos servicios, informarles también debidamente. Atraer asimismo la atención sobre el hecho de que, aunque a los médicos de cabecera se les presenten pocos casos de drogas individualmente, puede que vean conjuntamente un número sustancial, por lo que cada uno tiene una importante contribución que hacer, aunque ésta sea a menudo poco reconocida.

3) Reducir la resistencia a la participación, procurando:

a) No irritar a los médicos de cabecera (por ejemplo mediante preguntas tontas, preguntas demasiado detalladas, tópicos o frases hechas, etc.).

b) No extenderse en los cuestionarios. Limitar cada pregunta a una idea. Evitar las preguntas complicadas que tengan doble sentido.

c) Adoptar una actitud diplomática y con tacto, mostrando comprensión hacia su horario ajustado, recalcando cuánto se aprecia su contribución.

d) Evitar la censura moral implícita. Cuidar mucho el estilo en preguntas potencialmente amenazadoras (por ejemplo, acerca de las recetas).

e) Poner especial énfasis en la confidencialidad.

4) Si se lleva a cabo una encuesta por correo:

a) Utilizar sobres con sello y escritos a mano o mecanografiados individualmente para distinguirlos de las circulares o la propaganda masiva.



b) Una semana antes de la encuesta, enviarles una carta de presentación pidiendo su colaboración y explicando quién es usted, a qué se dedica, la finalidad e importancia de la valoración, cómo espera que ellos le ayuden y en qué va a consistir aproximadamente la encuesta.

c) Enviar los cuestionarios con una breve carta adjunta, una hoja de instrucciones bien clara y un sobre de respuestas con sello y dirección.

d) Enviar dos cartas con un intervalos de diez días (a partir del primer envío), para refrescar la memoria a los que no contestan, adjuntando más cuestionarios. Después hacer una llamada telefónica personal.

5) Si se puede:

a) Dirigir la encuesta bajo los auspicios del "Local Medical Committee", "Family Practitioner Committee", "Department of Community Medicine" u otros organismos médicos locales reconocidos.

b) Conseguir la ayuda de un médico local en la planificación de la encuesta, en los contactos con otros médicos de cabecera y en el seguimiento de los que no responden.

c) Contactar personalmente con los médicos de cabecera para explicarles en qué va a consistir la encuesta, y obtener su ayuda.

d) Comunicar los resultados a los médicos de cabecera lo antes posible y pedir comentarios. Esto puede ayudar en cualquier investigación que se desee realizar en el futuro.

En el apéndice 6, se halla un ejemplo de un cuestionario tipo utilizado con éxito para dirigir una encuesta retrospectiva a los médicos de cabecera.

### *Comentarios*

No se desaliente por posibles comentarios sobre la imposibilidad de obtener información útil o una respuesta suficiente de los médicos de cabecera. Lleva tiempo, discreción y perseverancia, pero realmente es posible conseguirla. Si un determinado médico es conocido por la facilidad con que receta drogas psicoactivas, puede que atraiga individuos de otras zonas y distorsione el conjunto. Intente distinguir entre los pacientes locales y los que no lo son.

### **3.4.2. Enfermeros de la comunidad y visitantes sanitarios**

Los visitantes sanitarios, enfermeros de la comunidad y estudiantes de enfermería, tienen bastante contacto con los niños (y sus padres) y con los ancianos. A diferencia de otro personal sanitario, visitan con frecuencia a los

pacientes en sus propias casas y ven a otras personas no necesariamente enfermas.

### *Utilidad de la información*

Pueden:

- 1) Señalar los problemas referentes a las drogas prescritas, especialmente en el caso de las madres con niños pequeños y ancianos.
- 2) Contribuir en debates informales acerca del riesgo de los niños cuyos padres tienen serios problemas con las drogas.
- 3) Facilitar información limitada (anónima) acerca de los "múltiples problemas" de los consumidores de drogas ilícitas con niños pequeños.
- 4) Señalar los lugares donde existen problemas por el uso de solventes.

### *Limitaciones*

No son de utilidad para:

- 1) Facilitar información para estimar la incidencia y la prevalencia.
- 2) Facilitar detalles de patrones de consumo o suministro de drogas ilícitas.

### *¿Qué preguntar?*

#### *Drogas prescritas.*

Los mayores problemas con que se encuentran los enfermeros de la comunidad son la excesiva confianza en el apoyo farmacológico, especialmente por parte de los médicos de cabecera que prescriben drogas (en especial tranquilizantes) induciendo en muchas mujeres una dependencia psicológica de los fármacos recetados. Un aspecto concreto es el problema de valorar los efectos de las drogas psicoactivas que se recetan a aquéllos que no son autóctonos, y cuya cultura es muy diferente.

#### *Drogas ilícitas.*

La mayoría de los visitantes sanitarios no suelen ver consumidores de drogas ilegales; tan sólo aquéllos que cubren zonas geográficas con una alta concentración de consumidores problemáticos puede que se encuentren con algunos casos. Su interés en la atención a las familias tiende a centrarse principalmente en el cuidado de los niños. Es raro que mencionen el consumo de drogas, a menos que

sean los propios usuarios quienes planteen el tema. Sin embargo, puede que sean conscientes del consumo de drogas simplemente por la observación y por suposiciones fundadas, pero no tienen un conocimiento detallado de qué drogas se trata. Suelen saber más al respecto si los padres acuden a un centro de tratamiento para drogodependientes o si es una familia "problemática" conocida por varios servicios, o si hay hepatitis.

#### *Consumo de solventes.*

Puesto que los visitantes sanitarios tienen gran movilidad en los distintos ámbitos de la comunidad, es probable que se enteren de si se esnifa cola en determinadas zonas. También es posible que sepan en qué colegios está más extendido el consumo de solventes. Puede que no conozcan a los adolescentes en cuestión, pero se enteran a través de las familias que visitan.

#### *Padres consumidores de drogas con niños pequeños.*

Los visitantes sanitarios conocen los problemas del cuidado de los niños cuando los padres son consumidores problemáticos. El consumo en exceso o incontrolado de droga(s) aparece normalmente en conexión con problemas sociales y domésticos graves, como son conflictos matrimoniales, violencia en una pareja, crisis financieras, dificultades con la vivienda, depresión, soledad y situaciones conflictivas en general, incluida la negligencia y la falta de control sobre los hijos. Lo más probable en estas circunstancias es que las drogas a menudo recetadas (más que ilegales) no sean el problema central. Sin embargo, es urgente encontrar una respuesta al problema de si el consumo continuado y a veces ascendente de las drogas prescritas, tiene o no el efecto involuntario de contribuir a otros problemas.

#### *Ancianos.*

Los enfermeros de la comunidad pueden ser una fuente de información muy útil sobre la contribución que puede tener el consumo de drogas prescritas, (especialmente sedantes), en el desarrollo de cuadros de confusión y de accidentes entre los ancianos.

#### *¿Cómo obtener la información?*

Se debe contactar con el enfermero-jefe del distrito y organizar una entrevista con los enfermeros de la comunidad para obtener información sobre sus percepciones acerca de los problemas locales de drogas. Es preferible que este encuentro se produzca en el marco de una de sus reuniones regulares. Si les preocupa el problema de las drogas y están dispuestos a cooperar, se les puede pedir

entonces que tomen parte en un breve estudio o revisión de los casos que atienden (véase 2.3).

### *Comentarios*

Aunque los enfermeros de la comunidad no son una fuente de información importante en cuanto al consumo problemático de drogas se refiere, al menos sí son relativamente accesibles. Podría resultar de gran utilidad entablar conversaciones informales con un grupo de visitantes sanitarios u otro personal similar, o individualmente con aquéllos que cubren zonas donde se sabe que hay cierto número de consumidores problemáticos.

### **3.4.3. Farmacéuticos**

Los farmacéuticos son una fuente de información bastante olvidada. Son los responsables de dispensar las drogas psicoactivas recetadas por los médicos de cabecera del sector público y por los médicos privados. Las farmacias también distribuyen una amplia gama de medicamentos que contienen drogas psicoactivas, las cuales están a la venta sin necesidad de prescripción médica. En ocasiones pueden despachar jeringuillas y agujas. Algunos consumidores, por definición, han acudido a algún servicio, o al menos a un médico. Para otros, los farmacéuticos puede que sean el único o el primer grupo profesional con quien se ponen en contacto.

### *Utilidad de la información*

Los farmacéuticos pueden:

- 1) Facilitar información complementaria a la de los médicos de cabecera acerca de los problemas asociados con drogas psicotrópicas que se adquieren con receta, en especial estimulantes y sedantes.
- 2) Proporcionar observaciones acerca de la demanda de preparados con principios psicoactivos que no requieren receta médica (como es el caso de los medicamentos para la tos), especialmente en el caso de adolescentes y de los ancianos dependientes.
- 3) Señalar los cambios en el suministro lícito local de opiáceos regulados.
- 4) Señalar la existencia del consumo local por vía parenteral.
- 5) Facilitar información sobre robos de drogas controladas.

## *Limitaciones*

Los farmacéuticos no son de utilidad para:

- 1) Proporcionar información acerca del consumo o suministro de drogas ilícitas.
- 2) Contribuir a estimar la incidencia y la prevalencia, excepto en situaciones especiales donde son la principal fuente de suministro, con un mercado ilegal o alternativo limitado.
- 3) Facilitar información detallada acerca de la naturaleza y gravedad de los problemas relacionados con las drogas, o de las características y posibles necesidades de los consumidores de drogas.

## *¿Qué preguntar?*

### *Prescripciones que sugieren un consumo no médico.*

Entre las circunstancias que sugieren el consumo no médico de drogas psicotrópicas se incluyen las prescripciones de dosis excesivas, las prescripciones frecuentes y durante largos periodos. Se puede sospechar también de aquellos clientes que están intoxicados pero que no huelen a alcohol.

### *Prescripciones de médicos privados.*

Los farmacéuticos tienen que archivar y mantener, por un período de dos años, todas las recetas de médicos privados que se hayan dispensado. Normalmente se registran por separado.

### *Prescripciones de drogas reguladas por la "Misuse of Drugs Act" de 1971.*

Se exige a todos los farmacéuticos que tengan un registro distinto con todas las transacciones en conexión con las drogas reguladas en la norma de 1971 y las regulaciones subsiguientes (principalmente de los opiáceos, excepto la codeína). Entre los datos que se registran se incluyen los nombres y direcciones del médico y del paciente, además de los tipos y cantidades de las drogas dispensadas. Estos registros los inspecciona la policía.

### *Peticiones sospechosas de medicamentos que no precisan prescripción médica.*

Aparte del "Linctus con codeína", entre los preparados en cuestión se incluyen varios medicamentos patentados que contienen codeína o cantidades mínimas de morfina, estimulantes (por ejemplo, efedrina), y sedantes (por ejemplo, prometazina).

### *Peticiones de jeringas.*

No es ilegal facilitar jeringas a los adictos, si bien algunos farmacéuticos se niegan a hacerlo.

### *Robos de drogas.*

Los farmacéuticos son la fuente de información más directa para casos de robos, incluso más que la policía o las compañías de seguros. Es importante preguntar por la clase de drogas desaparecidas.

## *¿Cómo obtener información?*

### *Encuestas.*

Una breve encuesta retrospectiva puede establecer las características de ciertos consumidores de drogas identificables entre los clientes del farmacéutico durante el mes anterior. Resulta más valioso una encuesta prospectiva de un período entre uno y tres meses. La información será anónima, casi con toda seguridad, y no será fácil manejarla para un estudio de localización de casos. Esta encuesta debe llevarse a cabo de modo similar al adoptado con los médicos de cabecera (véase 3.4.1). Se ha utilizado con éxito un modelo de formulario breve en una encuesta de farmacéuticos.

### *Monitorización de prescripciones.*

Puede ser útil buscar la colaboración de una muestra de farmacéuticos para monitorizar las recetas dispensadas, pero es necesario negociar con cada farmacéutico por separado. Es importante monitorizar una lista pequeña de drogas (por ejemplo los opiáceos regulados, ciertos estimulantes como las anfetaminas, el metilfenidato, y los barbitúricos). Es esencial que se incluyan las recetas de los médicos privados.

### *Hacer contactos*

Busque el consejo y el permiso de la asociación local de farmacéuticos, que le facilitará una lista de todos los farmacéuticos. Comente el tema con uno o dos farmacéuticos locales.

## *Comentarios*

Tanto en el caso de las drogas que requieren prescripción médica, como en el de las que no la precisan, es difícil para los farmacéuticos distinguir entre el consumo médico y el que no lo es. No es fácil estar seguro de hasta qué punto las variaciones de las notificaciones reflejan las diferencias reales entre localidades. "Project" se dió cuenta de que las farmacias que informaban de grandes números de jóvenes que consideraban que podían tener problemas relacionados con drogas, se encontraban cerca de médicos de cabecera, los cuales a su vez objetivaron el mismo problema. El trabajo de campo y otros indicadores también indicaron una alta concentración de consumidores problemáticos en tales zonas (principalmente de opiáceos).

### **3.4.4. Otras fuentes relacionadas con la fabricación o distribución de drogas legales**

#### *Fabricantes y mayoristas*

**SUMINISTRO LEGAL.** Las cifras de la producción y distribución al por mayor no suelen estar disponibles. Aunque las compañías comerciales estuviesen dispuestas a revelarlas, la recogida de la información sería difícil. Los productos de marca que contienen sustancias psicoactivas se distribuyen por medio de diferentes mayoristas y las prácticas de registro varían según las regiones de venta. Los registros de los distribuidores mayoristas pueden ser inspeccionados legalmente por la "Pharmaceutical Society of Great Britain", pero la información es confidencial.

**DESVIOS ILÍCITOS.** Los robos a las fábricas y a los almacenes de mayoristas representan un importante, aunque a menudo intermitente, suministro ilícito de preparados producidos legalmente. Los pormenores acerca de estos desvíos no están a disposición pública, en parte por razones comerciales. Los consumidores de drogas pueden ser una fuente de información muy útil sobre la disponibilidad de dichas drogas.

#### *Inspección de la "Pharmaceutical Society of Great Britain".*

Todas las farmacias pueden ser inspeccionadas legalmente por esta Asociación; los inspectores regionales hacen visitas sin previo aviso a cada farmacia con intervalos de 12 a 18 meses. Estos inspectores tienen amplios conocimientos de las tendencias de la demanda, si bien el sistema se interesa en farmacias aisladas más que en identificar las tendencias generales. Puede solicitarse la colaboración de los inspectores regionales a través del Inspector-Jefe de la Asociación (véase apéndice 1).

En la medida en que repercute en la asociación no hay ninguna objeción para que el que trabaja en este tipo de investigación se ponga en contacto con farmacias para conseguir información acerca de las drogas despachadas (a cargo del NHS o de los particulares), siempre y cuando el farmacéutico esté de acuerdo, y no se den nombres de pacientes ni de médicos. Tampoco hay ningún problema por parte de la asociación para que se analice la información sobre la prescripción y dispensación de ciertas drogas que se concentran alrededor de determinadas farmacias o médicos, siempre y cuando éstos permanezcan en el anonimato.

#### *Reclamaciones al seguro sobre robos de drogas*

Aunque no existe un registro central sobre el robo de drogas a farmacias, la mayoría de los farmacéuticos están asegurados con la "Pharmacy Mutual Insurance Company". Los servicios con credibilidad pueden obtener información sobre robos en esta mutua. Por lo menos de la mayor de las dos cadenas de farmacias que mantienen registros propios, pero bajo la condición de que la información ha de permanecer estrictamente confidencial. "Project" no pudo descubrir ninguna tendencia clara a partir de la información facilitada.

#### *Estadísticas sobre delitos*

Estas estadísticas anuales incluyen el número de individuos condenados por extender ilegalmente recetas de drogas. El informe anual del comisario de la "Metropolitan Police" incluye estadísticas de Londres. Hasta 1973, las estadísticas del Home Office sobre el consumo indebido de drogas en el Reino Unido informaban del número de condenas por hurto o fraude referentes a diversas categorías de drogas. Estas condenas actualmente se incluyen bajo el "número de individuos condenados por otros delitos relacionados con drogas".

### **3.4.5. Otros Servicios Sanitarios con base en la comunidad**

#### *Especialistas en salud ambiental*

Los especialistas en salud ambiental realizan estudios de seguimiento de casos de hepatitis, etc., aunque normalmente no consiguen mucha información acerca del consumo de drogas para una valoración. Puesto que hay ciertas evidencias de que los consumidores por vía parenteral adquieren las hepatitis al principio de su "carrera" de consumo inyectado, tales brotes puede que apunten hacia los grupos que han iniciado el consumo inyectado recientemente, si bien hay que considerar otras posibles causas de hepatitis. El primer contacto debe hacerse por medio del especialista en medicina comunitaria del distrito.



## *Servicios de salud escolar y clínicas de orientación para niños*

Debe contactarse con ellos, aunque es improbable que aprecien los cambios de los patrones de consumo de drogas entre adolescentes. Es probable que los casos que les lleguen sean individuos que tienen múltiples problemas.

### **Referencias**

#### *Médicos generales*

- CARTWRIGHT, A. y WARD, A.W.M. (1968). Variations on general practitioners' response to postal questionnaires. *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 22, 199.
- PARISH, P.A. (1971). The prescribing of psychotropic drugs in general practice. *Suppl. of the Royal Coll. Gen. Pract.*, 21 (4).
- CLIFT, A.D. (1975). Dependence on hypnotic Drugs in general practice. In: A.D.Clift (ed), *Sleep Disturbance and Hypnotic Drug Dependence*. Excerpta Medica, Amsterdam, 71-95.
- CLIFT, A.D. (1975). A general practice study of dependence on some non barbiturate hypnotic drugs. In: Clift A.D. (ed), *op. cit.*
- HOWIE, J.G. (1977). Prescribing. In: Fry J.(ed), *Trends in General Practice*. Royal Coll. Gen. Pract., London, Capítulo 8.
- BEWLEY, T.H. (1980). Prescribing psychoactive drugs to addicts. *Br. Med. J.*, 281, 497-498.

#### *Farmacias/Farmacéuticos*

- BENJAMIN, I. (1968). The control of drug use in the UK. In: *Adolescent Drug Dependence*, C.W.M.Wilson (ed), 353-358.

## **3.5. Servicios sociales**

### **3.5.1. Servicios voluntarios no residenciales**

Los servicios voluntarios no residenciales, como los "servicios de calle", son servicios no estatales que proporcionan consejo, ayuda práctica, derivaciones, asesoramiento, etc., a todo tipo de gente (generalmente jóvenes). Algunos de estos organismos están especializados en drogas; otros se dedican a problemas

como la vivienda, las dificultades legales y el aborto. Si los consumidores de drogas no son su objetivo, puede que no estén muy atentos a este problema.

Todos ellos tienen como objetivo satisfacer las necesidades que los servicios públicos no cubren adecuadamente. De este modo, entre sus usuarios se encuentran individuos que desconfían y evitan las instituciones oficiales. Por tanto, los servicios voluntarios, en especial los de calle, son fácilmente accesibles y con frecuencia funcionan bajo un sistema de asistencia informal con su propia base de derivaciones. La confidencialidad es prioritaria hasta el punto que la información básica —nombres y edades— no siempre se conoce. El personal puede que comparta al menos algunos de los recelos que sus usuarios tienen hacia las instituciones oficiales y normalmente se muestran comprensivos con los puntos de vista y las circunstancias de sus usuarios.

Por lo general, estos servicios atienden a la comunidad local o a una población-específica, aunque puede que se solicite su colaboración en una zona más extensa. El conocimiento en profundidad de su "parcela" y la experiencia directa con individuos y grupos que evitan ponerse en contacto con servicios oficiales, puede ser de un valor incalculable.

### *Utilidad de la información*

La información procedente de servicios voluntarios, en especial de los de la calle, puede:

- 1) Facilitar una imagen actualizada del escenario de las drogas en la población con la que se relaciona. Concretamente de:
  - a) La disponibilidad y el consumo de drogas ilegales como la heroína, sulfato de amfetamina, LSD, probablemente cocaína y, en ocasiones, cannabis.
  - b) La disponibilidad y el consumo de ciertas drogas que necesitan prescripción y que circulan por el ámbito local, como la metadona, Ritalin y barbitúricos.
  - c) El consumo masivo combinado o indiscriminado, incluyendo drogas tanto legales como ilegales, así como el alcohol.
  - d) Una descripción del perfil de los individuos y subgrupos implicados en varios patrones diferentes del consumo de drogas.
  - e) Detectar pronto la evolución y las novedades en el ámbito local, incluida la aparición de nuevos grupos de consumidores.
- 2) Comprender el consumo de drogas y los problemas y necesidades asociados a éste dentro del contexto más amplio de la comunidad local y de la relación entre los consumidores de drogas y dicha comunidad.
- 3) Comprender las actitudes, problemas y necesidades de los consumidores problemáticos, especialmente los de aquéllos que desconfían de las organizaciones formales.

4) A pesar de que el tipo de usuario, como en muchos otros servicios, tiende a clasificarse en el grupo de los consumidores más "problemáticos", los servicios de calle tienen probablemente más conocimiento de los patrones de consumo cotidiano, casual o no problemático, en la comunidad, incluso mejor que las instituciones más formalmente organizadas.

### *Limitaciones*

La recogida de información procedente de los servicios voluntarios no es de utilidad para:

1) Estimar la prevalencia e incidencia, excepto en redes determinadas o comunidades limitadas a las que estos servicios están muy vinculados.

2) Facilitar información acerca del alcance de problemas del tipo de la dependencia de tranquilizantes, a menos que se incluya específicamente en sus instrucciones.

3) Proporcionar información detallada de los antecedentes, historia de consumo de drogas o experiencias previas de tratamiento, etc., de sus usuarios, a excepción de la minoría (atípica) que se convierten en usuarios regulares.

### *¿Qué preguntar?*

#### *Demandas de información.*

Estas demandas, especialmente por teléfono, suponen una parte importante del trabajo diario de la mayoría de los servicios de calle. Una gran variedad de individuos (entre ellos los drogodependientes, sus familiares y amigos, personal de otros servicios y la prensa), buscan información y consejo sobre determinadas drogas. El análisis sistemático de los temas que surgen proporciona una rápida detección de las zonas o las tendencias que pueden ser dignas de una atención especial. Tan sólo un simple análisis (por ejemplo por zonas geográficas y si es el consumidor o la familia/amigos quienes requieren información) permite enfocar de cerca la naturaleza y distribución de la demanda de servicios. Sin embargo, no es posible contabilizar individuos concretos ni recoger mucha información acerca de los detalles personales y demográficos en el momento de la consulta, y en la mayoría de los casos tampoco se puede saber si diferentes consultas se refieren al mismo individuo.

### *Derivaciones, incluidas las "auto-derivaciones".*

Puede ser sumamente valioso recoger información sistemática sobre las características básicas de los individuos observados por los servicios de calle. A pesar de que no se puede esperar obtener información que identifique individuos, es importante y (normalmente) posible diferenciar las nuevas derivaciones de las demás categorías.

### *Usuarios regulares.*

El perfil de los usuarios regulares revela relativamente poco sobre las tendencias actuales, pero sí proporciona alguna información acerca de la población a la que dicho servicio ha atendido durante los últimos años.

### *Problemas fundamentales.*

Los problemas con que se enfrentan los servicios de calle son probablemente de naturaleza más variada que los notificados por los centros de tratamiento de drogodependientes. En parte debido a que la mayor parte de éstos centros están orientados hacia el tratamiento de la dependencia de una serie limitada de sustancias y a que se utilizan como fuente de suministro legal de drogas. Además, los servicios de calle proporcionan ayuda en una mayor variedad de aspectos. Ésto tiene la ventaja de añadir dimensiones valiosas a la propia valoración; por ejemplo la complejidad de los problemas de vivienda y empleo.

### *Drogas principales.*

Es importante intentar determinar cuáles son las principales drogas implicadas en "el problema" cuando un individuo se dirige a un servicio de calle. Se tratará de valorar el alcance del uso de drogas como el cánnabis, LSD, cocaína y anfetaminas. Puede que haga falta estimular al personal para que registren la frecuencia y duración de tal consumo. A diferencia de los servicios generales, como los servicios sociales, hay posibilidades de que el personal del servicio de calle posea los suficientes conocimientos acerca de los patrones del consumo de drogas como para poder obtener tal información con tacto y eficacia.

### *Disponibilidad local de drogas.*

Frecuentemente puede que los servicios de calle obtengan cierta información sobre la procedencia de las drogas ilícitas y de las drogas de prescripción más populares, que son distribuidas en el mercado ilegal y sobre el proceso por el que se distribuyen y el precio al que se venden. Es fundamental que toda la informa-

ción así obtenida y registrada se trate de tal forma que no permita identificar individuos. Si se puede, es mejor persuadir al servicio para que incluya en cualquier hoja de derivaciones o de contacto inicial, un espacio suficiente para registrar el tipo de fuente y el precio pagado por las principales drogas.

### *Percepción de las tendencias.*

Además de cualquier acumulación sistemática de información o revisión de registros, puede ser de un valor enorme preguntar al personal, a intervalos regulares, (por ejemplo, cada mes o cada dos) por sus impresiones acerca de las tendencias locales. Cuando se complementa con información numérica básica acerca de sus usuarios habituales, es posible conseguir una perspectiva no médica muy importante sobre el consumo de drogas. También es un buen método para mantener el interés, confirmar las tendencias observadas por otros servicios y formular ideas sobre cómo satisfacer mejor las necesidades locales.

### *¿Cómo obtener información?*

Inicialmente se debe contactar con algún miembro del personal. Posteriormente se recomienda hablar en profundidad con todo el personal acerca de la valoración, dejarles considerar en qué medida pueden ayudar, y hacer reuniones de seguimiento para resolver cualquier dificultad. En ciertos servicios es posible que se necesite la aprobación del comité directivo.

El procedimiento exacto para extraer información de un servicio depende de cómo gestione éste sus registros.

### *Cuaderno de trabajo/diario.*

Algunos servicios registran todas las llamadas telefónicas, cartas, visitas, etc., en un cuaderno de trabajo o diario. El problema de tales registros es que se necesita examinarlos exhaustivamente para obtener la información que se necesita. Además, puede que la información no haya sido registrada uniformemente, a menos que las páginas del cuaderno estén divididas de una forma establecida con las columnas apropiadas, y se haya instruido al personal para que intente conseguir la información de todos los casos relevantes. Sin embargo, la ordenación cronológica de un cuaderno de trabajo hace más fácil el examen semanal o mensual de los cambios en los patrones.

### *Hojas de derivaciones.*

La mayor parte de los servicios de calle rellenan una breve hoja de derivación o contacto para cada nuevo caso que se les presenta. Algunos registran todos los

casos nuevos en la misma hoja. Otros, registran en un cuaderno de trabajo, o en hojas diferentes las consultas telefónicas. A menos que un sujeto llegue a ser un usuario más regular, sólo se dispone de información básica.

#### *Entrevistas con el personal.*

Las conversaciones informales, breves pero regulares, pueden ser muy valiosas a la hora de interpretar la información obtenida.

#### *Estudio especial.*

Si el servicio ya posee un sistema de registro de datos, es mejor concentrarse en sacar de él la máxima cantidad de información posible. Por ejemplo, quizá se puedan introducir algunas preguntas claves en sus hojas de derivaciones. Si resulta muy difícil extraer la información relevante de su sistema de registro de información, puede valer la pena pedir al servicio que realice un estudio especialmente diseñado. Es importante que éste sea breve; puesto que el rellenar formularios puede interferir seriamente la relación de los trabajadores del servicio con los usuarios.

#### *Comentarios*

Si existe algún servicio de calle en la zona que se está valorando, es fundamental intentar obtener la colaboración de su personal.

Por lo general, el personal de los servicios de calle está mejor informado del consumo de drogas no médicas, que los de otros servicios. Por tanto, la definición de casos suele ser más fiable. No obstante, es importante hablar explícitamente de las definiciones para asegurarse de que las categorías utilizadas en la valoración son homogéneas con las del servicio.

Es importante recordar el carácter no burocrático, informal y confidencial de las relaciones que a menudo se establecen, entre el servicio y sus usuarios, y hacer que cualquier recogida de datos sea corta y simple. Se debe prestar una atención especial a las observaciones e interpretaciones del personal respecto a tendencias más generales en la disponibilidad de las drogas y su consumo dentro de la población objetivo.

### **3.5.2. Comunidades terapéuticas y programas residenciales**

Las comunidades terapéuticas (CCTT), son centros no oficiales, libres de drogas, que proporcionan un ambiente terapéutico estructurado e intensivo para drogodependientes. Sus programas ponen énfasis en la terapia de grupo y en las

actividades comunitarias, y se requiere un alto nivel de compromiso por parte de los residentes. Normalmente operan con un programa de tres fases: inducción; residencia (por ejemplo, durante 12 meses); reincorporación (trabajando fuera de las CCTT y durmiendo dentro). El personal por lo general incluye ex-residentes. El número de residentes varía entre diez y sesenta.

Otros tipos de comunidades residenciales tienden a no estar tan bien estructuradas y a primar menos las técnicas terapéuticas de confrontación. Algunas están dirigidas por organizaciones religiosas; otras por organismos no oficiales.

### *Utilidad de la información*

La información procedente de comunidades residenciales puede:

1) Facilitar indicaciones limitadas de patrones de dependencia de opiáceos en una zona extensa (como por ejemplo una región);

2) Parece que las vías de derivación, (de libertad provisional y los servicios no médicos), de individuos observados por las CCTT difiere de las de aquéllos que han sido observados en centros de tratamiento ambulatorio para drogodependientes o en unidades de internamiento; así pues, la información sobre derivaciones puede complementar a la que se obtiene de servicios médicos.

### *Limitaciones*

La información procedente de las comunidades residenciales no es útil para:

1) Valorar la naturaleza y alcance de los problemas de drogas en determinadas áreas más pequeñas (por ejemplo, una zona sanitaria de un distrito). Esto es debido a que los residentes de la mayoría de las comunidades proceden de zonas más extensas. Además, el número de residentes es una muestra pequeña, seleccionada y probablemente atípica de la dependencia o el consumo de drogas entre la población total.

2) Recoger las tendencias de la incidencia, especialmente en los jóvenes (menores de 20 años).

### *¿Qué preguntar?*

#### *Derivaciones.*

Para valorar los patrones locales de consumo de drogas, las derivaciones pueden ser de gran utilidad. Concretamente, las fuentes sobre derivaciones pueden dirigirse hacia servicios que quizá observen un mayor número de problemas de drogas en un nivel inicial.

### *Inducción.*

Después de la etapa de derivación habrá una considerable selección o autoselección, y de este modo aumentará el sesgo que probablemente existía. El personal se ocupa de valorar la conveniencia de las derivaciones y de orientar a los residentes potenciales en relación con las expectativas y los principios de una comunidad libre de drogas. Aunque es posible que pregunten sobre el consumo de drogas, el personal puede ser partidario de alentar a estos individuos a distanciarse del escenario de las drogas.

### *Residentes.*

El mismo tipo de consideraciones son aplicables después de ingresar en la comunidad. Por lo general, en las primeras semanas se confecciona una historia completa del residente. Sin embargo, a estas alturas, las cifras son bastante reducidas, el grado de error mayor, y los principios en contra de las drogas, están presentes con más frecuencia.

### *¿Cómo obtener información?*

Inicialmente debe contactarse con el director de la comunidad. Toda búsqueda de información, más allá de la que ya se encuentra disponible, debe tener en cuenta las opiniones del personal. En comunidades más jerárquicas, las consultas pueden realizarse con la mediación del director en las reuniones con el personal.

También es necesario tener en cuenta la intensidad de la ideología libre de drogas de las comunidades "cerradas" como las CCTT. Se requiere sensibilidad al formular preguntas acerca del consumo de drogas fuera de la comunidad.

### *Registros existentes.*

Todas las comunidades residenciales mantienen algún tipo de registro de los individuos ingresados. La información de los que han sido derivados, pero no ingresados, puede que sea registrada regularmente. El hecho de que la información recogida incluya lo que se necesita para la valoración, y que sea convenientemente accesible, varía. Las CCTT son miembros de la "British Association of Therapeutic Communities", que a su vez está afiliada a una Confederación Europea. Existe cierta estandarización de instrumentos para el registro de datos. La mayoría de las CCTT registran información sobre derivaciones, inducciones, admisiones, historias sociales y altas en hojas independientes.



### *Entrevistas con residentes.*

Puede ser molesto, tanto para el personal como para los residentes, llevar a cabo entrevistas sobre el consumo de drogas en el exterior. Las ventajas son que: (1) los individuos pueden hablar de ello desde una mejor perspectiva una vez que están lejos del ambiente; y (2) entre los residentes en las CCTT a menudo hay individuos con una larga historia y una fuerte relación con el consumo y distribución de drogas ilegales. Por ello es posible que posean amplios conocimientos acerca de los ambientes en que se han relacionado.

### *Comentarios*

Las dificultades de la extrapolación de patrones de consumo de drogas a una comunidad más amplia, a partir de información sobre los residentes de las CCTT, son muy similares a las descritas para las unidades de internamiento (véase 3.3.2). Si es posible, se recomienda obtener información de fuentes más próximas a la calle.

### **3.5.3. Servicios Sociales propiamente dichos**

Los departamentos de servicios sociales son servicios oficiales organizados a nivel provincial o de barrio. Entre sus funciones se incluyen responsabilidades establecidas por la ley, lo cual influye significativamente sobre sus prioridades y sobre los sectores de la población con más posibilidad de atendidos.

Los principales grupos de los que los servicios sociales se ocupan, son los ancianos, los enfermos mentales, los disminuidos físicos o mentales, las "familias problemáticas", niños en custodia o "de riesgo", adolescentes en custodia o bajo vigilancia y, en ciertas zonas, los que viven solos y sin vivienda. Al ocuparse de casos dentro de una de estas categorías es cuando es posible que los servicios sociales se enteren de importantes problemas relacionados con las drogas. Por ejemplo si la implicación de los servicios sociales surge a raíz de una posible negligencia con los niños, el consumo de drogas puede que se oculte a los trabajadores sociales por temor a su reacción.

### *Utilidad de la información*

La información procedente de los servicios sociales puede:

- 1) Proporcionar información limitada sobre el consumo ilícito de drogas o socialmente "desviado/marginado". Pueden facilitar indicaciones de un número relativamente pequeño de:

(a) Adolescentes que consumen grandes cantidades de drogas, incluidos solventes, "pastillas", opiáceos y drogas múltiples.

(b) Familias con un consumo masivo de alcohol/drogas por parte de los padres.

(c) Adultos consumidores crónicos de alcohol y múltiples drogas.

(d) Procedimientos de custodia en los casos en que hay drogas implicadas.

Es importante no generalizar a partir de estos casos; es muy posible que estén especialmente "deteriorados", siendo el consumo de drogas tan sólo una de sus múltiples dificultades. Únicamente en zonas con una fuerte participación comunitaria, es probable que los servicios sociales lleguen a apreciar patrones más amplios de consumo de drogas.

2) Señalar los problemas asociados con las drogas socialmente aceptables (por ejemplo la medicación inadecuada en grupos tales como la tercera edad, los enfermos mentales, los enfermos crónicos, alcohólicos o los llamados "inadaptados" y "trastornos de conducta").

### *Limitaciones*

No son de utilidad para:

1) Estimar la incidencia y la prevalencia, si bien pueden ser una fuente secundaria muy útil en los estudios de localización de casos.

2) Identificar nuevas tendencias del consumo de drogas en la comunidad local, excepto las "modas pasajeras" con la implicación de adolescentes en residencias o centros intermedios de tratamiento.

3) Proporcionar información acerca del mercado ilícito de drogas.

### *¿Qué preguntar?*

1) Por adolescentes que están: (a) bajo supervisión; (b) en custodia; (c) derivados para informe; (d) derivados por los padres, los colegios, etc.; (e) en contacto con los servicios sociales; y que fueron inicialmente observados por delitos de drogas o porque el consumo de drogas era el principal problema existente.

2) Por adolescentes de los que se sabe, o se piensa, que son consumidores de drogas de las categorías especificadas, independientemente de si son observados por delitos o consumo de drogas.

3) Por familias en las que existen consumidores de drogas cuyos hijos son atendidos por los servicios sociales.

4) Por usuarios de edad más avanzada: (a) entre el conjunto de usuarios o

(b) en instituciones, para los que el consumo de drogas (incluidos medicamentos) se piensa que constituye un problema significativo.

5) Por los sectores de la comunidad local donde los trabajadores sociales son conscientes de la existencia de consumo de drogas (del tipo que se está valorando).

6) Las dificultades que les surgen a los propios trabajadores sociales cuando se enfrentan a consumidores con problemas de drogas.

### *¿Cómo obtener la información?*

Cualquier implicación sistemática de los servicios sociales (por ejemplo por notificación de casos o estudios), requiere el visto bueno por parte del director. Antes de cualquier petición formal puede ser útil hablar informalmente con varios trabajadores sociales y, en especial, con trabajadores de la comunidad a nivel de proyecto o de equipo de área, para recoger algunas impresiones generales y comprobar si se ocupan de los problemas de drogas o si les interesaría participar en una valoración local.

Una vez concedido el permiso se necesitará bastante tiempo para explicar la valoración a todo el personal implicado; esto se hará preferiblemente acordando con el líder o el más veterano del equipo ir a una de sus reuniones. Es importante prestar atención al tema de la confidencialidad.

Es probable que las diferentes secciones de los departamentos de servicios sociales, tengan conocimiento de diferentes aspectos del consumo de drogas.

### *Equipos de zona.*

Tradicionalmente operan basándose en una población de un área geográfica determinada donde cada trabajador social es responsable de unos usuarios o de una serie de familias. Algunos equipos han avanzado hacia una mayor integración en los problemas de la comunidad. La mayoría de los equipos de zona están organizados con una base general (es decir, se supone que todos los trabajadores sociales son capaces de trabajar con una amplia variedad de grupos de usuarios). En la práctica existe a menudo cierto grado de especialización.

Cuanto más orientado esté un equipo hacia una población determinada es más probable que su conocimiento de drogas ilícitas se reduzca a unos cuantos casos atípicos. Por ejemplo custodias o procesos penales de adolescentes cuyo consumo de drogas ha llegado a ser un componente notable de su conducta "perturbada" o "delincuente", consumo descarado de drogas por parte de los padres considerado lo suficientemente perjudicial como para justificar la intervención. Es más probable que conozcan de problemas relacionados con drogas psicotrópicas prescritas y/o alcohol.

### *Trabajadores comunitarios.*

Los trabajadores comunitarios generalmente pertenecen a los equipos de área, si bien varía el grado de integración. Análogamente existen diferencias en cuanto a la forma y la importancia que dan al trabajo.

### *Tratamiento intermedio (TI).*

Los proyectos de TI se ocupan principalmente de adolescentes que están a menudo bajo órdenes de vigilancia como resultado de pequeños problemas con la ley, siendo supervisados por los servicios sociales. Los proyectos TI son principalmente no residenciales y en general se encargan de grupos de adolescentes de un área geográfica determinada. Es posible que incluyan individuos consumidores de drogas, aunque sólo una minoría están allí por delitos relacionados con ellas; los asistentes para jóvenes, los trabajadores sociales o los profesores implicados no saben necesariamente mucho de su consumo de drogas. Algunos de estos adolescentes pueden estar bien informados sobre los amplios patrones de consumo de drogas en la comunidad local de la que forman parte.

### *Residencias para niños y adolescentes.*

Es más probable que los trabajadores sociales se enfrenten con problemas de drogas en residencias para niños y, sobre todo, para adolescentes. Esto puede ocurrir, entre otras razones, porque agrupan individuos cuyas dificultades han surgido (al menos en parte) por el consumo de drogas, o bien por tener que enfrentarse con problemas relacionados con el consumo de drogas en alguno de los grupos a su cargo. Tal consumo de drogas puede tener serias consecuencias sobre los individuos implicados (como accidentes o sobredosis); pero es más probable que se trate de un consumo experimental o "recreativo" de drogas (por ejemplo cannabis, solventes, alcohol, valium, etc.). En el último caso puede que el "problema" se describa mejor como la amenaza que el consumo de drogas representa para el personal y la inquietud que provoca (incluido el miedo al "escándalo").

Por tanto, es importante clarificar el tipo de consumidor cuyos problemas se registran. Sin embargo, parece ser que el consumo de drogas por parte de los jóvenes institucionalizados es muy probable que despierte una inquietud de tal nivel que llegue a ser muy difícil descifrar lo que ocurre. También es importante considerar si el consumo de drogas está limitado al interior de la institución o si se encuentra vinculado a patrones más amplios de consumo de la comunidad.

Las residencias para niños y adolescentes relacionadas con los servicios sociales incluyen:

- 1) Casas para niños, sobre todo para los más jóvenes, que están bajo la custodia de las autoridades locales.

2) Casas de la comunidad para adolescentes que han sido confiados a las autoridades locales por incurrir en delitos, por estar fuera del control de los padres, por recibir una atención inadecuada por parte de los padres, etc.

3) Centros de valoración para adolescentes con problemas graves de delincuencia que necesitan una intervención más intensiva. La función principal de los centros de valoración es llevar a cabo evaluaciones para una futura derivación o acomodo. La renovación de casos con frecuencia es rápida, por lo que el total visto en un año puede ser sustancial. Es probable que entre los usuarios haya un mayor número de adolescentes de consumo "problemático" o masivo de drogas del que ven la mayoría de los trabajadores sociales. Sin embargo, es discutible la posibilidad de obtener información fiable acerca del consumo ilícito de drogas en circunstancias donde tal evidencia podría influir significativamente en la decisión del juzgado o de la autoridad local. En ciertos casos los trabajadores de los centros de valoración establecen relaciones de confianza con los adolescentes enviados al centro.

4) Existen otros tipos de instalaciones residenciales o semi-residenciales donde los trabajadores sociales se relacionan con los adolescentes. Las responsabilidades de las autoridades locales con los adolescentes terminan cuando éstos cumplen los dieciocho años, aunque puede que les sigan facilitando cierta ayuda hasta los veintiún años de edad.

#### *Residencias para adultos.*

Los servicios sociales dirigen instituciones, centros de día, pisos protegidos, albergues, etc., para los que no tienen casa, los alcohólicos, los enfermos mentales y los minusválidos físicos o mentales.

El consumo de drogas en estos sitios es probable que presente un perfil muy diferente al del consumo de los adolescentes y, a menudo, se percibe de una forma totalmente distinta. Entre los problemas que se pueden presentar se incluyen las prescripciones excesivas de drogas psicotrópicas durante largos períodos; la falta de revisión periódica de la medicación; la no distinción entre accidentes y conducta confusa por una medicación inadecuada (con frecuencia de varias drogas diferentes) y supuestas deficiencias orgánicas (como la senilidad) y un consumo excesivo para controlar la conducta.

#### *Revisión de casos.*

Los casos atendidos por la mayoría de los trabajadores sociales son lo suficientemente escasos como para permitir su completa revisión, siendo ésta la forma más adecuada de obtener información. La revisión puede llevarse a cabo de dos formas:

1) Por los propios trabajadores sociales. Puede ser útil facilitar un cuestionario especialmente diseñado, o al menos una lista de control, de las preguntas que interesan.

2) Por medio de entrevistas (es decir, sentarse con un trabajador social y hacerle preguntas acerca de sus casos, para que indiquen cuándo fueron conscientes del consumo de drogas). Puede hacerse fácilmente sin necesidad de identificar a los usuarios.

### *Encuestas.*

Los estudios cara a cara son una variación de la revisión de casos. Los estudios por correo son menos satisfactorios y pueden dar información imprecisa de las drogas utilizadas, etc. Es difícil conseguir un nivel de respuesta satisfactorio sin un mínimo de contacto personal.

### *Notificación de casos por diferentes servicios.*

Al realizar un estudio de localización de casos sobre los problemas de drogas observados por varios servicios locales en un período, por ejemplo, de seis meses, probablemente valga la pena incluir los servicios sociales, aunque éstos conozcan menos casos que otro tipo de servicios. Sin embargo, los problemas de confidencialidad pueden hacer muy difícil eliminar el doble recuento.

### *Comentarios*

Los departamentos de servicios sociales pueden ser útiles para una valoración, en determinadas circunstancias. Las dos limitaciones que surgen son las siguientes: (1) se perciben como representantes de la autoridad, lo que posiblemente influye en lo que los usuarios revelan acerca del consumo de drogas; y (2) sus conocimientos sobre las drogas, y sobre el consumo a menudo tienden a limitarse al alcohol y quizá a las drogas prescritas.

### **3.5.4. Trabajadores sociales dedicados a la juventud**

Entre las actividades extra-curriculares para jóvenes se incluyen clubs juveniles, centros de ocio, scouts, clubs deportivos, clubs para minorías étnicas, cades, clubs de pasatiempos, servicios de asesoramiento y consejo para la juventud, programas especiales (por ejemplo para los que no tienen casa, o para jóvenes desempleados), programas para enseñar a leer y escribir, planes de vacaciones, etc. Algunos de estos programas los organizan entidades voluntarias o religiosas, y otros las autoridades locales. Además de los trabajadores o voluntarios que

dirigen los diferentes programas, hay también educadores de calle, a menudo empleados por las autoridades locales.

Puesto que estas actividades las llevan a cabo diferentes servicios y puesto que generalmente existe poca coordinación entre ellos, puede llevar tiempo cubrirlos todos y no tendría sentido intentarlo. Es mucho más valioso reducir la relación de trabajadores para jóvenes a un número limitado de aquellos que es más probable que trabajen con la población en la que se va a centrar la valoración.

### *Utilidad de la información*

La información procedente de los trabajadores dedicados a la juventud puede:

- 1) Enriquecer la descripción general sobre el consumo de drogas —incluidos solventes— entre los jóvenes, y facilitar información que sitúa el consumo de drogas dentro del contexto local.
- 2) Facilitar información sobre las “modas pasajeras” y las tendencias que aparecen en el consumo de drogas entre ciertos grupos de adolescentes locales.
- 3) Proporcionar comentarios generales acerca de fuentes locales para algunas de las drogas disponibles.
- 4) Proporcionar una idea acerca de las perspectivas y posibles necesidades de la juventud local y quizá de sus padres y de la comunidad local.
- 5) Cooperar en algunas circunstancias en estudios de notificación de casos, pero sólo si se asegura la confidencialidad.

### *Limitaciones*

La información proporcionada por los trabajadores dedicados a la juventud no es de utilidad para:

- 1) Estimar las cifras de prevalencia o incidencia, a menos que estén bien relacionados con una “parcela” de consumo determinada.
- 2) Facilitar información sobre jóvenes que no forman parte o no están ligados a la red local de la que se ocupan estos trabajadores (por ejemplo, sobre los que ocupan ilegalmente viviendas (squatters); o sobre grupos reducidos de adolescentes “no callejeros”, más discretos, de clase media.
- 3) Proporcionar algo más que mera información incidental de los consumidores de edad avanzada.

## *¿Cómo obtener la información?*

Es preferible empezar por utilizar los "rumores" en vez de ir directamente a los canales oficiales porque: (1) la jerarquía administrativa puede no enterarse de dónde hay que mirar y; (2) suponiendo que estén enterados, puede que se muestren reacios a que la información sobre el consumo de drogas se haga pública, en particular si hay algo que indique la implicación de alguno de sus programas. En toda investigación sobre clubs juveniles, etc., es necesario tener en cuenta las posibles implicaciones en las políticas locales. Haciendo contactos informales no se evitan estos problemas pero se pueden aclarar mejor lo que se va a hacer y si se debe solicitar información por una vía más formal o enfrentarse a determinados conflictos de intereses existentes.

### *Clubs para jóvenes.*

El nivel de conocimientos sobre el consumo de drogas por parte de los trabajadores del club, dependerá de la orientación del club y del "estilo" y características individuales de los trabajadores que éste atraiga. Muchos de los clubs juveniles, sobre todo los que adoptan un método de trabajo tradicional, o los que proporcionan actividades más estructuradas, es improbable que estén en contacto con consumidores de drogas problemáticos, excepto algún caso ocasional al que se suele animar para que se marche. A veces es posible que sepan algo acerca del consumo moderado de solventes o cannabis.

Los clubs u otros programas para la juventud orientados específicamente hacia los grupos "marginados", pueden llegar a tener un mayor contacto con consumidores problemáticos. En ciertos casos estos clubs adquieren fama de ser permisivos con las drogas, o de ser sitios donde se pueden conseguir. A pesar de que puede que haya algo de cierto en tales rumores, este tipo de afirmaciones de "segunda mano" no deben ser aceptados sin ser comprobados, en especial si provienen de fuentes que probablemente ven el programa con hostilidad.

### *Educadores de calle.*

Los educadores de calle para jóvenes se encuentran potencialmente en una buena posición para enterarse del consumo de droga de los adolescentes locales, sobre todo de aquéllos que se reúnen en la calle, en cafés, etc. Tienen más posibilidad de conocer a la gente en su propio ambiente, que en una oficina o en un club juvenil, donde tienden a inhibirse sobre cuestiones tales como el consumo de drogas. Como fuente de información tienen muchas ventajas en común con los trabajadores de campo, como se expondrá más adelante.

Es fundamental tener presente la necesidad de respetar la relación que los educadores de calle han entablado con los adolescentes en su propio "terreno". Pueden no desear comprometer la confianza que han conseguido.



### *Servicio de asesoría para jóvenes.*

Los servicios de asesoría para jóvenes (donde los hay), ven sólo a unos pocos (de hasta 21 años aproximadamente) con serias dificultades relacionadas con las drogas. Tales individuos son atípicos por la misma razón que lo son los casos que ven los trabajadores sociales (véase 3.5.3).

Se puede identificar a trabajadores clave dedicados a la juventud de la siguiente forma:

- 1) Elaborando una relación de educadores de calle, programas y clubs locales para la juventud. En ciertas zonas, la autoridad local de educación (servicio para jóvenes) o los servicios sociales pueden facilitar un registro fácil de utilizar que incluye a los servicios de voluntariado.
- 2) Suprimiendo los grupos con intereses bien definidos (por ejemplo deportes, música, scouts, etc.).
- 3) Hablando informalmente con toda persona asociada a los programas restantes o, en su defecto, con cualquiera de los que trabajan en los servicios sociales, vigilancia para libertad provisional y/o con los grupos locales. Se ha de seguir de cerca a los líderes para disponer de futuros contactos.
- 4) Una vez reducida la lista a unos pocos trabajadores o programas presumiblemente dedicados a la juventud, se comprueba que no se ha omitido ninguno (por ejemplo: educadores de calle, programas especiales para grupos de adolescentes vulnerables o de alto riesgo, programas para jóvenes en áreas donde se sabe que existe un consumo de drogas importante)

### *Entrevistas con trabajadores dedicados a la juventud.*

Preguntar a los trabajadores dedicados a la juventud por sus impresiones acerca del consumo local de drogas (drogas utilizadas, características de los individuos y los grupos implicados, cómo las obtienen, cuánto tiempo hace que son conscientes de la existencia del uso de drogas, las tendencias actuales y sus posibles causas).

### *Encuestas anónimas o revisión de "casos".*

Las impresiones no bastan. Hay que pedir a un grupo de trabajadores dedicados a la juventud que anoten (de forma anónima) todos los individuos que creen, o saben, que se ajustan a unas categorías dadas (diferenciando entre "definitivo" y "posible"). Es importante definir los límites geográficos y el período de tiempo considerado. El recuento doble se convierte en un problema al considerar las zonas vecinas. Si las referencias anónimas tales como la edad, sexo y distrito no son capaces de determinar si se trata del mismo individuo, puede valer la pena

que los trabajadores comparen sus listas entre sí para detectar el solapamiento entre sus respectivos usuarios.

#### *Contacto regular.*

Aunque ponerse un solo contacto puede ser útil, vale la pena mantener contacto regular e informalmente con los trabajadores o clubs que estén en relación con algún aspecto significativo del consumo de drogas. No sólo observan más cerca el consumo local de drogas como resultado de su propio interés, sino que también pueden entrar más fácilmente en contacto directo con los adolescentes de la zona.

#### *Entrevistas con adolescentes.*

El contacto regular con un club o programa permite hablar con algunos jóvenes que pueden saber algo más sobre la situación local. Esto solamente es posible cuando se ha establecido, tanto para los adolescentes, como con los trabajadores. Hay que dejar bien clara la naturaleza de la propia relación con los trabajadores subrayar el hecho de que todos los datos personales serán tratados con plena confidencialidad.

#### *Registros rutinarios.*

Es muy poco probable que exista un registro rutinario muy útil para una valoración. Los servicios más formales de consejo y asesoramiento para jóvenes son una excepción. La mejor forma de aproximarse a dichos servicios es la que se describió para los servicios sociales (véase 3.5.3.) o para los servicios de la calle (véase 3.5.1).

### **3.5.5. Servicios educativos**

Muchos de los comentarios referentes a los problemas para llevar a cabo una valoración con trabajadores dedicados a los jóvenes (véase 3.5.4.) o con instituciones residenciales para adolescentes (véase 3.5.3.), también son válidos para los colegios de enseñanza media. Puede que resulte difícil determinar la veracidad e importancia de los informes sobre qué "drogas" son "un problema" en ciertos colegios. Más complicado puede ser aún decidir si la ausencia o negativa de tales informes en otros colegios significa que: no existe un "problema" apreciable; lo hay, pero nadie es consciente de él; se es consciente del problema pero nadie reacciona.

Los posibles problemas políticos y burocráticos que se encuentran pueden producir dificultades y llevar mucho más tiempo de lo que merece la información

que de ellos se pueda obtener. Sin embargo, en ciertas zonas, los colegios han participado en estudios detallados sobre el consumo de drogas y solventes.

#### *Entrevistas con profesores.*

En casos excepcionales puede que algunos profesores sepan algo de los alumnos que están más fuertemente implicados en el consumo de drogas. Como en el trabajo social y en el trabajo dedicado a los jóvenes, muchos profesores no están informados sobre el tema de las drogas y su consumo, y no es probable que sus alumnos se muestren accesibles. Además es posible que los alumnos más fuertemente implicados estén entre los que no asisten a clase.

#### *Encuestas.*

Algunas investigaciones han consistido en encuestas (anónimas) entre escolares. Las encuestas escolares se tratan en otro apartado (véase 2.5.2).

#### *Servicios escolares de salud y bienestar social.*

Se incluye en este apartado a los médicos y a las enfermeras escolares, a los educadores de bienestar social, a los orientadores escolares y a los psicólogos educativos.

#### *Comentarios*

Ninguno de estos servicios llega a identificar los problemas que aparecen por el consumo "marginal" de drogas. Es probable que dichos servicios sólo sepan del consumo de drogas de un reducido número de individuos, los cuales también muestran alteraciones conductuales. Sin embargo, estos servicios han sido de utilidad en estudios de localización de casos de fuertes consumidores de solventes. Excepcionalmente algunos de los orientadores y educadores de bienestar social que han desarrollado relaciones especiales de confianza con adolescentes tienen un acceso privilegiado a la información acerca del consumo de drogas. La confidencialidad a ese nivel es una cuestión prioritaria.

### **3.5.6. Otros servicios sociales y grupos de la comunidad**

Hay una serie de grupos y programas locales que deben ser considerados. Algunos son organizaciones bien establecidas que proporcionan servicios para los

grupos más vulnerables y desfavorecidos (por ejemplo el Ejército de Salvación). Otros grupos más recientes son los comunitarios o los de auto-ayuda. La siguiente relación no es exhaustiva.

### *Consejos de Salud Comunitarios.*

Sería útil ponerse en contacto con ellos para obtener su información. Quizá estén dispuestos a colaborar en estudios sobre la provisión de servicios sanitarios locales dirigidos a los problemas de drogas. También pueden ponernos en contacto con varios grupos locales.

### *Grupos de auto-ayuda.*

Entre estos se incluyen:

- 1) Narcóticos Anónimos (para adictos y ex-adictos), que están en la misma línea que Alcohólicos Anónimos.
- 2) Familias Anónimas (formado por y dirigido a apoyar a padres de adictos).
- 3) Grupos de padres (respuestas espontáneas locales por parte de los padres locales).
- 4) Grupos de auto-ayuda de consumidores de tranquilizantes.

Los grupos de auto-ayuda ponen de manifiesto la existencia de áreas importantes de necesidades sin cubrir por los servicios existentes. Es importante incluirlos en toda valoración que pretenda servir de base para el desarrollo de servicios. Los individuos y grupos es posible que estén dispuestos y sean capaces de ayudar a hacerse una idea de los patrones de consumo de drogas en su red.

Al dirigirse a los grupos o a sus miembros por separado y en especial al hablar de patrones de consumo de drogas dentro de la comunidad, es importante ser sensible tanto a la filosofía vital de muchos de los grupos de auto-ayuda como a las circunstancias altamente vulnerables de algunos de los nuevos miembros.

### *Grupos comunitarios locales.*

Entre éstos pueden incluirse las asociaciones de inquilinos, las cooperativas de viviendas y las asociaciones. Quizá tengan una perspectiva más próxima a los eventos que los servicios, y al igual que los grupos de auto-ayuda, han desarrollado respuestas específicas a los problemas de drogas. Sus enfoques y experiencias se articulan en zonas de importante necesidad.

Puesto que intervienen la angustia personal, la política local y los conflictos de interés, es necesario diferenciar los hechos graves de la angustia. Para obtener

información sólida se requiere paciencia y discreción. Puede ayudar el facilitar información y consejos relevantes sobre las drogas.

Es importante ser claro respecto a la medida en que alguien está dispuesto a involucrarse con un grupo o comunidad determinados. Es aconsejable identificar a los individuos clave dentro de los grupos de la comunidad antes de comenzar a hacer preguntas. Estas personas clave pueden disfrutar o no del apoyo de la comunidad local, siendo difícil lograr algo con su oposición activa.

#### *Periódicos locales.*

La monitorización de los periódicos locales nos mantiene informados sobre un aspecto del interés público. Si se guardan recortes de todo lo referente a las drogas, especialmente juicios y muertes entre los grupos de 15 a 44 años de edad, se puede utilizar esta información para la técnica de "Captura-Recaptura" (2.6.2). "Project" se ha dado cuenta de que los periódicos locales informan de casi todos los casos identificados, en los registros de los Juzgados.

#### *Otras organizaciones.*

Existe una gran variedad, incluidas iglesias —los Samaritanos, Cyrenians & Simon Community—, varios albergues (centros de recepción, Ejército de Salvación, etc.) y oficinas locales de MIND y NACRO.\*

### **Referencias**

- LEECH, K. (1969). Pastoral Care and the Drug Scene. SPCK, London.
- JAMIESON, A., GLANZ, A. y MACGREGOR, S. (1984). Dealing with Drug Misuse: Crisis intervention in the city. Tavistock Publications, London.

### **3.6. Fuentes legales - Estadísticas rutinarias**

Todas las fuentes de información relacionadas con el aparato judicial hacen referencia a personas o eventos que inicialmente fueron atendidos por los organismos encargados de la aplicación de la ley, en particular por la policía. Así pues, toda información obtenida a través de organismos legales refleja tanto prácticas y prioridades policiales como la vulnerabilidad diferencial de diversos tipos de

---

\* N. del T.: Son importantes organizaciones voluntarias

drogodependientes al ser detenidos. Esta selección se lleva a cabo a través de un proceso judicial. De este modo, es más probable que los desempleados que andan por la calle atraigan más la atención policial que los consumidores discretos con un trabajo profesional, debido a que los primeros son más visibles. Una vez que han sido arrestados tienen más posibilidades de recibir una sentencia de custodia o ser puestos en libertad condicional. Al ser ya conocidos es más probable que continúen llamando la atención policial, lo que a su vez aumenta las posibilidades de reaparecer en las estadísticas legales. Además, una vez que se conoce a un individuo, sus amigos consumidores y sus contactos corren mayor riesgo de que los organismos legales los conozcan también.

Así pues, la policía y los organismos que tratan con casos que se filtran de forma selectiva a través del proceso legal suelen conocer principalmente a un cierto tipo de individuos, grupos o redes. Tales casos pueden tipificar “el problema” en cuanto a organismos legales se refiere, pero no son necesariamente representativos de patrones globales del consumo de droga en la comunidad. Tampoco los casos o grupos con los que los organismos legales mantienen un mayor contacto son necesariamente los más graves en términos de implicación en drogas ilícitas, grado de dependencia o gravedad de otros problemas relacionados con las drogas.

Los puntos a recordar cuando se tengan en consideración los datos del aparato judicial incluyen:

1) Habitualmente la información sólo es recogida cuando se han identificado positivamente drogas ilícitas. Las drogas lícitas, incluidas las que se usan en combinación con drogas legales, no son notificadas, aunque sí se analizan. Las drogas ilícitas que no han sido identificadas no serán notificadas de forma rutinaria, aunque sean las que más frecuentemente se usan.

2) La información sobre drogas ilegales se recoge principalmente según categorías relacionadas con criterios legislativos o con requisitos operacionales de organismos legales. La información sobre la dependencia, por ejemplo, o sobre problemas médicos o sociales por consumo de drogas, o las historias de tratamiento, normalmente no serán asequibles. Aunque parte de la información de este tipo se pueda conservar para fines policiales, no será accesible a ella y tendrá una fiabilidad relativa.

Muchas de las estadísticas legales rutinarias se publican agregadas para el conjunto del país. La información la recogen las fuerzas policiales u otros cuerpos, para posteriormente ser sometida a una comprobación central. Sin embargo, se puede disponer de ella a nivel local aunque no se publique (habitualmente). La obtención de datos locales se considera dentro de las fuentes no rutinarias de información (véase 3.7.1.).

### 3.6.1. Incautación de drogas ilícitas

El Home Office verifica la información acerca de las incautaciones de drogas efectuadas en todo el Reino Unido por las aduanas y las fuerzas policiales (mercado interno). El "Bulletin on the Misuse of Drugs" del Home Office reúne las incautaciones realizadas por la policía y las aduanas. Las cifras, independientes para los dos cuerpos, se pueden encontrar en las tablas suplementarias de las estadísticas sobre uso indebido de drogas que publica anualmente el Home Office. La información sobre el total anual de las incautaciones se desglosa según tipo de droga, como muestra el cuadro 2.

Cuadro 2

clase A	clase B	clase C
cocaína	anfetamina	metacuclona
dextromoramida	barbitúricos	
dipipanona	cánnabis (hierba)	otras drogas
heroína	cánnabis líquido (aceite)	
LSD	plantas de cánnabis	
metadona	resina de cánnabis	
morfina	metilamfetamina	
opio	otras drogas	
petidina		
otras drogas		

Se elabora un informe con las estadísticas sobre el número de incautaciones individuales y las cantidades totales de cada droga incautada. El número de incautaciones de drogas concretas y las cantidades incautadas suelen reflejar aspectos diferentes, aunque interrelacionados, del mercado ilícito. Es muy importante considerar si las incautaciones son realizadas por la policía o por los funcionarios de aduanas.

#### *Número de incautaciones*

Numéricamente la mayoría de las incautaciones policiales parecen afectar a pequeñas cantidades halladas en el curso de servicios rutinarios, durante una detención o investigación en la calle o mientras están investigando otros delitos. La mayoría de ellas afectan a consumidores y sólo escasas veces se confiscan grandes cantidades a los principales distribuidores. Una proporción relativamente

pequeña del número total de incautaciones surge de las operaciones específicamente destinadas a los traficantes. Es más probable que estas operaciones las lleve a cabo la brigada antidroga o cualquier otra unidad especial.

Si más individuos hacen uso de una droga controlada y si la usan con mayor frecuencia, habrá más individuos que posean drogas ilegales, con lo que la policía puede tropezar con ellos más fácilmente. El número de incautaciones realizadas por la policía se puede tomar como un reflejo aproximado del alcance de la posesión ilegal, e indirectamente como un reflejo de la prevalencia del uso. No debe extrañar que el cannabis sea una de las drogas más incautadas por la policía.

### *Cantidades incautadas*

Las cantidades incautadas, tanto por la policía como por las aduanas, tienden a reflejar el suministro y, de forma indirecta, la disponibilidad, aunque mucho más de aquellas drogas cuya fuente original es esencialmente la importación ilícita (por ejemplo, heroína, cocaína, cannabis, etc.) o de las de producción interna ilícita a gran escala (por ejemplo el polvo de anfetamina), que de las de producción lícita (por ejemplo los opiáceos sintéticos como metadona o dipipanona).

A nivel local las cantidades incautadas parecen depender en gran parte de las prioridades de la brigada antidroga o cuerpo de investigación criminal y del punto de la red de suministro sobre el que dirijan sus acciones. La cantidad incautada tiende a ser un indicador local no fiable, aunque si se incautan grandes cantidades que no están "en tránsito" probablemente exista un nivel de suministro local significativo. Sin embargo, la ausencia de grandes incautaciones no se debe interpretar como prueba evidente de que no existe un suministro significativo.

Existen problemas obvios en dicha simplificación. No sólo hay una interacción entre el número de incautaciones y la cantidad incautada, sino que deben tenerse en cuenta otros factores, en particular la influencia de cambios en las prioridades y las estrategias policiales. Esto rara vez es posible detectarlo únicamente a través de las estadísticas recogidas de forma rutinaria.

### *Comentarios*

Las estadísticas sobre incautaciones de drogas ilícitas recogidas rutinariamente pueden facilitar indicaciones útiles de suministro y disponibilidad. Son más valiosas en zonas grandes que en pequeñas. Su valor puede aumentar en gran medida cuando se combinan con el examen de las prioridades y las políticas de la policía. Deben considerarse conjuntamente con otros indicadores no policiales (véase 2.8.3).

Para drogas como las anfetaminas, el LSD o el cannabis, las incautaciones pueden ser los únicos indicadores rutinarios disponibles, puesto que en otros servicios se conocen pocos casos.



### 3.6.2. Detenciones y condenas por delitos relacionados con las drogas

Muchas de las detenciones por delitos de drogas tienen como resultado la condena. Sin embargo, se pueden utilizar las detenciones como un indicador del mismo modo que las condenas. La ventaja de usar las detenciones más que las condenas, es que se relacionan inmediatamente con el momento en que la persona fué detenida, mientras que las condenas están relacionadas con un hecho judicial que puede tener lugar algún tiempo después del suceso. Además, por lo menos en Londres, los datos de detenciones son registrados por la división policial, siendo más fácil localizar los eventos en una zona geográfica particular, en comparación con los datos de condenas que se refieren a los tribunales.

#### *Detenciones*

En el distrito policial metropolitano se conservan estadísticas mensuales de los delitos relacionados con las drogas (detenciones) desagregados por edad, sexo, droga, tipo de delito imputado (posesión, suministro, intento de suministro, etc.). La mayor parte de la información la elabora de forma rutinaria cada división de policía (las estadísticas se refieren a la división policial donde se detiene a la gente, no a la zona en la que vive). De la mayoría de los casos se encarga en primer lugar el tribunal local. Las fuerzas provinciales no conservan necesariamente el desglose mensual de los delitos por drogas.

#### *Condenas*

Las estadísticas anuales de condenas por delitos relacionados con las drogas las verifica el Home Office. Los datos provienen principalmente de la policía. Algunos detalles sobre el uso indebido de drogas en el Reino Unido, en conjunto, se publican en el "Bulletin on the Misuse of Drugs" del Home Office. La información incluye una clasificación de las personas consideradas culpables o bajo fianza por delitos de drogas según edad y sexo (todos los delitos por drogas desglosados en los grupos de edad siguientes: menos de 17/17-20/21-24/25-29/30 y más); tipo de droga (heroína, metadona, dipipanona, cocaína, cannabis, LSD, otras drogas); tipo de delito (producción ilegal —cannabis u otras drogas—, suministro ilegal, posesión con intento de suministro, posesión ilegal —cannabis/ otras drogas/todas las drogas—, permitir el uso de locales para fines ilegales, otras violaciones de las leyes sobre drogas, importación o exportación ilegal, otros delitos relacionados con las drogas); sentencia dictada (tipo de delito, tipo de droga, y diferenciación en sentencia de custodia o no sentencia de custodia). Divisiones mucho más detalladas por edad, sexo, tipo de droga, tipo de delito y sentencia dictada, se facilitan en las tablas suplementarias de las estadísticas sobre el uso indebido de drogas.

## *Amonestaciones*

En algunos distritos la policía amonesta cada vez más por la posesión de pequeñas cantidades de cannabis. Las amonestaciones se registran, pero a menudo no se incluyen en las estadísticas. Una disminución de detenciones por cannabis puede reflejar más este hecho, que un cambio en el uso del cannabis.

### **3.6.3. Otras fuentes rutinarias**

#### *Registro e investigación de drogas controladas*

Sólo una minoría de los "registros e investigaciones" tienen como resultado el hallazgo de drogas ilícitas, aunque en algunos distritos policiales un considerable número de todas las incautaciones son el resultado de dichas investigaciones. El número de investigaciones es probablemente un indicador más de la actividad policial. Además, no existe clasificación alguna por tipo de droga incautada.

La información acerca de los registros e investigaciones se puede encontrar para Inglaterra y Gales, excluyendo Londres, en "Reports of HM Chief Inspector of Constabulary". En Londres, se encuentra en "Reports of the Commissioner of Police for the Metropolis"; y en Escocia, "Reports of HM Chief Inspector of Constabulary for Scotland". También se da parte de la información periódicamente en Hansard (ver el boletín de SCODA).

#### *Informes de los jefes de policía*

Los informes anuales de los jefes de policía facilitan detalles básicos de las estadísticas policiales y comentarios sobre tendencias significativas. Estos informes serán un buen punto de partida para plantear otras preguntas a la policía. Las copias se pueden conseguir en la biblioteca local y la biblioteca del "Institute for the Study and Treatment of Delinquency".

#### *Estadísticas criminales*

Las estadísticas criminales anuales (de Inglaterra y Gales) de delitos relacionados con drogas se publican en el "Statistical Bulletin on the Misuse of Drugs". En los cuadros suplementarios se encuentra una información más detallada.

#### *Estadísticas de las aduanas*

La información y cifras básicas acerca de las drogas ilegales incautadas por las aduanas se incluyen en el "Annual Report of the Inland Revenue". El informe

cubre el año económico, no el civil. Las Aduanas publican cada enero un informe que resume las incautaciones llevadas a cabo durante el año civil anterior.

### *Informes anuales para las Naciones Unidas*

Los informes para las Naciones Unidas realizados por el Gobierno del Reino Unido referente al funcionamiento de los tratados internacionales sobre estupefacientes y psicotrofos facilita una información que se complementa con la contenida en las estadísticas del Home Office. Principalmente facilita pormenores referentes a la producción ilícita de drogas (por ejemplo anfetaminas), la variedad de fuentes, los precios y la pureza de diversas drogas ilícitas y sus patrones de distribución y uso. Se pueden consultar en la biblioteca del "Institute for the Study of Drugs Dependence".

### *Informe del trabajo del Departamento de Prisiones*

Contiene cifras del número de drogodependientes identificados y notificados cada año por los médicos de prisiones. El "Statistical Bulletin on the Misuse of Drugs" facilita más pormenores acerca de las declaraciones de estos médicos, sobre el uso indebido de drogas. La información no viene clasificada geográficamente y, en cualquier caso, no debería considerarse como fiable (Home Office, 1980).

## **Referencias**

### *Informes anuales.*

- Home Office. Statistics on the misuse of drugs in the United Kingdom. Statistical Bulletin, Home Office Statistical Dept., London.
- Home Office. Statistics on the misuse of drugs in the United Kingdom. Supplementary Tables, Home Office Statistical Dept., London.
- H.M. Customs and Excise. Report of the commissioners of Her Majesty's Customs and Excise for the year ended X. HSMO.
- Home Office. Report to the United Nations of H.M. Government in the United Kingdom on the working of the international treaties on narcotic drugs.
- Home Office. Report of the work of the Prison Department. H.M.S.O..
- Home Office. (1980). Advisory Committee on the Misuse of Drugs: Report on drug dependants within the prison system in England and Wales. London.

## 3.7. Servicios legales

### 3.7.1. Policía

La estructura organizativa de la policía difiere entre Londres y otras partes del país. La Policía Metropolitana que cubre el Gran Londres y parte de sus condados es responsable ante el comisario de Scotland Yard y el Ministerio del Interior. El distrito de Policía Metropolitana consta de 22 divisiones más la del aeropuerto de Heathrow. Las divisiones policiales suelen coincidir con los límites municipales, aunque cubren zonas más pequeñas en el centro de Londres y zonas mayores en la periferia. Estos límites se están reorganizando actualmente. La ciudad de Londres tiene una fuerza policial independiente.

Las fuerzas provinciales son responsables ante el jefe de Policía y el Comité de Policía Local. Aparte de la Policía Metropolitana y la de la ciudad de Londres, Inglaterra está dividida en treinta y siete zonas de fuerza policial; Gales en cuatro, Escocia en ocho, e Irlanda del Norte en una. En su mayoría corresponden con los límites de los condados, aunque en las áreas rurales una fuerza policial puede cubrir dos condados y en las grandes poblaciones sólo parte de uno. Aparte del Distrito Policial Metropolitano, las fuerzas policiales en Inglaterra se agrupan en seis regiones. Las brigadas regionales antidroga se establecen actualmente para coordinar operaciones que conciernen a varias fuerzas policiales.

#### *Utilidad de la información*

La información de la policía puede:

1) Indicar los patrones locales de uso ilícito de drogas. Para drogas como el sulfato anfetamínico, LSD, cannabis, puede constituir la principal fuente oficial de información. Si no existen servicios de tratamiento o servicios voluntarios, puede ser la única fuente en lo referente al uso ilícito de opiáceos.

2) Indicar la disponibilidad y suministro de drogas ilícitas y facilitar la penetración en la estructura de distribución ilícita.

#### *Limitaciones*

1) La información refleja las redes y drogas en las que la policía ha centrado su atención, pero a menudo éstas no reflejan el espectro total del consumo y su distribución.

2) La información también refleja el tiempo y esfuerzo dedicado a las drogas.

3) La policía suele exagerar la relación droga-delito.

4) Es difícil obtener información sistemática acerca de los patrones actuales

de consumo de drogas entre la gente conocida por la policía y especialmente saber si tienen algún problema (aparte de los legales) relacionado con el uso.

5) Los datos suelen subestimar la proporción de mujeres.

6) La policía puede ser reacia a veces a facilitar información detallada o a hablar de la política policial y de las prácticas operativas a menos que sea en términos generales.

### *¿Qué preguntar?*

1) Incautaciones. Distinguir el número de incautaciones, de las cantidades incautadas. Informarse sobre los datos de los últimos cinco años al menos, clasificados por las principales drogas.

2) Detenciones. Informarse sobre los datos de los últimos cinco años al menos, clasificados por edad, sexo, drogas principales y delitos implicados. Compruébese si se incluyen amonestaciones.

3) Relación precio-pureza de las drogas ilícitas. Preguntar si esta información se basa en una recogida sistemática y en análisis de laboratorio, o si proviene de impresiones, o de segunda mano a través de otras fuentes. Como con cualquier servicio, los informes de la policía pueden estar especialmente influidos por ejemplos, dramáticos o recientes. Así pues puede existir una tendencia de la policía a sobrestimar los precios de la calle cuando se habla de robos relacionados con drogas o de los márgenes de beneficio de los supuestos traficantes; a la inversa, pueden atribuir un bajo precio cuando se habla de miedo o de fácil disponibilidad de droga entre la gente joven.

4) Políticas, prioridades y recursos de la fuerza policial. Preguntar cómo han cambiado durante los últimos años.

5) Un resumen de las principales características y posibles dimensiones del escenario de la droga ilícita tal y como las percibe la policía en base a las drogas disponibles, los patrones conocidos de suministro y uso, los grupos de población involucrados, la distribución geográfica de los diferentes tipos de uso de droga y las tendencias principales que se observan.

6) Inspección policial de los registros de drogas controladas que se prescriben mediante receta médica (véase 3.4.3)

### *¿Cómo obtener la información?*

El oficial de enlace con la comunidad es la persona a la que hay que dirigirse. El grado de colaboración directa variará, pero será posible obtener estadísticas y concertar próximos contactos con la policía. Si se pide a la policía que haga algo más que facilitar estadísticas rutinarias y comentarios informales, será necesario obtener una acreditación a un nivel superior.

### *Entrevistas con oficiales seleccionados*

Pueden bastar para obtener la información citada arriba. Puede llevar tiempo y tacto reducir la cautela con la que la policía suele ver a los extraños cuando se tratan temas delicados.

### *Encuesta*

Es posible llevar a cabo directamente o negociar para que la policía dirija entre sus miembros una encuesta sobre los problemas concretos de drogas por ellos conocidos. Si van a ser involucrados en una encuesta de diversos servicios, o en un estudio de localización de casos, es probable que surjan conflictos de interés. Así en un estudio de localización de casos sobre uso indebido de solventes (Gay y otros, 1982) los trabajadores jóvenes no cooperaron por temores relacionados con la confidencialidad. Tanto si uno considera dichos temores como fundados o no, es importante tener en cuenta las opiniones, a veces contundentes, de la gente que trabaja en otros servicios. El mismo criterio se aplica cuando se lleva a cabo un trabajo de campo entre consumidores de drogas.

Al recoger la información las fuerzas policiales no deben ser consideradas como entidades monolíticas (especialmente las fuerzas metropolitanas). Unas divisiones estarán al corriente de unos aspectos relacionados con el consumo de drogas y otras divisiones con otros.

### *Brigada antidroga*

La brigada antidroga es la mejor fuente de información. Casi todas las fuerzas policiales en Inglaterra, Gales y Escocia tienen brigadas antidroga, aunque, a veces, los oficiales pueden ocuparse de otro tipo de investigaciones.

### *CID <sup>(1)</sup>*

El valor de los oficiales del CID variará dependiendo del área. Si las estadísticas de detenciones se pueden obtener divididas en zonas pequeñas, pueden indicar qué áreas específicas merecen mayor atención.

### *División uniformada*

La División uniformada realiza una amplia variedad de deberes policiales generales. En la mayoría de los casos los oficiales pueden encontrar drogas incidentalmente durante la realización de otras obligaciones, o cuando toman

---

(1) Cuerpo de Investigación Criminal

parte en una redada organizada por la brigada antidroga. Generalmente no están bien informados acerca de las drogas y su uso.

#### *Departamento de menores*

La utilidad de la información del Departamento de menores varía. Probablemente están más al corriente del uso de solventes que del de opiáceos.

#### *Oficiales de patrulla*

Es probable que estén al corriente, sobre todo, de aquellos tipos de consumo de droga que son relativamente públicos, por ejemplo el uso de solventes.

#### *Comentarios*

Se debe incluir a la policía en cualquier valoración. Las posibles reacciones de otros grupos o personas que están involucrados en la valoración, y la posibilidad de trabajar en un ambiente de sospecha mutua, deben ser seriamente considerados.

### **3.7.2. Servicio de vigilancia de personas en libertad condicional**

Estos servicios deberían incluirse en toda valoración. Aunque los oficiales de vigilancia pueden mostrarse inseguros sobre sus conocimientos de drogas, facilitan una información más profunda sobre los problemas de drogas entre los delincuentes que cualquier otra fuente.

En Londres el servicio de vigilancia está organizado por distritos, y son responsables ante el servicio de vigilancia del centro de Londres. En cada distrito suele haber tres o cuatro cuerpos de aproximadamente seis oficiales cada uno.

#### *Utilidad de la información*

1) Además de vigilar a los delincuentes durante períodos de tiempo relativamente largos, los oficiales de vigilancia realizan informes sociales de un gran número de personas que pasan por los tribunales y tienen buenas relaciones con las instituciones penales.

2) Los oficiales de vigilancia a menudo pueden dar buena cuenta de las características y problemas de los usuarios que se encuentran bajo su vigilancia.

3) También reúnen conocimientos considerables sobre las condiciones sociales a nivel local que pueden ser de gran valor a la hora de situar el uso de

drogas en su contexto. La opinión del autor es que las diferencias entre los casos declarados por diferentes dependencias reflejan diferencias reales entre las diferentes zonas de un distrito.

### *Limitaciones*

1) La información, en gran medida, se limita a consumidores de drogas detenidos y refleja así el sesgo consustancial a los datos de la policía. Sin embargo, esta selección puede así mismo significar el conocimiento de gente que no es vista en centros de tratamiento, hospitales, u otros servicios.

### *¿Qué preguntar?*

#### *Consumidores de drogas en los tribunales.*

Aunque los oficiales de servicio en los tribunales pueden ver una amplia muestra de delincuentes, no es probable que en los tribunales surja información detallada y fiable referente al uso de drogas, a menos que el caso implique delitos de drogas, o la persona sea claramente un consumidor problemático o un adicto.

#### *Informes de estudios sociales.*

Se puede obtener una mayor información al preparar un informe de un estudio social. No obstante los individuos pueden considerarlas una ventaja, ya para ocultar algo, como para exagerar el uso de las drogas, especialmente el ilícito, al menos hasta que se haya resuelto el caso.

#### *Usuarios bajo orden de vigilancia.*

Es mejor centrarse en el uso problemático de drogas entre los usuarios que están bajo vigilancia, en libertad condicional o constan de otro modo en sus listas de una forma continua.

#### *Supervisión del pago de multas.*

En la investigación de "Project" la persona responsable de supervisar el pago de multas (que no es un oficial de vigilancia), demostró ser una fuente útil de información sobre el uso de solventes por parte de los adolescentes. A diferencia de sus colegas que generalmente conocen a los usuarios en las dependencias de vigilancia de libertad condicional, él visita a las personas en sus casas. En el curso de sus rondas regulares encontró los mismos grupos de adolescentes reconociendo a muchos de ellos individualmente en diferentes situaciones. Un encuentro



incidental con un oficial de vigilancia que llevaba a cabo la misma tarea en otro distrito reveló los mismos conocimientos.

#### *Otros usuarios.*

Los oficiales de vigilancia pueden ver también a los usuarios en prisión, en vigilancia tras la puesta en libertad, en su trabajo asesor en las disputas matrimoniales o ver usuarios de forma voluntaria.

#### *Registros de ordenador.*

Los datos básicos del usuario bajo vigilancia reglamentaria se conservan en el ordenador central. Esta información se actualiza cada mes. Sólo aparece información sobre drogas si existe un delito relacionado con drogas en la declaración que contiene la sentencia. La información puede ser impresa para las dependencias policiales o incluso para los oficiales. Sin embargo, en las dependencias policiales que el "Project" examinó, el número de usuarios que según los oficiales de vigilancia tenían problemas relacionados con las drogas, fue entre 5 y 10 veces mayor que el número de delincuentes relacionados con drogas registrados por el ordenador del cuerpo de vigilancia.

#### *¿Cómo obtener la información?*

Póngase en contacto con el jefe de los oficiales de vigilancia o su ayudante y con el oficial de vigilancia más veterano de cada dependencia local. Es importante involucrar a todos los oficiales en la discusión de la valoración. La mayoría de las dependencias policiales celebran reuniones semanales en equipo, siendo ésta una buena oportunidad para dichas discusiones. Preguntas informales preliminares durante alguno de los contactos que se tengan pueden aligerar el proceso.

#### *Estudios "ad hoc"*

El mejor método es pedir la realización de revisiones de los casos en cada una de las dependencias de vigilancia de la zona. Se puede realizar de la misma manera que ha sido descrita para los cuerpos de servicio social de la zona (véase 3.5.3). También pueden estar dispuestos a participar en estudios de localización de casos, en estudios prospectivos o en un sistema de notificación (anónimo) en el que participan diversos servicios o instituciones. No obstante, los oficiales de vigilancia ya vienen realizando extensas labores burocráticas pudiendo no recibir muy bien la idea. Se deberá conceder tiempo para la negociación.

## *Comentarios*

Aunque incluso los oficiales de vigilancia conozcan una muestra selectiva de delincuentes pueden ser muy útiles a la hora de realizar una valoración, y según la experiencia del autor, a menudo desean cooperar.

### **3.7.3. Aduanas**

Los funcionarios de aduanas son diferentes de la policía, tanto administrativa como operativamente. Su responsabilidad es: la recaudación de las contribuciones del IVA y otros impuestos, el control de la exportación e importación de productos prohibidos, incluidas drogas; la aplicación de tarifas, las limitaciones de importación, etc. La División de Investigación tiene la responsabilidad total sobre el control de la importación y exportación de drogas ilegales. Su competencia para regular la importación/exportación de drogas está contenida en leyes diferentes a la "Misuse of Drugs Act", que es aplicada una vez que las drogas están dentro del país.

#### *Utilidad de la información*

- 1) Facilitar una perspectiva nacional e internacional frente a la establecida por la oferta ilícita local.
- 2) Si una región es abastecida principalmente por la importación directa, las incautaciones de importación pueden facilitar un indicador aproximado de la disponibilidad sobre una base más localizada. No obstante, veanse las limitaciones enunciadas a continuación.

#### *Limitaciones*

- 1) Aunque se pueda seguir un envío hasta el punto de entrega, su principal interés, al igual que sus mayores posibilidades tienen que ver con la trayectoria de los suministros. De esta manera normalmente no tendrán un conocimiento detallado de la distribución o uso de drogas en una comunidad concreta.
- 2) Las estadísticas rutinarias no facilitan desagregaciones geográficas de las importaciones incautadas e incluso si se obtienen dichas desagregaciones, no es posible sacar conclusiones de los datos estadísticos aislados.
- 3) El conocimiento básico de las rutas de suministro y de las políticas de control de la oferta es esencial para interpretar la información. El grado hasta el cual estos oficiales tienen conocimiento y están preparados para hablar de un área operativamente tan sensible varía considerablemente.

## *¿Qué preguntar?*

### *Cantidades incautadas.*

La cantidad total de una droga concreta incautada por las aduanas suele reflejar la posible oferta ilícita regional o nacional. Obviamente esto está sujeto a informaciones importantes relativas a variaciones desconocidas en las técnicas de contrabando, en los índices de intercepción y en el hecho de que las drogas incautadas estén destinadas al mercado del Reino Unido o esté en tránsito. Aunque los organismos legales de todo el mundo afirman que esas incautaciones representan el 10% de la oferta ilícita total, no hay ninguna base sólida para realizar esta afirmación y por tanto debe evitarse dicha referencia. Sin embargo, los grandes cambios en las cantidades incautadas probablemente sí que indiquen, aunque de modo imperfecto, cambios en la oferta total.

Pueden surgir excepciones como resultado de una o dos grandes incautaciones. Por ejemplo, en 1978, la detección casual de más de 30 kilos de heroína destinados a un país europeo representó más de la mitad del total incautado por las aduanas aquel año y produjo un aumento de más del 100% con respecto al año anterior. Dichas incautaciones normalmente reciben publicidad y se anotan explícitamente en los informes anuales. Es necesario, pues, tener esto en cuenta al interpretar las estadísticas.

### *Número de incautaciones.*

El número de incautaciones individuales realizadas por las aduanas no es una estadística particularmente útil, a menos que se considere conjuntamente con el volumen de dichas incautaciones y las cantidades totales incautadas. En 1975 se hicieron un total de 15 incautaciones de heroína con un total de unos 4 kilos, siendo la incautación media de 0,28 kilos. En 1982 las cifras fueron de 137 con un total de 1.85 kilos, siendo la media de 1,35 kilos por incautación. Aunque la cifra de 1982 incluye una incautación "en tránsito" de 30 kilos, no altera la conclusión de que no sólo hay más gente que importa heroína, sino que cada vez importan mayores cantidades.

## *¿Cómo obtener la información?*

Póngase en contacto con la División Investigadora (véase apéndice 1), solicite una entrevista con ellos, o bien con los oficiales que estén destinados a un nivel más local.

### *Comentarios*

La idea de que las crecientes incautaciones de heroína realizadas por las aduanas son en gran medida un indicador de la creciente oferta ilícita más que el

resultado de una mejor vigilancia o una mayor efectividad contra los importadores mayoristas, viene respaldada en especial por:

- 1) Un aumento concomitante en las incautaciones policiales de heroína, y esta heroína, por definición, ha salvado el control de importación.
- 2) Una marcada disminución durante varios años en el precio de la heroína teniendo en cuenta la inflación.
- 3) Un marcado aumento del número de adictos conocidos y una creciente proporción de aquéllos que son notificados como adictos a la heroína en relación con otros opiáceos de origen nacional.
- 4) Informes consistentes y acumulativos procedentes de usuarios, servicios y otros sobre disponibilidad de heroína de heroína en zonas donde anteriormente era difícil conseguirla.

#### **3.7.4. Abogados y centros legales**

El "Project" llevó a cabo una encuesta en el que los abogados completaban un cuestionario anónimo acerca de todos los casos que se les presentaron durante un período de tres meses, en los que: (1) estaba implicado un delito relacionado con la droga; (2) el consumo de droga era directamente relevante en un delito alegado no relacionado con la droga; (3) se sabía que el cliente era un gran consumidor de drogas; (4) el usuario residía o fué detenido en el área sometida a estudio. La mayoría de los casos daban cuenta de cargos relacionados con la posesión ilegal o suministro de drogas controladas.

Todos los abogados a los que se recurrió se prestaron a cooperar, aunque fueron necesarias notas de recuerdo y visitas personales para alcanzar una tasa de cumplimentación satisfactoria.

La encuesta indicó que los abogados pueden facilitar información (anónima) con cierto detalle sobre los problemas de drogas de sus clientes. No obstante, están sometidos a reglas muy estrictas de confidencialidad y es probable que tengan una muestra muy atípica de consumidores de drogas. El estudio completado con charlas con los abogados proporcionó información valiosa acerca de la naturaleza y estructura de las redes de distribución, aunque no de los individuos implicados.

#### *Comentarios*

No merece la pena llevar a cabo estudios representativos con los abogados. Es más útil seleccionar aquéllos que se ocupan de casos penales y en particular

aquéllos que se sabe aceptan casos de drogas (póngase en contacto con RELEASE para obtener contactos locales)

La información no se puede usar para estimar la prevalencia, pero sin embargo puede proporcionar una perspectiva interesante sobre el mercado ilícito, sobre la política judicial, y a veces, sobre las tendencias locales.

### **3.7.5. Otras fuentes legales**

#### *Instituciones penales*

Las instituciones locales penales pueden albergar consumidores de drogas que no han estado en tratamiento. Sin embargo, es difícil obtener una información fiable, pues el uso de drogas tiende a ser ocultado, especialmente por los presos en libertad condicional. De este modo, el "Working Group of the Advisory Council on the Misuse on Drugs" remarcó que hay una falta de información referente a los drogodependientes en el sistema penal, y que en particular, las declaraciones de los adictos no son fiables. Es posible concertar una encuesta especial, pero será necesario pasar por el gobernador y probablemente por el departamento de prisiones del Home Office. Debe dedicarse una gran parte del tiempo a las negociaciones. El servicio de vigilancia, los oficiales médicos de la prisión o los psicólogos pueden colaborar.

#### *Magistrados*

Casi todos los casos que tienen lugar en una zona local comparecerán ante el tribunal de magistrados, aunque puedan estar encomendados al Tribunal de la Corona para su juicio, por lo que los magistrados pueden ser una fuente de información útil especialmente en una zona pequeña atendida por uno o dos tribunales. En una ciudad grande monitorizar los tribunales de este tipo puede llevar mucho tiempo y no ser rentable. El funcionario del tribunal es la persona clave y puede ser de gran ayuda informarla acerca de la investigación que se lleva a cabo.

#### *Laboratorios forenses*

Los laboratorios forenses son responsables del análisis de las drogas ilegales incautadas en su zona. Están bien informados sobre los tipos de drogas, pureza y tipos de dilución. Suelen tener bastante idea de las tendencias a nivel local. La brigada antidroga local o el Home Office pueden aconsejarle sobre cómo ponerse en contacto con ellos.

## Referencias

- BACKHOUSE, C.I y JAMES I.P. (1969). La relación e insistencia del tabaco, alcohol y uso de drogas en adolescentes delincuentes. *British Journal of addiction*. 64 (1), 75-79.
- WASHBROOK, R.A. (1969). Un estudio de drogadictos en un ambiente de custodia británico. *International Journal Offend. Ther.* 13(2), 82-89.
- HALLAM, A.G y otros. (1969). Informe sobre un estudio de droga, 1967 (servicio de vigilancia de personas en libertad condicional de la zona de Middlesex). *British Journal of Addiction*, 64, 257-271.
- NOBLE, P.J. (1970). Consumo de drogas en los delincuentes. *British Medical Journal*. 1, 102-105.
- COCKETT, R. (1971) Abuso de drogas y personalidad de los delincuentes jóvenes. *Aduan. Sci*, 27(134), 311-320.
- BARNES, G.C. y NOBLE, P. (1971) Privaciones y drogadicción, estudio de un sub-grupo vulnerable. *British Journal of Social Work*. 2(3), 299-311.
- BEAN, P (1971) Aspectos sociales del abuso de drogas. Un estudio de los delincuentes drogadictos en Londres. *J.Crim.Law. Criminol. Police. Sci.* 62 (1), 80-86.
- MOTT, J. (1973). Jóvenes delincuentes drogadictos en Londres. *British Journal of Criminology*. 13 (3), 209-217.
- MOTT, J y RATHOD, N.H. (1976). Uso incorrecto de la heroína y delincuencia en una nueva ciudad. *British Journal of Psychiatry*, 128, 428-435.

### 3.8. Usuarios de drogas (trabajo de campo)

Los consumidores de drogas pueden ser fuentes valiosas de información, que no puede ser obtenida a través de servicios o de simples estadísticas. En el caso de consumidores desconocidos para todo servicio, el trabajo de campo es la única fuente de información. A través del trabajo de campo dejan de ser meras estadísticas y se convierten en personas. Se puede usar una gran variedad de técnicas, incluida la técnica de bola de nieve. (véase 2.4).

#### *Utilidad de la información*

El trabajo de campo puede:

1) Ayudar a construir un perfil de la variedad de consumidores de drogas locales incluyendo: gente que ha entrado sólo recientemente en contacto con las

drogas, usuarios esporádicos y recreativos que nunca han experimentado problemas con las drogas, y usuarios regulares o problemáticos que no muestran ningún deseo de recurrir a un servicio de atención.

2) Facilitar una relación de primera mano de las experiencias de los consumidores. Aunque como cualquier fuente, dichas relaciones se ven influidas por las teorías y preocupaciones personales, pudiendo ser en sí mismas más instructivas acerca de la importancia social y personal del uso de las drogas.

3) Facilitar "biografías sociales" de los grupos afectados, su evolución y el contexto que ofrecen para el consumo de drogas.

4) Incrementar el propio conocimiento del mercado ilícito de drogas, incluyendo la disponibilidad de las diversas drogas, los precios y las características de los procesos de suministro.

5) Proporcionar un acercamiento a los problemas y necesidades (si hubiere) de los consumidores, sus experiencias e impresiones acerca de los servicios de atención y las razones para ponerse o no en contacto con ellos.

6) Es probable que los consumidores estén más al corriente de las tendencias actuales que los propios servicios de atención. De este modo, el trabajo de campo puede proporcionar una información que, o bien confirma los patrones observados por los servicios, o bien indica lagunas y sesgos en la información registrada a través de otras fuentes.

7) Contribuir en ciertos casos a la estimación de la prevalencia en una zona concreta. Dependiendo de la dimensión del escenario de la droga, las cifras se pueden estimar mediante un recuento directo si el área es lo suficientemente pequeña (véase 2.5.1.); o por técnicas nominativas si las cifras son grandes, o no existe posibilidad de llegar a un contacto directo con todos los consumidores (véase 2.6.3).

### *Limitaciones*

1) El trabajo de campo, en especial la técnica de bola de nieve, identifica en gran parte a los consumidores que se relacionan con los sistemas ilegales de distribución o a los consumidores que forman redes no identificables o subculturas. Es posible omitir a gente que está en contacto con fuentes de suministro legítimas (a no ser que se mezclen con otros consumidores), gente cuyo estatus social o profesional les permite una cierta protección (a menos que hagan un intento de infiltrarse en esos grupos), y personas aisladas u otras cuyo uso es muy discreto.

2) El punto de partida influye en la dirección consiguiente del trabajo. Así pues, los contactos hechos a través de servicios que conocen consumidores de droga pueden conducir a grupos que no sean representativos de los consumidores locales de droga, o a amigos de las personas que han sido atendidas en servicios durante algún tiempo y que pueden ser diferentes de los amigos de las personas que buscan tratamiento por primera vez.

Es difícil saber si todas las redes existentes han sido cubiertas, o incluso si una red en concreto ha sido cubierta, hasta que no se hayan encontrado más contactos. La única comprobación posible es saber si se han encontrado miembros de redes no identificadas en los servicios de atención o a través de otras fuentes de información. Esto puede ser en efecto una buena comprobación si la técnica de bola de nieve se centra en consumidores problemáticos, como aquéllos que se inyectan opiáceos de forma regular o que consumen múltiples drogas, entre ellas drogas ilícitas. Los estudios longitudinales pueden proporcionar indicaciones de su extensión y alcance (véase por ejemplo Zacune y otros, 1969).

3) Algunos consumidores de drogas serán reacios a ser entrevistados o a presentar al entrevistador a otras personas. Otros pueden no querer hablar del uso de drogas ilegales. La medida en que esto es una limitación dependerá del encuestador y de las circunstancias. Experiencias anteriores sugieren que una vez que la gente empieza a hablar, no existe ninguna dificultad especial para hacerlo sobre el uso de drogas y la actividad ilegal. La gente es más reacia a hacer presentaciones hasta que el entrevistador ha sido aceptado en una red concreta.

4) Se pueden expresar dudas sobre la fiabilidad de los relatos. Los estudios sugieren que la información real obtenida de consumidores/drogodependientes por parte de los encuestadores, es generalmente verídica, especialmente si el encuestador es independiente, digno de confianza y dispuesto a escuchar los puntos de vista y la "visión de la calle" de los consumidores.

### *¿Qué preguntar?*

1) Datos personales/demográficos, (incluyendo edad, sexo, lugar de nacimiento y dónde se crió, clase social, educación, etc.), zona de residencia, tipo de vivienda, empleo, etc.

2) Uso normal de drogas e historia de uso de drogas, drogas principales, frecuencia de uso, vía de administración, dosis, dinero dedicado a drogas, antigüedad del consumo.

3) Círculos de amistad actuales y participación en las subculturas de uso de drogas (véase técnicas de nominación 2.6.3).

4) Impresiones sobre las tendencias locales en el uso de drogas.

5) Es difícil conseguir datos relativos a la estructura y economía del mercado ilícito, aumento de ingresos, comportamientos informalmente proscritos y actividades específicamente delictivas. La información fiable acerca del precio y disponibilidad de drogas ilegales sólo se puede obtener a través de un trabajo de campo sistemático. Conjuntamente con otros datos, éstos pueden ser valiosos indicadores de la oferta y la demanda.



6) Problemas (si los hubiere): a) que han experimentado relacionados con el uso de drogas; y b) que perciben generalmente asociados con el uso de drogas entre sus amigos.

7) Los contactos con los servicios de atención pueden ser de interés especial si el propósito es valorar el desarrollo de los servicios. Los ejemplos incluyen preguntas tales como: ¿con qué servicios han contactado y hasta qué punto los consumidores recurren a más de un servicio?, ¿con qué frecuencia los consumidores se ponen en contacto con los servicios sin revelar su uso de drogas?, ¿con qué servicios es más probable que contacte en primer lugar en su "carrera" de consumidores de drogas?

8) Impresiones de diferentes servicios e informes que hagan referencia a: ¿por qué, o por qué no, se ponen en contacto con servicios concretos?, expectativas que tienen, o tenían en diversos servicios, ¿qué piensan de sus experiencias con los servicios?, ¿qué innovaciones o mejoras en los servicios consideran que les ayudarían?

### *¿Cómo obtener la información?*

#### *El trabajador de campo.*

A diferencia de la mayoría de las interacciones entre médico y paciente, trabajador social y usuario, oficial de policía y delincuente; el trabajo de campo implica a menudo perder mucho tiempo para mezclarse con la gente en su propio terreno y en condiciones que pueden estar más determinadas por lo "investigado" que por el investigador. El trabajo de este modo es mucho menos estructurado y hay pocos "frenos" institucionales entre el investigador y el sujeto. La barrera principal entre investigador y sujetos reside en el hecho de que el trabajador de campo mantiene un sentido de identidad como una persona con una labor que realizar; mientras que al mismo tiempo se acerca lo suficiente como para ser capaz de mezclarse razonablemente bien y obtener un acceso privilegiado a la información "interna". Supone un equilibrio delicado entre objetividad profesional como observador y una implicación subjetiva como participante. Es, pues, importante, que un trabajador de campo tenga la suficiente fuerza personal y apoyo externo con el que contar en momentos de crisis, y que mantenga una idea clara del propósito de la investigación. Es útil salir periódicamente del campo con objeto de escribir notas y revisar los progresos a distancia.

Las características del trabajador de campo son muy importantes. El trabajador de campo debería:

1) Ser digno de confianza. La confianza es el aspecto más importante en la relación trabajador de campo-consumidor. La confianza hay que ganarla, lo que significa que hay que ser sincero acerca del objetivo de la investigación y honesto en todas las interacciones con diferentes individuos.

2) No ser emisor de juicios de valor. Es difícil establecer una relación con consumidores de drogas, si el trabajador de campo critica abiertamente el uso de drogas en cuestión. Una auténtica empatía combinada con la consciencia de la necesidad de mantener una distancia respetable es de un valor inestimable. El exceso de identificación puede ser también un gran obstáculo, así como la antipatía o desdén apenas disimulado. El trabajador de campo debería evitar ser protector o excesivamente solícito.

3) Tener "visión de calle". El concepto de "credibilidad de la calle", principalmente consciencia de las culturas implicadas, de su vocabulario, de las drogas que usan, etc., puede ser una ventaja para el trabajador de campo. No obstante, conservar un elemento de ingenuidad puede ayudar en cuanto a que: a) permite hacer preguntas que un participante real no haría; b) coloca al consumidor de droga en el papel de maestro o guía, más que de objeto de investigación; y c) disculpa la mayoría de las infracciones del trabajador de campo por desconocimiento de la subcultura local.

4) Tener claro su papel de trabajador de campo. Puede resultar difícil el intentar combinar un trabajo de campo como método de investigación, con un trabajo de campo cuyo alcance o papel complementario sea como el de un trabajador social, que contacta y asesora.

5) Ser paciente. Pueden surgir situaciones en las que uno esté esperando durante horas para que alguien acepte una cita. Mantener contactos puede traer consigo el sentarse en cafés o en los alrededores de apartamentos hasta las primeras horas de la mañana cuando no se habla mucho y se hace aún menos. Incluso así, dichos lugares son más apropiados que en plena calle y otros lugares abiertos.

6) Ser estoico. La atracción estética de una persona que se inyecta es bastante limitada. Llevar a cabo entrevistas o incluso conversaciones limitadas con individuos en un estado evidente de euforia, decaimiento, o intoxicación, puede ser una tarea penosa. Sin embargo, puede ser necesario si se da el caso de que tienen algo que decir y existe la posibilidad de no verlos de nuevo.

7) "Hacerse el duro". No es agradable ser tratado con desconfianza, incluso cuando dicha desconfianza es comprensible. El "hacerse el duro", combinado con la sensibilidad hacia el ambiente, constituyen cualidades definitivas. Si las cosas se ponen realmente mal, considérelas como un mal día, pues no es conveniente el trabajar en dicho estado de ánimo.

8) Ser observador. Tendrá que decidir cuándo forzar las preguntas o cuándo dejarlas pasar. Un oído discriminador es una clara ventaja cuando se intenta separar hechos, juicios de valor, ficciones y convicciones.

9) Aceptable. Aunque un trabajador de campo puede utilizar diferentes estrategias para facilitar la entrada y aceptación, mucho dependerá de cómo éste y el grupo de usuarios conecten a nivel personal. "Me dí cuenta de que mi aceptación en el distrito dependía de las relaciones personales más que de cualquier explica-

ción que pudiera dar... Si era buena mi relación, también lo era la entrada, pero si no, no había explicación posible que les convenciera de que el libro era una buena idea." (Whyte, 1943)

### *Ponerse en marcha*

Inicialmente será útil dedicar tiempo a: a) leer informes de otros estudios de trabajo de campo; y b) hacer un esquema general de lo que profesionales y algunos consumidores fácilmente accesibles pueden pensar acerca de lo que está pasando. Esto puede evitar la persecución en vano de fenómenos bastante ilusorios o no existentes. Puede también ilustrar retrospectivamente lo acertados o equivocados que los profesionales y/o los consumidores pueden estar acerca de una situación dada.

Identificar los temas principales y hacer una lista de todas las preguntas que se podrían plantear sobre estos temas si se tuviera acceso a recursos ilimitados y a una población totalmente accesible. Entonces empiece a considerar cuáles son las áreas prioritarias y lo que es factible. En esta etapa, uno normalmente no tiene claro nada y al mismo tiempo es ambicioso sobre lo que se puede incluir. Lo normal es seguir añadiendo preguntas hasta que el esquema llegue a ser extenso y muchas veces desarticulado. Al desarrollar el cuestionario, es útil comprobar el borrador con los colegas y revisarlo repetidas veces a la luz de los debates sobre los objetivos de la investigación. Intentar hacer un esbozo preliminar del informe final con encabezamientos ficticios y tablas para la sección de resultados puede ser útil para decidir prioridades y preguntas clave.

Una vez que se ha construido un borrador del cuestionario para la entrevista, es importante realizar entrevistas-piloto, por ejemplo, con algunos usuarios que acuden a un servicio de atención. Aunque la razón metodológica de hacer entrevistas-piloto es probar y refinar los instrumentos de investigación, también tienen como función ayudar al trabajador de campo a aclimatarse. Esta función es de especial importancia cuando el trabajador de campo es aprehensivo. Mientras que la posibilidad de llevar a cabo estudios de consumidores de drogas en los servicios de atención (véase 2.4.) puede ser visto como relativamente simple, la perspectiva de hacer un estudio de observación participante y de bola de nieve puede generar inquietudes sobre cómo hacerlo y qué ocurre si nadie quiere saber nada. En este punto es importante para el trabajador de campo avanzar a un ritmo que ellos consideren correcto. Puede ser contraproducente sentirse presionado para realizar demasiados contactos antes de que uno se sienta a gusto, tanto con los instrumentos de investigación, como con los sujetos. Hacer pruebas piloto en servicios confiere una introducción gradual en el ambiente. Las oportunidades de diversificación surgirán a medida que el encuestador gana confianza y esté más relacionado con el ambiente. Esta fase previa al inicio del trabajo de campo puede durar varios meses.

## *Conocer a gente*

Las presentaciones iniciales con los consumidores se pueden iniciar de las siguientes formas:

1) Presentaciones directas a través de los servicios de atención y los trabajadores de dichos servicios. Es el lugar más fácil para empezar. Es importante, sin embargo, que uno sea presentado claramente como alguien externo e independiente del servicio.

2) Indirectamente a través de servicios. Significa dar una vuelta; por ejemplo, por una sala de espera o zona de recepción y establecer contactos informales con los consumidores que visitan el servicio. Esto sólo debe hacerse con el permiso del servicio.

3) Presentación directa a través de un círculo ya existente de amigos, y amigos de amigos, que tienen contactos o que son consumidores de drogas o tienen amistad con consumidores.

4) Iniciar el contacto visitando lugares (por ejemplo pubs o clubs) donde se cree que los consumidores se reúnen.

5) Pedir a los consumidores de drogas anteriormente contactados a través del trabajo de campo, que presenten a otros consumidores de droga, hasta que todo el mundo de la red haya sido contactado o se haya demostrado que no contesta.

6) Establecer un contacto más íntimo con uno o dos individuos que tengan un conocimiento profundo del escenario de la droga y que parezcan estar interesados en la investigación del trabajador de campo. Tales "guías claves" pueden ser inestimables para efectuar presentaciones y confirmar que el trabajador de campo es adecuado.

7) A través de los comentarios de personas que conocen a gente (por ejemplo taberneros, tenderos, periodistas, traficantes) y que pueden facilitar las presentaciones de los consumidores de drogas que conocen. Esto por supuesto implica hacerse también creíble a los ojos de estas personas.

8) Anuncios en revistas y periódicos locales y en la prensa musical nacional. Artículos fiables y serios de periodistas responsables pueden generar excelentes respuestas si el artículo refiere y recomienda el trabajo de la valoración y expresa el deseo de hablar con los consumidores en la más estricta confidencialidad.

Será más fácil para los trabajadores de campo tener acceso a ciertos grupos que a otros. Así pues, al escenario de una calle como Picadilly se puede llegar más fácilmente que a las discretas redes localizadas en domicilios particulares. Los consumidores de droga blancos son más fáciles de entrevistar por encuestadores blancos que los miembros de minorías étnicas. Existe la tentación de reducir los propios contactos a los grupos en los cuales uno se encuentra a gusto. También

hay una tendencia a la dependencia y a dar una confianza indebida a los pocos individuos con los que se contactó en las primeras etapas del trabajo. Es necesario tener cuidado con el error de muestreo que puede aparecer y de la distorsión que puede resultar del efecto de "primacía".

La técnica de "bola de nieve" implica una creación gradual de contactos, un proceso que necesita ser alimentado continuamente. Aunque los contactos primarios puedan ser productivos y valiosos, no siempre es fácil llegar a segundos contactos a través de ellos. En primer lugar, los consumidores de drogas normalmente no están dispuestos a dar pasos que consideren puedan poner en peligro a sus amigos. De este modo, ha de tenerse mucho cuidado en no arriesgar las relaciones existentes por querer presionarlos demasiado deprisa. Se sugiere que no se pida explícitamente conocer a sus amigos hasta estar seguro de ser aceptado y que confían en uno. Un método más útil es decir de forma general que interesa conocer y hablar con una variedad de gente lo más grande posible, y dejar que la persona responda si quiere, de acuerdo con esto, ("debería conocer a tal, es un verdadero caso"). En los casos donde es posible pasar el suficiente tiempo con los individuos, los contactos tienden a ser establecidos con otros consumidores en el contexto de una reunión social normal, más que como el resultado de una petición específica de conocer a los amigos de los individuos.

### *Modos de recoger la información*

Los datos del trabajo se pueden recoger de las siguientes maneras:

1) Entrevistas estructuradas. Son necesarias si se tiene que recoger la información de forma estándar con preguntas que no surgirían en las conversaciones cotidianas. Se puede sentir que las entrevistas estructuradas interrumpen el proceso de interacción natural. Sin embargo, mientras que el papel de observador/participante implica ser aceptado en el grupo, también implica ser aceptado como investigador de forma que se puede esperar que haga algo que confirme que es un investigador. Realizar entrevistas ofrece dicha oportunidad y puede ayudar más que entorpecer la aceptación.

Es importante, por supuesto, elegir las circunstancias adecuadas para empezar una entrevista. Si es posible, el final de la entrevista no debería ser el final de dicha interacción, sino que debería hacerse de tal modo que permitiera una vuelta a la forma habitual de conversación.

Habitualmente no hay problema al realizar las entrevistas formales con amigos y contactos con los que se ha establecido una gran relación, aunque la repentina formalidad de la situación pueda parecer un poco extraña. Aquellos que se presentan en respuesta a artículos de revistas o anuncios suelen cooperar, pero se debe tener más cuidado con los consumidores de droga "voluntarios". A la larga puede ser contraproducente proceder con una entrevista en la que el que contesta no se compromete totalmente, y a corto plazo se pueden recibir una serie de respuestas equívocas.

2) Entrevistas informales. No suelen estar estructuradas, aunque el encuestador normalmente tenga una "agenda oculta" de preguntas concretas que se quieren plantear. Pueden ser apropiadas cuando uno se encuentra en una situación donde la gente entra y sale, y no es apropiado llevar a cabo una entrevista completa. Se deberá hacer saber al entrevistado que se está realizando una investigación.

Si el entrevistador no revela su interés sobre el tema en cuestión, tarde o temprano surgirán dudas sobre las intenciones del entrevistador y pudiendo los consumidores con los que ha entrado en contacto sacar conclusiones embarazosas.

3) Dar vueltas. Muchos de los datos se pueden adquirir relacionándose con consumidores de drogas a un nivel totalmente informal. Esto puede llevar días o semanas, aparte del tiempo de investigación. Las experiencias con consumidores durante ese período pueden contribuir en gran parte a un conocimiento profundo del panorama en general y su significado para el individuo.

Hay que tener cuidado, no sólo con la elaboración de las preguntas, sino también con la forma en que se plantean; la persona que haya respondido al anuncio puede decir lo que cree que se espera oír antes de admitir que ignora o rebatir nuestras suposiciones.

### *Registrar la información*

1) Llevar un diario es esencial. Todos los contactos, observaciones, pensamientos o sucesos deberán anotarse cuando tienen lugar, o tan pronto como sea posible. Esto facilitará un registro del trabajo a medida que evoluciona y puede ser muy útil más tarde al comprobar si las cosas fueron realmente como uno las recuerda o si han cambiado las impresiones propias.

2) Debe rellenarse un memorándum durante la entrevista o inmediatamente después. Puede considerarse que el realizar un memorándum no tiene nada que ver con las situaciones concretas, pero puede ayudar a definir una situación en la que la gente habla seriamente sobre temas que encontrarían molesto hablar de ellos de modo completamente informal. Registrar la información después significa retener mentalmente la entrevista. Los errores de memoria son posibles si no se recogen los pormenores justo después de la entrevista.

Una alternativa es grabar las entrevistas, aunque siempre se debe pedir permiso, y nunca seguir adelante si se advierte desgana. La grabación no tiene por qué ser intrusiva. La mayoría de la gente se acostumbra a ella a los pocos minutos. Sin embargo, asegúrese de que el entrevistador sabe cómo funciona el aparato. Debe recordarse que el sonido de fondo puede convertir en inaudible la entrevista. Dedique mucho tiempo a la transcripción de las cintas, comprobar que los memorándums de entrevistas han sido completados, etc. En general, es preferible no saturar el trabajo con cuestionarios, grabadoras, etc.

3) Se pueden usar hojas precodificadas para los datos cuantitativos a fin de facilitar así el análisis estadístico.

4) Es útil escribir un resumen de la entrevista incluyendo los puntos que el entrevistador considere importantes.

### *Consideraciones prácticas*

**ESTRUCTURA.** La apariencia del trabajo de campo para un extraño difiere a menudo de lo que es su práctica verdadera. En la calle puede parecer desenfado y relajado, incluso cuando las condiciones son tensas, pero para que tenga éxito tiene que ser estrictamente metódico. Es importante que el entrevistador tenga una persona o grupo a los que poder acudir en busca de consejo y apoyo.

**COBERTURA.** Las redes/grupos de consumidores deben ser identificados antes de someterlos a la técnica de la bola de nieve. El conocimiento de una zona concreta, las relaciones con algunos consumidores de esa zona y el examen de las características de consumidores conocidos en diversos servicios, pueden sugerir sub-culturas a las que dirigir la atención.

Es difícil saber cuándo han sido considerados la mayoría de los consumidores, especialmente si la zona es grande y la prevalencia alta. Cuando la técnica de bola de nieve lleva a una disminución del número de gente anteriormente desconocida y cuando los consumidores contactados no conocen a otros consumidores, es probable que se haya cubierto razonablemente bien una red. Además, cuando las comprobaciones con los servicios no revelan muchos consumidores de una zona específica o red aún no conocida, se puede estar más convencido (aunque no seguro) de la amplitud de la bola de nieve.

**CONTINUIDAD.** La bola de nieve a través de una red, requiere continuidad. Si existen varios grupos de uso de drogas en la misma zona es difícil seguir la pista de contactos simultáneamente en diversas redes. Normalmente la solución es restringir la población objetivo, a una zona relativamente manejable, o a un patrón definido de consumidor de droga (por ejemplo, uso regular de opiáceos ilícitos o uso regular de solventes por parte de los adolescentes). De otra forma se necesitan más fuentes.

**CONFIDENCIALIDAD.** No se debe comunicar a otro servicio cualquier cosa que se haya dicho o visto que puedan identificar a individuos o grupos o de cualquier modo ponerlos en peligro. Los datos de identificación referentes a fechas, personas y lugares deben registrarse usando un código anónimo. Se deben controlar de modo estricto todos los registros y sólo podrán acceder a ellos determinados trabajadores de campo. En caso de duda, es mejor revelar poco que mucho.

El contacto con los oficiales de policía es demasiado arriesgado para el individuo directamente implicado en el trabajo de campo. Aparte de destruir potencialmente toda la "credibilidad de la calle", puede imponer una enorme tensión al trabajador implicado y puede generar una sensación real de crisis personal. Un error de juicio o desliz puede acabar en una reprimenda o censura para el contacto o en detención, multa y encarcelamiento para el consumidor de

droga. El hecho de que otros miembros del equipo de investigación hayan tenido también contacto con la policía y otros cuerpos reglamentarios significa que se debe dar a las cuestiones de confianza y confidencialidad la máxima prioridad.

### *Riesgos*

**ACTIVIDAD ILEGAL.** Durante el curso del trabajo de campo, probablemente haya contacto con muchas actividades ilegales. La mayor parte de estas actividades girarán en torno al consumo y distribución de bajo nivel, callejera o social; aunque el aumento de ingresos por medios ilegales para comprar drogas, así como otras formas de delincuencia pueden aflorar durante el trabajo de campo. Es probable que se invite al trabajador de calle a consumir drogas durante el curso de la investigación. No es necesario ser un consumidor para realizar la investigación, ni merece la pena hacer hincapié en esta cuestión. La gente puede intentar ponerle a prueba: es más probable que sean amables y hospitalarios. Si es sincero, sin intentar moralizar o impresionar, será bien acogido.

Una cuestión importante tiene que ver con las responsabilidades del investigador respecto a la actividad ilegal. La posición adoptada en este manual es clara. La primera responsabilidad incumbe a los sujetos de la investigación. Es imposible realizar el trabajo de campo en cualquier estudio de conducta ilegal sin llegar a enfrentarse con ello. También es imposible llevar a cabo el trabajo de campo sin hacer honor a la verdad en la que se basa el método. Deberían, sin embargo, decidirse los límites de lo que se quiere preguntar y registrar.

**DETENCION EQUIVOCADA.** Se puede evitar guardando la calma y dando una explicación clave de que se está realizando un estudio de las necesidades de los drogodependientes en nombre de la autoridad local (o quien fuere). Sin embargo queda una pequeña posibilidad remota; realizar finas distinciones entre consumidores, traficantes y observadores desinteresados no suele ser una prioridad durante la ejecución inmediata de una redada de drogas. Un carnet de identificación es útil.

**RIESGOS FÍSICOS.** Si se tiene miedo de ser "pinchado" o de que se le administren drogas sin su conocimiento será mejor que no se encargue de la investigación. De forma similar, mientras la investigación se mueva a nivel de consumidores y de distribución al por menor, los peligros de ser "eliminado" son remotos. Los riesgos probablemente aumentan cuando hay grandes sumas de dinero implicadas. En alguna etapa se encontrará con consumidores agresivos o intoxicados. Manejar la situación de manera que se evite la provocación y la agravación implica la misma habilidad y susceptibilidad que se requieren en todo ambiente inestable. Los autores no han tenido noticia de ningún caso verificado donde le haya ocurrido algo adverso al trabajador de campo.



## Comentarios

Los consumidores de drogas están más próximos al fenómeno que se desea monitorizar que cualquier servicio, aunque existen importantes problemas metodológicos, especialmente en lo que respecta al muestreo y a hacer estimaciones y sacar conclusiones de la información proporcionada por los consumidores. Si se hacen esfuerzos por conseguir una selección de contactos tan amplia como sea posible, y se presta una cuidadosa atención a las posibles fuentes de error, es posible obtener una muestra más amplia que aquellas que se basan en servicios y que incluye consumidores que no son conocidos por ningún servicio.

## Referencias

- WHYTE, W.F. (1943) *La sociedad de las calles*. Universidad de las ciencias de la Información de Chicago. Chicago.
- BALL, J.C. (1967) La fiabilidad y validez de los datos de las entrevistas obtenidos de 59 consumidores de narcóticos. *AM.J.SOCIOL.* 72, 650-654.
- CAREY, J.I. (1971) Problemas de acceso y riesgo al observar escenas de drogas. *Investigación sobre la desviación*. Douglas, J.D. (Editor) Random House. Londres. 71-92.

Ver también las referencias de 2.4



## **Capítulo 4**

# ***Aspectos prácticos en la realización de una valoración***



## 4.1. ¿Qué fuentes buscar y qué métodos emplear?

Acuérdese de tener en cuenta lo que quiere saber y por qué (véase introducción). En caso de duda pida consejo en ese momento (el apéndice 1 enumera algunas organizaciones apropiadas). Los diferentes métodos y fuentes empleados se describen en los capítulos segundo y tercero. Aunque en esta etapa no se quiera optar por ninguna técnica concreta, puede ser útil —al llevar a cabo los contactos preliminares— considerar qué podemos obtener con nuestros recursos y habilidades, de manera que se pueda entrar en contacto con individuos o servicios con una agenda aproximada por lo menos.

La estrategia dependerá del tiempo y los recursos de que se disponga, de la dimensión de la zona y de la serie de drogas y problemas a cubrir.

### *Poco tiempo y recursos limitados*

Si el tiempo y los recursos se limitan, por ejemplo, a una persona durante un período de tres a seis meses, (incluido el informe por escrito), entonces tenga en cuenta:

1) La recogida de estadísticas rutinarias (de los últimos cinco años al menos). Entre en contacto con individuos clave y servicios especializados y compruebe la información que le puedan proporcionar (véase 2.2. y "Assessing Local Drugs Problems: a Short Guide". Harnoll et Al, 1985. Para ejemplos de identificación de fuentes clave, véase 3.5.4.).

2) Llevar a cabo breves estudios de los servicios prioritarios (usando cuestionarios por correo o revisiones de los registros de los usuarios) (véase 2.3.)

3) Entrevistar a un pequeño número de consumidores (véase 2.4.1.). Se limitará a aquellos individuos que acuden a servicios, aunque con un cierto grado de iniciativa y dependiendo de los contactos ya existentes, puede ser posible incluir algunos consumidores que no estén en ningún servicio.

4) Partiendo de la información arriba mencionada, intentar aplicar uno, o más de uno, de los métodos descritos en el segundo capítulo, como las técnicas multiplicativas (véase 2.6.1.), técnicas de nominación (véase 2.6.3.), indicadores indirectos del consumo problemático y disponibilidad (véase 2.8.3.). Puede ser factible solamente una variación limitada de los métodos enumerados (véase 2.5.1.). Dada la escasez de tiempo, las aplicaciones serán aproximadas y los resultados deberían interpretarse más como indicadores que como cifras exactas.

El balance de los métodos dependerá, en parte, de las dimensiones de la zona.

### *Una zona pequeña*

En una zona donde la población es menor de 50.000 habitantes (ciudad pequeña, parte de un distrito sanitario) las estadísticas rutinarias no serán útiles excepto para proporcionar una indicación de las tendencias en un área mayor, de la cual forma parte la zona sometida a estudio.

Sería posible entrar en contacto personal con la mayoría de los servicios y profesionales locales relevantes. Es posible que no se pueda realizar un estudio de localización de casos que enumere a los individuos conocidos en los servicios locales, dado el tiempo que se necesita para negociar acuerdos relativos a la confidencialidad (véase 2.5.1.). Sin embargo, debe considerarse un estudio anónimo de los servicios locales (véase 2.3). Podría ser posible reducir el doble recuento mediante la introducción de variables de identificación anónimas (identificadores anónimos) por ejemplo, iniciales, fecha de nacimiento, pero, aun así, esto puede seguir planteando dificultades con algunos servicios que no pueden resolverse en el período de tiempo del que se dispone.

También sería posible hacerse una idea de las características y la extensión del escenario local de consumo de drogas hablando con unos cuantos consumidores. Sobre estas impresiones es posible aplicar las técnicas de nominación de forma aproximada (véase 2.6.3.) incluidas "estimaciones de consumidores para localidades pequeñas".

No se podrán aplicar ninguno de los otros métodos indirectos descritos en la 2.6, 2.7 y 2.8 ni realizar encuestas de población. Si las escuelas e institutos locales están abiertos a sugerencias puede ser factible realizar una breve encuesta (véase 2.5.2.) pero sólo si se puede disponer de alguna ayuda por parte de una universidad o departamento de una facultad de medicina.

### *Zona de dimensión media*

Cuando la dimensión de una zona se aproxima a la de una ciudad, pueblo grande, varios distritos sanitarios, municipios, etc. (pero es menor que la de una región), puede que sea más significativo obtener estadísticas rutinarias. Sin embargo, las advertencias descritas en la 3.3.1. deben tenerse en cuenta.

No será posible entrar en contacto personal con todos los servicios y profesionales. No obstante, es importante reducir el contacto personal a los servicios prioritarios y personas clave (véase 2.2).

Los servicios generales como médicos de cabecera o trabajadores sociales dedicados a la juventud se pueden abarcar mediante encuestas anónimas por correo. Dichas encuestas, dependiendo del número de servicios y de los propios

recursos, pueden cubrir todos los servicios generales o una muestra de ellos. Las muestras se pueden seleccionar al azar para obtener cierta representatividad, o puede centrarse la atención en localidades más pequeñas donde se considere que los problemas son más graves. Si no se conoce la distribución de los problemas de drogas, los estudios de servicios generales pueden ser de ayuda (o una muestra aleatoria de los mismos) para identificar las zonas de prevalencia alta, especialmente si se realizan conjuntamente con entrevistas a los individuos clave y con una clasificación geográfica de las derivaciones a los servicios especializados.

A menos que el trabajo de campo sea el método principal (véase 2.4. y 3.8.) y que ya se tengan buenos contactos con consumidores, no se podrá en el tiempo disponible, hablar con los suficientes consumidores como para saber si las impresiones obtenidas se aplican a la zona, ni tampoco aplicar las técnicas de nominación (véase 2.6.3.). Sin embargo, las entrevistas con unos cuantos consumidores pueden proporcionar información que corrobore o complemente los datos de los servicios al sugerir localidades concretas y patrones de consumo en una zona mayor.

Si se considera que hay una prevalencia relativamente alta, deben tenerse en cuenta las técnicas multiplicativas (véase 2.6.1.) y los análisis retrospectivos de indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad (véase 2.8.3.). Quizás se puedan aplicar los métodos de captura-recaptura (véase 2.6.2.), pero sólo si se dispone fácilmente de nombres y datos fiables acerca de criterios epidemiológicos. No se podrán realizar aproximaciones directas de la prevalencia (estudios de localización de casos, encuestas poblacionales o escolares).

### *Una zona amplia*

En una región o zona amplia metropolitana es necesario adoptar un método compuesto de dos fases:

- 1) Una rápida revisión del área total basada en la información que se puede conseguir fácilmente.
- 2) Un examen en cierta manera más preciso de unas pocas zonas que la revisión propone como de interés concreto.

Las estadísticas rutinarias (véase 2.2.) pueden ser más exactas que en las zonas pequeñas para indicar las tendencias globales. Aunque no proporcionan medidas de prevalencia absoluta, pueden contribuir a indicar los distritos de la región donde los problemas pueden ser más o menos graves.

Las entrevistas con el personal de los servicios especializados y los datos sobre derivaciones pueden ayudar a identificar las zonas problemáticas de la región, aunque habrá lagunas en las zonas que geográficamente no estén cerca de los servicios. Aparte de las estadísticas rutinarias, las vías para hacerse una idea rápida de si hay o no problemas significativos en dichas zonas incluyen:

1) Fuentes policiales (véase 3.7.1.) y laboratorios forenses.

2) Estudios breves de muestras de servicios generales de la región, en particular médicos de cabecera y oficiales de vigilancia de libertad provisional (véase 3.4.1. y 3.7.2.). Si es posible, hay que intentar conseguir la ayuda de los comités de médicos de cabecera y los oficiales-jefe del servicio de vigilancia de libertad provisional para llevar a cabo breves revisiones "in situ".

3) Investigaciones informales por medio de "comentarios", para determinar quién está más cercano al ambiente local en cada distrito o ciudad.

Se deberían incluir entrevistas con unos cuantos consumidores, aunque es importante preguntarles a qué zonas se extienden sus conocimientos. No será posible entrevistar a un número suficiente en toda la región como para poder aplicar las técnicas de nominación.

A nivel regional se deberían tener en cuenta otros métodos, incluidas las técnicas multiplicativas (véase 2.6.1.) y los indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad.

En las zonas más pequeñas, seleccionadas para un examen más preciso, considere los métodos antes sugeridos para zonas de dimensión media o pequeña. No obstante, no habrá tiempo suficiente para aplicarlos de modo satisfactorio a no ser que se disponga de ayuda en las zonas elegidas.

### *Más tiempo, más recursos*

Si se dispone de más tiempo y recursos (por ejemplo una o dos personas durante uno o dos años) el ámbito de aplicación de los métodos del manual se amplía considerablemente. Sin embargo, la dimensión de la zona influirá en la elección de los métodos en el mismo sentido en que se ha señalado antes para las evaluaciones de corta duración. En cualquier caso, es útil realizar un rápido retrato preliminar (ver 2.2.) y tener en cuenta los comentarios acerca de las valoraciones cuando el tiempo y los recursos son limitados).

### *Zona de pequeñas dimensiones*

El método ideal es una combinación de:

1) Un estudio profundo de diversos servicios (preferiblemente localización de casos, alternativamente encuestas usando 'identificadores anónimos' véase 2.5.1. y 2.3).

2) Un estudio de trabajo de campo (véase 2.4. y 3.8.) incluyendo las técnicas de nominación (véase 2.6.3.) También puede ser posible, salvaguardando la confidencialidad, añadir los casos de un sistema de registro de casos basado en múltiples servicios (véase 2.5. Enumeración con base en la Comunidad).



3) Una encuesta poblacional (particularmente de colegios e institutos, véase 2.5.2.).

Un programa ambicioso incluiría:

- 1) Estudios anónimos de servicios locales (véase 2.3.).
- 2) Un estudio de campo de los consumidores locales (véase 2.4.1.).

Una consideración importante en una zona pequeña -especialmente si es una ciudad pequeña más que una parte de una gran ciudad- es que mucha gente conocerá a cada uno de sus amigos, familiares, etcétera, pero pueden no saber que ciertos individuos son consumidores de drogas. Es pues, muy importante, asegurar que nadie aparte del equipo de investigación puede reconocer a los individuos, ni siquiera a partir del material "anónimo".

### *Zona de dimensión media*

El método ideal es una combinación de:

1) Un estudio de diversos servicios (como para una zona pequeña, pero dependiendo del número de servicios y los recursos propios, es necesario un cierto grado de selectividad en la elección de los servicios).

2) Un estudio de campo (como para una zona pequeña, aunque si la prevalencia es alta a menudo será necesario centrarse en un número limitado de redes o patrones de consumo de drogas)

3) Métodos indirectos (sólo si se considera alta la prevalencia) incluidas las técnicas multiplicativas (véase 2.6.1), técnicas de nominación (véase 2.6.3.), captura-recaptura (2.6.2), medidas de incidencia (2.7) e indicadores retrospectivos de consumo problemático y disponibilidad (2.8.3).

4) Una encuesta poblacional (como para una zona pequeña, particularmente de colegios (2.5.2).

Un programa menos ambicioso contemplaría:

- 1) Estudios anónimos de diversos servicios.
- 2) Un estudio de campo de patrones seleccionados de consumo de drogas.
- 3) Aplicación de métodos indirectos (igual que antes).

### *Una zona dimensiones amplias*

El método de dos fases propuesto para una breve valoración es incluso más relevante para una valoración más extensa, puesto que se dispone del tiempo suficiente para realizar estudios más intensivos de las zonas seleccionadas en la

región o metrópolis. El paso preliminar sería similar al propuesto para una valoración breve, con la posible excepción de estudios breves de servicios, aunque dichos estudios pueden ser de utilidad para comprobar el grado de interés por participar en un estudio más sistemático (véase: "Assessing Local Drugs Problems: A Short Guide")

Un método ideal incluiría:

1) La aplicación retrospectiva de indicadores indirectos de consumo problemático y disponibilidad (véase 2.8.3) y de técnicas multiplicativas (véase 2.6.1.).

2) Estudios anónimos de servicios prioritarios (véase 2.3). Si es posible, intente coordinar la distribución de formularios que contengan los puntos básicos estandar a través de los servicios especializados y las asociaciones de los profesionales implicados. Esto será difícil realizarlo desde un punto central, así que es importante establecer contactos locales que estén interesados y se hallan en situación de facilitar dicho estudio.

3) Entrevistas con los servicios clave y otros identificados por medio de un rápido retrato preliminar y a través de estudios.

4) Realización de encuestas escolares. Esto puede contribuir a la identificación de zonas de alto y bajo consumo de drogas, pero será difícil y caro coordinar las encuestas con diferentes autoridades educativas.

Un programa menos ambicioso:

1) Realizaría un amplio barrido por la región (como para una valoración breve).

2) Realizaría estudios en unas cuantas zonas como se ha descrito para zonas medias y pequeñas.

### *Drogas implicadas*

Los diferentes métodos son relevantes para diferentes drogas y patrones de consumo de drogas. Se aplica a todas las drogas un rápido retrato preliminar (véase 2.2).

### *Dependencia a opiáceos*

Los métodos a considerar son: estudios de servicios (véase 2.3), métodos de trabajo de campo (véase 2.4), estudios de localización de casos (véase 2.5.1), estimaciones indirectas de la prevalencia (véase 2.6), medidas de incidencia (véase 2.7) y monitorización de tendencias (véase 2.8).

### *Consumo de opiáceos (esporádico, experimental o recreativo)*

El método a considerar es: trabajo de campo, especialmente la observación participante (véase 2.4.2) mas entrevistas con sujetos y servicios que están en contacto directo con grupos de consumidores (por ejemplo, trabajadores y servicios "de calle").

### *Consumo intenso de diversas drogas, consumo de grandes dosis de estimulantes o consumo intenso de solventes*

Los métodos a considerar son: estudios de servicios (véase 2.3), métodos de trabajo de campo (véase 2.4), estudios de localización de casos (véase 2.5.1), y monitorización de tendencias (véase 2.8), especialmente indicadores indirectos de "afectados" por consumo problemático de drogas (véase 2.8.3, pero no indicadores indirectos de disponibilidad).

### *Otros tipos de consumo marginal o ilegal*

Para el consumo intermitente, experimental o recreativo de estimulantes (anfetaminas, cocaína, etc.), LSD y solventes, y para el uso intermitente y regular de cannabis, los métodos a considerar son: métodos de trabajo de campo, especialmente la observación participante (véase 2.4.2), encuestas poblacionales o en colegios e institutos (véase 2.5.2) e indicadores indirectos de disponibilidad (véase 2.8.3) pero no los indicadores indirectos de consumo problemático de drogas), más las entrevistas con personas en contacto directo con los círculos que consumen drogas.

### *Drogas psicoterapéuticas (Psicotrópicos)*

Los métodos a considerar son: estudios de servicios y no sólo de servicios médicos (véase 2.3.), estudios de consumidores (véase 2.4.1.), encuestas poblacionales (véase 2.5.2) y los indicadores indirectos del consumo problemático de drogas (véase 2.8.3, pero no los indicadores indirectos de la disponibilidad).

Los diferentes servicios y otras fuentes de información son relevantes para las diferentes drogas. El cuadro 3 resume las fuentes a tener en cuenta, aunque el valor de cualquier fuente variará de acuerdo con las circunstancias y personalidades locales.

Cuadro 3: Fuentes sugeridas para las diferentes drogas.

FUENTES	OPIACEOS CONTROLADOS			OTRAS DROGAS		
	Legales	Illegales	Otras ilegales	Psico-trópicas	Solventes	Múltiples drogas
<b>SANITARIAS</b>						
<i>—Con base hospitalaria—</i>						
Centros de tratamiento de drogodependencias	XX	XX	?			X
Unidades de internamiento	X	X	?	?		X
Psiquiatras	X			X		
Dptos. de urgencias	X	X	X	XX		XX
<i>—Con base comunitaria—</i>						
Médicos de cabecera	XX	X		XX	?	X
Visitadores sanitarios		?		XX	?	X
Farmacéuticos	XX	?		XX		
<b>SOCIALES</b>						
Servicios voluntarios	X	XX	XX	?	X	XX
Comunidades Terapéuticas, etc		X				X
Servicios sociales		?		X	X	X
Trabajadores zonales para jóvenes		?	?		X	?
Servicios educativos			X			
Grupos comunitarios		?	?		?	?
<b>LEGALES</b>						
Policía		XX	XX		X	
Serv. de Vigilancia de Libertad condicional		XX	XX	X	X	XX
Jueces de primera instancia	X	XX	X	X	?	XX
Forenses		XX	XX			
Aduanas		X	X			
<b>TRABAJO DE CAMPO</b>	X	XX	XX		XX	XX
<b>RUTINARIAS</b>						
<i>—Médicas—</i>						
Registros hospitalarios		X				
Notificación de adictos	XX	XX				
Hepatitis		X				
Fallecimientos	X	X		X	?	X
<i>—Aplicación de la ley—</i>						
Incautaciones	XX	XX				
Detenciones	XX	XX				

xx - fuentes de un valor concreto

x - fuentes de cierto valor

? - fuentes a tener en cuenta, dependiendo de las circunstancias locales

## *Comentarios*

Es importante precisar qué tipo de información facilita cada método (p.e., una encuesta transversal no informa de los cambios, el haber consumido “alguna vez” no dice nada acerca de la prevalencia actual)

Asegúrese de que se puede obtener la información apropiada que se necesita para poner en práctica los métodos (véase capítulo 3, para el tipo de información que se puede esperar de diversas fuentes, véase cap. 2, para los requisitos de los diversos métodos).

### *¿Quién quiere cooperar y hasta qué punto?*

Dependerá de las circunstancias locales. Sin embargo, la cooperación también dependerá del esfuerzo que se haga para explicar lo que se está haciendo y por qué, y de la voluntad de tener en cuenta las opiniones del personal de los servicios y otros.

### *Comentario final sobre los recursos*

En parte es también una cuestión de personal, habilidad, tiempo y dinero. También es cuestión de buscar servicios locales a los que recurrir. Se puede realizar una valoración más profunda si se encuentran unos cuantos individuos entusiastas de diversos servicios que quieran asumir la responsabilidad de seguir a sus colegas y estén pendientes de todo registro de datos del servicio. Las autoridades sanitarias, universidades, facultades de medicina, etcétera, tienen registros estadísticos y departamentos informáticos que pueden dar consejos útiles e incluso ayuda o las vías para obtener la información.

## **4.2. El comienzo de la valoración**

En las primeras semanas de una valoración se puede advertir el desconcierto e inquietud provocados por la propia experiencia. Empezando con poco más que una larga lista de desconocidos y afrontando las expectativas de los demás de que alguna fórmula mágica responderá a todas sus preguntas, uno empieza a cuestionarse por donde empezar, si alguien va a querer cooperar e incluso si el estudio será posible. No obstante, es importante hablar con una amplia variedad de personas sobre las preguntas que consideran importante que se planteen, sobre los servicios e individuos que podrían ser útiles, y sobre los métodos que podrían utilizarse. Durante estas charlas preliminares deberían buscarse personas con experiencia y habilidades en las siguientes áreas:

1) Experiencia en recogida de datos epidemiológicos y de administración sanitaria y social, así como habilidad en la investigación con diversos métodos, particularmente con aquéllos usados en el estudio de conducta "marginada/desviada". Deberían tenerse en cuenta los médicos del distrito especializados en epidemiología, los departamentos de medicina comunitaria, sociología, criminología, antropología, etc.

2) Experiencia profesional tanto en el campo médico como en el no médico y en el sector oficial (público) como en el no oficial.

3) Conocimiento de la comunidad y contacto directo con las organizaciones comunitarias de la localidad y, si es posible, con zonas donde se sabe que circulan drogas.

4) Conocimiento referente al consumo no médico de drogas.

También es importante asegurarse de que se tienen los suficientes recursos de apoyo administrativo y de secretaría.

Tras estas charlas iniciales, es útil redactar lo más explícitamente posible:

1) Los objetivos de la valoración, las cuestiones generales, hipótesis e ideas a las que hace referencia.

2) Las cuestiones específicas que se investigan, de forma que sea obvio que pueden ser respondidas con una metodología apropiada.

3) Los diversos métodos específicos que se considera que se van a emplear para cada problema.

4) La población que se va a cubrir (p.e. de 16 a 25 años)

5) Las zonas geográficas que se vayan a cubrir.

6) El período de tiempo que se va a investigar

7) Las definiciones de los casos o sucesos que se emplearán (p. e., drogodependiente, esnifador de cola, muerte relacionada con drogas, tratamiento, nuevo caso, etcétera)

8) Fuentes o muestras específicas que se espera incluir.

9) Datos básicos que se espera recoger de las diversas fuentes en una forma estándar o al menos comparable.

10) El sistema que se usará para registrar y analizar los datos (su importancia se subestima frecuentemente).

Luego prepare un calendario provisional. Si por ejemplo, la valoración va a durar un año, deberían dedicarse tres meses a los preliminares (revisar la literatura existente, formular el método, establecer contactos, etcétera), seis meses para la recogida de datos y tres para el análisis y redacción del informe.

Redacte una breve descripción de la valoración propuesta que puede entregar

a los servicios y otras partes interesadas al exponer el proyecto y pedir su participación.

Compruebe la información existente (p.e., aquella información que se puede obtener sin investigación más que recurriendo a bibliotecas o charlando con la gente)

1) Revise todo estudio o investigación local previo. Póngase en contacto con los autores si es posible.

2) Póngase en contacto con los servicios nacionales y regionales para averiguar si poseen más información relevante sobre el área considerada.

3) Haga una lista de todas las organizaciones locales, servicios u otras fuentes que puedan saber algo sobre el consumo local de drogas, incluso aunque sea un aspecto muy limitado del mismo. Incluya nombres, direcciones y números de teléfonos de todos los posibles contactos.

4) Elabore una pequeña lista de las preguntas preliminares para plantear a cada fuente en el primer contacto. Añádala a las opciones ya establecidas. Tenga en cuenta los comentarios del capítulo 1 relativos a lo que se puede esperar de las diversas fuentes. (El apéndice 5 facilita algunos ejemplos de posibles preguntas para plantear)

5) Parta de la base de la lista de organizaciones locales y otras fuentes. El contacto inicial puede hacerse por teléfono, pero es aconsejable hacerlo primero por escrito, incluyendo una breve descripción del proyecto y proponiendo un encuentro para hablar de la valoración y de su colaboración. Si ya tiene contactos en organizaciones o departamentos, merece la pena sondearlos de modo informal.

6) Haga una lista de individuos/servicios clave que estén dispuestos a prestar una ayuda activa (y constructiva) o que parezcan tener conocimientos o buenos contactos (ya sea en el escenario de la droga, ya sea con las organizaciones locales)

7) Redacte resúmenes de todas las charlas preliminares. Registre los puntos principales en un formato lo más estandar posible (p. e., con los mismos encabezamientos y en el mismo orden).

Se recomienda firmemente que tras dos o tres meses, se revise la estrategia inicial escribiendo apuntes breves sobre las etapas preliminares de la valoración de acuerdo con los siguientes epígrafes:

1) ¿Es factible obtener la información deseada a partir de las fuentes identificadas?

2) ¿Cómo es la descripción inicial del consumo de drogas a nivel local en los siguientes aspectos?:

a) Principales fuentes de información

b) Principales drogas, principales problemas relacionadas

- c) dimensiones aproximadas (conocidas, desconocidas)
  - d) perfil/descripción de los afectados
- 3) ¿Qué aspectos merecen una investigación más detallada?
  - 4) ¿Existen lagunas obvias en la información? ¿Qué servicios o qué otras fuentes hay que incluir (por ejemplo, no hay información sobre adolescentes)?
  - 5) Hay alguna contradicción entre las diferentes fuentes?
  - 6) Qué experiencia o conocimientos hay entre las fuentes potenciales de información?
  - 7) ¿Hay personas clave cuya ayuda sea de un valor especial?
  - 8) ¿Qué métodos parecen prometedores en cuanto a viabilidad y en cuanto a facilitar la información que usted quiere?
  - 9) Las preguntas que en un principio se plantearon ¿son realmente las que usted quería hacer?
  - 10) ¿El método adoptado produce realmente información útil? En concreto, ¿responde a las principales preguntas?

Si no se está seguro de cómo encontrarle sentido a la información recogida, o de cómo proceder pida consejo (véase apéndice 1). Sin embargo, en esta etapa, el desconcierto y la inquietud deberían haber disminuido. La valoración ha empezado.

### **4.3. Aspectos prácticos del registro de datos**

#### **4.3.1. Comentarios sobre la recogida de datos procedentes de diversas fuentes**

La recogida de datos tiene que ser eficaz y alterar lo menos posible la actividad diaria del servicio. por este motivo, los acuerdos prácticos para extraer, almacenar y analizar la información merecen una cuidada atención.

Merece la pena tener en cuenta los siguientes puntos:

1) La tasa de respuestas y calidad de los datos variará dependiendo del método. Existen tres opciones, a saber:

a) Utilizar un formulario que se adapte a las propias necesidades del servicio (por ejemplo el formulario de notificación del Home Office). A primera vista esta propuesta es muy atractiva (eficientes categorías estandarizadas). Sin embargo, tal método externo tendría como resultado una respuesta pobre por parte de los servicios que sienten que no se les ha consultado (y de aquellos que en ausencia del poder coercitivo del Home Office no se sienten motivados a participar).



b) Utilizar los formularios que normalmente utilizan los servicios. No obstante, puede que la información no se registre de forma estándar (ya que los servicios tratan con personas y no con categorías de ordenador) y es probable que se pasen por alto cuestiones importantes para la investigación.

c) Volver a diseñar en coordinación con el servicio, los formularios que se van a utilizar, con objeto de satisfacer tanto sus necesidades como las del servicio. Esto requiere un proceso más largo de negociaciones, pero es el método más productivo.

2) Evite copiar la información por segunda vez (p. e., usando un duplicado autocopiativo o incluso formularios autocopiativos triplicados, fotocopiando las hojas relevantes o usando una ficha precodificada que pueda arrancarse para el registro de los datos básicos de la valoración).

Si el servicio tiene que rellenar un formulario independiente (p. e., los departamentos de urgencias), la tasa de respuestas puede aumentar al usar un color distintivo de papel.

3) Consiga la información en el momento en que se toma nota de ella por primera vez en vez de intentar seguir la pista más tarde.

4) Evite tener que registrar en la misma hoja la información obtenida en ocasiones diferentes (p. e., incluir la duración del tratamiento en una hoja de valoración inicial implica localizar la hoja más tarde para completar la información y extraer los datos). Hay menos probabilidad de que la información se omita o se olvide si existen hojas independientes para cada etapa (por ejemplo, derivaciones, evaluaciones, admisiones, altas).

5) Asegúrese de que es posible enlazar los datos que se refieren al mismo individuo en cualquier servicio. Normalmente, la forma más fácil de hacerlo es utilizar el nombre. Sin embargo, si plantea problemas de confidencialidad, siempre es posible asignar a cada individuo un número de referencia anónimo que se adjunta a todos los datos relativos a esa persona. Sólo el servicio deberá tener la clave que relaciona a los números de referencia con las personas. Por supuesto, ésto no resuelve el problema de contar por segunda vez a personas que son conocidas en más de un servicio. A veces es posible llegar al acuerdo de usar nombres para la comprobación entre diversos servicios. En caso de que no sea posible, aún se puede saber si dos casos son el mismo individuo o no sin que se sepa quiénes son o donde viven. Puede hacerse identificándolos de acuerdo con un limitado conjunto de características como iniciales, sexo y fecha de nacimiento. También es posible llegar a un acuerdo para que la comprobación de casos tratados en diferentes servicios la realicen los propios servicios.

6) Muchos servicios conservan información sólo de aquellos usuarios a los que proporcionaron atención. Puede ser de gran valor intentar registrar la información básica de todas las solicitudes de asistencia o tratamiento sin tener en cuenta si se admiten o no. Esto no sólo amplía el alcance de la valoración, sino que hace posible la comparación entre aquéllos que recibieron atención y aquéllos que se

pusieron en contacto pero no la recibieron. Eso a su vez puede indicar grupos concretos de usuarios a los que un servicio concreto no les presta atención apropiada (p.e. los padres solteros puede que no recurran a ciertos servicios a causa de la inquietud que sienten por lo que les pueda pasar a sus hijos).

7) Almacene los datos en un microcomputador si es posible. Así se reduce drásticamente el tiempo que se necesita para procesar los datos, aunque no conviene subestimar el tiempo que lleva desarrollar el sistema al principio. Según nuestra experiencia, fueron necesarios seis meses para desarrollar un sistema que se adaptara a nuestras necesidades. Si nadie en el equipo tiene experiencia informática puede llevar mucho más tiempo.

Durante la primera fase de planificación del sistema debe establecerse cómo registrar y preparar los formularios precodificados. Puede ser extremadamente útil puesto que nos obliga a considerar de forma precisa las diferentes situaciones posibles (por ejemplo, si en la pregunta "enviado al centro por" el 80% de los casos se codifican en la categoría "otros" claramente se está dejando pasar por alto información importante y se deben reconsiderar las categorías de dicha pregunta.)

En la fase de extraer los resultados del ordenador, puede parecer difícil obtener lo que se necesita. Si es así, compruebe dos aspectos más cuidadosamente:

a) Puede que los datos no se hayan registrado en el formulario adecuado (p. e., en algunos sistemas de bases de datos no se pueden realizar directamente manipulaciones aritméticas o estadísticas si los datos se han registrado como letras o palabras en vez de como códigos numéricos)

b) Los recursos de programación del sistema no se están usando correctamente. Incluso con los paquetes de fácil uso, una programación eficaz requiere experiencia. Del mismo modo, es muy fácil que se acabe usando el ordenador solamente como procesador de textos o para los archivos muy básicos porque nadie puede entender el manual. Si la información es limitada puede que no justifique el uso de un microprocesador y debería tenerse en cuenta si algún departamento informático local podría prestar ayuda e instalaciones.

Si se tiene intención de usar un ordenador hay que informar a los servicios implicados en la valoración, lo que puede generar una inquietud considerable en cuanto al tema de confidencialidad, principalmente entre la gente sin ningún conocimiento informático. Según nuestra experiencia, ha sido útil invitar al personal de los servicios para que vean cómo se registran los datos (que vean, por ejemplo, que no existen nombres ni códigos de identificación suficientes para que alguien, ni siquiera ellos, puedan identificar a sus propios usuarios). Ésto podría no dar aún la suficiente seguridad (lo que es irónico puesto que es más fácil identificar a alguien por medio de apuntes o notas que por medio de datos informáticos codificados) y es posible que se tenga que llegar a un acuerdo (p. e., registrar solo la edad en vez de la fecha de nacimiento).

### 4.3.2. Aspectos prácticos para la planificación de un sistema de monitorización rutinario

El éxito de la monitorización rutinaria dependerá de la elección de servicios, de la cantidad de datos que se recogen, de cómo se pide y se registra la información y de la cooperación del personal del servicio.

#### *¿Qué servicios?*

La elección de servicios se verá limitada por la disponibilidad local pero como hay que tener en cuenta la necesidad de tener diferentes categorías de consumidores, considere la selección de:

1) Un centro de tratamiento (p. e., una unidad de tratamiento de drogas) que trata a personas que han identificado su consumo como un problema grave (consumo de drogas relativamente intenso y arraigado).

2) Un servicio voluntario o teléfono de ayuda, ya que es posible que estén en contacto con una mayor variedad de gente y drogas, incluidos los consumidores jóvenes cuyo uso no está tan arraigado.

3) Un departamento de urgencias, porque se ve una gran variedad de complicaciones médicas a causa de diferentes drogas y porque recogen a personas que no utilizan otros servicios.

4) Un oficial del servicio de vigilancia de libertad condicional que conoce a personas con problemas legales y otros problemas, que no suelen frecuentar los centros de tratamiento.

5) Un pequeño número de médicos de cabecera seleccionados o centros de salud, que suelen ver un amplio surtido de problemas de drogas.

Incluir un bajo número de servicios: puede resultar muy difícil establecer un verdadero sistema de monitorización rutinario. Es esencial mantener un contacto muy regular con los servicios, ya sea de modo informal con el personal o a través de una retroalimentación regular en el curso de la investigación. Sin dichos contactos, la tasa de respuestas es probable que esté por debajo del nivel aceptable.

#### *¿Qué registrar?*

Es aconsejable no ser demasiado ambicioso: la idea es registrar sistemáticamente detalles muy seleccionados si es posible de todos los servicios. Los siguientes detalles registrados mes a mes darán una buena visión: edad, sexo, fecha, zona, tratamiento anterior, drogas principales (vía de administración), número de años de consumo regular. Los servicios también pueden considerar útil la "atención solicitada" y la "atención prestada".

## *¿Quién registra y cómo?*

El principal objetivo de un sistema de monitorización rutinario es el registro continuado: como tal tiene que realizarse durante un largo período de tiempo (varios años). Es preciso, pues, que la organización práctica del registro dependa tanto como sea posible del registro del servicio (formulario autocopiativo, formulario breve e independiente cumplimentado por el servicio y recogido por el investigador a intervalos regulares).

### *Errores de registros de datos*

1) Un servicio puede cambiar algunas partes del formulario previamente acordado, suprimiendo así información esencial para el investigador. Por ejemplo, un servicio que usaba una hoja de derivación diseñada en coordinación con el "Project" (y tras numerosas reuniones) cambió el formulario ligeramente y quitó dos preguntas sobre el tratamiento de drogas anterior y la duración del consumo. Aparentemente daba la impresión de que era sólo un descuido y no se habían percatado de la desaparición de las preguntas.

2) Se pueden obtener resultados que reflejan principalmente las presunciones del servicio (o de miembros específicos de personal de dicho servicio) En un servicio concreto se encontró un porcentaje mucho mayor de mujeres con hijos que de hombres. Resultó que algunos miembros del personal preguntaban sólo a las mujeres si tenían hijos, asumiendo que la información no era importante para los hombres. En otro lugar, la comparación del perfil de usuarios entre la Unidad de Tratamiento de Drogas (DDU) local y un centro de crisis para problemas de drogas sugirió que la abrumadora mayoría de los usuarios en la Unidad de Tratamiento de Drogas sólo consumían heroína, mientras que la mayoría de usuarios en el centro de "crisis" eran consumidores múltiples de drogas, a menudo de una combinación de opiáceos y tranquilizantes. En el período siguiente el personal del centro de drogas preguntó a los usuarios qué drogas consumían aparte de la heroína. La proporción de usuarios que consumían tranquilizantes aumentó drásticamente.

3) Un servicio puede no notificar muchos casos con problemas de drogas (subnotificación), especialmente si dichos problemas son sólo de una parte de su trabajo principal. A modo de ejemplo: Se decidió establecer un sistema de monitorización rutinario para problemas de drogas en un departamento de urgencias con mucho trabajo en el centro de Londres que veía a unos 150 usuarios al día. Se celebraron reuniones con los diferentes turnos de enfermeras y acordaron cumplimentar un formulario simple tras la asistencia de usuarios con problemas de drogas, incluidas las sobredosis. El objetivo de la investigación y la razón de cada pregunta se expuso cuidadosamente y se garantizó que los resultados se devolverían al servicio regularmente. Al mes siguiente, se registraron dos sobredosis, una cifra sorprendentemente baja. Una comprobación del libro de registro de urgencias reveló 20 sobredosis durante ese mes.

4) A veces uno se encuentra con un número relativamente alto en un servicio lo que sugiere que puede existir un problema significativo. No obstante, es esencial comprobar si se están registrando individuos o episodios. Un departamento de urgencias registró durante un periodo de seis meses 73 episodios relacionados con drogas, una cuarta parte de los cuales correspondían a dos individuos; la misma persona puede acudir varias veces para que se le drenen los abscesos relacionados con las drogas.

#### **4.4. Informe final**

El informe final puede ser una pesadilla si se ignora hasta última hora. Es útil realizar un esbozo de prueba antes de embarcarse en la investigación. Puede que se cambie más tarde pero ayuda a trabajar hacia un objetivo concreto. Un esbozo puede ser el siguiente:

Resumen de los principales hallazgos y recomendaciones.

##### Capítulo 1. Introducción.

- 1.1 Descripción de la zona x.
- 1.2 Servicios existentes y políticas en la zona x.
- 1.3 Justificación de la valoración.
- 1.4 Resumen de los temas principales de interés en x.

##### Capítulo 2. La investigación.

- 2.1 Línea base y personal de la investigación.
- 2.2 Objetivos.
- 2.3 Criterios epidemiológicos.
- 2.4 Estrategia: esbozo extenso, fuentes de información, métodos, cómo almacenar y analizar la información.

##### Capítulo 3. Resultados (la estructura depende de los objetivos)

- 3.1 Respuestas.
- 3.2 Extensión y patrones generales.
- 3.3 Patrones geográficos en x.
- 3.4 Drogas consumidas.
- 3.5 Fuentes de suministro.
- 3.6 Características de los consumidores.
- 3.7 Problemas informados.
- 3.8 Con qué se encuentran los diferentes servicios.

## Capítulo 4. Discusión.

- 4.1 Cambios de la situación (pasado, presente y futuro).
- 4.2 Necesidades de los consumidores, ahora y en el futuro.
- 4.3 Necesidades de los profesionales, ahora y en el futuro.
- 4.4 Necesidades de la comunidad, ahora y en el futuro.
- 4.5 Necesidades de información e investigación.

## Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones.

- 5.1 Servicios.
- 5.2 Prevención y educación.
- 5.3 Formación y distribución de la información.
- 5.4 Coordinación.
- 5.5 Investigación.

## 4.5. Después de la valoración

Los resultados de la valoración deberían proporcionar abundantes puntos para la próxima reunión del consejo de salud o del equipo de drogas local. Los resultados de una valoración pueden incluir:

1. Vuelta de la información y debates con las organizaciones y servicios locales
2. Una mejora de la red de comunicación.
3. Un manual de los recursos locales e instrucciones para afrontar los problemas de drogas.
4. Un periódico local y un folleto informativo.
5. Identificación de las zonas prioritarias.
6. Necesidades de formación de los profesionales.
7. Implicaciones para la prevención.
8. Monitorización continuada de las tendencias.
  - a) Dónde se puede mejorar la recogida de datos.
  - b) Un sistema local de notificación de casos.
  - c) Monitorización rutinaria de indicadores clave.
  - d) Reuniones periódicas del grupo de expertos comunitarios.
9. Evaluación del suministro local a los consumidores problemáticos de drogas.

***APÉNDICES***





## APÉNDICE 1

### Contactos de utilidad

#### ISDD (Institute for the study of drug dependence)

1-4 Hatton Place  
Hatton Garden  
London EC1 8ND.  
Tlf: (01) 430 19 91/2/3

Biblioteca nacional y servicio de información sobre drogas.

#### SCODA (Standing Conference on drug abuse)

1-4 Hatton Place  
Hatton Garden  
London EC1 8ND  
Tel. (01) 430 23 41

Organismo Nacional de coordinación y Centro de recursos para las organizaciones voluntarias que trabajan en el campo de las drogas.

#### Addiction Research Unit

Institute of Psychiatry,  
101 Denmark Hill,  
London SE5 8AF  
Tel. (01) 703 54 11.

Investigaciones sobre diferentes aspectos del consumo de drogas, incluido el alcohol.

#### Drug Indicators Project

Department of Politics and Sociology,  
Birkbeck College,

University of London,  
16, Gower Street.  
London WC1.  
Tel. (01) 580 66 22 ext. 2488.

Investigaciones para valorar y monitorizar los problemas de consumo de drogas.

### **DHSS (Department of Health and Social Security)**

Community Services Division 2.  
Alexander Fleming House.  
Elephant and Castle.  
London SE1 6BY  
Tel. (01) 407 55 22. ext. 7266

Statistics and Research Division  
14 Russel Square.  
London WC1 5EP  
Tel. (01) 636 68 11

Prescription Pricing Authority  
Bridge House,  
152 Pilgrim Street  
Newcastle-upon-Tyne NE1 6SN

### **Pharmaceutical Society of Great Britain**

Chief Inspector  
1, Lambeth High Street,  
London SE1  
Tel. (01) 735 91 41

### **Home Office**

Chief Inspector  
Home Office (Drug Branch)  
50 Queen Anne's Gate  
London SW1 9AT  
Tel. (01) 213 36 50

### **Regional Inspectorates (Home Office)**

South East. Tel. (01) 637 23 25 ext. 306.  
Midlands. Tel. (0272) 27 67 36

North and Scotland. Tel. (0274) 27 149  
Ulster. Tel. (0232) 63 939 ext. 2874  
Research Unit . Tel. (01) 213 70 14  
Statistics Branch. Tel. (01) 213 53 85

**HM Customs and Excise**

Chief Investigation Officer,  
Investigative Division  
11 New Fetter Lane,  
London EC4.  
Tel. (01) 353 65 00

**OPCS (Office of Population Censuses and Surveys)**

Saint Catherine's House,  
10 Kingsway,  
London WC2.  
Tel. (01) 242 02 62

**Census Customer Services**

Segensworth Road,  
Titchfield  
Fareham,  
Hants PO15 5RR  
Tel. (0329) 42 511. ext. 296/231.

**Central Public Health Laboratory**

Epidemiology Research Laboratory.  
175 Colindale Avenue.  
London NW9 5HT  
TEL. (01) 205 70 41

**National Institute on drug abuse (NIDA).**

5600 Fishers Lane,  
Rockville  
Maryland 20857.



## APÉNDICE 2

### Clasificación internacional de enfermedades (CIE)

Los códigos relevantes de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Novena Revisión), son los siguientes.

#### 304 Drogodependencia

“Estado psíquico y a veces también físico que resulta del consumo de una droga, y que se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen un deseo compulsivo de consumir una droga de forma continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de su ausencia. Una persona puede depender de más de una droga”.  
Excluye: abuso de drogas sin dependencia (305).

- 304.0 Drogas tipo morfina (opioides)
- 304.1 Barbitúricos o drogas de acción similar
- 304.2 Cocaína
- 304.3 Cannabis
- 304.4 Anfetaminas y otros psicoestimulantes
- 304.5 Alucinógenos
- 304.6 Otras drogas especificadas (incluidos los solventes)
- 304.7 Combinaciones de drogas tipo morfina con cualquier otra
- 304.8 Combinaciones de drogas con exclusión de drogas tipo morfina
- 304.9 Droga no especificada

#### 305 Abuso de drogas sin dependencia

Incluye los casos en que una persona para la que no es posible establecer otro diagnóstico, recibe asistencia médica debido al efecto maladaptativo de una droga de la que no es dependiente (como se define en el 304) y que la ha consumido por iniciativa propia en detrimento de su salud o funcionamiento social. Cuando el abuso de drogas es consecuencia de un trastorno psiquiátrico, codifíquese el trastorno. Excluye: síndrome de dependencia alcohólica (303); drogodependencia (304); síndrome de abstinencia (292.0); intoxicación por drogas o medicamentos (960-979).

- 305.0 Alcohol
- 305.1 Tabaco
- 305.2 Cannabis
- 305.3 Alucinógenos
- 305.4 Barbitúricos, tranquilizantes o drogas de acción similar
- 305.5 Tipo morfina (opioides)
- 305.6 Tipo cocaína
- 305.7 Tipo anfetamina
- 305.8 Antidepresivos
- 305.9 Otras, mezcladas o sin especificar

### **960-979 Intoxicación por drogas, medicamentos y sustancias biológicas**

“Incluye: sobredosis de dichas sustancias; sustancias indebidamente administradas o consumidas por error. Excluye: efectos adversos de la sustancia adecuada y debidamente administrada. Dichos casos se codifican de acuerdo con la naturaleza del efecto adverso (la droga que da lugar al efecto adverso puede identificarse por medio de las categorías E930-E949. Si no se usa el código E, las categorías 960-979 pueden utilizarse como códigos adicionales para identificar la droga). Se excluyen también: drogodependencia (304); reacciones e intoxicación por drogas que afectan al no nacido (760-779); abuso de drogas sin dependencia (305); intoxicación patológica por drogas (292.2).

960-964 Antibióticos (960); otros medicamentos anti-infecciosos (961); hormonas y sustitutos sintéticos (962); agentes principalmente sistémicos (963); agentes que afectan principalmente a los componentes sanguíneos (964).

965 Analgésicos, antipiréticos y antireumáticos

965.0 Opiáceos y narcóticos afines

966 Anticonvulsivos y drogas para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson

967 Sedantes e hipnóticos

967.0 Barbitúricos

967.1 Hidrato de Cloral

967.2 Paraldehydos

967.3 Compuestos del bromo (bromuros)

967.4 Metacualona

967.5 Glutetimida

967.6 Mezclas

967.7 Otras

967.8 Sin especificar

968 Otros depresores del sistema nervioso central

968.5 Anestésicos tópicos y de infiltración, incluida la cocaína

- 969 Agentes psicotrópicos
  - 969.0 Antidepresivos
  - 969.1 Tranquilizantes derivados de la fenotiazina
  - 969.2 Tranquilizantes derivados de la butirofenona
  - 969.3 Otros antipsicóticos, neurolepticos y tranquilizantes mayores
  - 969.4 Benzodiazepinas
  - 969.5 Otros tranquilizantes
  - 969.6 Psicodislépticos (alucinógenos), incluido LSD, psilocibina y cannabis
  - 969.7 Psicoestimulantes, incluidas anfetaminas y cafeína, pero no cocaína (véase 968.5)
  - 969.8 Otros agentes psicotrópicos
  - 969.9 Sin especificar
- 970 Estimulantes del sistema nervioso central sin incluir las anfetaminas, etc. (969.7) o la cocaína (968.5)

971-977 Drogas que afectan principalmente al sistema nervioso autónomo (971); agentes que afectan principalmente al sistema cardiovascular (972); agentes que afectan principalmente al sistema gastrointestinal (973); drogas que afectan al metabolismo del ácido úrico, minerales y agua (974); agentes que afectan principalmente a los músculos lisos y estriados y al sistema respiratorio (975); agentes que afectan principalmente a la piel y a la membrana mucosa, y drogas oftalmológicas, otorrinolaringológicas y odontológicas (976); otras drogas y medicamentos sin especificar (977); vacunas bacterianas (978); otras vacunas y sustancias biológicas (979).

### **980-989 Efectos tóxicos de sustancias principalmente no medicamentosas en cuanto a su origen.**

- 980 Alcohol
- 981 Productos derivados del petróleo
- 982 Solventes no derivados del petróleo
  - 982.0 Benceno y homólogos
  - 982.1 Tetracloruro de carbono
  - 982.2 Disulfuro de carbono
  - 982.3 Otros solventes a base del hidrocarburos clorados
  - 982.4 Nitroglicol
  - 982.5 Otros, incluida la acetona
- 983-986 Derivados aromáticos corrosivos, ácidos y alcalinos cáusticos (983); plomo (984); otros metales (985); y monóxido de carbono (986).
- 987 Otros gases, humos o vapores
  - 987.0 Gases licuados derivados del petróleo, incluido el butano y propano
  - 987.1 Otros gases hidrocarburos

988-989 Sustancias nocivas ingeridas como alimentos (988), otras sustancias principalmente no medicamentosas en cuanto a su origen (989).

#### Otros códigos relevantes

292 Psicosis por drogas

- 292.0 Síndrome de abstinencia de drogas
- 292.1 Paranoia y/o estados alucinatorios inducidos por drogas
- 292.2 Intoxicación patológica por drogas
- 292.3 Otras
- 292.4 No especificadas

070 Hepatitis vírica

- 070.0 Hepatitis vírica A con coma hepático
- 070.1 Hepatitis vírica A sin mención de coma hepático
- 070.2 Hepatitis vírica B con coma hepático
- 070.3 Hepatitis vírica B sin mención de coma hepático
- 070.4 Otras hepatitis víricas específicas con coma hepático
- 070.5 Otras hepatitis víricas específicas sin mención de coma hepático
- 070.6 Hepatitis víricas sin especificar con coma hepático
- 070.7 Hepatitis víricas sin especificar sin mención de coma hepático

681 Celulitis y abscesos en los dedos de las manos y los pies

682 Otros tipos de celulitis y abscesos

303 Síndrome de dependencia alcohólica

291 Psicosis alcohólica

### **Clasificación suplementaria de causas de lesiones externas e intoxicación**

El código "E" es una clasificación suplementaria que puede utilizarse, si se desea, para codificar factores externos asociados a condiciones mórbidas clasificadas en cualquier parte de la clasificación principal. Éstos códigos normalmente no se encuentran en estadísticas rutinarias de pacientes ingresados en los hospitales, sino que se utilizan para clasificar las causas externas de muerte (véase: "Annual Mortality Statistics: Accidents and Violence, OPCS").

E 850-858 Intoxicación accidental por drogas, medicamentos y sustancias biológicas

- 850 Analgésicos, antipiréticos, antireumáticos
- 851 Barbitúricos
- 852 Otros sedantes e hipnóticos
- 853 Tranquilizantes
- 854 Otros agentes psicotrópicos
- 855 Otras drogas que actúan sobre los sistemas nervioso central y autónomo



- 856 Antibióticos
- 857 Otros antiinfecciosos
- 858 Otras drogas
- E 860-869 Intoxicación accidental por otras sustancias sólidas y líquidas, gases y vapores
  - 860 Alcohol
  - 861 Productos de limpieza y pulido, desinfectantes, pinturas y barnices
  - 862 Derivados del petróleo, otros solventes y sus vapores
  - 866 Otras sustancias sólidas y líquidas y sustancias sólidas y líquidas sin especificar
- E 930-949 Drogas, medicamentos y sustancias biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico
- E 950-959 Suicidio y lesiones autoinfligidas
  - 950 Intoxicación con sustancias sólidas o líquidas
  - 951 Intoxicación con gases de uso doméstico
  - 952 Intoxicación con otros gases y vapores
- E 980-989 Lesiones sin determinar, si fueron accidentales o intencionadas
  - 980 Intoxicación con sustancias sólidas o líquidas
  - 981 Intoxicación con gases de uso doméstico
  - 982 Intoxicación con otros gases y vapores



## APÉNDICE 3

### Definiciones de los términos

La documentación sobre las drogas es abundante en definiciones, lo que refleja la confusión y la falta de consenso en cuanto a los términos básicos. La siguiente lista es más ilustrativa que definitiva.

#### Droga

En un sentido científico amplio, una droga es una sustancia, natural o artificial, que por su naturaleza química altera la estructura o las funciones de un organismo vivo.

#### Sustancia psicoactiva

Toda droga que afecta al sistema nervioso central y altera los estados de ánimo, percepciones y consciencia. En este manual "droga" se emplea como una abreviatura en el sentido más limitado de "la sustancia psicoactiva". Esta definición es, sin embargo, más amplia que "droga" en el sentido de "medicamento", e incluye sustancias tales como solventes, que pueden usarse por sus efectos psicoactivos.

#### Uso indebido y abuso de drogas

Estos términos, valiosos, se usan de forma bastante imprecisa y confusa. Sin embargo no los hemos incluido en este manual. Además deberían distinguirse los cuatro elementos que vienen implícitos en estos términos:

1) Consumo o uso de drogas (consumo intencionado de una droga). Se refiere sólo a hechos objetivos de la conducta de un individuo. Dicha conducta puede describirse, según diversos grados de detalle (por ejemplo, la frecuencia con que se consumen las drogas, cómo se administran, en qué dosis).

2) El propósito del consumo de drogas. A menudo se establece una distinción entre:

a) uso médico: el consumo de drogas prescritas y no prescritas con fines terapéuticos o medicinales.

b) uso no médico: consumo de drogas que no ha sido indicado por los fines médicos para los que generalmente ese tratamiento se acepta, sea o no supervisado dicho consumo por un médico.

La línea que separa el uso médico y no médico de drogas no siempre está bien definida. El consumo por parte de los drogodependientes de varias drogas controladas que han obtenido por medio de prescripciones es un ejemplo de ello.

3) Las consecuencias del consumo de drogas que pueden ser sucesos objetivos observables o estados subjetivos experienciales.

4) Las actitudes y reacciones de los individuos (ya sean consumidores o no) ante el consumo de drogas, ante los motivos o fines que han sido considerados al consumir estas sustancias y ante las consecuencias percibidas de dicho consumo. Este elemento puede implicar aprobación o censura.

## **Drogadicción, drogodependencia y hábito a las drogas**

La Organización Mundial de la Salud crea definiciones periódicamente.

### **Drogadicción**

“Un estado de intoxicación periódica o crónica perjudicial para el individuo y la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características incluyen: 1) un deseo compulsivo de continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) una tendencia a aumentar la dosis; y 3) una dependencia (psíquica) y a veces física de los efectos de la droga” (OMS, 1950).

### **Habitación a las drogas**

“Un estado de intoxicación periódica o crónica producido por un consumo repetido de la droga, cuyos principales elementos son: 1) deseo (pero no compulsivo) de continuar consumiendo la droga por la sensación de aumento de bienestar que produce; 2) tendencia escasa o nula a aumentar la dosis; 3) cierto grado de dependencia psíquica hacia el efecto de la droga, aunque sin dependencia física y por lo tanto del síndrome de abstinencia; 4) efectos perjudiciales, si los hubiere, que se dan principalmente en el individuo (no en la sociedad)” (OMS, 1958).

La distinción que se intentó establecer entre habitación y adicción fué posteriormente sustituida por un único término: “dependencia”.

## **Drogodependencia**

“Un estado de dependencia física o psíquica, o ambas, de una droga, que aparece en una persona tras su administración de forma periódica o continua. Las características de dicho estado varían dependiendo del agente implicado y estas características deben siempre aclararse al designar el tipo concreto de dependencia en cada caso específico; por ejemplo drogodependencia de opiáceos, barbitúricos, anfetaminas, etc.” (OMS, 1964).

## **Drogodependencia**

“Un estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga que se caracteriza por las respuestas conductuales o de otro tipo, que siempre incluyen un deseo de consumir la droga de forma periódica o continua para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar que causa su ausencia. La tolerancia puede darse o no. Una persona puede depender de una o más drogas” (OMS, 1969).

Diversos informes elaborados en el Reino Unido han creado a su vez una serie de definiciones.

## **Adicto**

“Aquella persona que no necesitando el consumo continuado de una droga para aliviar los síntomas de enfermedades orgánicas ha adquirido, como resultado de la administración repetida de drogas, un deseo compulsivo de continuar dicha administración, y a la que su abstinencia conduce a síntomas definitivos de trastorno psíquico y físico” (Rolleston Committee, 1926).

## **Adicto**

“Aquella persona que como resultado de la administración repetida se ha convertido en dependiente de una droga regulada por la “Dangerous Drugs Act”, y tiene un deseo incontrolable de seguir administrándosela, pero no la necesita para el tratamiento de una enfermedad orgánica” (Brain Committee, 1964).

Esta definición se incorporó posteriormente a la “Misuse of Drug Act” de 1971 y es la base de las estadísticas del Home Office sobre los adictos a narcóticos notificados. Las drogas a las que se refiere esta definición se enumeran en 3.2.2.

## **Consumidor problemático**

“... cualquier persona que experimenta problemas sociales, psicológicos, físicos o legales relacionados con la intoxicación y/o el consumo regular excesivo

y/o la dependencia como consecuencia de su uso personal de drogas u otras sustancias químicas (excluyendo el alcohol y el tabaco)" (ACMD, 1983).

Esta definición refleja gran parte de las opiniones actuales en el Reino Unido relativas al aumento del consumo de drogas. Aunque es valioso porque amplía el concepto más allá del estereotipo de adicto, plantea dificultades cuando se intentan aplicar criterios epidemiológicos sistemáticos. Para los fines epidemiológicos sigue siendo útil registrar casos definidos por:

- 1) Droga principal (véase Apéndice 5 para su clasificación).
- 2) Frecuencia de consumo (véase por ejemplo el formulario en el Apéndice 6).
- 3) Vía de administración.
- 4) Problemas principales.

### **Muerte relacionada con drogas**

Toda muerte por sobredosis en la que se encuentra o sospecha un nivel de toxicidad, y/o toda muerte en la que el consumo de droga es un factor constituyente importante, si bien no necesariamente tiene que ser la única causa (por ejemplo, accidentes, enfermedad).

### **Otros criterios epidemiológicos**

#### *Area geográfica*

En principio debería plantear pocos problemas de definición, aunque las diferencias entre los límites de áreas competenciales de las autoridades locales, sanitarias y policiales y entre las zonas de captación de los diferentes organismos, etc., pueden hacerlo difícil en la práctica.

#### *Sexo*

No debería plantear problemas de definición.

#### *Edad*

Utilizar categorías como las del Censo (15-19, 20-24, 25-29, etc.). Calcular tasas de prevalencia, etc., para la población de los grupos de edad considerados, pudiendo considerarse un rango reducido, por ejemplo 15-24 o uno más amplio, por ejemplo 15-44.

### *Período de tiempo*

Al registrar el consumo de drogas se utilizan tres unidades básicas de tiempo:

- 1) Toda la vida (lifetime): entendiéndose como tal toda droga consumida al menos una vez en la vida.
- 2) Anual: toda droga consumida en un período específico de 12 meses.
- 3) Actual (Current): toda droga consumida en los últimos 30 días.

Los mismos períodos de tiempo deberían utilizarse para registrar hechos tales como admisiones a tratamiento, sobredosis, etc.





## APÉNDICE 4

### Asuntos que se pueden tratar al contactar con los servicios

Éstas son sugerencias de preguntas que se podrían clarificar para cada servicio. Es deliberadamente una lista más larga que la que frecuentemente será posible realizar. Obviamente en algunos casos ya se sabrán las respuestas y no será necesario hacerlas. En otros casos no todas las preguntas serán relevantes o no habrá tiempo suficiente de hacerlas todas. Sin embargo, merece la pena conservar informes sistemáticos acerca de este tipo de preguntas de todos los servicios, para facilitar de este modo las comparaciones entre ellos.

### Características generales de un servicio

Nos provee del contexto en el cual hay que interpretar la información que procede de servicios sobre consumo de drogas y consumidores de drogas.

- 1) ¿Cuál es el estatus general del servicio? (por ejemplo, oficial/voluntario)
- 2) ¿Cuál es la labor general (por ejemplo aplicación de la ley, prevención, intervención en crisis, desintoxicación, especializado en drogas o no)?
- 3) ¿Qué tipos de servicios proporcionan? (por ejemplo puntuales, continuados, ambulatorios o en régimen de internado)
- 4) ¿Qué recursos tienen? (por ejemplo personal fijo)
- 5) ¿A qué población dirigen sus servicios? (población que captan)
  - a) Geográficamente
  - b) Demográficamente (edad, grupo, sexo)
  - c) Por definición de su labor (por ejemplo sólo adictos a opiáceos, delincuentes condenados, etc.)
- 6) ¿Cómo deriva la gente a dicho servicio?
- 7) ¿Con cuánta gente tratan? (por ejemplo, en un año/mes).
  - a) de forma puntual
  - b) de forma continua

## Percepciones y experiencias de los servicios sobre el uso de drogas.

- 8) ¿Hasta dónde ellos conocen, ven o tratan con consumidores de droga?
- 9) ¿De qué modo se enteran del consumo de drogas?
  - a) ¿Es probable que sea la forma de derivación o circunstancia en la que el usuario entra en contacto con el servicio lo que llame la atención sobre el consumo de drogas? (especialmente de un consumo intenso (heavy) de drogas)
  - b) Se plantean preguntas concretas sobre drogas o test (por ejemplo, análisis de orina) en el contacto o valoración inicial.
  - c) ¿Están especialmente atentos a determinados síntomas o conductas?
  - d) ¿Es más probable que la información sobre el consumo de drogas aparezca en la valoración inicial o después en el curso de la interacción?
- 10) ¿Es probable, por otra parte, que el consumo de drogas se oculte al servicio?, ¿qué posibilidades tiene el servicio de estar al corriente del consumo de drogas entre sus usuarios?
- 11) En el curso de su labor, ¿facilita el servicio atención a los usuarios que consumen drogas (por ejemplo consejo, prescripción, dinero, derivación)? En caso afirmativo, ¿qué tipo de atención?
- 12) ¿Qué registros se conservan de forma rutinaria acerca del consumo de drogas de los usuarios?
  - a) ¿En qué medida se puede acceder a ellos y cómo se ordenan, recogen, y guardan (por ejemplo cada trabajador individualmente, registros del servicio, registros centrales)?
  - b) ¿Hasta qué punto son confidenciales?
  - c) ¿En qué tipo de formulario se incluyen? (apuntes de caso, estadísticas, ...)
  - d) La información se puede obtener:
    - i) Fácilmente, haciendo que el servicio rellene un cuestionario individualizado de cada caso en el momento que lo ve.
    - ii) Fácilmente, haciendo que el servicio rellene retrospectivamente los cuestionarios de los casos vistos durante un cierto período de tiempo.
    - iii) Fácilmente, haciendo que el empleado encargado de la investigación examine los registros del servicio.
    - iv) Modificando la forma de registrar los datos, si fuera necesario.

- 13) ¿Qué proceso de filtración o selección tiene lugar una vez que la gente ha entrado en contacto con el servicio y en qué etapa se registra la información?
- a) En el contacto o entrevista inicial, ¿quién ve a los usuarios y qué información se registra?
  - b) En la valoración inicial, ¿quién ve al usuario y qué información se registra?
  - c) Diferentes vías de entrada al servicio.
  - d) ¿Cómo se asigna al paciente a las diferentes instalaciones en el interior del servicio?
  - e) ¿Qué ocurre con la información registrada en los diferentes momentos de la interacción (entrada-continuidad) de los usuarios?
  - f) ¿Qué registros se conservan cuando los usuarios abandonan el servicio en diferentes momentos?
- 14) ¿Tienen una política concreta en cuanto a los usuarios que consumen drogas?
- 15) ¿Durante cuánto tiempo suelen estar en contacto los consumidores de drogas con el servicio (usuarios del servicio regulares u ocasionales)?
- 16) ¿En qué etapa de su "trayectoria" como consumidores de drogas los trata generalmente el servicio?
- 17) ¿Qué importancia tienen los consumidores de drogas/problemas de drogas en su trabajo global?
- a) Numéricamente.
  - b) En términos de tiempo/recursos.
  - c) En cuanto a los problemas que se plantean, inquietud del personal, etc.
- 18) ¿Consideran el consumo de drogas como un problema?:
- a) ¿Entre los usuarios a los que tratan?
  - b) ¿Entre la población de referencia?
  - c) ¿De forma más amplia, en la zona?
- 19) ¿Cuáles son los principales problemas que las drogas plantean entre los usuarios del servicio?
- a) Según el tipo de droga.
  - b) Según el patrón de consumo (consumidores por vía parenteral).
  - c) Según las consecuencias que el consumo de drogas provoca en el usuario:

Salud: sobredosis, abcesos, etc.

Relaciones personales.

Delitos/detenciones.

Estabilidad social: empleo, alojamiento, etc.

Síntomas psiquiátricos, etc.

Consecuencias sociales: iniciación de otros al consumo de drogas, etc.

- 20) ¿Qué problemas considera el servicio como los más fáciles y difíciles de hacer frente?
- 21) ¿Hasta qué punto son conscientes de la existencia otros servicios que tratan con consumidores de drogas?
  - a) ¿Con qué frecuencia entran en contacto con otros servicios especializados en drogas?
  - b) ¿Con qué frecuencia entran en contacto con otros servicios para tratar problemas de drogas?
- 22) ¿De dónde consiguen la información sobre el consumo de drogas, aparte de los usuarios inmediatos del servicio (por ejemplo otros usuarios/periódicos/televisión/otros servicios/cursos especializados, etc.)?
- 23) ¿Qué otras instalaciones utilizan y a qué otras instalaciones remiten a los usuarios (referentes al consumo de drogas)?
- 24) ¿Saben qué les ocurre a sus usuarios una vez que han abandonado su servicio?
- 25) Los usuarios aún consumidores de drogas que tratan ¿son una parte de una subcultura de consumo de drogas? Hasta qué punto el servicio es consciente de:
  - a) La implicación subcultural de los usuarios.
  - b) Lo que acontece en las subculturas.
- 26) ¿Qué instalaciones/recursos han llegado a considerar como los más útiles en el trato con los problemas de drogas?
- 27) ¿Qué otras instalaciones encontrarían como muy útiles si las hubiera?

### **Cooperación en la valoración**

- 28) ¿Están dispuestos a cooperar en un estudio de sus contactos con los consumidores de drogas durante un período de tiempo limitado?
- 29) ¿Qué definiciones de: a) patrones de consumo de drogas; y b) problemas que resultan del consumo de drogas, utilizan o al menos encuentran comprensibles? ¿Pueden utilizar las definiciones que se formulan provisionalmente?

- 30) ¿Hay una persona clave en el servicio que esté particularmente interesada, o en situación de actuar como agente local, en lo que se refiere a comprobar si se han rellenado los cuestionarios?
- 31) ¿Cuáles son las preguntas que encuentran más significativas en base a su experiencia con consumidores de drogas?
- 32) ¿Hasta qué punto tienen conocimientos sobre el consumo de drogas (por ejemplo diferentes tipos de drogas, qué significa "dependencia" etc.)? En particular, las preguntas, categorías o términos que se utilizan, ¿son demasiado técnicos o se basan en suposiciones irreales sobre los niveles de conocimiento del servicio?
- 33) ¿Existen preguntas/aspectos particulares sobre el consumo de drogas que les gustaría que se consideraran en la valoración?
- 34) ¿Cuáles son las ventajas/beneficios para el servicio de la cooperación en la valoración?
- a) Educación sobre drogas/consumidores de drogas/recursos.
  - b) Información sobre problemas de drogas y otras respuestas de los servicios.
  - c) Información continua sobre los progresos de la investigación.
  - d) Mejora de la información y de la formación a largo plazo.
  - e) Beneficios que pueden ser específicos para servicios concretos.
- 35) ¿Existe algún problema concreto sobre la confidencialidad?
- 36) ¿Se exige algún tipo de permiso por parte de las autoridades superiores?



## APÉNDICE 5

### Clasificación propuesta de códigos de drogas

El grado de detalle dependerá de la calidad de los datos y de las exigencias del estudio.

#### 1. Opiáceos

##### 1.1 Heroína

##### 1.2 Otros opiáceos regulados

###### 1.2.1 Morfina

###### 1.2.2 Metadona

###### 1.2.3 Dipipanona

###### 1.2.4 Dextromoramida

###### 1.2.5 Petidina

###### 1.2.6 Opio

###### 1.2.7 Dihidrocodeína

###### 1.2.8 Otros opiáceos regulados

###### 1.2.9 Otros opiáceos regulados, sin especificar

##### 1.3 Opiáceos no regulados

###### 1.3.1 Codeína

###### 1.3.2 Pentazocina

###### 1.3.3 Jarabes antitusígenos

###### 1.3.8 Otros opiáceos no regulados

###### 1.3.9 Opiáceos no regulados, sin especificar

##### 1.9 Opiáceos, sin especificar

#### 2. Estimulantes

##### 2.1 Cocaína

##### 2.2 Anfetaminas

###### 2.2.1 Sulfato de anfetamina

###### 2.2.2 Dexanfetamina

###### 2.2.3 Metilanfetamina

###### 2.2.4 Anfetamina/barbitúrico

###### 2.2.8 Otras anfetaminas

###### 2.2.9 Anfetaminas, sin especificar

- 2.3 Otros estimulantes
  - 2.3.1 Metilfenidato
  - 2.3.2 Dietilpropion
  - 2.3.3 Fenmetrazina
  - 2.3.4 Fenfluramina
  - 2.3.5 Efedrina y pseudo efedrina
  - 2.3.8 Otros estimulantes
  - 2.3.9 Otros estimulantes, sin especificar
- 2.9 Estimulantes, sin especificar
- 3. Sedantes
  - 3.1 Barbitúricos
    - 3.1.1 Amilobarbitona
    - 3.1.2 Pentobarbitona
    - 3.1.3 Quinalbarbitona
    - 3.1.8 Otros barbitúricos
    - 3.1.9 Barbitúricos, sin especificar
  - 3.2 Hipnóticos no barbitúricos
    - 3.2.1 Metacualona
    - 3.2.2 Glutetimida
    - 3.2.3 Clorometiazol
    - 3.2.4 Hidrato de Cloral
    - 3.2.8 Otros hipnóticos no barbitúricos
    - 3.2.9 Otros hipnóticos no barbitúricos, sin especificar
  - 3.3 Tranquilizantes menores
    - 3.3.1 Benzodiazepinas
    - 3.3.8 Otros tranquilizantes
    - 3.3.9 Tranquilizantes menores sin especificar
  - 3.9 Sedantes, sin especificar
- 4. Psicodélicos o alucinógenos
  - 4.1 LSD
  - 4.2 Otros psicodélicos
    - 4.2.1 Psilocibina
    - 4.2.2 STP
    - 4.2.8 Otros psicodélicos
    - 4.2.9 Otros psicodélicos, sin especificar
  - 4.9 Psicodélicos, sin especificar



- 5. Solventes
  - 5.1 Colas y pegamentos
  - 5.8 Otros solventes
  - 5.9 Solventes, sin especificar
- 6. Cannabis o marihuana
  - 6.1 Hierba
  - 6.2 Resina
  - 6.3 Líquido (aceite)
  - 6.9 Cannabis, sin especificar
- 7. Alcohol
  - 7.1 Cerveza o sidra
  - 7.2 Vinos o vinos de alta graduación
  - 7.3 Licores
  - 7.8 Otros alcoholes
  - 7.9 Alcohol, sin especificar
- 8. Otras drogas
  - 8.1 Antidepresivos
  - 8.2 Analgésicos menores
    - 8.2.1 Dextropropoxifeno
    - 8.2.8 Otros analgésicos menores
    - 8.2.9 Analgésicos menores sin especificar
  - 8.3 Tranquilizantes mayores
  - 8.8 Otras drogas.
- 9. Drogas, sin especificar



## APÉNDICE 6

### Ejemplos escogidos de los formularios de recogida de datos

Este apéndice contiene:

- 1) Formularios de monitorización rutinaria; propósito:
  - a) Monitorización básica de derivaciones
  - b) Monitorización de los departamentos de urgencias
  - c) Monitorización de los casos de hepatitis en un hospital
- 2) Formularios para los estudios específicos (encuestas)
  - a) Encuesta de médicos de cabecera
  - b) Encuesta de los visitantes sanitarios
  - c) Encuesta en los departamentos de urgencias
- 3) Ejemplo de una carta de contacto inicial con un médico de cabecera.
- 4) Formularios detallados para múltiples objetivos que sólo son aplicables a servicios especializados en drogas.
  - a) Hoja de derivaciones/contactos con un énfasis especial en la actividad del centro.
  - b) Portada de la historia del Centro de tratamiento de drogodependencias UCH con énfasis especial en la descripción del usuario.

MONITORIZACIÓN BÁSICA DE DERIVACIONES

FECHA: \_\_\_\_\_ DERIVACIONES PREVIAS: Sí  No   
durante el año en curso: Sí  No

NOMBRE O INICIALES: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ZONA (POR EJEMPLO DISTRITO): \_\_\_\_\_

CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

DROGAS (nombre)	FRECUENCIA		
	6 ó 7 días/sem	1 a 5 días/sem	menos
1) _____			
2) _____			
3) _____			

CONSUMO PARENTERAL: Sí  NO

AÑOS DE USO REGULAR: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PREVIO DE DROGODEPENDENCIA: Sí  NO

Este formulario sirve para proporcionar una fuente de información referente a los patrones de consumo de drogas, y los cambios producidos en el abuso de las drogas. La información será analizada por el "Drug Indicators Project" y los resultados parciales se les remitirán cada seis meses a ustedes y a otros servicios que se ocupan de los drogadictos.

La información individualizada no se revelará a ningún servicio.

**TRATAMIENTO DE URGENCIA PARA LOS PROBLEMAS DE DROGAS**

FECHA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS PREVIAS: SI  NO   
 durante el año en curso: SI  NO

N.º REGISTRO URGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE O INICIALES: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ZONA (POR EJEMPLO DISTRITO): \_\_\_\_\_

¿Cree vd. que el paciente es drogodependiente? 1. sí  
 2. probablemente  
 3. no  
 4. no sabe

**CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS**

DROGAS (nombre)	FRECUENCIA		
	6 ó 7 días/sem	1 a 5 días/sem	menos
1) _____			
2) _____			
3) _____			

CONSUMO PARENTERAL: SÍ  NO

AÑOS DE USO REGULAR: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PREVIO: SÍ  NO

MOTIVO DE LA CONSULTA: 1) Sobredosis  
 2) Abstinencia  
 3) Complicación del consumo  
 4) Posible complicación del consumo  
 5) Otras.....

MEDIDAS TOMADAS: 1) Admisión  
 2) Alta  
 3) Otras.....

Este formulario sirve para proporcionar una fuente de información sobre los patrones de consumo de drogas y los cambios producidos en el abuso de las mismas. La información será analizada por "Drug Indicators Project" y los resultados parciales se remitirán al departamento de urgencias y a otros servicios que se ocupan de los drogadictos.

Ninguna información individualizada se revelará a ningún servicio.

**PROBLEMAS DE DROGAS Y HEPATITIS EN EL HOSPITAL "COPPETS-WOOD"**

FECHA DE ADMISIÓN: \_\_\_\_\_

Nº DE REGISTRO HOSPITALARIO (Nº DE HISTORIA): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

ZONA (por ejemplo Distrito): \_\_\_\_\_

ORGANISMO DE DERIVACIÓN:

- 1 El mismo
- 2 Médico de cabecera
- 3 Urgencias
- 4 Unidad de drogodependencias
- 5 Otro servicio de tratamiento de drogodependencia
- 6 Otro hospital
- 7 Cárcel
- 8 Otro
- 9 Desconocido

TIPO DE HEPATITIS:

- 1 Hep. A
- 2 Hep. B
- 3 Hep. no A-no B
- 4 Desconocido

FACTORES DE RIESGO:

- 1 Uso intravenoso
- 2 Homosexualidad
- 3 Contacto con portadores de hepatitis.
- 4 Viajes al extranjero
- 5 Transfusiones
- 6 Otros
- 7 Desconocidos

CONSUMIDOR DE DROGAS: Sí  NO

CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

DROGAS (nombre)	FRECUENCIA		
	6 ó 7 días/sem	1 a 5 días/sem	menos
1) _____			
2) _____			
3) _____			

AÑO Y MES DE LA PRIMERA INYECCIÓN : \_\_\_\_ - \_\_\_\_

AÑOS DE CONSUMO REGULAR : \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PREVIO DE DROGODEPENDENCIA : SÍ  NO

Este formulario sirve para facilitar una fuente de información referente a los patrones de consumo de drogas y los cambios producidos en el abuso de drogas. La información será analizada por el "Drug Indicators Project" y los resultados se remitirán cada seis meses al Hospital "Coppets-Wood" y a otros servicios relacionados con los drogadictos. La información individualizada no se revelará a ningún servicio.

## MÉDICOS DE CABECERA

### ENCUESTA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

#### NOTAS ACLARATORIAS PARA LOS FINES DE ESTA ENCUESTA:

##### SE EXCLUYE:

- a) Alcohol, si no existe otro tipo de consumo de drogas.
- b) Tabaco.
- c) Consumo de drogas tomadas de buena fe en cantidades moderadas por razones médicas.

##### SE INCLUYE:

- a) Cualquier consumo de algunas drogas\* (prescritas o no) que usted considera que produce problemas\*\*.
- b) Cualquier consumo continuado de opiáceos por razones distintas a la enfermedad terminal.
- c) Consumo de múltiples drogas, incluido el alcohol, en combinación con otras drogas.
- d) Consumo de cualquier droga por vía parenteral.

##### \* Entre las drogas se incluyen:

- Opiáceos           por ejemplo, heroína, metadona, dipipanova.
- Sedantes           por ejemplo, barbitúricos, metacualona, diazepam.
- Estimulantes      por ejemplo, anfetaminas, metilfenidato, cocaína.
- Psicodélicos      por ejemplo, LSD.
- Cánnabis
- Solventes          por ejemplo cola, gasolina, productos de limpieza.

##### \*\* Entre los problemas se incluyen:

- Intoxicación lo suficientemente importante como para que se produzca deterioro de la conducta.
- Aumento de la dosis o consumo incontrolado.
- Complicaciones médicas o psiquiátricas.
- Actividad delictiva o procesos legales.
- Deterioro social (trabajo, colegio, familia, relaciones personales).
- etc.

¿Piensa que ha visto algún paciente (sea o no de su cupo) que tenga o haya tenido algún problema de drogas en los últimos seis meses? (véase más detalles en hoja adjunta).

	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE
CASO (etiqueta/iniciales)			
EDAD			
¿EN SU CUPO? (marcar)			
SITUACION LABORAL Y SOCIAL			
PROBLEMAS DE DROGAS (drogas principales, vía de administración, dosis, frecuencia y duración de uso, si se conoce) Véase hoja adjunta para las definiciones.			
¿HA SIDO ASISTIDO EN ALGUN CENTRO DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS O UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN? (año de la última visita, si es conocido)			
¿HA PRESENTADO ALGUNA COMPLICACION POR EL USO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? (p. ej. sobredosis, abscesos, hepatitis)			
¿ HA PRESENTADO ALGÚN OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL USO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ? (p. ej. laborales, económicos, de vivienda, legales, familiares, de relación)			
¿QUÉ TIPO DE ATENCION HA PRESTADO A SUS PACIENTES? (p. ej. consejo, prescripción, derivación, nada)			
¿ ALGÚN COMENTARIO SOBRE LA ATENCION O APOYO QUE USTED PIENSA QUE SERÍA ÚTIL PARA EL MANEJO DE SUS PACIENTES ?			

(Por favor, continúe en otra hoja)



ENFERMERA COMUNITARIA VISITADOR SANITARIO ENFERMERA ESCOLAR  
(por favor subraye su caso)

NOMBRE:  
ÁREA CUBIERTA:

Toda persona que Vd. considere (bien dentro de su cupo, de una clínica o un contacto ocasional) que pueda tener un problema de drogas y a la que que ha visto durante los últimos meses.

CASO	EN SU CUPO	EDAD	PROBLEMA DE DROGAS	SITUACIÓN SOCIAL
por ejemplo, Sra. A. B. (ama de casa)	Sí	34	Consumo regular de "Valium" durante 5 años, aumentando la dosis el último año. Se sospecha que bebe	Deprimida/angustiada. 3 hijos (1-6 años), embarazada. Casa en malas condiciones, marido en paro, violento y bebedor.
por ejemplo, B.C. (madre soltera)	(vista sólo una vez)	19 ?	Se sospecha que consume muchas drogas. Intoxicada, salud precaria.	Hija de 9 meses. Vive en casa ocupada ilegalmente (Finsbury Park) No acude a Centro de tratamiento de drogodependencias.
por ejemplo, A.F. (hijo de paciente)		13	Esnifa cola.	Madre preocupada. Esnifa la mayoría de los días con otros adolescentes. Casa estable.

Notas aclaratorias sobre el formulario.

1. La encuesta se refiere, en parte, a la información que puede ser recogida en condiciones normales en un departamento de urgencias (muy ocupado). No esperamos que ustedes hagan preguntas que normalmente no harían sino que registren toda la información posible que esté disponible. **POR FAVOR, COMPLETE UN FORMULARIO POR CADA PACIENTE CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS, INCLUSO SI SE DESCONOCE PARTE O LA MAYORÍA DE LA INFORMACIÓN.**

2. La investigación se refiere a un amplio espectro de problemas en relación con las drogas, no sólo de la adicción opiácea o del consumo de drogas ilegales. Nos interesa el consumo de cualquier droga (prescrita o no) que ustedes consideren que produce problemas. Entre éstas se incluye el alcohol, solamente cuando está combinado con otras drogas, y se excluye el tabaco y el consumo legítimo de drogas ingeridas en cantidades moderadas por razones médicas. **POR FAVOR, INCLÚYANSE TODAS LAS SOBREDOSIS (POR CUALQUIER DROGA: DELIBERADAS O ACCIDENTALES), PETICIONES DE DROGAS PSICOACTIVAS Y TODA COMPLICACIÓN O LESIÓN RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS.**

3. En el apartado C (información acerca del consumo de drogas psicotrópicas), la Pregunta 1 se refiere al consumo de drogas en las últimas cuatro semanas. Aun en caso de duda sobre ese período específico de tiempo, **POR FAVOR ANOTE TODOS LOS DETALLES POSIBLES ACERCA DE CUALQUIER DROGA PSICOTRÓPICA DE LA QUE SE SEPA O SOSPECHE QUE EL PACIENTE HA CONSUMIDO RECIENTEMENTE.**

4. Por favor, intente completar la Pregunta 5 del Apartado C (cree vd. que el paciente tiene un problema de drogodependencia) incluso en el caso de que implique un cierto grado de suposición. La dependencia, tal y como la define la OMS, es "un estado de dependencia psíquica o física, o ambos, de una droga que aparece en una persona que se administra dicha droga de forma continuada o periódica."

\* \* \* \* \*

Aparte de los departamentos de urgencias también estamos estudiando una variedad de servicios que puede que se ocupen de problemas de drogas, incluidos los médicos de cabecera, departamentos psiquiátricos, farmacias, trabajadores sociales, oficiales para la vigilancia de la libertad provisional, etc.; también esta-

mos entrando en contacto con los propios consumidores. Esperamos ir conociendo el panorama completo del consumo local de drogas y por la forma en que los diferentes problemas aparecen en los diversos servicios, tendremos la posibilidad de identificar zonas de necesidad y de mejorar la recogida de información de manera que el consumo de drogas problemático pueda monitorizarse mejor.

Estamos intentando evitar la situación típica de que los resultados de la investigación estén perdidos durante años en un ordenador. Nuestra intención es remitirles los resultados del estudio lo antes posible, junto con nuestras interpretaciones y cualquier hallazgo relevante sobre otros aspectos del estudio. Espero que esto les brinde la oportunidad de examinar el valor y las implicaciones de la investigación.

Esperamos que puedan ayudarnos en la obtención de un alto índice de respuesta.

Les agradecemos su interés.

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS.

URGENCIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS.

Por favor, rellénesse para todos los pacientes (no sólo para los adictos) que acuden por alguna razón relacionada con el consumo de drogas psicotrópicas (incluyendo sobredosis, demanda de drogas psicotrópicas y toda complicación o lesión relacionada con dicho consumo). Incluir el alcohol, sólo si se toma junto con otras drogas. Gracias por su ayuda.

a) INFORMACION DEL PACIENTE (por favor complétese para todos los casos)

FECHA DE ASISTENCIA ..... / ..... / .....	NOMBRE .....
FECHA DE NACIMIENTO ..... / ..... / ..... (o al menos edad aproximada)	N.º DE REGISTRO .....
DIRECCION .....	SEXO .....
..... (o al menos zona)	<input type="checkbox"/> DNF (marcar si no tiene domicilio fijo)

b) MOTIVO DE LA CONSULTA (Complétese para todos los casos)

— SOBREDOSIS ..... (incluida accidental) (especificar las principales drogas implicadas en esta sobredosis, incluido el alcohol)
— LESION RELACIONADA CON EL USO DE DROGAS ..... (aparte de la sobredosis) (especificar lesión, por ej.: quemadura, calda, pelea, tráfico)
— COMPLICACIONES MEDICAS DEL USO DE DROGAS ..... ..... (especificar complicaciones: abscesos, septicemias, epilepsia, hepatitis)
— SINTOMAS PSIQUIATRICOS AGUDOS ..... (especificar síntomas: abstinencia, ansiedad, confusión)
— INTENTO DE OBTENCION DE DROGAS PSICOTROPICAS ..... (qué drogas)

EN CASO DE SOBREDOSIS

1. MOTIVO APARENTE	<input type="checkbox"/> — Intento grave de suicidio
	<input type="checkbox"/> — "Amago"
	<input type="checkbox"/> — Accidente
	<input type="checkbox"/> — Consumo imprudente de drogas
	<input type="checkbox"/> — Desconocido
2. N.º DE SOBREDOSIS PREVIAS EN LOS 12 ULTIMOS MESES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> — Desconocido

c) INFORMACION SOBRE CONSUMO DE DROGAS PSICOTROPICAS  
(Por favor, complétese para todos los casos)

1. QUE DROGAS SABE O SOSPECHA QUE EL PACIENTE HA CONSUMIDO DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS. (Indique frecuencia y dosis si la conoce)
2. PROBABLE FUENTE DE DROGAS CONSUMIDAS DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS. (Médico de cabecera, doctor particular, centro de tratamiento de drogodependencias, mercado ilícito)
3. ALGUNA PRUEBA DE CONSUMO POR VIA PARENTERAL.  
 SI                       SI                       NADA                       DESCONOCIDO  
(incluso actualmente) (En el pasado)
4. BEBE EL PACIENTE EXCESIVAMENTE EN COMBINACION CON LAS DROGAS.  
 CON TODA SEGURIDAD                       POSIBLEMENTE                       NO                       DESCONOCIDO
5. CREE QUE EL PACIENTE TIENE UN PROBLEMA DE DROGODEPENDENCIA.  
 CON TODA SEGURIDAD                       PROBABLE                       POSIBLE                       NO                       DESCONOCIDO
6. CREE QUE EL PACIENTE ACUDE A OTROS SERVICIOS. (Especificar)

d) MEDIDAS TOMADAS (complétese en todos los casos)

1. TRATAMIENTO PROPORCIONADO EN URGENCIAS. (Ej.: Observación, tratamiento activo, drogas recetadas)
2. ALTA. (Ej.: muerto, ingresado, derivado, abandono voluntario del hospital.)
3. CONDUCTA DEL PACIENTE. (Agresivo, rechazo de tratamiento)

e) OTRAS INFORMACIONES O COMENTARIOS RELEVANTES.

(enviar a los médicos de cabecera)  
UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL  
National Temperance Hospital  
Hampstead Road  
London NW1 2LT  
Tel.: 1-387 9300  
9 de Septiembre, 1982.

Estimado Doctor:

El motivo de mi carta es pedirle su colaboración en un proyecto de investigación acerca de los problemas de drogas con los que se han encontrado diversos profesionales en servicios de Camden e Islington. Este proyecto se ha desarrollado partiendo de la base de que nos preocupa en gran medida el hecho de que en el centro de tratamiento de drogodependencias sólo proporcionamos servicios a un grupo de gente seleccionado y atípico con problemas de drogas. Los médicos de cabecera en su calidad de figuras clave en la administración de cuidados primarios a la población local pueden encontrarse con problemas relacionados con el consumo de drogas psicotrópicas (bien sean prescritas o ilícitas) que son muy diferentes a aquéllos que se observan en los centros de tratamiento de drogodependencias.

El año pasado, una encuesta de los médicos de cabecera locales obtuvo un índice de respuesta tan alentador (más del 90% de los contactados proporcionaron información valiosa) que vamos a repetirlo de nuevo este año. En los próximos días le enviaremos, con la aprobación del Consejo Local de Salud, un breve formulario para que lo cumplimente. Soy consciente de que ustedes están muy ocupados, por lo cual no voy a pedirles ni que indaguen en sus archivos, ni que rellenen cuestionarios complicados. Sin embargo, espero que puedan ayudarnos en la obtención de un alto índice de respuesta. Incluso si en su caso particular observa pocos problemas de drogas, los médicos de cabecera pueden contribuir de forma colectiva con su valiosa información a identificar las zonas más necesitadas.

Además seguimos en contacto con una variedad de servicios médicos, sociales y legales de la zona. Esperamos que este proyecto haga posible una valoración de la medida en que un amplio conjunto de experiencias e informaciones que están a disposición local se pueden utilizar de forma útil tanto para aquéllos que a veces se ocupan de problemas de drogas, como para las autoridades locales encargadas de la planificación de respuestas a tales problemas. El DHSS que apoya este proyecto se preocupa en cómo aplicar en otras localidades los métodos que nosotros desarrollamos.

Debo añadir que todas las respuestas se tratarán con la más estricta confidencialidad. Le adjunto un resumen del primer año de investigación. En caso de que tuvieran alguna duda, por favor no dude en ponerse en contacto conmigo.

Atentamente,

Martin Mitcheson  
Médico responsable.  
Centro de tratamiento de drogodependencias.  
Camden and Islington Area Health Authority (Teaching)  
South Camden District

CAMDEN AND ISLINGTON AREA HEALTH AUTHORITY (TEACHING)  
SOUTH CAMDEN DISTRICT

HOJA DE CONTACTO/DERIVACIÓN - SERVICIO:

FECHA:.....

CLASE DE CONTACTO:

- 1) Teléfono
- 2) Correo
- 3) Personal del servicio.
- 4) Personal de otro tipo.

ESTATUS DE LA PERSONA VISITADA:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1) Particular            | 2) Familia/amigo                               |
| 3) Médico de cabecera    | 4) Centros de tratamiento de drogadependientes |
| 5) Urgencias             | 6) Otros médicos                               |
| 7) Oficial de vigilancia | 8) Servicios sociales                          |
| 9) Servicio voluntario   | 10) Otros...                                   |

DIRECCIÓN: .....

.....

.....

EN CASO DE USUARIO POTENCIAL:

sexo \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ zona \_\_\_\_\_

PROBLEMA PRESENTE: DROGAS IMPLICADAS  
(últimas cuatro semanas - especificar la droga principal si es posible)

---

---

ATENCIÓN REQUERIDA:

- |                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| 1) Consejo                      | 2) Información      |
| 3) Asesoramiento                | 4) Desintoxicación  |
| 5) Prescripción                 | 6) Derivación       |
| 7) Rehabilitación a largo plazo | 8) Informe judicial |
| 9) Asistencia práctica          | 10) Otro tipo.....  |
| 11) Desconocido                 |                     |

MEDIDAS TOMADAS

- a) Respuesta inmediata
  - 1. Consejo
  - 2. Información
  - 3. Asesoramiento telefónico
  - 4. Oferta de cita
  - 5. Otra .....
  - 6. Ninguna

- b) Servicio posterior
  - 1. Tratamiento
  - 2. Derivación
  - 3. Prescripción
  - 4. Asesoramiento
  - 5. Informe
  - 6. Charlas (por ejemplo colegio)
  - 7. Otro.....
  - 8. Ninguno: razón .....

OFRECIDO

ACEPTADO



PORTADA DE UN FORMULARIO DEL CENTRO DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS DEL UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL

FECHA ..... APELLIDO .....

CONTACTO PREVIO sí  NO  NOMBRE .....

NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO DE CABECERA ..... FECHA DE NACIMIENTO .....

SEXO .....

DIRECCIÓN .....

DISTRITO .....

DERIVADO POR:

Sí mismo	a	Familia/amigos	b
Médico cabecera	c	Centro de tratamiento de drogodependencias.	d
Urgencias	e	Otros médicos	f
Ofic. vigilancia	g	Servic. social	h
Servicio voluntario	i	Otro	j
Desconocido	k		

DROGAS (nombre)	FRECUENCIA		
	6 ó 7 días/sem	1 a 5 días/sem	menos
1) _____			
2) _____			
3) _____			

Si la droga principal es la heroína:

CANTIDAD MEDIA AL DÍA: gr. \_\_\_\_.

GASTO SEMANAL EN DROGAS: \_\_\_\_\_

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

esnifada                  fumada                  oral                  parenteral

FUENTE DE SUMINISTRO:

legal                  ilegal                  ambos

**OTROS DETALLES SOBRE EL CONSUMO:**

Primer año de consumo de drogas psicoactivas: .....  
Primer año de consumo de opiáceos .....  
Primer año de consumo regular de opiáceos: .....  
Primer año de consumo parenteral: .....

**TRATAMIENTO ANTERIOR**

Tratamiento anterior	SÍ	NO	
Tratamiento en UCH DDU	SÍ	NO	fecha: _____
Historia previa por opiáceos	SÍ	NO	

**OTROS SERVICIOS CONTACTADOS POR PROBLEMAS DE DROGAS (últimos doce meses)**

Médico de cabecera	a	C. tratam. drogodep.	e
Médico particular	b	Urgencias	f
Otros médicos	c	Servicio social	g
Oficial de vigilancia	d	Servicios voluntarios	h
Ninguno	o	Otros	i

TRABAJA EN LA ACTUALIDAD? SÍ NO

**VIVIENDA**

Propia, alquilada (incluso compartida)	1
Vivienda ocupada ilegalmente	2
En casa de los padres	3
Con amigos/familia	4
Hotel u hostal	5
No específica	6
Otra	7
Desconocido	8

CONVIVENCIA CON OTRO CONSUMIDOR? SÍ NO

**NÚMERO DE HIJOS**

Que viven con el usuario \_\_\_\_\_  
Actualmente "bajo custodia" \_\_\_\_\_  
Otras posibilidades \_\_\_\_\_

## SITUACIÓN LEGAL

A la espera de juicio	1
Sentencia aplazada	2
Sentencia suspendida	3
En libertad provisional	4
Otra	5
Ninguna	0
Desconocida	9

## PRINCIPALES ÁMBITOS PROBLEMATICOS

Económico	a	Ansiedad por drogas	h
Salud física	b	Prob. psicológicos	i
Ocupación	c	Vivienda	j
Desempleo	d	Hijos	k
Familia	e	Legal	l
Amistades	f	Otros	m
Prostitución	g	Sin especificar	n

## ¿QUÉ QUIERE EL USUARIO?

Tratam. corto	a	Tratam. interno (probl. orgánicos)	f
Terapia de grupo	b	Apoyo sin expediente	g
Apoyo individual	c	Rehabilitación	h
Apoyo inmediato (urgente)	d	Informe judicial	i
Pensión	e	Sin especificar	j

## ¿NECESITA TRATAMIENTO MÉDICO? SÍ NO

### MEDIDAS TOMADAS

### MOTIVO POR EL CUAL NO SE ADMITE EN LISTA DE ESPERA

Lista de espera		Fuera de zona captación	1
Consejo dado	2	Residente no permanente	2
Derivado(a otro c. de trat.)	3	No consumidor de opiáceos	3
Derivado(a un serv. de jov.)	4	Inadecuado para trat. ambulatorio	4
Derivado a:		Rechazo del usuario	5
Servicio de drogas	5	Sólo precisa consejo	6
Servicio de otro tipo	6	Otros	8

FIRMA \_\_\_\_\_

